Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018, "Bouwen aan kwaliteit"

28 juni 2017

Partijen:

- ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ)
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Ministerie van VWS (VWS)

1. Overwegende dat:

a) Wijkverpleging een belangrijke schakel in de keten van eerstelijnszorg is die verantwoordelijk is voor de signalering, preventie en versterking van zelfredzaamheid. Daarmee vervult de wijkverpleging een essentiële rol binnen het netwerk van zorg en hulp dichtbij huis. Als uitgangspunt geldt dat zorg zoveel mogelijk op de juiste plek wordt geleverd. Daarbij worden de uitgangspunten van triple aim gehanteerd (behoud of verbeteren van gezondheid, een betere kwaliteit van zorg en terugdringen vermijdbare kosten).

b) Een nieuw kabinet naar verwachting in de loop van 2017 zal aantreden en dat politieke besluitvorming over eventuele nieuwe afspraken tussen het kabinet en de overige partijen en de wijze waarop deze afspraken gemaakt gaan worden aan het nieuwe kabinet is.

c) Partijen op korte termijn actief willen blijven werken aan verbetering van de kwaliteit, de doelmatigheid en de financiële beheersbaarheid van de zorg zonder de ruimte voor een nieuw kabinet voor de langere termijn in te perken. Hierin hebben partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

d) Partijen elkaar zien als bondgenoot om de zorg aan kwetsbare mensen in de thuisomgeving zo goed mogelijk te organiseren.

e) Partijen dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het functioneren van het systeem met: keuzevrijheid voor de patiënt, goede professionals, kwalitatief goede zorg, doelmatige zorg en voldoende zorg voor het nakomen van de zorgplicht.

f) Het beheersen van de zorguitgaven is een gezamenlijk belang en verantwoordelijkheid. Partijen zullen zich hierbij optimaal inspannen om verschraling van de wijkverpleegkundige zorg tegen te gaan.

g) In het bestuurlijk overleg wijkverpleging met alle partijen zijn de volgende documenten vastgesteld, die als uitgangspunt dienen bij de uitvoering van dit akkoord:

- De ontwikkelagenda wijkverpleging
- De door V&VN en NWG uitgewerkte kwaliteitsagenda; "Samen werken aan de professionalisering van de wijkverpleegkundige beroepsgroep".

h) Om de transitie van de wijkverpleging verder vorm te geven dienen de afspraken die in het kader van de verbetering contractering tussen partijen (onder begeleiding van Common Eye) zijn gemaakt als uitgangspunt.

i) De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt de komende periode samen met partijen patiëntkenmerken in kaart die voorspellende waarde hebben voor de vraag naar wijkverpleging. De uitkomsten en stappen in dit traject dienen ondersteunend te zijn aan de stappen die worden gezet in het kader van de ontwikkelagenda.

j) De rolverdeling als volgt is;

Cliënten/burgers hebben een cruciale rol in het stelsel van ondersteuning en zorg om hun leven zo veel mogelijk zelf en met anderen vorm te geven. Zij nemen de zorg en ondersteuning af die daarbij noodzakelijk is.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en zijn verantwoordelijk voor het leveren van effectieve en efficiënte zorg. Zij kunnen niet uitsluitend verantwoordelijk worden gehouden voor de veranderende vraag naar wijkverpleging. Deze vraag verandert bijvoorbeeld door de toenemende vergrijzing en door het aantal mensen dat, mede door de transities, een beroep doet op wijkverpleging.

Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de eigen beroepsuitoefening en het stellen van een goede indicatie. Zij worden gefaciliteerd door de zorgaanbieders (in hun rol als werkgever) en zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en passende zorg voor hun verzekerden en zij zijn verantwoordelijk voor een betaalbare zorgpremie voor hun zorgverzekerden. Ook als blijkt dat het aantal patiënten dat een beroep op wijkverpleging doet groeit en verandert.

De *overheid* is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden zodat cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen en ziet toe op de naleving van regels.

Spreken partijen af:

2. Inhoudelijke afspraken

a) Kwaliteit en transparantie

- Een belangrijk thema in overeen gekomen ontwikkelagenda wijkverpleging is de kwaliteit en transparantie van de wijkverpleegkundige zorg. Blijvende ontwikkeling van de kwaliteit van de wijkverpleegkundige beroepsuitoefening is noodzakelijk. Dit vraagt om een verdere standaardisatie van het vak en in het verlengde hiervan (evidence based) onderbouwing van het verpleegkundig en verzorgend handelen en het transparant maken van de zorgvraag, effecten en uitkomsten.
- Partijen richten zich daarom op versterking van het gestandaardiseerd werken, de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, dataverzameling en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie.
- Maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige zorg wordt aangetoond door te laten zien hoe wijkverpleging bijdraagt aan doelmatigheid van zorg en kwaliteit van leven van cliënten ten einde de zelfredzaamheid en eigen regie te behouden en zolang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen.
- Jaarlijks wordt bezien welke resultaten uit de ontwikkelagenda, indien van toepassing, een plek kunnen krijgen in de contractering.

b) Samenwerking gemeenten

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een zorgvraag bij zelfredzaamheid en participatie. Ook zijn zij verantwoordelijk voor de ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen die geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De vraag van de cliënt en zijn (on)mogelijkheden moet bepalend zijn voor de zorg of ondersteuning die hij ontvangt. De wijkverpleegkundige vormt samen met de huisarts de verbinding tussen de verschillende domeinen.

- Samenwerking tussen organisaties en het structureel verbinden van het zorgdomein met het sociale domein vormt de sleutel bij het beantwoorden van de veranderende zorgvraag. Voor mensen die zowel zorg als ondersteuning nodig hebben is het belangrijk dat professionals elkaar in de praktijk goed weten te vinden en zorgverzekeraars en gemeenten effectief met elkaar samenwerken. Voor iemand die zorg nodig heeft mag het niet uitmaken uit welk domein de zorg wordt geleverd. Continuïteit van zorg en ondersteuning is nodig.
- Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg en ondersteuning moeten dit samen mogelijk maken. Samenwerking tussen organisaties en het structureel verbinden van het zorgdomein met het sociale domein met name ten behoeve van ouderen met een kwetsbare gezondheid, vormt de sleutel bij het beantwoorden van de veranderende

zorgvraag. Deze samenwerking zal primair op lokaal en regionaal niveau worden vormgegeven.
- De landelijke samenwerkingsagenda ZN-VNG is dienend aan de aanpak, projecten en interventies die lokaal en regionaal worden ontwikkeld en uitgevoerd.
- In 2017/2018 zullen partijen gezamenlijk inventariseren wat op regionaal/lokaal niveau nodig is om het medische en sociale domein structureel met elkaar te verbinden en wat dit betekent voor zorgverleners. Dit is ook van belang voor de periode na 2018 en eventuele bestuurlijke afspraken die voor die periode gemaakt zullen worden. Een deel van de inventarisatie kan plaatsvinden binnen de context van het Programma sociaal domein.
- Bestuurlijke afspraken na 2018 dienen voor zover mogelijk over de domeinen van huisartsen-, wijk- en medisch specialistische zorg en het sociale domein heen te gaan als het gaat om de zorg aan kwetsbare ouderen.
- Ook daar waar de verschillende domeinen elkaar raken zullen zorgverzekeraars in gesprek gaan met gemeenten om praktische afspraken te maken die de wijkverpleegkundige ondersteunt bij de zorgverlening en de versterking van zelfredzaamheid.

c) *Substitutie*
- Het streven naar zorg op de juiste plek, waarbij gekeken wordt naar een manier om de zorg voor ouderen optimaal op te vangen betekent dat, substitutie nodig is van zorg waarbij die zo dicht mogelijk bij de mensen thuis wordt geleverd.
- Voor de wijkverpleging betekent dat, net zoals bij de huisartsenzorg, een toename van de zorgvraag zodat bijvoorbeeld de zorg op spoedeisende hulp en ELV kan worden ontlast.
- Hiertoe wordt in dit akkoord (structureel) een bedrag van € 30 mln toegevoegd aan het macrokader wijkverpleging.
- Zorgverzekeraars zullen zich inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken en de beschikbare ruimte hiervoor optimaal te benutten.

d) Arbeidsmarkt
- Het arbeidsmarktvraagstuk wordt vanuit het brede verpleegkundig perspectief aangepakt.
- Er zal in 2017 een arbeidsmarktagenda worden opgesteld met afspraken over concrete, brancheoverstijgende acties om de arbeidsmarktvraagstukken aan te pakken.
- Daarnaast zullen partijen van de wijkverpleging met elkaar bezien welke concrete maatregelen nodig zijn voor de wijkverpleging die niet zijn belegd in de integrale arbeidsmarktagenda. Deze maatregelen houden rekening met het brede arbeidsmarkt perspectief en zullen de integrale agenda niet ondermijnen.
- De uitwerking door ActiZ als onderdeel van de Ontwikkelagenda Wijkverpleging, i.c. 'Plan van aanpak Arbeidsmarkt en opleiden' geldt als vertrekpunt voor de discussie.
- Bij de contractering 2018 wordt rekening gehouden met de specifieke problematiek in de wijkverpleging. Voor bijvoorbeeld de begeleiding bij stageplekken en de begeleiding van startende wijkverpleegkundigen kunnen in de contractering specifieke afspraken worden gemaakt.

e) *Patiënten*
- Er wordt met alle partijen van de verschillende akkoorden in de curatieve zorg een onafhankelijk onderzoek gestart en in 2018 afgerond naar de condities waaronder op middellange termijn een substantiële verbetering kan plaats vinden t.a.v. " De juiste zorg op de juiste plek". Capaciteit, patiëntenperspectief en innovatieve mogelijkheden worden hierbij betrokken
- Patiënten moeten kunnen beschikken over informatie om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder. Daarom is het van belang dat kwaliteit transparant is.
- Er zal een kwalitatieve verkenning plaatsvinden vóór 1 december 2017 naar mogelijke knelpunten in het beantwoorden van de zorgvraag door de patiënt. Het doel van deze verkenning is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij hun keuze voor een aanbieder.
- De keuzevrijheid voor patiënten staat voorop. De mate van keuzevrijheid is mede afhankelijk van de keuze voor een natura- danwel restitutiepolis. Het PGB als leveringsvorm blijft bestaan.

f) Doelmatigheid
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn ieder vanuit een eigenstandige positie verantwoordelijk voor de doelmatigheid van het gebruik van wijkverpleegkundige zorg.
- Partijen spannen zich tot het uiterste in om de zorg vanuit het juiste domein te leveren.

- Zorgverzekeraars maken met aanbieders afspraken over doelmatigheid waartoe indien mogelijk gezamenlijke parameters worden afgesproken.
- Omdat het aantal mensen dat zorg dichtbij nodig heeft zal blijven stijgen, is het van belang dat zorgverzekeraars en aanbieders afspraken maken over hoe de toename van het aantal patiënten dat zich meldt voor de wijkverpleging effect heeft op de overeen te komen contracten.
- Het streven naar doelmatigheid bijvoorbeeld door druk op de personeelsmix mag niet leiden tot verschraling van de zorg. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de inzet van de juiste zorg, op de juiste plek, met passende deskundigheid en een passend tarief. Zodat voldaan wordt aan de zorgplicht en er geen verschraling van de wijkverpleegkundige zorg ontstaat.

g) Verbeterthema's contractering

- Partijen realiseren zich dat ze alleen gezamenlijk kunnen komen tot een contractering wijkverpleging die in het belang is van patiënt, professional en betrokken partijen. Het op alle niveaus verbeteren van de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders heeft daarom prioriteit. Een goede relatie vraagt om interactie en dialoog.
- Partijen erkennen het belang van het borgen van de continuïteit van infrastructurele voorzieningen voor onplanbare zorg en nachtzorg. Het uitgangspunt hierbij is dat infrastructurele voorzieningen niet concurrentieel zijn. In overleg tussen de individuele aanbieders van infrastructurele voorzieningen en de betreffende zorgverzekeraar wordt bepaald hoe deze voorzieningen kunnen worden vormgegeven en gecontracteerd. Goede lokale initiatieven worden geborgd. Het initiatief "Thuis en Veilig" is hierbij een goed voorbeeld om de continuïteit van deze voorzieningen te borgen.
- Bij regionale afspraken over infrastructurele voorzieningen is het wenselijk als zorgverzekeraars de gemaakte afspraken zoveel mogelijk volgen. De beslissing ten aanzien van volgen wordt door de individuele zorgverzekeraar gemaakt.

Ten aanzien van ongecontracteerde zorg geldt dat:

- Ongecontracteerde zorg zet het huidige stelsel onder druk.
- De groei van ongecontracteerde zorg vinden alle partijen een onwenselijke situatie.
- Partijen spreken af dat zij de komende zes maanden (tot en met 1 december 2017) een verkenning uitvoeren naar de achtergrond/motieven voor de keuze van het aanbieden van ongecontracteerde zorg vanuit het perspectief van aanbieders, verzekeraars en patiënten.
- Het doel van de verkenning is inzicht te krijgen in de achtergronden en motieven van alle betrokken partijen om te kiezen voor ongecontracteerde zorg. Dit inzicht vormt de basis om met elkaar verbeteringen door te kunnen voeren om de gecontracteerde zorg aantrekkelijker te maken voor aanbieder en patiënt dan ongecontracteerde zorg.
- De verkenning is kwalitatief en vragen die beantwoord moeten worden zijn onder meer:
    - Waarom aanbieders opteren voor het leveren van ongecontracteerde zorg boven gecontracteerde zorg.
    - Of patiënten door zorgaanbieders voldoende geïnformeerd worden wanneer zorgaanbieders geen contract met een verzekeraar hebben.
    - Waarom patiënten kiezen voor ongecontracteerde aanbieders in plaats van gecontracteerde zorg.
    - Of er een verschil in kwaliteit en doelmatigheid is tussen ongecontracteerde en gecontracteerde zorg.
    - Welke rol de zorgverzekeraars hebben in de keuze van aanbieders voor het bieden van ongecontracteerde zorg en de keuze van patiënten voor deze aanbieders.

In de contractering wordt:

- Door zorgverzekeraars de zorgplicht als uitgangspunt gehanteerd.
- De verbinding gelegd met de patiëntstromen in de hele keten van ziekenhuizen, eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en huisartsenzorg en de Wlz. Hierbij is het streven om regionaal zicht te hebben op de patiëntenstromen tussen de ziekenhuizen, GRZ, ELV, de Wlz en wijkverpleging.
- Voldoende beschikbaarheid van eerstelijnsverblijf georganiseerd wanneer de situatie thuis verslechtert en verpleging en verzorging thuis tijdelijk niet meer te organiseren is. Deze beschikbaarheid is ook van belang wanneer na een ziekenhuisopname de situatie nog te instabiel is om op een verantwoorde wijze naar de thuissituatie terug te keren.
- Externe kostprijsverhogende ontwikkelingen krijgen een plek in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Dit betekent niet dat kostprijsverhogende ontwikkelingen of een procentuele stijging van

de NZa-tarieven automatisch één-op-één doorvertaald worden bij alle aanbieders van wijkverpleging. Binnen de Zvw zijn het uiteindelijk altijd de individuele zorgverzekeraar en zorgaanbieder die de afspraak maken over tarieven.
- De toegevoegde waarde van meerjarencontracten besproken. Meerjarencontracten zijn geen doel op zich. De jaarlijkse inkoopcyclus wordt bezien op het voorkomen van het remmen van langdurige afspraken en innovatie.
- Specifieke aandacht te hebben voor de zorg aan kwetsbare groepen, waaronder casemanagement bij dementie, gespecialiseerde verpleging, de zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag en palliatief terminale zorg (PTZ). Op basis van regionale omstandigheden worden afspraken gemaakt die ertoe bijdragen dat deze kwetsbare groepen kunnen beschikken over voldoende zorg die voldoet aan de daarbij behorende richtlijnen en/of zorgstandaarden.
- De demografische ontwikkelingen met de daarbij toenemende zorgvraag dragen ertoe bij dat innovaties in de thuissituatie van groot belang zijn.
- Partijen zijn van mening dat zij een actieve rol moeten spelen om kansrijke eHealth toepassingen en procesinnovaties breed in de zorg ingevoerd te krijgen. Daarnaast moet er aandacht zijn voor het wegnemen van belemmeringen op dit vlak. In 2017 en 2018 zal worden onderzocht welke innovaties helpen en welke gerichte investeringen nodig zijn om dit binnen de wijkverpleging mogelijk te maken, zodat de patiënt meer regie krijgt over zijn gezondheid, de zorgverleners in hun werk en in onderlinge samenwerking worden ondersteund en substitutie mogelijk wordt gemaakt. Daarbij wordt aangesloten op de ontwikkelingen en afspraken binnen het Informatieberaad en MedMij.
  Bij de contractering krijgt dergelijke innovatie voldoende aandacht.

3. Financiële randvoorwaarden
- Voor demografische ontwikkelingen en beleid dat gericht is op langer zelfstandig wonen is een passend macrokader van belang.
- In 2016 is een onderschrijding van € 194 mln in het kader wijkverpleging zichtbaar. Om de ambities in dit akkoord te realiseren blijft deze ruimte voor € 50 mln beschikbaar voor de sector. De overige € 144 mln wordt verrekend met de startstreepcorrectie met de Wlz.
- Voor de uitvoering van de ontwikkelagenda is in 2017 € 0,6 mln en 2018 € 1,6 mln euro beschikbaar bovenop de € 1 mln die nu al voor richtlijnen via ZonMw loopt: voor de looptijd van het akkoord zal een deel van dit bedrag via de premies, naar de op te richten stichting kwaliteitsgelden wijkverpleging (SKWV) gaan. Deze bedragen komen ten laste van het beschikbare macrokader. De uitvoering van de richtlijnen, incl. de intensivering hiervan, zal via ZonMw blijven gaan.
- Voor de wijkverpleging resulteert dit alles in het voor 2018 beschikbaar stellen van een kader van € 3.748 mln[1] + € 30 mln substitutie.
- Deze ruimte is beschikbaar voor het inkopen van wijkverpleegkundige zorg waarbij de inhoudelijke afspraken vanuit het beschikbare macrokader wijkverpleging 2018 worden gerealiseerd.
- Het macrokader is de budgettaire ruimte die de Minister ieder jaar reserveert en beschikbaar stelt voor de inkoop van wijkverpleegkundige zorg die naar verwachting nodig is dat jaar. Voor de daadwerkelijk benodigde zorg in dat jaar maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling kwalitatief goede en doelmatige afspraken zodat aan de zorgplicht wordt voldaan.
- Voor het ELV wordt (structureel) een bedrag van € 30 mln toegevoegd aan het kader GRZ/ELV.
- Deze bestuurlijke afspraken laten onverlet dat contractafspraken tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders gemaakt worden op basis van de reële zorgvraag in de lokale/regionale situatie. De afspraken staan ruimte voor onderhandelingen op decentraal niveau niet in de weg.
- Voor zorgverzekeraars geldt dat de zorgplicht leidend is bij het maken van contractuele afspraken.
- Hierbij is de ontwikkeling ten aanzien van de ongecontracteerde zorg relevant die blijkt uit de resultaten van de verkenning die zal plaatsvinden (zie onder 2g).
- Partijen leveren een uiterste inspanning om overschrijdingen te voorkomen. Indien toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader kan de minister van VWS deze redresseren, bijvoorbeeld via het MBI of tariefskorting. Het MBI zal niet automatisch

[1] Als er extra geld beschikbaar wordt gesteld voor wijkverpleging in het nieuwe regeerakkoord zal hierover met de partijen van het akkoord op bestuurlijk niveau verder worden gesproken.

worden ingezet bij een overschrijding. In overleg met partijen zal gepoogd worden de oorzaak van de overschrijding te achterhalen. Daartoe zal VWS achterliggende factoren in ogenschouw nemen[2].

ActiZ organisatie van zorgondernemers	Branchebelang Thuiszorg Nederland
J.G.J.M. van den Oever	H. Buijing
Patiëntenfederatie Nederland	Zorgverzekeraars Nederland
D.A. Veldman	A. Rouvoet
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
M.J. van Rijn	H. Bakker

[2] Voorbeelden zouden kunnen zijn: onvoorziene effecten van transities, niet te beïnvloeden loon- en/of prijsontwikkelingen.