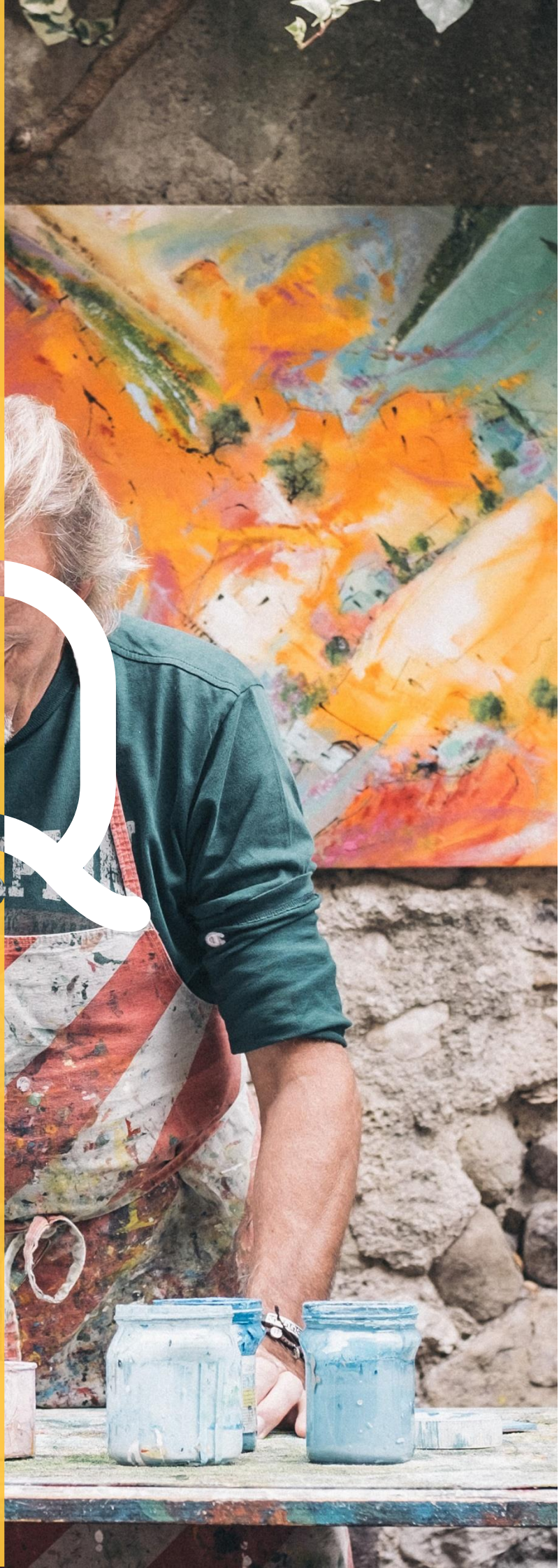
EQUALIS
strategy & modeling

Rapport - Onderzoek onderschrijding wijkverpleging

Resultaten kwalitatief onderzoek



Utrecht, 22 mei 2020

dr. Lieke Boonen
drs. Barry Egberts MMO
ir. Gerrit Hamstra
Reinie Gerrits MSc

EQUALIS
strategy & modeling

Onderzoek naar oorzaken en gevolgen van de onderschrijding budgettair kader wijkverpleging

Kwalitatief onderzoek onder alle betrokken stakeholders

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL, Utrecht
www.equalis.nl

Contactpersoon:
Lieke Boonen
Lieke.Boonen@equalis.nl
06 25 06 24 68

EQUALIS
strategy & modeling

Voorwoord

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft Equalis onderzoek gedaan naar de mogelijke verklaringen voor de gevonden onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met VWS en de hoofdlijnenakkoord (HLA) partijen wijkverpleging. Het onderzoek diende om op kwalitatieve wijze inzicht te krijgen in de factoren die een mogelijke verklaring vormen voor de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging en zicht te krijgen op de mogelijke gevolgen hiervan, bijvoorbeeld of cliënten de juiste zorg ontvangen. Bij wijkverpleging gaat het om de thuiszorg voor zover die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt; dus niet onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of de Wet langdurige Zorg (Wlz) en het persoonsgebonden budget (PGB).

In het kader van het onderzoek, dat liep van februari 2020 tot en met april 2020, zijn deskresearch, interviews met experts en focusgroepen met stakeholders uitgevoerd. Daar de focusgroepen plaatsvonden direct na de intelligente lock-down rondom het coronavirus, hebben we de focusgroepen op het laatste moment omgevormd naar online-focusgroepen. De meeste deelnemers hebben hieraan kunnen deelnemen en de uitvoering is met VWS geëvalueerd. Naast deze meetings, hebben we een online bijeenkomst gehad om de concept resultaten met de HLA partijen te beoordelen en is er een schriftelijke commentaarronde geweest waarbij de HLA partijen nauwgezet het rapport hebben gelezen en becommentarieerd. Dit eindrapport doet verslag van de resultaten van het onderzoek.

Dit rapport is opgesteld door Lieke Boonen, Barry Egberts, Reinie Gerrits en Gerrit Hamstra (allen Equalis). Aan het rapport hebben Süleyman Ezgin en Lidwien Verweij van VWS meegewerkt. Daarnaast zijn we veel dank verschuldigd aan alle deelnemers aan de focusgroepen en de HLA partijen wijkverpleging die de concept versie van het rapport nauwgezet hebben meegelezen en van commentaar hebben voorzien. Ook bedanken wij Vektis voor het aanleveren van de benodigde gegevens die gebruikt zijn in de desk research fase.

Wij verwachten met dit rapport een bijdrage te leveren aan het beter begrijpen van de huidige situatie en de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging.

Dr. Lieke Boonen

Projectleider Equalis Strategy & Modeling

EQUALIS
strategy & modeling

Managementsamenvatting

Achtergrond en aanleiding

VWS heeft geconstateerd dat in 2018 sprake is van een onderschrijding van het beschikbare budget voor wijkverpleging van 235 miljoen euro. Ook voor 2019 wijzen voorlopige realisatiecijfers op een forse onderschrijding van 441 miljoen euro, hiermee is de onderschrijding ten opzichte van 2018 nog verder opgelopen. Partijen[1] van het HLA wijkverpleging zoeken een verklaring voor deze onderschrijding. Op basis van de reeds beschikbare data en sterke signalen uit het veld wordt door de HLA partijen een relatie verondersteld tussen de sterke stijging van het **aantal** mensen dat gebruik maakt van Wlz-zorg en Wmo-ondersteuning en de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging.

Hierbij vragen de partijen om een kwalitatief onderzoek waarin met alle betrokken stakeholders naar een verklaring wordt gezocht voor de onderschrijding van het budgettair kader. De HLA partijen hebben zelf al de meerdere analyses uitgevoerd om inzicht te krijgen in de verklaring voor de onderschrijding en dat heeft tot nu toe niet tot voldoende aanknopingspunten geleid.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Met het onderzoek beoogt het ministerie van VWS verder inzicht te krijgen in welke factoren de belangrijkste verklaring vormen voor de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging én tevens na te gaan of de onderschrijding gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg. Hierbij ligt de focus op de mate waarin de vaststelling van (de groei van) het kader, het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, prikkelwerking, en arbeidsmarktproblemen een verklaring vormen voor de onderschrijding en in hoeverre dit leidt tot onvoldoende toegang.

We beantwoorden de volgende hoofdvraag

Welke factoren vormen een verklaring voor de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, in hoeverre is er sprake van afwentelrisico's naar andere sectoren en in hoeverre is de toegang in voldoende mate gewaarborgd?

Hierbij gaan we in op de onderstaande vijf thema's:

1. Sluit de groei van het financieel kader voldoende aan bij de ontwikkelingen in de praktijk?
2. In hoeverre heeft het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars effect op het zorgaanbod?
3. Is er sprake van afwenteling van zorg op andere sectoren en welke prikkels zijn in de praktijk aanwezig?
4. Is het personeelstekort in toenemende mate van invloed op het zorgaanbod?
5. Zijn er aanwijzingen, en zo ja welke, dat cliënten die aangewezen zijn op wijkverpleging deze niet of in onvoldoende mate hebben gekregen? Is er sprake van beperktere toegang voor mensen met complexe zorgvragen?

Aanpak onderzoek op hoofdlijnen

In het onderzoek ligt de focus op het kwalitatief onderzoeken naar de mogelijke verklaringen voor de onderschrijding op het kader. Het onderzoek is uitgevoerd in drie fases. In de

[1] Actiz, Zorgthuisnl, PFN, V&VN, VNG, ZN en VWS

voorbereidingsfase hebben we desk research uitgevoerd waarin we op basis van bestaande literatuur en onderzoeksrapporten hebben gekeken welke factoren van invloed zijn op het aanbod van wijkverpleging. Daarnaast is een beknopte kwantitatieve analyse gedaan op basis van gegevens van Vektis en openbaar beschikbare gegevens op www.waarstaatjegemeente.nl. Deze voorbereidingsfase vormde de input voor het kwalitatieve onderzoek dat in fase 2 is uitgevoerd. In het kwalitatieve onderzoek zijn vijf focusgroepen gehouden met alle betrokken stakeholders (zorgaanbieders van wijkverpleging, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en cliënten) en hebben we interviews gehouden met drie zelfstandig bestuursorganen (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZIN) en Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Na afloop van de focusgroepen is de conceptrapportage opgesteld (fase 3) die in een consultatieronde besproken is met de HLA partijen. Tevens hebben de HLA partijen een schriftelijke reactie kunnen geven op de concept onderzoeksrapportage.

Belangrijkste bevindingen

1. In het financieel kader is voor de meeste factoren voldoende rekening gehouden met ontwikkelingen in de praktijk.

Het financieel kader is vastgesteld op basis van de maximum tarieven NZa, de verwachte demografische en loon ontwikkelingen waarbij tevens rekening is gehouden met een verwachte besparingsdoelstelling bij de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw. De overgehevelde zorg (o.a. intensieve kindzorg (2017) en Medisch specialistische verpleging thuis (2018) zijn overgeheveld naar de wijkverpleging) is hierin correct meegenomen. Invloed van inkoopbeleid verzekeraars en mogelijke efficiency slag van zorgaanbieders is lastig te kwantificeren. De effecten van beide zijn mogelijk niet voldoende meegenomen in het kader.

2. Het beleid van de zorgverzekeraars is gericht op doelmatigheid & rechtmatigheid en heeft effect op het zorgaanbod.

Op basis van zowel het desk research als de focusroepen is vast te stellen dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars een effect heeft gehad op de vraag en het aanbod van zorg. Of dit heeft geleid tot doelmatigere inzet van middelen of tot minder aanbod en vraag van zorg wordt door partijen verschillend ervaren. Wel zijn partijen het erover eens dat er beter wordt gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid) en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van zorgen *voor* naar zorgen *dat* en dat er een kanteling plaatsvindt naar meer zelfredzaamheid.

3. Er vindt geen verdringing naar andere sectoren.

Partijen zijn van mening dat er geen sprake is van verdringing of afwenteling van zorg. Wel is er sprake van meer rechtmatigheid doordat de discussie over waar welke zorg geleverd moet worden scherper is geworden en door partijen ook meer gevoerd wordt. Partijen geven aan het terecht te vinden dat deze discussie gevoerd wordt en dat deze ook bijdraagt aan het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten. Dit neemt niet weg dat er wel druk ontstaat op zowel de Wmo als Wlz vanwege deze discussie. Cliënten blijven langer thuis wonen wat leidt tot de inzet van Wmo ondersteuning (en wijkverpleging). Bij consumenten speelt de eigen bijdrage wel een rol, waarbij consumenten minder snel willen doorschuiven naar de Wlz vanwege onder meer het ontbreken van een eigen bijdrage in de wijkverpleging. Dit zou echter leiden tot meer besteding in de wijkverpleging dan minder. Hierdoor neemt ook de druk op de inzet van Wmo zorg toe. De vraag die hierbij wel opgeworpen wordt is in hoeverre de scherpere discussie rondom de rechtmatigheid ook leidt tot doelmatigheid binnen de gehele zorg. Er wordt mogelijk minder vanuit een integrale benadering nagedacht, en meer vanuit de financiering. Hier zou meer aandacht voor mogen zijn.

4. Personeelstekort neemt toe en leidt tot langere zoektijden en meer druk op het personeel.

De arbeidsmarktproblematiek neemt toe. We zien dat meer zorgaanbieders kampen met een personeelstekort en dat dit in de komende jaren zal toenemen. Daarbij zien we ook dat het aantal cliëntenstops ten gevolge van een personeelstekort is toegenomen tussen 2018 en 2019. Echter, tot op heden lijkt het dat dit nog geen groot effect heeft op het aantal uren geleverde zorg en dit uit zich nog niet in het ontstaan van wachtlijsten. Wel neemt de zoektijd toe. De verwachting is dat dit met name in de toekomst gaat leiden tot knelpunten. Opvallend zijn de regionale verschillen hierin, maar deze zijn nog niet goed te duiden en vraagt aanvullende (kwantitatieve) analyse.

5. Partijen geven aan dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben, druk op de wijkverpleging neemt wel toe.

Partijen geven aan dat cliënten wel de zorg krijgen die zij nodig hebben. De indicatie wordt in grote mate onafhankelijk gesteld, hoewel het inkoopbeleid hierop wel van invloed is. Ook bij personeelstekort zoeken partijen naar oplossingen om cliënten wel in zorg te nemen. Tevens spelen de ongecontracteerde rol en ZZP-ers hierin een rol. Voor specifieke cliëntengroepen kan het wel lastig zijn om de benodigde (wijkverplegings)zorg te vinden. Dit heeft vaak te maken met de specifieke zorgbehoefte. Cliënten met een complexe zorgvraag ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Ook zorgaanbieders geven aan cliënten met een specifieke zorgvraag te moeten weigeren omdat zij niet kunnen voldoen aan deze zorgvraag. Ook blijft de vraag open staat of de scherpere rechtmatigheidsdiscussie leidt tot een optimale integrale benadering voor cliënten. Cliënten ontvangen zorg vanuit meerdere zorgaanbieders, wat kan leiden tot inefficiënte en onvoldoende samenhang voor de cliënt. Er bestaan wel verschillen in het (regionale) zorgaanbod waarbij de oorzaken lastig te duiden zijn. Verzekeraars geven daarnaast aan dat de grens van doelmatigheid bij meerdere zorgaanbieders wel bereikt is. De druk op de wijkverpleging neemt toe wat voor verdere spanning tussen vraag en aanbod kan zorgen in de toekomst.

Conclusie

Het onderzoek laat zien dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de scherpere discussie die gevoerd wordt over rechtmatigheid in combinatie met de verschuiving van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'* en in mindere mate de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Op basis van het kwalitatieve onderzoek is het niet mogelijk om in *kwantitatieve* bevindingen uit te drukken in hoeverre de onderschrijding heeft geleid tot *onvoldoende* toegang. Wel zien we dat de gevonden verklaringen voor de onderschrijding van invloed zijn (geweest) op het aanbod van zorg. Cliënten met een complexe zorgvraag hebben moeite om passende zorg te vinden en zorg wordt niet altijd in samenhang aangeboden (een integrale aanpak is lastig vanwege de scherpere discussie rondom rechtmatigheid). Dit heeft dus ook invloed op de toegang en het aantal uren geleverde zorg. Wat opvalt zijn de grote regionale verschillen. Het verdient de aanbeveling om deze verschillen nader in kaart te brengen en vanuit daar inzicht te krijgen in wat de achterliggende reden is van deze verschillen.

EQUALIS
strategy & modeling

Inhoud

Managementsamenvatting **2**

1 Inleiding **6**

1.1 Aanleiding 6

1.2 Onderzoeksvraag 6

1.3 Leeswijzer 7

2 Onderzoeksopzet **8**

2.1 Plan van aanpak onderzoek 8

2.2 Aanpak desk research en data analyse 8

2.3 Aanpak kwalitatief onderzoek 9

3 Resultaten desk research & data analyse **10**

3.1 Inleiding 10

3.2 Wat zijn mogelijke verklaringen van de onderschrijding? 11

3.2.1 Groei van het kader sluit niet aan bij ontwikkelingen 11

3.2.2 Beleid zorgverzekeraars gericht op doelmatigheid 13

3.2.3 Prikkelwerking om wijkverpleging af te wentelen naar andere sectoren 19

3.2.4 Arbeidsmarkt problematiek leidt tot onvoldoende aanbod 25

3.2.5 Leveren van onvoldoende zorg 25

3.3 Leidraad voor kwalitatief onderzoek 28

4 Resultaten kwalitatief onderzoek: focusgroepen en interviews **30**

4.1 Inleiding 30

4.2 Sluit de groei van het budgettair kader voldoende aan bij ontwikkelingen? 30

4.3 Heeft beleid zorgverzekeraars invloed op het zorgaanbod? 32

4.4 Leidt prikkelwerking tot verdringing van zorg naar andere sectoren? 34

4.5 Leidt Arbeidsmarktproblematiek tot onvoldoende aanbod? 36

4.6 Zijn er aanwijzingen dat er onvoldoende zorg wordt geleverd? 37

4.7 Bevindingen kwalitatieve onderzoek 39

5 Conclusies en aanbevelingen **40**

Bijlage 1: Literatuurlijst **44**

Bijlage 2: Gehanteerde stellingen **47**

Bijlage 3: Deelnemers aan de focusgroepen en interviews **49**

Bijlage 4: Interviewleidraad **50**

Bijlage 5: Achtergrondanalyses behorende bij het desk research **51**

EQUALIS
strategy & modeling

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Er zijn belangrijke veranderingen doorgevoerd in de langdurige zorg met als doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid daarvan te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken. Onderdeel van deze wijziging is de overheveling in 2015 van de extramurale zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Vervolgens zijn voor de wijkverpleging in de Zvw afspraken gemaakt over het financieel kader. In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 is een jaarlijkse volumegroei van 2,4% afgesproken. VWS heeft geconstateerd dat in 2018 sprake is van een onderschrijding van het beschikbare budget voor wijkverpleging van 235 miljoen euro (Tabel 1). Ook voor 2019 wijzen voorlopige realisatiecijfers op een forse onderschrijding van 441 miljoen euro, die ten opzichte van 2018 nog verder is opgelopen. Partijen[2] van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zoeken een verklaring voor deze onderschrijding. Op basis van de reeds beschikbare analyses en sterke signalen uit het veld wordt door de HLA partijen een relatie verondersteld tussen de sterke stijging van het **aantal** mensen dat gebruik maakt van Wlz-zorg en Wmo-ondersteuning en de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging.

Tabel 1 Overzicht onderschrijving 2015 t/m 2019[a]

	2015	2016	2017	2018	2019
Afgesproken in HLA	3.079	3.336	3.589	3.778	3.956
Loon- en prijsbijstelling	4	51	105	132	142
Herverdeling extramuralisering n.a.v. actualisering 2014	84	6	-32		
Samenloop Wlz					-80
Overige mutaties		39	-137		
Beschikbaar budget	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018
(Verwachte) realisatie	3.114	3.237	3.393	3.625	3.577
Onderschrijding	**53**	**195**	**132**	**235**	**441[b]**

[a] Bron: VWS, Zorginstituut[3]

[b] Cijfers voor 2019 zijn nog voorlopig. Door intensivering van controles door zorgverzekeraars op rechtmatige zorg met o.a. betalingsblokkades (deze declaraties zitten dus niet in de cijfers) voor ongecontracteerde zorg; is er mogelijk in 2019 een vertraging in uitbetaling van declaraties. De cijfers zijn aangepast aan de laatst actualisatie, ontvangen van het ministerie van VWS op 19-05-2020.

1.2 Onderzoeksvraag

VWS heeft Equalis gevraagd om kwalitatief onderzoek te doen naar de verklaringen voor de financiële onderschrijding in de wijkverpleging en daarin het grijze gebied van het grensvlak van Zvw, Wmo en Wlz te betrekken. Met als randvoorwaarde dat bij de uitvoering sprake is

[2] Actiz, Zorgthuisnl, PFN, V&VN, VNG, ZN en VWS
[3] Bron: VWS Memo - Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging. 22 november 2019.

van voldoende inbreng vanuit de praktijk. Het doel van het onderzoek is zicht te krijgen op de 'drijvende krachten' achter de onderschrijding in de wijkverpleging en daarbij de relatie met de stijgende kosten in de Wlz en Wmo. VWS heeft hiervoor de volgende vier onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke factoren vormen een verklaring voor de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging en in welke mate zullen deze zich in de komende jaren blijven voordoen?
2. Is er sprake van 'verdringing' naar andere sectoren (Wmo en Wlz) en in welke mate doet zich dit (regionaal) voor?
3. Welke prikkels en afwentelrisico's uit het SCP/CPB-onderzoek[4], of andere hier niet uit volgende, doen zich in welke mate voor? Daarbij ook aandacht voor de vraag of de prikkels en afwentelrisico's zich door de jaren heen (2015-2019) sterker zijn gaan voordoen en het effect daarvan op de totale zorguitgaven. Welke factoren versterk(t)en de prikkels en risico's zoals genoemd in het genoemde onderzoek van SCP en het CPB?
   Hierbij wordt Equalis gevraagd de verschillende actoren apart te behandelen: financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten), zorgaanbieders (van één of meerdere zorgsectoren), professionals, cliënten en hun sociale netwerk.
4. Zijn er aanwijzingen, en zo ja welke, dat cliënten die aangewezen zijn op wijkverpleging deze niet of in onvoldoende mate hebben gekregen? Is er sprake van beperktere toegang voor mensen met complexe zorgvragen?

De hoofdvraag formuleren we als volgt: *Welke factoren vormen een verklaring voor de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, in hoeverre is er sprake van afwentelrisico's naar andere sectoren en in hoeverre is de toegang in voldoende mate gewaarborgd?*

1.3 Leeswijzer

Het onderzoek naar de onderschrijding van de wijkverpleging is opgedeeld in een desk research, data analyse en kwalitatief onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksaanpak toegelicht. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de desk research en data analyse wat het vertrekpunt is voor de leidraad voor de focusgroepen en interviews. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de focusgroepen en interviews toegelicht. En het onderzoek wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met de conclusies op de uitkomsten van het onderzoek.

[4] Bron: SCP - I. Woittiez, E. Eggink, D. Verbeek-Oudijk. Rapport. Wat als zorg wegvalt? Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking. Den Haag, 2019

EQUALIS
strategy & modeling

2 Onderzoeksopzet

2.1 Plan van aanpak onderzoek

Het plan van aanpak voor uitvoering van het onderzoek bestaat uit drie fases. In de **eerste fase (blauw)** is desk research en kwantitatief onderzoek uitgevoerd om aanknopingspunten te destilleren die als startpunt dienen voor het kwalitatief onderzoek in fase twee. In de **tweede fase (geel)** hebben we het kwalitatieve onderzoek uitgevoerd. Hiervoor hebben we eerst een leidraad opgesteld op basis van de bevindingen uit fase 1 voor de focusgroepen met de diverse stakeholders (zorgaanbieders, gemeenten, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars & zorgkantoren) en interviews met andere relevante stakeholders (NZa, CIZ, het Zorginstituut Nederland). Vanwege het coronavirus is besloten om de focusgroepen online uit te voeren met behulp van Teams.[5] In de **derde fase (rood)** hebben we de resultaten samengevat in een rapportage.

2.2 Aanpak desk research en data analyse

We zijn gestart met desk research waarin de context van het vraagstuk grondig onderzocht is. Op basis van het desk research hebben we de vier belangrijkste thema's (en onderliggende hypotheses) vastgesteld die mogelijk een verklaring vormen voor de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging. Op basis van het desk research en aanvullende data analyse is nagegaan in hoeverre deze thema's een verklaring kunnen vormen voor de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging. In bijlage 1 staan de onderzoeken, rapportages en overige artikelen die we voor dit onderzoek hebben geraadpleegd.

Voor de data analyse hebben we gebruik gemaakt van de aangereikte gegevens van de betrokken partijen aangevuld met analyses op basis van Vektis-data en CBS data. We hebben via Vektis de beschikking gekregen over gegevens 2015-2018 van de Zvw en Wlz waarmee zowel prijs- als volume-effecten (aantal cliënten en uren) te onderscheiden zijn per regio. Hiermee hebben we de ontwikkeling in het gebruik van wijkverpleging en Wlz op regionaal niveau in kaart gebracht, waarbij we onder andere regio's met elkaar hebben vergeleken en de ontwikkeling van in- en doorstroom van de wijkverpleging naar de Wlz in kaart hebben gebracht. Cijfers over de ontwikkelingen binnen de Wmo hebben we vanuit openbare CBS gegevens aangevuld. Door deze kwantitatieve analyses te combineren met de bevindingen uit het desk research kunnen we de aanknopingspunten ondersteunen, nuanceren of mogelijk weerleggen.

Op basis van de uitkomsten van het deskresearch en de data analyse is een leidraad opgesteld voor het kwalitatief onderzoek. De leidraad bevat een duidelijke probleemschets van de

[5] We merken hierbij op dat de focusgroepen gehouden zijn op de eerste dag na invoering van de beperkende maatregelen (de gedeeltelijke lock-down). Dit heeft ertoe geleid dat op korte termijn de focusgroepen zijn omgezet naar online focusgroepen en dat het voor sommige deelnemers niet mogelijk was de focusgroep online te houden. Dit gold met name voor een aantal zorgaanbieders. Desondanks zijn de focusgroepen goed verlopen en hebben we veel input kunnen ophalen. Door de rapportage te toetsen bij de HLA partijen (zowel in een online-bijeenkomst als schriftelijk) is nog aanvullende input opgehaald en verwerkt.

financiële onderschrijding van het budgettair kader, aanknopingspunten voor mogelijke oorzaken hiervan en discussiepunten inclusief stellingen gericht op deze discussiepunten. Deze stellingen hebben we voorafgaand aan de focusgroepen online verspreid onder de deelnemers met de vraag aan te geven in hoeverre ze het eens zijn (op een vijf-puntschaal) met de stellingen ter voorbereiding voor de focusgroepen.

2.3 Aanpak kwalitatief onderzoek

Voor het kwalitatief onderzoeksdeel hebben we samen met de branchepartijen en VWS de selectie van de deelnemers gemaakt. We hebben vier focusgroepen georganiseerd waarbij we de keuze hebben gemaakt om deelnemers met dezelfde achtergrond in één focusgroep te laten deelnemen omdat we het probleem van de verschillende perspectieven willen belichten:

1. Focusgroep met zorgaanbieders van zorg (Actiz, ZorghuisNL, V&VN en individuele zorgaanbieders van zowel wijkverpleging als Wlz en Wmo zorg)
2. Focusgroep met de financiers van wijkverpleging en Wlz (ZN, zorgverzekeraars en zorgkantoren)
3. Focusgroep met financiers van de Wmo (VNG en gemeenten)
4. Focusgroep met patiëntvertegenwoordigers (PFN, Parkinson Vereniging, Cliëntbelang Amsterdam, Spierziekten Nederland, Alzheimer Nederland en IC connect)

Daarnaast hebben we interviews gehouden met Zorginstituut Nederland, de NZa en het CIZ.

Iedere deelnemer heeft voorafgaand aan de focusgroep of het interview de resultaten van het deskresearch en data analyse ontvangen. Aan de hand van de opgestelde leidraad en de antwoorden op de stellingen die voorafgaand aan de focusgroep zijn ingevuld is in focusgroepen toegewerkt naar inzicht in de oorzaken voor de financiële onderschrijding van het budgetkader van wijkverpleging. We hebben daarna de gesprekverslagen geanalyseerd en hebben in kaart gebracht wat de belangrijkste verklaringen vormen volgens de betrokken partijen voor de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging. Daarbij hebben we in kaart gebracht welke andere zaken benoemd zijn en kwantificeren we, voor zover mogelijk, hoe vaak een bepaalde oorzaak is benoemd om het belang van een bepaalde oorzaak te wegen. Vervolgens hebben we in een focusgroep met alle HLA partijen gezamenlijk de resultaten teruggekoppeld. Tot slot is de conceptrapportage verspreid onder alle deelnemers om de resultaten te verifiëren en aanvullende input op te halen.

EQUALIS
strategy & modeling

3 Resultaten desk research & data analyse

3.1 Inleiding

Op basis van het desk research hebben we allereerst de vier belangrijkste thema's vastgesteld die mogelijk een verklaring vormen voor de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging:

1. Groei van het kader sluit niet aan bij ontwikkelingen
2. Beleid zorgverzekeraar leidt tot doelmatig zorg
3. Aanwezigheid van prikkelwerking om wijkverpleging af te wentelen naar andere sectoren
4. Arbeidsmarkt problematiek leidt tot onvoldoende aanbod

Het vijfde thema waar we op ingaan, betreft het gevolg voor cliënten van een mogelijke onderschrijding. Dus leidt de onderschrijding ertoe dat de geleverde zorg niet of onvoldoende aansluit bij de behoefte van cliënten?

5. Cliënten ontvangen onvoldoende of geen zorg

Vervolgens hebben we op basis van ons onderzoek een prioritering gemaakt naar mogelijke hypotheses per thema die tot kunnen leiden tot inzicht in wat de belangrijkste verklaring voor de onderschrijding is. Dat heeft geresulteerd tot het volgende raamwerk als vertrekpunt voor verdere verdieping in desk research en data analyse. Let er hierbij op dat sommige verklaringen niet perse leiden tot een onderschrijding voor wijkverpleging, maar ook kunnen leiden tot juist meer gebruik van wijkverpleging. Deze hypotheses zijn opgenomen omdat zij ons inzicht bieden in wat er gebeurt en welke invloed dit heeft op een onder of overschrijding van het budgettair kader wijkverpleging. Dit betreft de volgende drie verklaringen:

1. Verschuiving naar ongecontracteerde zorg. Verzekerden met ongecontracteerde zorg ontvangen gemiddeld genomen meer uren zorg dan verzekerden met gecontracteerde zorg. Dit zou dus leiden tot *meer* wijkverpleging. Wat wij met deze hypothese willen onderzoeken is **of** het beleid van de zorgverzekeraar van invloed is op het aanbod van wijkverpleging.
2. Prikkelwerking als gevolg van het eigen risico voor de cliënt. De cliënt betaalt geen eigen risico voor wijkverpleging, maar wel een eigen bijdrage voor de Wmo en Wlz. Dit kan ertoe leiden dat verzekerden juist *meer* wijkverpleging afnemen. Wat wij met deze hypothese willen onderzoeken is **of** deze prikkel in de praktijk voorkomt en of er dus er sprake is van afwenteling richting andere sectoren.
3. Prikkelwerking van gemeenten. Gemeenten hebben mogelijk een financiële prikkel om zorg door te schuiven naar de Wlz en/of Zvw. Dit zou ook leiden tot *meer* wijkverpleging. Ook deze hypothese gaat in op **of** er sprake is van prikkelwerking in de praktijk die leidt tot verdringing naar andere sectoren.

Figuur 1 Hypotheses onderschrijding wijkverpleging*

Wat zijn de verklaringen voor de financiële onderschrijding in de wijkverpleging?				
I. Groei van kader sluit niet aan bij ontwikkelingen	II. Beleid verzekeraars	III. Prikkelwerking afwentelen andere sectoren	IV. Arbeidsmarkt problematiek	V. Leveren van onvoldoende zorg
Kader houdt rekening met hogere loon-kosten-& demo-grafische ontwikkeling	Inkoopbeleid leidt tot scherpere indicatie en discussie over rechtmatigheid	Cliënt: verschil tussen de ER in wijkverpleging en EB in de Wmo / Wlz leidt tot minder vraag	Door personeelstekort kan de geïndiceerde zorg niet (volledig) worden geleverd	De volledige geïndiceerde zorg wordt bijna nooit volledig geleverd
Kader houdt geen rekening met tariefswijziging AWBZ naar de ZVW	Aanbieders worden bij indicatiestelling en zorgaanbod beïnvloed door zorgverzekeraar	Zorgaanbieder: bud-getplafonds stimuleert tot aanvraag Wlz indicatie door cliënt	Er worden minder uren geleverd vanwege tekort aan aanbod	Toename in cliënten die in Wmo, ZKH of ELV verblijven door beperkingen in aanbod
E-health en mantel-zorg zorgen niet voor lagere zorgvraag	Verschuiving naar ongecontracteerde zorg vanwege inkoop-beleid verzekeraars	Zorgverzekeraar: financiële prikkel om zorg af te wentelen naar Wmo/Wlz	Toename in personeelstekort groeit harder dan in andere sectoren	We zien wachtlijsten voor wijkverpleging en een langere zoektijd
Overgehevelde zorg wordt volledig besteed		Gemeente: financiële prikkel om cliënten door te schuiven naar Zvw en Wlz	Toename werkdruk leidt o.a. tot hoger verzuim en hoger tekort	Grote regionale ver-schillen in zorg duidt mogelijk op over of ondergebruik

* ER= Eigen Risico en EB = Eigen Bijdrage.

3.2 Wat zijn mogelijke verklaringen van de onderschrijding?

Vanuit de beschikbare onderzoeken en rapportages hebben we per thema onderzocht en getoetst of dit mogelijk een verklaring is voor de onderschrijding.

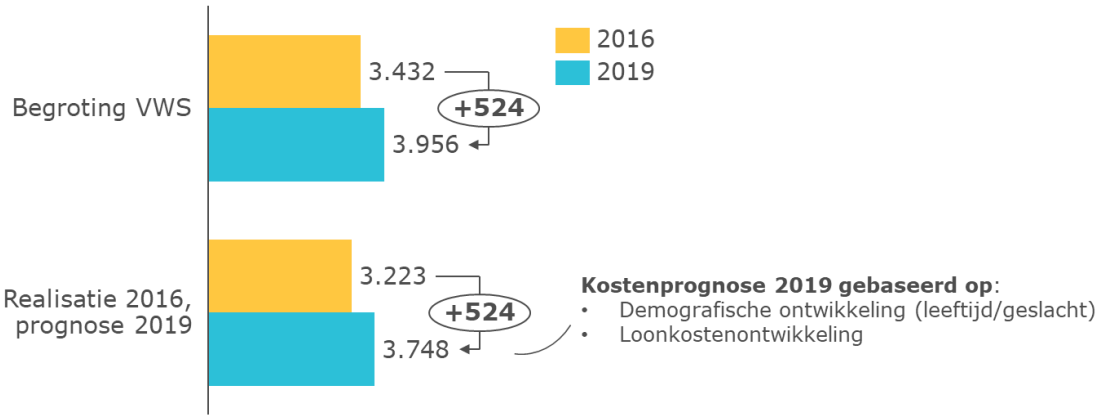
3.2.1 Groei van het kader sluit niet aan bij ontwikkelingen

Loonkosten en demografische ontwikkelingen

Op basis van de data van VWS[6] en data van Vektis[7] hebben wij vastgesteld dat de **groei** van het kader in lijn is met de loonontwikkeling en met de ingeschatte demografische ontwikkelingen in de periode 2016-2019 (zie Figuur 2). De groei van het budgettair kader van 2016 naar 2019 (524 miljoen) is gelijk aan het verschil tussen de kostenprognose voor 2019 (gebaseerd op demografische en loonkostenontwikkelingen sinds 2016) en de kostenrealisatie van 2016. Dit is dus geen verklaring voor een verdere toename van de onderschrijding van het budgetkader van 209 miljoen euro in 2016 naar 441 miljoen euro in 2019.

[6] Bron: VWS Memo Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019
[7] Bron: Vektis - Data declaratiedata Wlz en Zvw 2015-2019 (AW319)

Figuur 2 Zorgkostenontwikkeling t.o.v. begroting VWS (€ x mln)



Tariefswijziging als gevolg van overheveling AWBZ naar Zwv

De overheveling van de ABWZ naar de Zvw heeft tevens gevolgen gehad voor de hoogte van de tarieven. In het kader wordt gerekend met de maximum tarieven van de NZa. Deze tarieven zijn in 2015 gebaseerd op de tarieven die in 2014 voor vergelijkbare prestaties golden binnen de AWBZ. Per 2019 zijn deze maximum tarieven herijkt. Deze herijking is gebaseerd op het kostprijsonderzoek dat door PWC is uitgevoerd in 2017.[8] Tot die tijd (dus voor 2019) zijn voor alle jaren de 'oude' AWBZ tarieven geïndexeerd. De besparing die is doorgevoerd ten tijde van de overheveling, is niet doorgevoerd op de maximum NZa tarieven, aangezien deze vergelijkbaar zijn met de AWBZ tarieven. Binnen het kader is dus rekening gehouden met de maximum tarieven van de NZa, wat echter niet per definitie betekent dat dit de afgesproken tarieven met de zorgverzekeraars zijn.

Zorgverzekeraars hanteren in hun contracten vaak een percentage van dit maximum tarief. Het inkoopdocument van Zilveren Kruis uit 2016[9] laat bijvoorbeeld zien dat het basis uurtarief voor persoonlijke verzorging 85,5% van het maximum tarief ligt en dat het basisuurtarief voor verpleging, AIV en gespecialiseerde verpleging op 90% van het maximum tarief ligt. Dit laat zien dat er een discrepantie is tussen de tarieven waarop het kader zich baseert en de tarieven die in de markt gehanteerd worden. Daarnaast is in de afgelopen jaren geëxperimenteerd met integrale tarieven waarin zorgaanbieders één integraal tarief krijgen voor het leveren van wijkverpleging. Dit integrale tarief is een gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging samen. Dit correspondeert dan niet meer met de maximum tarieven van de NZa. Op dit moment heeft het merendeel van de zorgaanbieders een integraal tarief. Hieruit blijkt wel dat hoewel het kader dus rekening houdt met de wijziging in de maximum tarieven die de NZa hanteert, er geen afslag is gehanteerd voor de tarieven die in de praktijk worden gehanteerd door verzekeraars en die naar verwachting dus lager liggen dan de maximum tarieven van de NZa.[10] De tariefswijzigingen als gevolg van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars zijn dus niet volledig doorgerekend in de groei van het kader.

[8] Bron: https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_3582_22/1/
[9] Bron: Inkoopdocument Wijkverpleging 2016 Zilveren Kruis, dd 20-08-2015
[10] In dit onderzoek is geen verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de exacte tarieven die alle zorgverzekeraars hanteren. Dit is niet opportuun vanwege de diversiteit aan contractvormen en toeslagen die gehanteerd worden. Daarnaast ligt er een vraag bij Vektis om na te gaan welk effect de invoering van integrale tarieven heeft op de tariefstelling (Bron: VWS Memo - Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019).

Inzet e-health en mantelzorg

In het kader is geen afslag toegepast voor de inzet van e-health en mantelzorg. E-health en mantelzorg zorgen vooralsnog niet voor lagere zorgvraag. Het lijkt dus terecht dat hier in het kader geen afslag voor wordt toegepast. Uit onderzoek[11] blijkt namelijk dat e-health nog maar beperkt wordt ingezet. En volgens het SCP rapport[12] neemt de inzet van mantelzorg eerder af dan toe en wordt mantelzorg kwetsbaarder omdat een groter deel hiervan door leeftijdsgenoten zal moeten worden geleverd. Het sociale netwerk kan daarnaast niet alle zorgvragen overnemen. Het kader lijkt hier dus voldoende rekening mee te houden en dit vormt dus geen indicatie voor de onderschrijding.

Overgehevelde zorg

Een andere mogelijk verklaring van de onderschrijding is de vraag of overgehevelde zorg volledig wordt besteed. Intensivering zorgakkoord, intensieve kindzorg en Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) zijn tussen 2015 en 2019 overgeheveld naar de wijkverpleging (+€140,2 mln). Uit analyses van Vektis[13] blijkt dat deze middelen volledig zijn ingezet en dus geen verklaring zijn voor de onderschrijding.

De algemene conclusie is dat de groei van het kader overeen komt met de verwachte ontwikkelingen van de kosten en dit geen verklaring is voor **verdere toename** van de onderschrijding. We merken daarbij op dat we niet hebben kunnen vaststellen in welke mate het basisjaar 2015 goed is bepaald, wat het vertrekpunt is geweest voor het kader en daarna groei over de jaren. Wel is bij de overheveling rekening gehouden met de maximum tarieven van de NZa en is een bezuiniging doorgevoerd.[14] Ook heeft het merendeel van de zorgaanbieders momenteel integrale tarieven, waarin verpleging en verzorging worden gecombineerd. Dit wijkt af van de tarieven waarmee in het kader rekening is gehouden. In beginsel waren partijen van mening dat het budgettair kader voor 2015 te laag was vastgesteld.[15] In de focusgroepen hebben we met partijen nader gesproken over de vaststelling van het kader en in welke mate het kader afwijkt van de te verwachten ontwikkelingen (zie paragraaf 4.2).

3.2.2 Beleid zorgverzekeraars gericht op doelmatigheid

Inkoopbeleid zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn vanaf 2015 gaan sturen op doelmatigheid door o.a. de invoering van budgetplafonds en de beloning voor een lager gemiddeld aantal uren per cliënt. Allereerst, hebben we gekeken naar de impact hiervan op het gemiddeld aantal ingezette uren per cliënt. We zien op basis van Vektis data dat het gemiddeld aantal ingezette uren per cliënt is gedaald[16], ondanks de toename van de gemiddelde complexiteit door vergrijzing en

[11] Bron: VWS Memo - Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019
[12] Bron: SCP - I. Woittiez, E. Eggink, D. Verbeek-Oudijk. Rapport. Wat als zorg wegvalt? Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking. Den Haag, 2019
[13] Bron: VWS Memo - Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019
[14] Bron: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/Hervorming%20langdurige%20zorg/onderhandelaarsresultaat-transitie-verpleging-en-verzorging.pdf
[15] Bron: https://www.zn.nl/338067458/nieuwsbericht?newsitemid=21364736
[16] Bron: VWS Memo - Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019

extramuralisering.[17] Doordat mensen langer thuis blijven wonen, neemt de gemiddelde complexiteit in de wijkverpleging toe. Dat is terug te zien in de toename van het aandeel van verpleging in de sinds 2015. De Vektis cijfers laten zien dat de gemiddelde kosten per cliënt tussen 2015 en 2019 niet sterk zijn gestegen (zie Figuur 3). Het uurtarief voor wijkverpleging is wel licht gestegen. Dit betekent dat het aantal uren zorg per cliënt is gedaald. Dit betreft gegevens voor de totale wijkverpleging, dus zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg, als PGB. Wij kiezen ervoor om de gegevens te baseren op de totale wijkverpleging (dus zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd) omdat dit inzicht geeft in de landelijke situatie. Uit onderzoek naar de niet-gecontracteerde zorg blijkt dat de gemiddelde kosten per cliënt voor niet-gecontracteerde zorg hoger liggen dan van gecontracteerde zorg. Daarnaast laat het onderzoek ook zien dat het aantal uren en daarmee de gemiddelde kosten per cliënt van ongecontracteerde zorg dalen tussen 2017 en 2019[18].

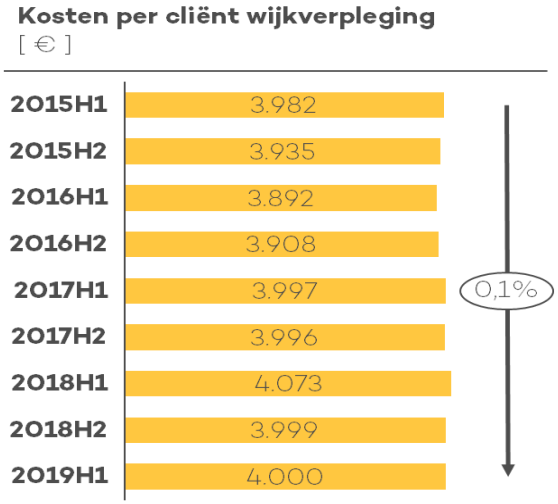
Gegeven de vergrijzing en toegenomen complexiteit, hadden we verwacht dat het aantal uren zorg per cliënt zou toenemen.[19] Daarnaast hanteren zorgverzekeraars nieuwe vormen van bekostiging waarin gewerkt wordt met integrale tarieven. De eerste evaluatie door de NZa[20] laat een doelmatigheidseffect zien. De NZA monitor wijkverpleging[21] laat zien dat momenteel 93% van de zorgaanbieders werkt met integrale tarieven.

[17] Bron: NZA, Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/)
[18] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019 EN NZA, Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/)
[19] Bron: VWS Memo: Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019, en Vektis cijfers wijkverpleging 2015 t/m 2019
[20] Bron: NZa - Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging, 2019
[21] Bron: Monitor contractering wijkverpleging 20198 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_236195_22/1/)

Figuur 3 Gemiddelde kosten per cliënt tussen 2015 en 2019

Weergegeven per half jaar (H1 betreft het 1e half jaar, H2 betreft het tweede half jaar)

Het betreft de totale declaraties wijkverpleging (gecontracteerd, niet-gecontracteerd en PGB)



Bron 1 Data declaratiegegevens Vektis 2015 t/m 2019

Ten tweede, laat onderzoek van het Nivel[22] zien dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars van invloed is op de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundigen geven aan dat ze beïnvloed worden door zowel de zorgverzekeraar als de aanbieder bij de indicatiestelling (het vaststellen van het benodigde aantal uren zorg). Desondanks voelt het merendeel van de verpleegkundigen zich vrij om te indiceren wat de cliënt nodig heeft (49% volledig vrij en 43% in hoge mate). Verpleegkundigen geven daarbij aan dat zij zich in hun indicatiestelling laten beïnvloeden door zowel de zorgverzekeraar (35%), hun werkgever (15%), mantelzorgers (43%), cliënten (27%) als door hun collega's (43%). Naast de invloed van de zorgverzekeraar, is dus ook de invloed van collega's en mantelzorgers hoog (en zelfs hoger dan de invloed van de zorgverzekeraar). Uiteindelijk geeft 75% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan dat de indicatiestelling aansluit bij de zorgvraag. Hiervan vindt 18% dat de indicatie volledig aansluit en 57% in hoge mate. Verder vindt 25% de aansluiting redelijk. Er is niet uitgevraagd of de indicatie die niet aansluit dan leidt tot te weinig of te veel zorg. Daarnaast voelen zij zich competent (91% volledig of in hoge mate competent) om de zorg te indiceren en gebruikt ongeveer de helft hiervoor de normen van de beroepsgroep. Het onderzoek duidt aan dat verpleegkundigen en verzorgenden, ondanks dat ze zich in hoge mate vrij voelen om te indiceren, wel beïnvloed worden door het inkoopbeleid van de verzekeraar. Wel geven ze daarbij ook aan dat het aanbod (aantal geïndiceerde uren zorg) in grote mate aansluit op de vraag/behoefte van de cliënt.

Ten derde, geeft de monitor van de NZa inzicht in de cliëntenstops die zorgaanbieders hebben aangekondigd en de achterliggende reden hiervoor. In 2018 heeft de helft van de zorgaanbieders (53%) een cliëntenstop afgegeven of overwogen als gevolg van het bereiken van het budgetplafond. Dit is gedaald t.o.v. 2017 waarin 62% een budgetplafond heeft

[22] Bron: NIVEL - A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.

afgegeven of overwogen. Het aantal stops dat zorgaanbieders hebben gehad is gedaald. In 2018 had 67% van de zorgaanbieders 1 of 2 stops tegenover 53% in 2017 terwijl 11% 3 tot 5 stops heeft gehad in 2018 tegenover 26% die in 2017 3 tot 5 stops heeft uitgevoerd. Waar in de monitor van 2018[23] door de NZa is opgemerkt dat in 96% van de gevallen de extra aanvraag is gehonoreerd, waarvan bij 67% van de zorgaanbieders volledig en bij 29% gedeeltelijk, heeft zij dit in 2019 niet opgenomen in haar monitor. Wel geeft de NZa aan dat er vaak onduidelijkheid is over her proces rondom bij contracteren en dat het vaak lang duurt voordat er duidelijkheid is. Ook neemt het aantal aanbieders met verzoeken tot 'bij-contractering' toe.

Effect inkoopbeleid zorgverzekeraars op gedrag zorgaanbieders

Uit onderzoek van Nivel[24] blijkt dat wijkverpleegkundigen aangeven de ze beïnvloed worden door de zorgverzekeraar èn de aanbieder bij de indicatiestelling (het vaststellen van het benodigde aantal uren zorg). Hoewel verpleegkundigen aangeven zich vrij te voelen om te indiceren (49% volledig vrij en 43% in hoge mate), worden ze dus wèl beïnvloed bij het stellen van de indicatie. Slechts 22% geeft aan dat ze zich niet beïnvloed voelt. De anderen voelen zich beïnvloed door zowel de zorgverzekeraar (35%), hun werkgever (15%), mantelzorgers (43%), cliënten (27%) als door hun collega's (43%). Hierbij geven verpleegkundigen aan dat het budgetplafond en de toekenningsbesluiten van het PGB door de zorgverzekeraar druk uitoefenen op de indicatiestelling. Uiteindelijk geeft 75% van de verpleegkundigen aan dat de indicatiestelling aansluit bij de zorgvraag. Hiervan vindt 18% dat de indicatie volledig aansluit en 57% in hoge mate. Verder vindt 25% de aansluiting redelijk. Daarnaast voelen zij zich competent (91% volledig en in hoge mate competent) om de zorg te indiceren en gebruikt ongeveer de helft hiervoor de normen van de beroepsgroep. Het onderzoek duidt aan dat verpleegkundigen, ondanks dat ze zich in hoge mate vrij voelen om te indiceren, wel beïnvloed worden door het inkoopbeleid van de verzekeraar.

Naast het aantal cliëntenstops als gevolg van het budgetplafond, heeft de NZa ook in kaart gebracht hoe veel en hoe vaak zorgaanbieders een cliëntenstop hebben gehanteerd als gevolg van het personeelstekort. Hier zien we dat het percentage zorgaanbieders met een cliëntenstop vanwege personeelstekort is toegenomen van 12% in 2017 naar 14% in 2018. Ook het percentage aanbieders dat dit heeft overwogen is gestegen (van 18% in 2017 naar 24% in 2018). Ook zien we dat zorgaanbieders vaker een cliëntenstop toegepast hebben (39% van de zorgaanbieders heeft meer dan 5 keer een cliëntenstop gehad in 2018 versus 35% in 2017) en duurde de cliëntenstops ook langer (42% 1 tot 3 maanden in 2018 versus 24% in 2017 en 6% 1 tot 2 weken in 2018 versus 22% in 2017). Dit toont aan dat het personeelstekort in toenemende mate van invloed is op de cliëntenstops.

Hoewel het aantal cliëntenstops als gevolg van het personeelstekort toeneemt, heeft ook budgetplafond invloed op het gedrag van zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven nog steeds cliëntenstops af als gevolg van het budgetplafond dat gehanteerd wordt en ook meer zorgaanbieders vragen, steeds vroeger in het jaar, om 'bij-contractering'. Hoewel er geen wachtlijsten worden gesignaleerd door de NZa, noch door andere partijen[25], en patiënten worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders, lijkt het budgetplafond wel van invloed te zijn op het aanbod van individuele zorgaanbieders. Zij maken keuzes om zorg al dan niet aan

[23] Bron: Monitor contractering wijkverpleging 2018 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_236195_22/1/)
[24] Bron: NIVEL - A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.
[25] Bron: Significant (2019) Toegankelijkheid van de wijkverpleging (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/16/toegankelijkheid-van-de-wijkverpleging)

te bieden (cliëntenstop) o.b.v. de hoogte van het plafond en het bereiken hiervan. Dit heeft ook gevolgen voor de zoektijd. Uit het onderzoek van Significant25 blijkt dat, hoewel het vinden van een zorgaanbieder meestal wel lukt, het zoeken kan tegenvallen en veel tijd kost.

Concluderend kunnen we stellen dat het zorginkoopbeleid van verzekeraars van invloed lijkt te zijn op het aantal aangeboden uren zorg en het gedrag van zorgaanbieders. Dit kan bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg, maar zou ook kunnen leiden tot een te beperkt aanbod van zorg. Dit bespreken we in de focusgroepen en wordt besproken in paragraaf 4.3 en 4.6.

Impact ongecontracteerde zorg

Vanaf 2016 zien we een toename van ongecontracteerde zorg (zie Figuur 5). Er lijkt momenteel een stabilisatie te zijn van deze groei. Er is een aantal redenen waarom zorgaanbieders ervoor kiezen om af te zien van een contract. Zorgaanbieders geven aan meer ruimte willen hebben in hun budgetplafond en meer vrijheid te willen bij het indiceren van het aantal uren. Ook vinden zij de tarieven soms te laag of zien ze af van een contract omdat de zorgverzekeraar geen cliënten heeft in hun werkgebied.[26] Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat zij niet met alle zorgaanbieders een contract afsluiten omdat zorgaanbieders niet altijd voldoen aan de contractvoorwaarden die zorgverzekeraars stellen, omdat er problemen zijn rondom integriteit en fraude en zij twijfelen over de kwaliteit van de zorgverlening.[27]

Uit analyse op basis van Vektis data blijkt dat het aantal uren zorg bij ongecontracteerde zorgaanbieders 2 keer zo hoog ligt dan bij gecontracteerde zorgaanbieders (zie Figuur 4). De gemiddelde kosten liggen 1,7 keer zo hoog bij ongecontracteerde zorgaanbieders t.o.v. gecontracteerde zorgaanbieders[28]. Daarbij zien we ook dat het percentage cliënten met ongecontracteerde zorg in de afgelopen jaren is toegenomen van 2,6% in 2016 naar 4,5% in 2019. Dit percentage lijkt zich enigszins te stabiliseren (Figuur 5).

Figuur 4 Ontwikkeling van het gemiddeld aantal uren per cliënt bij niet-gecontracteerde zorg[29]

Tabel 4: Gemiddeld aantal uur per cliënt per maand bij niet-gecontracteerde zorg[1] neemt af in Q1 2019

Periode	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd	% Verschil[2]	Ratio[3]
2016 Q1	17	28	65	1,6
2017 Q1	16	44	175	2,8
2018 Q1	15	41	173	2,7
2019 Q1	15	33	120	2,2

[1] Exclusief palliatieve zorg en pgb
[2] (Niet-gecontracteerd minus gecontracteerd) gedeeld door gecontracteerd
[3] Niet-gecontracteerd gedeeld door gecontracteerd

Het aandeel ongecontracteerde zorg, in termen van kosten, is afgenomen van 9% in het eerste kwartaal van 2018 naar 7,4% in het eerste kwartaal 2019. Wel zien we dat het aantal zorgaanbieders dat niet gecontracteerd is toeneemt tussen 2016 en 2018 waarbij vrijwel alle ZZP-ers zonder contract werken (en het aantal ZZP-ers met 50% is gegroeid tussen 2016 en 2018) en ongeveer 64% van de instellingen zonder contract werkt. Dus hoewel de omvang in

[26] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019 EN Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/)

[27] Bron: Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/
[28] Bron: Vektis: vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019, tabel 3 pg 12
[29] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019, tabel 4

termen van kosten en aantal cliënten beperkt is, is het aantal instellingen en ZZP-ers dat zonder contract werkt groot. We zien ook grote regionale verschillen waarin met name in stedelijk gebied het percentage ongecontracteerde zorg groter is en op kan lopen tot 43%.

Figuur 5 Inzicht in ontwikkeling percentage ongecontracteerde zorg[30]

Tabel 1: Na een stijging in de jaren 2016-2018 stabiliseert het percentage cliënten met niet-gecontracteerde zorg[1)] in 2019

Periode	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd	% Niet-gecontracteerd
2016 Q1	285.700	7.600	2,6
2017 Q1	296.800	9.700	3,2
2018 Q1	317.200	15.300	4,6
2019 Q1	316.400	15.000	4,5

1) Exclusief palliatieve zorg en pgb

Tabel 2: Het aandeel van niet-gecontracteerde zorg[1)] in kosten daalt in Q1 2019

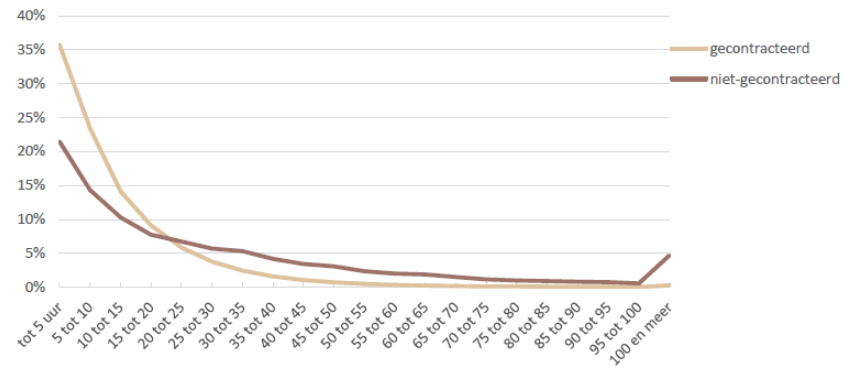
Periode	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd	% Niet-gecontracteerd
2016 Q1	€ 592.568.000	€ 20.022.000	3,3
2017 Q1	€ 621.931.000	€ 41.323.000	6,2
2018 Q1	€ 670.130.000	€ 65.868.000	8,9
2019 Q1	€ 661.586.000	€ 52.656.000	7,4

1) Exclusief palliatieve zorg en pgb

Waar het gemiddeld aantal uren zorg bij ongecontracteerde zorgaanbieders is gedaald, zien we wel opvallende verschillen in de spreiding in het gemiddeld aantal uren zorg. Bij gecontracteerde zorgaanbieders ontvangt 75% van de cliënten tot maximaal 15 uur zorg per week. Dit percentage ligt op 50% bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast is het percentage cliënten dat meer dan 100 uur zorg ontvangt substantieel hoger bij ongecontracteerde zorg (4,7%) dan bij gecontracteerde zorg (0,3%) (zie **Figuur** 6).[31]

Figuur 6 Percentage cliënten verdeeld over aantal ontvangen uren wijkverpleging[32]

Figuur 4: Gemiddeld aantal uren per maand (2018)



[30] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019, tabel 1 en 2, en Arteria consulting (2017), (Niet-) Gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Een Kwalitatief en kwantitatief onderzoek. dd 13 december 2017.

[31] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019

[32] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019, figuur 4

Ook de gemiddelde leeftijd van deze cliënten verschilt. Bij ongecontracteerde zorg ontvangen met name 85-plussers meer dan 100 uur zorg (31%), bij gecontracteerde zorg ligt dit percentage hoger bij 20 tot 64 jarigen (33%). Daarnaast laat Vektis zien dat chronische zorgvraag (9+maanden zorg) hoger is bij gecontracteerde dan bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Ook deze inzichten laten zien dat zorgaanbieders beïnvloed worden door het beleid van de verzekeraar.

Gecontracteerde zorgaanbieders lijken in het algemeen minder uren zorg te leveren dan ongecontracteerde zorgaanbieders. In de focusgroepen kijken we welke impact dit kan hebben op de onderschrijding van het financieel kaderwijkverpleging.

3.2.3 Prikkelwerking om wijkverpleging af te wentelen naar andere sectoren

Hier hebben we specifiek gekeken welke prikkels vanuit het stelsel aanwezig zijn, wat mogelijk leidt tot verdringing naar andere domeinen en of er kwantitatieve inzichten zijn die hier inzicht in geven. We beschrijven allereerst de mogelijke prikkels die we voornamelijk hebben gebaseerd op het CPB rapport 'Keuzeruimte in de langdurige zorg' waarin de mogelijke prikkels als gevolg van de hervormingen in de langdurige zorg zijn benoemd.[33] Daarna geven we inzicht in of deze prikkelwerking zich in de praktijk voor lijkt te doen op basis van kwantitatieve gegevens. Let op, het gaat dus om prikkels die mogelijk aanwezig zijn. In de focusgroepen gaan we in op hoe deze prikkels door partijen worden ervaren en of zij in de praktijk voorkomen (paragraaf 4.4).

Prikkels vanuit de cliënt

Allereerst is er vanuit de cliënt de prikkel dat hij/zij geen eigen risico betaalt voor de wijkverpleging, maar wel een eigen bijdrage in de Wmo en Wlz. Dit kan van invloed zijn op de voorkeur van de cliënt. Dit kan tevens van invloed zijn op het gebruik van hulpmiddelen om langer thuis te blijven wonen, ook hier geldt namelijk vaak een eigen bijdrage. Dit is overigens een prikkel voor méér wijkverplegingszorg, en minder doorstroming naar de Wlz. Mogelijk vragen mensen ook eerder wijkverpleging aan om de eigen bijdrage in de Wmo te omzeilen. Dit zou dus leiden tot een mogelijke verdringing van Wlz of Wmo naar de Zvw. Dit kan dus geen verklaring zijn voor de onderschrijding van het macrokader.

Prikkels vanuit de zorgaanbieder

Zorgaanbieders ervaren, door de budgetplafonds, een mogelijke prikkel om cliënten minder snel in zorg te nemen of om cliënten te stimuleren een Wlz indicatie aan te vragen. Immers als zorgaanbieders hun plafond (dreigen te) bereiken, hebben zij een prikkel om cliënten eerder door te schuiven naar de Wlz of andere zorgaanbieders, minder uren zorg te leveren of cliënten minder snel in zorg te nemen. Dit komt ook naar voren in de Contracteer monitor wijkverpleging van de NZa (zowel 2018 als 2019)[34], waarin aangegeven wordt dat aanbieders

[33] Bron: CPB/SCP: M. Non, A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Backx, R. Douven. Rapport. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten Den Haag, 2015.

[34] Bron: Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/), Monitor contractering wijkverpleging 2018 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_236195_22/1/) en NIVEL - A. de Veer, K. de Groot, A. Francke.

vanwege budgetplafonds cliënten niet in zorg nemen of doorverwijzen naar andere zorgaanbieders als deze plafonds worden bereikt. Ook in de uitvraag door het Nivel[35] blijkt dat budgetplafonds en productieafspraken van invloed zijn op de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen Daarnaast zijn er mogelijk prikkels als zorgaanbieders beide typen zorg (zowel Zvw áls Wlz) aanbieden vanwege verschillen in tarieven.

Prikkels vanuit de zorgverzekeraar

Verzekeraars hebben mogelijke prikkels om zorg af te wentelen op andere zorgverzekeraars of andere domeinen. Verzekeraars hebben ook prikkels om te komen tot doelmatige zorg en om zorgaanbieders te stimuleren doelmatige zorg te leveren. Echter doordat er meerdere verzekeraars in een regio actief zijn, kunnen afstemmingskosten tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de inzet van Wmo en wijkverpleging toenemen. Ook kan dit leiden tot een scherpere discussie over de afbakening tussen de stelsels, m.a.w. waar hoort welke zorg formeel thuis? Ook de mate waarin goed wordt gecompenseerd voor verschillen in populatiekenmerken d.m.v. de risicoverevening speelt een rol in de prikkels van zorgverzekeraars. Indien er niet adequaat wordt gecompenseerd hiervoor kan er een prikkel tot risicoselectie ontstaan.

Prikkels vanuit de gemeente

Gemeenten hebben veel keuzemogelijkheden gekregen en worden financieel geprikkeld om de zorggelden efficiënt te besteden. Dit kan leiden tot onbedoelde effecten waaronder mogelijke beperking van het aanbod, hogere eigen bijdragen of afwenteling van zorg op andere domeinen zoals de Wlz en Zvw. Dit kan er ook toe leiden dat er verschillen ontstaan in het voorzieningenniveau van de Wmo tussen gemeenten. Om afwenteling te voorkomen en preventie te stimuleren is een goede afstemming tussen o.a. gemeenten en zorgverzekeraars essentieel.[36]

Kwantitatieve analyses

De kwantitatieve analyses geven inzicht in de ontwikkeling van het aantal cliënten in de Wmo, Wlz en wijkverpleging. De inzichten laten zien dat met name het aantal cliënten in de Wmo toeneemt, terwijl het aantal cliënten in de wijkverpleging en Wlz niet sterk toeneemt. De doelgroep die aanspraak maakt op Wmo betreft daarbij deels een andere doelgroep: mensen met een verstandelijke beperking, GGZ beschermd wonen. De groei binnen de Wmo wordt dus ook veroorzaakt door de ambulantisering binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten (VG) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

De Wmo gegevens hebben we gebaseerd op basis van data van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein[37]. Hierin hebben we gebruik gemaakt van het aantal cliënten dat gebruikt maakt van maatwerkarrangementen Wmo (Figuur 7 en Figuur 8) en de onderverdeling naar type maatwerkarrangement (Figuur 9). Qua type zal de zorg 'opvang en verblijf' niet overeen komen met zorg binnen de wijkverpleging. Naar verwachting komt deze zorg meer overeen met 'ondersteuning' en 'huishoudelijke hulp'. We hebben er voor gekozen alle types te laten

Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.

[35] Bron: NIVEL - A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.

[36] Bron: CPB/SCP: M. Non, A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Backx, R. Douven. Rapport. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten Den Haag, 2015.

[37] Bron: Waarstaatjegemeente.nl. De gegevens zijn afkomstig uit bestanden die door gemeenten zijn aangeleverd in het kader van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein. Gemeenten nemen op vrijwillige basis deel aan deze monitor. Het gaat om personen die gebruik hebben gemaakt van maatwerkarrangementen.

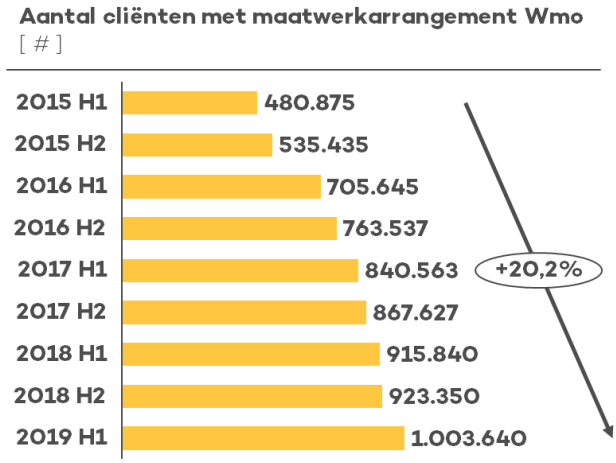
zien omdat de stijging in het totaal aantal Wmo arrangementen gebaseerd is op al deze type ondersteuningsvormen.

Daar de aanlevering op vrijwillige basis gebeurt kunnen we niet met zekerheid zeggen dat dit het totaal aantal arrangementen betreft. Daarbij kan een deel van de stijging veroorzaakt worden door een betere aanlevering door gemeentes in latere jaren.

We zien dat het aantal gemeenten dat gegevens aanlevert toe is genomen van 184 naar 332 in 2019. We zien dat met name in 2015 en 2016 minder gemeentes hebben aangeleverd, maar dat vanaf 2017 meer dan 300 gemeentes aanleveren. We kijken dus naar de trend tussen 2017 en 2019 omdat we anders in de stijging (zie ook de sterke stijging in Figuur 7 van 20%) vertekend wordt door een toename in het aantal gemeenten dat gegevens aanlevert. Tussen 2017 en 2019 is het aantal maatwerkarrangementen binnen de Wmo met 9% gestegen (Figuur 8). We zien stijgingen bij alle maatwerkarrangementen (Figuur 9). Verblijf en opvang stijgt het hardste (+19,7%) en hulp bij huishouden het minst hard (+8,1%).

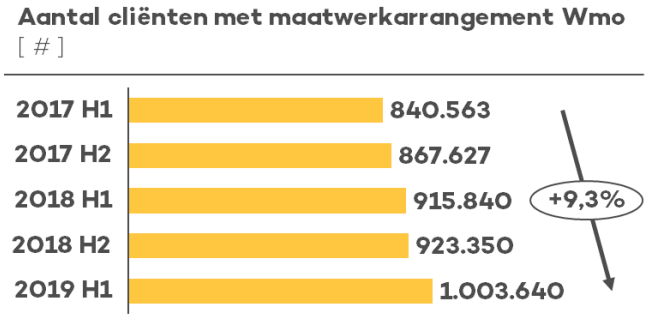
Figuur 7 Ontwikkeling van het totaal aantal maatwerkarrangementen binnen de Wmo

H1 = eerste half jaar (januari tot en met juni), H2 tweede half jaar (juli tot en met december)

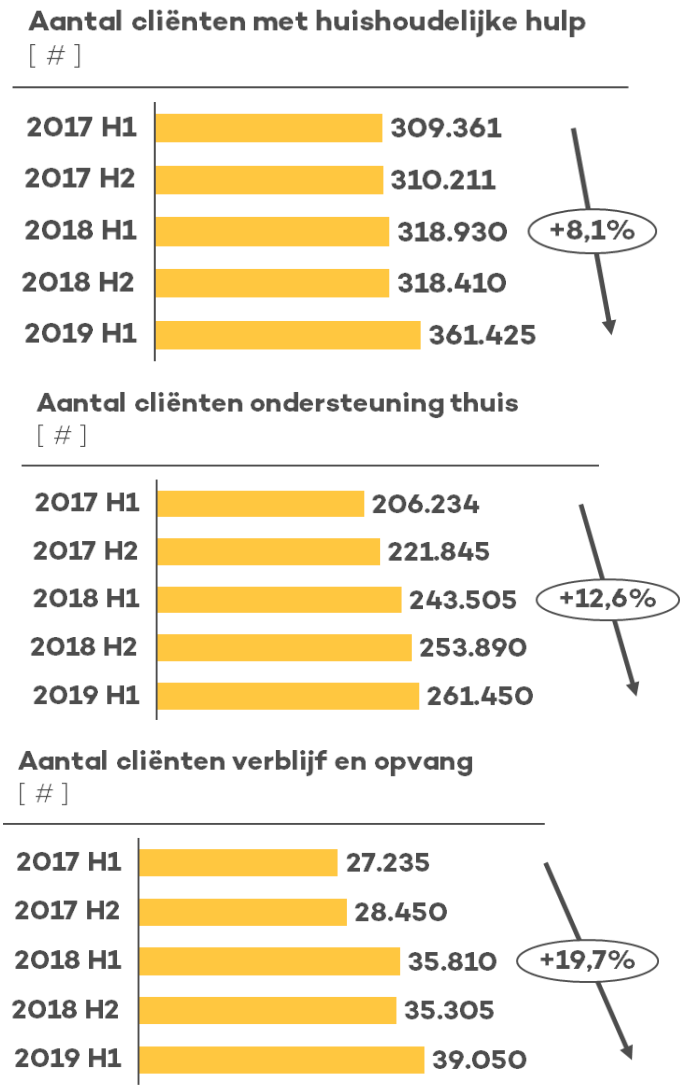


Figuur 8 Ontwikkeling van het totaal aantal maatwerkarrangementen binnen de Wmo tussen 2017 en 2019

H1 = eerste half jaar (januari tot en met juni), H2 tweede half jaar (juli tot en met december)



Figuur 9 Aantal cliënten met maatwerkarrangement onderverdeeld naar type arrangement (huishoudelijke hulp, ondersteuning en verblijf)
H1 = eerste half jaar (januari tot en met juni), H2 tweede half jaar (juli tot en met december)



Er zijn ook cijfers beschikbaar over de doorstroom van de Wmo naar de Wlz. Deze is tussen 2017 en 2018 licht gestegen van 18,7 naar 19,6%. Dit houdt in dat niet substantieel meer of minder cliënten vanuit de Wmo doorstromen naar de Wlz. Er is geen inzicht in de doorstroom vanuit de Wmo naar de wijkverpleging. Het is dan ook niet duidelijk of cliënten langer in de Wmo blijven vanwege een beperkte uitstroom naar de wijkverpleging. Hoewel Wmo en wijkverpleging naast elkaar worden aangeboden en het een andere zorgbehoefte betreft, kan het wel zo zijn dat door de Wmo ondersteuning cliënten in staat zijn langer zelfstandig thuis te wonen zonder aanvullende zorgvraag. Er is een mogelijke prikkel tot afwenteling ondanks de andere zorgbehoefte.

Uit de analyse op basis van Vektis data[38] blijkt dat het aantal cliënten van 2015 t/m 2019 in de Wlz niet sterker toeneemt dan in de wijkverpleging (zie Figuur 10). We hebben daarbij

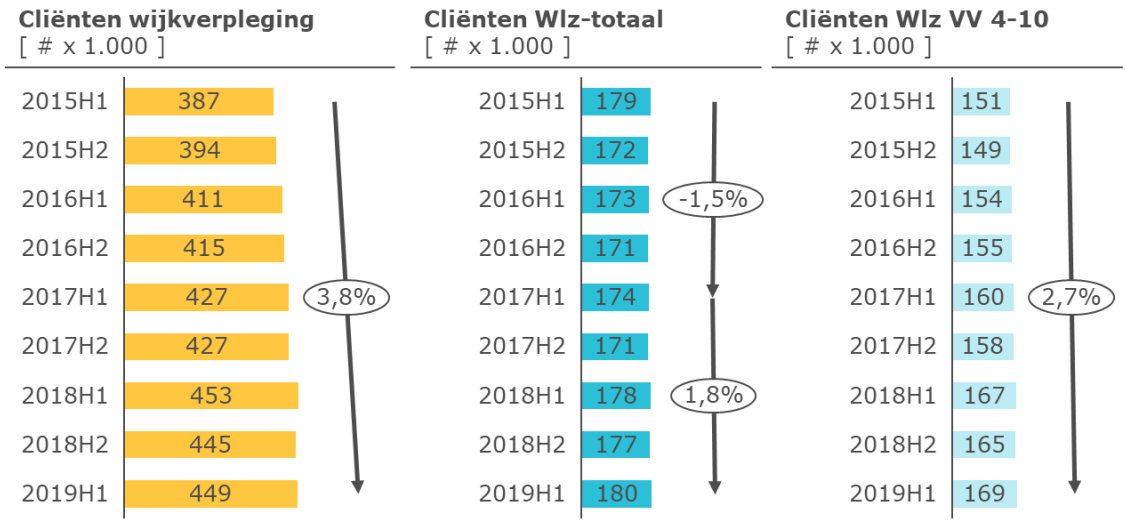
[38] Bron: Data declaratiegegevens Vektis 2015 t/m 2019

alleen zicht op de gedeclareerde zorg, het aantal aangevraagde en toegekende indicaties is niet inzichtelijk. We maken hierbij een onderscheid tussen de totale Wlz en de Wlz cliënten met een VV4-10 indicatie. In de totale Wlz zijn ook cliënten met een VV1-3 meegenomen. Echter na de overheveling, worden geen nieuwe VV1-3 indicaties binnen de Wlz meer afgegeven. Deze cliënten krijgen zorg binnen de wijkverpleging. Cliënten met een reeds bestaande VV1-3 indicatie behouden hun indicatie. Dit betekent dat het aantal cliënten binnen de Wlz met een VV1-3 indicatie afneemt. In absolute zin betekent dit een afname van 17.166 cliënten tussen het eerste half jaar van 2015 en het eerste half jaar van 2019 (Figuur 11, oranje lijn). Het aantal cliënten met een VV4-10 indicatie is gestegen tussen 2015 en 2019 van 151K in het eerste half jaar van 2015 naar 169K in het eerste half jaar van 2019, een procentuele toename van gemiddeld 2,7% per jaar. We zien hierbij dat het aandeel cliënten dat thuis behandeld wordt (VPT, MPT of PGB) toegenomen is (blauwe lijn in Figuur 11). Dit is een gevolg van de extramuralisering die ook in de Wlz plaatsvindt. Dus waar de totale zorgvraag toeneemt (als gevolg van de vergrijzing) zien we ook dat zowel binnen als buiten de Wlz (wijkverpleging en Wmo) de vraag naar zorg in de thuissituatie toeneemt. Er wordt dus verhoudingsgewijs steeds meer zorg extramuraal geleverd.

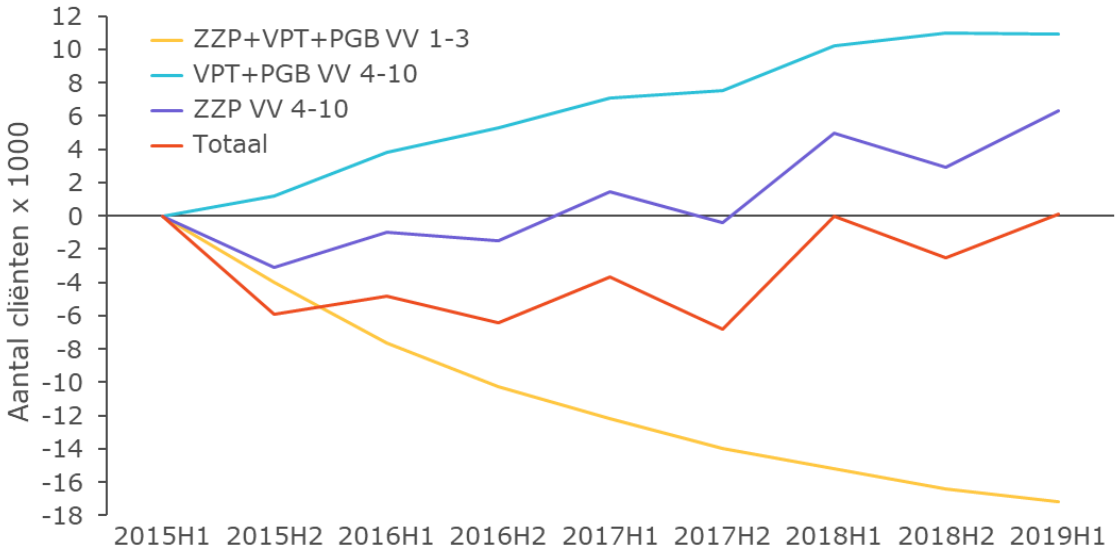
Daarnaast zien we dat jaarlijkse procentuele toename in het aantal cliënten binnen de wijkverpleging op 3,8% ligt tegenover 2,7% in de Wlz (als we dus de afloop van indicaties VV1-3 niet meetellen).

De grootste groep instromers in Wlz komt overigens vanuit de wijkverpleging (85%). Dit houdt in dat het merendeel van de personen voordat zij in de Wlz komen, wijkverpleging hebben ontvangen. De doorstroom van wijkverpleging naar Wlz-thuis groeit van 3,3% naar 5,1% van de totale groep mensen die nieuwe in de Wlz is. Meer mensen kiezen dus voor extramurale zorg binnen de Wlz. In absolute zin betekent dit een toename van 4.554 mensen.

Figuur 10 Ontwikkeling aantal cliënten wijkverpleging en Wlz
Aantal cliënten, VV 4-10 is ZZP+VPT+PGB, pijl laat gemiddelde jaarlijkse groei zien



Figuur 11 Ontwikkeling aantal cliënten Wlz intra- vs. extramuraal
Mutatie sinds eerste half jaar 2015, aantal x 1.000



Op basis van cijfers van Vektis[39] hebben we geen indicatie dat cliënten langer in ziekenhuis of ELV blijven vanwege beperking uitstroom naar wijkverpleging. Ongeveer 50% van de cliënten heeft voorafgaand aan de opname in de wijkverpleging een opname in het ziekenhuis of ELV. Dit percentage is stabiel gebleven tussen 2016 en 2018. De gemiddelde doorlooptijd tussen einde opname en start wijkverpleging ligt gemiddeld op 7 dagen en is ook stabiel gebleven tussen 2016 en 2018 (schommelt tussen de 7,0 in 2016, 6,6 in 2017 en 7,4 in 2018). In 2016 en 2017 heeft 16% van de mensen een doorlooptijd die langer is dan 7 dagen, dit is opgelopen tot 18% in 2018. Deze cijfers geven geen sterke indicatie dat de doorstroomproblematiek is toegenomen tussen 2016 en 2018. Daarnaast lijkt het aantal mensen dat vanuit het ziekenhuis naar de wijkverpleging gaat stabiel en zien we geen sterke toename. Dit wordt ook bevestigd in het onderzoek dat Significant heeft uitgevoerd voor de NZa.[40] We hebben geen zicht op de inspanning die gedaan is om een passende plek in de wijkverpleging te vinden (dus hoeveel zorgaanbieders van wijkverpleging er gebeld zijn voordat een plek is gevonden). Wel blijkt uit het onderzoek van Significant dat, hoewel het vinden van een zorgaanbieder meestal wel lukt, het zoeken kan tegenvallen en veel tijd kost. Ook hebben we geen zicht op de opnameduur in het ziekenhuis en of deze korter is geworden. Dit kan ook een effect hebben op de gevraagde wijkzorg.

Bovenstaande geeft aan dat er mogelijk sprake kan zijn van prikkels voor zowel cliënten, zorgaanbieders als financierders van zorg, maar dat deze op basis van de kwantitatieve gegevens niet prominent aanwezig lijken. In alle sectoren zien we een toename van het aantal cliënten. De toename binnen de Wlz is kleiner (gemiddelde jaarlijkse stijging van 2,7%) dan in de wijkverpleging (gemiddelde jaarlijkse stijging van 3,5%). We zien binnen de Wlz wel een toename in de zorg die thuis wordt geleverd. Dit betreft wel zorg met de indicatie VV4-10 en betreft dus met name een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg *binnen* de Wlz en leidt dus niet tot een verschuiving van wijkverpleging naar de Wlz. Het percentage personen dat vanuit de wijkverpleging doorstroomt naar Wlz zorg in de thuissituatie is gering. Daarbij zien we een stijging in de wijkverpleging, wat verklaard wordt door zowel de

[39] Bron: VWS Memo: Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, 2019
[40] Bron: Significant (2019) Toegankelijkheid van de wijkverpleging (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/16/toegankelijkheid-van-de-wijkverpleging)

vergrijzing, maar ook doordat mensen met een lichtere indicatie (VV1-3) geen Wlz indicatie meer krijgen en naar alle waarschijnlijkheid in de wijkverpleging terecht komen. In de focusgroep wordt met partijen gekeken in hoeverre de beschreven prikkels ook als zodanig in de praktijk worden ervaren en/of toegepast door de betrokken partijen (paragraaf 4.4)

3.2.4 Arbeidsmarkt problematiek leidt tot onvoldoende aanbod

De toenemende arbeidsmarktproblematiek leidt mogelijk tot verdeling van schaarste waardoor de geïndiceerde zorg mogelijk niet (volledig) wordt geleverd. Uit onderzoek van Panteia[41] blijkt dat de jaarlijkse groei van de vraag naar wijkverpleegkundigen wordt geschat op 3% tot 3,5%. Op basis van de beschikbare vacatures is het toenemende tekort geraamd tussen de 4.000 (2018) en 6.800 (2022) medewerkers (~5% van het totale personeelsbestand). Hiermee bedraagt het verwachte personeelstekort in de wijkverpleging 9%. Dit doet zich met name voor bij wijkverpleegkundigen niveau 4 en niveau 6, bij zorghulpen niveau 1 en helpenden niveau 2 worden overschotten voorzien. Het personeelstekort is in rap tempo gestegen[42] en zorgt er ook voor dat personeel harder moet werken en extra diensten draait. In het onderzoek van Panteia wordt aangegeven dat het personeelstekort zich nu nog maar beperkt uit. Er zijn geen wachtlijsten, maar wel zien ze dat het inroosteren van personeel, met name in de vakantieperiode, lastig wordt. Hoewel de personeelstekorten niet in elke regio even prangend zijn, ziet Panteia in heel Nederland tekorten optreden. Deze zijn het hoogste in de regio's Limburg, Rijnmond en Noord Holland Noord.

Uit een ledenraadpleging door de V&VN[43] blijkt dat 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden aangeeft dat zij dagelijks hinder ondervinden van het personeelstekort en 76% geeft aan dat dit hun gezondheid en ziekteverzuim negatief beïnvloedt. Het ziekteverzuim is hoog en tussen 2017 en 2018 van 6,7% naar 7,1% gestegen in de sector[44]. Verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat ze hierdoor minder cliënten in zorg kunnen nemen of minder uren zorg kunnen bieden dan waar de cliënt behoefte aan heeft (met name in de vakantieperiodes).

Ook uit de contracteermonitor van de NZa hebben we gezien dat het personeelstekort in toenemende mate zorgt voor cliëntenstops en van invloed is op het aanbod van zorg. Het is op basis van de beschikbare cijfers niet goed mogelijk om het kwantitatieve effect te duiden van het toenemende personeelstekort, maar de beschikbare data laat wel zien dat het arbeidsmarkt tekort is toegenomen. Dit was ook voor 2019 al aanwezig en een mogelijke oorzaak kan zijn voor de onderschrijding van het budgettair kader. In de focusgroepen wordt verder ingegaan op de impact van het personeelstekort op het aanbod van wijkverpleging (zie paragraaf 4.5).

3.2.5 Leveren van onvoldoende zorg

Een belangrijke vraag is of de onderschrijding van het budget wijkverpleging leidt tot onvoldoende toegang tot wijkverpleging. Met andere woorden worden de uren zorg geleverd die nodig zijn en krijgt iedereen die wijkverpleging nodig heeft ook toegang tot de

[41] Bron: Panteia - De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer, 30 april 2020.
[42] Bron: Trouw, 20 november 2017, https://www.trouw.nl/nieuws/personeelstekort-in-de-zorg-is-in-een-jaar-tijd-bijna-verdubbeld~bb646e3c/
[43] Bron: Panteia - De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer, 30 april 2020.
[44] Bron: Actiz: https://www.actiz.nl/nieuws/verzuim-in-2018-verder-gestegen

wijkverpleging? Uit het desk research zijn geen directe signalen rondom verschraling naar voren gekomen. De reden hiervoor is dat op basis van de beschikbare kwantitatieve gegevens deze vraag moeilijk te beantwoorden is. Wel staan in een aantal onderzoeken aanknopingspunten die hierop ingaan.

Toegang en aantal uren geleverde zorg

Allereerst blijkt uit het CPB rapport[45] dat ten tijde van de AWBZ de daadwerkelijk geleverde extramurale zorg altijd lager was dan de geïndiceerde zorg. Hierbij waren ook regionale verschillen zichtbaar die het grootste waren bij persoonlijke verzorging en verpleging. Hoewel dit ook zijn oorsprong heeft in de wijze van indiceren binnen de AWBZ waarbij uitgegaan werd van een bandbreedte laat het CPB rapport wel zien dat niet alleen de indicatie bepaalt hoeveel zorg iemand geniet, maar dat dit ook beïnvloed wordt door andere factoren. Daarnaast was ook te zien dat 25% van alle mensen met een intramurale indicatie op enig moment extramurale zorg gebruiken. Ook in het Panteia rapport[46] wordt aangegeven dat het aantal uren geleverde zorg niet altijd overeen hoeft te komen met het aantal geïndiceerde uren zorg. Hier worden de gevolgen geschetst van het personeelstekort waarin opgemerkt wordt dat dit van invloed is op het aantal cliënten dat zorg krijgt en op het aantal uren zorg dat geleverd wordt. Dit kan betekenen dat niet alle cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Een andere mogelijkheid is dat vanwege o.a. personeelstekort of strakker inkoopbeleid, verzekerden minder goed toegang hebben tot de wijkverpleging. Dit kan zich uiten in wachtlijsten of verdringing naar andere sectoren waarbij mensen langer thuis blijven wonen zonder zorg, langer gebruik maken van Wmo zorg of langer in het ziekenhuis of in een eerstelijnsverblijf verblijven. Hoewel er wel signalen zijn dat de zoektijd naar een zorgaanbieder toeneemt[47,48], worden wachtlijsten door zorgaanbieders niet geregistreerd. Er zijn bij de NZa geen signalen bekend over (hoge) wachtlijsten, noch bij de zorgverzekeraars. Wel wordt aangemerkt dat het zoeken naar de juiste aanbieder meer tijd kost, en dat er vaker meerdere zorgaanbieders moeten worden gebeld voordat er plek is[49]. Dit wordt mogelijk ook beïnvloed op de versnippering van de markt (in bepaalde regio's) en door de toename van het aantal kleine zorgaanbieders (ZZP-ers) op de markt voor wijkverpleging.

In het onderzoek van Significant komt wel naar voren dat de druk op de wijkverpleging toeneemt. Hoewel dit zich niet uit in het ontstaan van wachtlijsten, uit dit zich wel in de druk die gelegd wordt op de sector. Er wordt een steeds groter beroep gedaan op de huidige capaciteit en dat gaat een keer knellen. Die druk zal ook steeds meer toenemen vanwege de toenemende vraag als gevolg van de vergrijzing, langer thuis wonen en de afbouw van de

[45] Bron: CPB/SCP: M. Non, A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Backx, R. Douven. Rapport. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten Den Haag, 2015.
[46] Bron: Panteia - De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer, 30 april 2020.
[47] Bron: Significant (2019) Toegankelijkheid van de wijkverpleging (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/16/toegankelijkheid-van-de-wijkverpleging)
[48] Bron: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/toename-van-oudere-patienten-in-verkeerde-bedden-.htm en https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2144861-kwetsbare-ouderen-in-het-verkeerde-bed.html
[49] Bron: Significant (2019) Toegankelijkheid van de wijkverpleging (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/16/toegankelijkheid-van-de-wijkverpleging)

capaciteit in verzorgingshuizen maar ook als gevolg van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Ook wordt steeds meer zorg vanuit het ziekenhuis verplaatst naar de thuissituatie. Hoewel op het op dit moment nog lukt om de benodigde zorg binnen afzienbare tijd te leveren, is de verwachting dat er steeds meer spanning komt tussen vraag en aanbod in de wijkverpleging.[50]

Regionale verschillen

Er is sprake van grote regionale verschillen in de zorg die, als deze niet volledig te verklaren zijn op basis van zorgvraagzwaarte, kunnen duiden op over- of ondergebruik. Het aantal cliënten per regio groeit van 2015 t/m 2019 tussen 12% en 22%, met uitzondering van Zuid-Limburg waar de groei slechts 3% is (zie Figuur 12). De ontwikkeling van de kosten per cliënt blijkt ook sterk verdeeld: een groei van ~10% in de G4 en een afname van ~10% in het Noorden. In Zuid-Limburg is er zelfs een groei van 13%. Ook eerder onderzoek liet zien dat er regionale verschillen zijn, die niet te verklaren zijn op basis van demografische en gezondheidsverschillen. Zo laat onderzoek van het CPB[51], voor de overheveling van de wijkverpleging, verschillen zien tussen het aantal, de zwaarte en de verzilvering van de AWBZ indicaties. De verschillen waren toentertijd het grootste bij de persoonlijke verzorging (die overgeheveld is naar de wijkverpleging). Daarnaast liet dit onderzoek zien dat ook het percentage mantelzorg en het gebruik van Wmo zorg verschilt tussen de regio's. Ook de personeelstekorten verschillen[52]. In Limburg, waar de groei in het aantal cliënten het laagst is (3%) en waar vanaf 2017 de groei in het aantal cliënten zelfs afneemt, is het personeelstekort het grootst. In het Noorden (een regio met een sterke groei in het aantal cliënten) zijn de personeelstekorten het laagst. De gemiddelde kosten per cliënt stijgen juist in Limburg en dalen in het Noorden. Naast verschillen in arbeidsmarktproblematiek zien we ook verschillen in het percentage gecontracteerde versus ongecontracteerde zorg. We zien dat met name in het Westen van het land en de vier grote steden, maar ook in Limburg het percentage ongecontracteerde zorg relatief hoog is en kan oplopen tot 43%. In het Noorden van het land speelt dit veel minder en is minder dan 4% ongecontracteerd.[53]

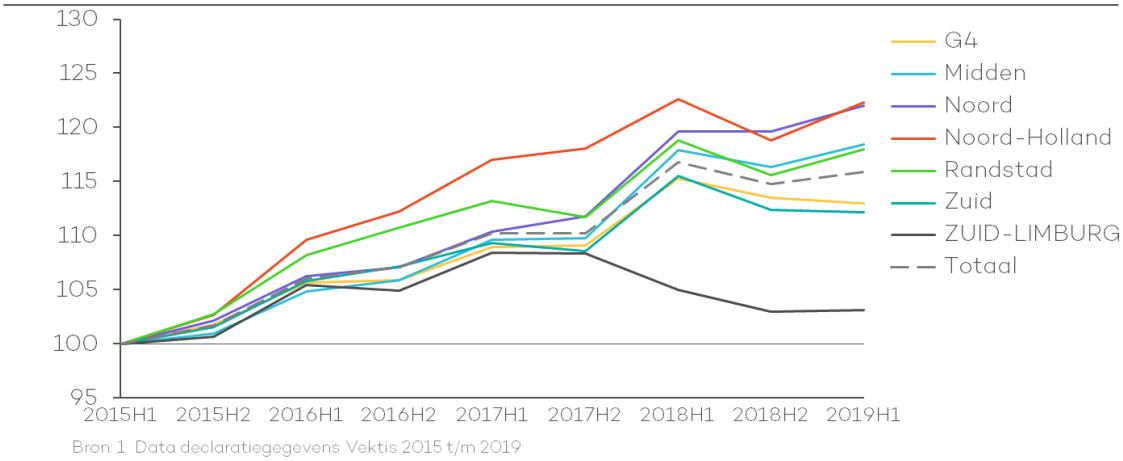
[50] Bron: Significant (2019) Toegankelijkheid van de wijkverpleging (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/01/16/toegankelijkheid-van-de-wijkverpleging)

[51] Bron - CPB/SCP: M. Non, A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Backx, R. Douven. Rapport. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten Den Haag, 2015.

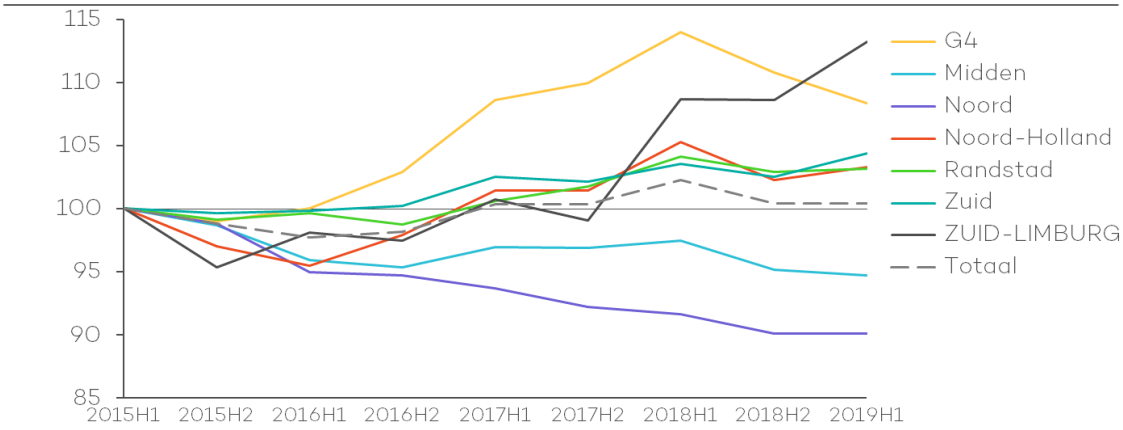
[52] Bron: Panteia - De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer, 30 april 2020.

[53] Bron: Vektis vervolgonderzoek niet-gecontracteerde wijkzorg periode 2016-2019 EN Monitor contractering wijkverpleging 2019 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_274036_22/1/)

Figuur 12 Ontwikkeling aantal cliënten wijkverpleging per regio



Figuur 13 Ontwikkeling gemiddelde kosten per cliënt wijkverpleging per regio



De regionale verschillen geven aanleiding tot een nadere verdieping met de focusgroepen om na te gaan wat de mogelijke oorzaken hiervoor zijn en of er sprake is van mogelijk onvoldoende toegang of een suboptimaal aantal uren geleverde zorg.

3.3 Leidraad voor kwalitatief onderzoek

Deze fase heeft geleid tot een aantal bevindingen die de basis hebben gevormd voor het kwalitatieve onderzoek:

- De groei van het kader na 2015 is in lijn met de loonkosten- en zorgvraagontwikkeling. Tevens is het kader gebaseerd op de maximum tarieven van de NZa en zijn geen bezuinigingen verwerkt in het kader. Of het kader in 2015 (het eerste jaar na de overheveling vanuit de AWBZ) op een adequaat niveau is vastgesteld kunnen we niet vaststellen. Wel is duidelijk dat de onderschrijding (het verschil tussen kader en realisatie) in 2015 nog relatief laag was (53 miljoen euro).

- Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars focust vooral op doelmatige zorginkoop en oefent daarmee invloed uit op de hoeveelheid geleverde uren wijkverpleging en het aanbod van zorg wat zich door vertaalt in het kader.
- Prikkelwerking om zorg te verschuiven is in theorie bij alle partijen aanwezig, maar in de praktijk niet direct zichtbaar.
- Arbeidsmarktproblemen zijn in toenemende mate aanwezig, echter dit uit zich nog niet in het ontstaan van wachtlijsten. Dit kan wel van invloed zijn op het aantal cliënten dat in zorg wordt genomen.
- Er zijn regionale verschillen in het gebruik van zorg die een verdere (kwantitatieve) verdieping vragen om ze goed te kunnen duiden.
- Er zijn signalen dat het inkoopbeleid en de arbeidsmarktproblematiek van invloed zijn op het aantal uren geleverde zorg.

Op basis van bovenstaande bevindingen is de leidraad voor de focusgroepen en interviews opgesteld. De leidraad bevat een duidelijke probleemschets van de financiële onderschrijding van het budgettair kader, aanknopingspunten voor mogelijke oorzaken hiervan en discussiepunten op basis van de vijf thema's zoals die in paragraaf 3.1 zijn benoemd.

Voor verdere verdieping naar mogelijke oorzaken hebben we op basis van de bevindingen een aantal concrete stellingen geformuleerd over de mogelijke oorzaken van de financiële onderschrijding. De stellingen zijn voorgelegd aan de focusgroep deelnemers en vormen de leidraad voor de focusgroep zelf. De stellingen zijn specifiek gericht op de desbetreffende groep: zorgaanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren, gemeenten en cliënten-vertegenwoordigers. Cliëntvertegenwoordigers hebben wel de leidraad voorafgaand aan de focusgroep ontvangen, maar zijn niet gevraagd stellingen te beantwoorden voorafgaand aan de focusgroep. Ook de interviewpartijen hebben geen stellingen voorafgaand aan het interview ingevuld. In bijlage 4 is de leidraad opgenomen die is opgestuurd naar alle deelnemers evenals de stellingen die verstuurd zijn. In bijlage 3 vindt u ook alle deelnemende organisaties.

EQUALIS
strategy & modeling

4 Resultaten kwalitatief onderzoek: focusgroepen en interviews

4.1 Inleiding

In totaal zijn, zoals hierboven aangegeven, vijf focusgroepen en drie interviews gehouden. De focusgroep voor zorgaanbieders is in twee groepen ingedeeld omdat de focusgroep vanwege de coronacrisis online plaats heeft gevonden en het aantal deelnemers te groot was om deze via online media goed te kunnen houden. In bijlage 3 staan de deelnemende organisaties per focusgroep vermeld. In totaal hebben zeven zorgaanbieders deelgenomen aan de focusgroepen en twee branche organisaties (Actiz en Zorgthuisnl), twee gemeentes evenals de brancheorganisatie VNG, zes cliëntenorganisaties en vijf zorgverzekeraars evenals de brancheorganisatie ZN.

In alle focusgroepen zijn we ingegaan op wat de verklaring is voor de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging waarbij we achtereenvolgens gesproken hebben over:

1. Hoe de groei van het kader aansluit bij de zorgvraag(ontwikkeling);
2. Hoe het beleid van de zorgverzekeraar van invloed is op het zorgaanbod en op welke wijze;
3. Of de theoretische prikkelwerking ook in de praktijk voorkomt en hoe zich dit manifesteert;
4. Of de arbeidsmarktproblematiek een rol speelt en welke gevolgen dit heeft voor het aanbod; en
5. Of er aanwijzingen zijn dat er momenteel onvoldoende zorg wordt geleverd aan cliënten. Dit kan zich uiten in zowel wachtlijsten, zorg op de verkeerde plek (langer thuis zonder zorg, Wmo zorg, Wlz zorg of langer in het ziekenhuis), en minder uren zorg per cliënt.

We vatten in dit hoofdstuk per thema de belangrijkste bevindingen samen. We hebben er bewust voor gekozen deze resultaten apart te presenteren omdat dit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek betreft. Mogelijk is er daardoor enige overlap tussen hoofdstuk 3 en 4. In hoofdstuk 5 baseren we de conclusies op zowel de bevindingen van uit de desk research fase als het kwalitatieve onderzoek.

4.2 Sluit de groei van het budgettair kader voldoende aan bij ontwikkelingen?

In de focusgroep met zorgverzekeraars en in de interviews met overige stakeholders hebben we gekeken naar of de groei van het kader aansluit bij de zorgvraag en loonkostenontwikkelingen. In Tabel 1 staat een overzicht van de groei van het budgettair kader en de (verwachte) onderschrijding voor de jaren 2015 tot en met 2019 weergegeven. Ook is er gesproken over of het kader in 2015 correct is vastgesteld. Met zorgaanbieders, gemeenten en cliëntvertegenwoordigers is hier minder bij stilgestaan, maar kwamen wel punten naar voren bij de andere onderwerpen die raken aan dit thema. Deze zijn hier dus ook benoemd. Uit het desk research is naar voren gekomen dat de zorgvraagontwikkeling o.b.v. demografische kenmerken en de loonkostenontwikkeling in lijn is met de ontwikkeling van het budgettair kader wijkverpleging. Ook zagen we dat een aantal ontwikkelingen mogelijk niet volledig is meegenomen.

Uit de focusgroepen komt naar voren dat het jaarlijkse budgettaire kader op een aantal punten mogelijk niet goed aansluit bij de praktijk.

Allereerst is de oorspronkelijke inschatting van het kader gestoeld op 2015 en vragen sommige partijen zich af of deze vaststelling bij de start helemaal correct is geweest. Daarbij hebben partijen tevens aangegeven dat het lastig is om de exacte correcte vaststelling in 2015 na te gaan. Ze geven aan dat er een risico is te verzanden in een discussies over de financiële gevolgen van alle verschillende invloeden die hierbij een rol spelen daar het zeer lastig te kwantificeren is. Overigens wijkt het kader in 2015 slechts beperkt af van de realisatie en dit pleit ervoor dat de vaststelling vanwege de relatief kleine afwijking dus passend geweest.

Tevens zijn er een aantal ontwikkelingen die mogelijk niet voldoende zijn meegenomen bij de groei van het kader. Ten eerste, zijn in het kader geen besparingen doorgevoerd als gevolg van de doelmatigheidswinst die geboekt is na de overheveling. De tarieven zijn bijvoorbeeld gedaald als gevolg van het zorginkoopbeleid van verzekeraars en de overgang naar integrale tarieven. Dit sluit aan bij de bevindingen in de desk research fase waarin we gezien hebben dat de tarieven die zorgverzekeraars betalen onder de maximum tarieven liggen en dat door het werken met integrale tarieven (93% van de zorgaanbieders heeft nu een integraal tarief) het lastig is een vergelijking te trekken met de maximale NZa tarieven. Het kader is echter nog steeds gebaseerd op deze maximum tarieven. Ook vindt er, volgens partijen, een scherpere discussie plaats over welke zorg thuishoort in de wijkverpleging en welke zorg niet en is er een verschuiving van '*zorgen voor'* naar '*zorgen dat'*.

Ten tweede, geven partijen aan dat de loonontwikkelingen niet altijd volledig worden doorgerekend in de tarieven. Dit verschilt sterk per zorgverzekeraar. Ook is aangegeven dat steeds meer taken onder het integrale tarief worden geschaard, zonder het integrale tarief hierop aan te passen. Dit maakt dat sommige partijen het gevoel hebben dat het integrale tarief niet altijd meer toereikend is. Dit heeft invloed op de realisatie, maar is niet meegenomen in de vaststelling van het jaarlijkse budgettair kader.

Een derde ontwikkeling is de wijze waarop zorgverzekeraars investeren in de kwaliteit van de zorg. Het financieel kader gaat uit van investeringen in o.a. personeel (verbeteren opleidingsniveau, uitbreiden capaciteit) en in meer materieel (thuiszorgtechnologie). De vraag die werd gesteld in een van de interviews is in hoeverre deze investeringen worden gedaan. Zorgverzekeraars geven aan dat zij een totaal budget hebben en investeringen doen op meerdere vlakken, niet alleen voor wijkverpleging. Maar ook de investeringen die op andere vlakken worden gedaan kunnen een positief effect hebben op de kosten voor de wijkverpleging of de kosten voor andere vormen van zorg. Dat wordt nu niet meegenomen. Daarnaast geven de overige stakeholders aan dat zij zien dat wijkgerichte preventie en spoedzorg niet goed van de grond komen, terwijl hier bij de vaststelling van het kader wel van uitgegaan is. Ook in ander onderzoek blijkt dat investeringen in innovatie vaak achterblijven.[54]

Hoewel partijen dus aangeven dat de vaststelling van de juistheid van zowel het startpunt als de groei van het budgettair kader geen sinecure is, geven ze wel een aantal ontwikkelingen aan die mogelijk niet voldoende zijn meegenomen in het vaststellen van de groei van het budgettair kader. Deze ontwikkelingen raken sterk aan het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars en laten zien dat de doelmatigheidswinst die hiermee mogelijk behaald kan worden niet volledig is doorgerekend in het jaarlijkse budgettair kader.

[54] Bron: Vitaal Thuis, werkgroep Inkoop & financiering: handreiking contractering thuiszorgtechnologie, juli 2016. https://vitavalley.nl/wp-content/uploads/160711-Handreiking-Contractering-Thuiszorgtechnologie-Vitaal-Thuis-V10-1.pdf

4.3 Heeft beleid zorgverzekeraars invloed op het zorgaanbod?

In alle focusgroepen en interviews hebben we gesproken over de invloed van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Heeft dit beleid invloed op het aanbod van wijkverpleging en hoe uit zich dat in de praktijk? Dit heeft geleid tot een aantal interessante aanknopingspunten.

De kerntaak van zorgverzekeraars is om, naast kwaliteit en toegankelijkheid te bewaken, doelmatig in te kopen

Allereerst komt naar voren dat alle partijen aangeven dat zorgverzekeraars vanuit hun doelmatigheidsbeleid sturen op het besparen van het aantal uren zorg binnen de wijkverpleging. Dit houdt in dat zorgverzekeraars het debat rondom wat er onder de wijkverpleging valt en wat niet, hebben aangescherpt. Dit onder meer door de invoering van budgetplafonds, het instellen van (materiële) controles op wat rechtmatige zorg is en het opstellen van benchmarks waarin zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken. Bij partijen hebben deze maatregelen ertoe geleid dat er meer gekeken wordt naar wat waar thuis hoort, wanneer een cliënt moet worden verwezen naar de Wlz en wanneer een cliënt geen recht heeft op wijkverpleging maar mogelijk wel op ondersteuning via de Wmo. Ook heeft er een kentering plaatsgevonden van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'.* Alle partijen geven aan dat de effecten hiervan merkbaar zijn in de praktijk en het zorgaanbod hierdoor beïnvloed wordt. Waarbij er tevens discussie is wat onder 'doelmatigheid' wordt verstaan. Partijen ervaren de impact van dit beleid verschillend waarbij sommige partijen de indruk hebben dat er met name gestuurd wordt op het aantal uren zorg dat geleverd wordt en anderen aangeven dat het ook gaat om de kwaliteit van de geleverde zorg.

Zorgverzekeraars hebben volgens partijen geen directe invloed op de indicatiestelling

Belangrijk is dat in alle focusgroepen aangegeven wordt dat zorgverzekeraars geen *directe* invloed hebben op de indicatiestelling. Zorgaanbieders geven aan dat wijkverpleegkundigen zelfstandig kunnen indiceren. Dit komt overeen met de bevindingen uit het desk research waarin wordt gesteld dat het merendeel van de verpleegkundigen zich vrij voelt om te indiceren wat de cliënt nodig heeft. (zie 3.2.2, inkoopbeleid zorgverzekeraars).

Zorgaanbieders worden wel beïnvloed door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar

Hoewel partijen aangeven dat ze een onafhankelijke indicatie kunnen stellen, ervaren zorgaanbieders wel druk vanuit de zorgverzekeraars om te sturen op doelmatigheid. Aan de ene kant geven zorgaanbieders aan dat wijkverpleegkundigen kunnen indiceren wat zij nodig vinden, en leveren zij de zorg die daarbij past. Aan de andere kant, geven ze aan dat ze wel degelijk sturen op de gestelde budgetplafonds en doelmatigheidseisen van de zorgverzekeraar. Waarbij is opgemerkt dat enkele grote zorgaanbieders door efficiënter te gaan werken zelf kosten reducties hebben gerealiseerd, waarbij er geen onderscheid kan worden gemaakt of dit dankzij of ondanks het beleid van de zorgverzekeraars is gerealiseerd.

Zorgaanbieders moeten soms cliënten met complexe zorgvragen weigeren om binnen de marges te blijven en kijken naar het totaal aantal uren zorg dat ze kunnen bieden (hiervoor wordt verwezen naar de monitor wijkverpleging van de NZa waarin aangegeven is dat 27% van de zorgaanbieders een cliëntenstop voor 1 of meerdere zorgverzekeraars hebben afgekondigd in 2018)[55]. De cliëntenstops worden afgekondigd omdat de zorgaanbieder vanwege het plafond niet zeker weet of hij de geleverde zorg betaald krijgt. De zorgverzekeraar zal in overleg met de zorgaanbieder kijken of bij andere zorgaanbieders nog

[55] Bron: Monitor contractering wijkverpleging 2018 (https://puc.overheid.nl/NZa/doc/PUC_236195_22/1/)

ruimte is om cliënten op te nemen. Daarnaast kunnen partijen, na het bereiken van het budgetplafond, ervoor kiezen zorg bij te contracteren om de zorg alsnog te kunnen leveren (en te vergoeden.) Hoewel cliënten bij voldoende beschikbare zorgaanbieders nog terecht kunnen bij een andere zorgaanbieder, kunnen cliëntenstops op grotere schaal, of bij beperkt zorgaanbod, de toegankelijkheid van de zorg negatief beïnvloeden.

Hoewel zorgaanbieders aangeven dat ze elk jaar een deel van de zorg hierdoor niet vergoed krijgen (waaronder ook een deel vanwege afwijzen van de zorgverzekeraar vanwege het niet op orde zijn van de administratie/registratie of vanwege doelmatigheid), geven verzekeraars aan dat slechts een beperkt percentage van de zorgaanbieders over hun budgetplafond heen gaat en dat zij dit in het merendeel van de gevallen altijd vergoeden. Dit komt overeen met de bevindingen in de NZa (monitor wijkverpleging 2018/2019). Zorgaanbieders geven daarbij wel aan dat er grote verschillen zijn tussen zorgverzekeraars en dat sommige zorgverzekeraar strikter zijn geworden in hun beleid terwijl met andere zorgverzekeraars juist beter kan worden onderhandeld. Ook dit laat zien dat het zorginkoopbeleid van invloed is op het aanbod van wijkverpleging.

Ook andere stakeholders ervaren dat zorgverzekeraars sturen op doelmatigheid en rechtmatigheid

Gemeenten geven aan dat zorgverzekeraars inderdaad strikter kijken naar het aanbod binnen de wijkverpleging en wat hier wel of niet thuishoort. Voorheen pakte de wijkverpleegkundige nog taken mee die formeel binnen de Wmo vielen. Hoewel binnen de Wmo geen taken plaatsvinden die bij de wijkverpleging horen te liggen zien we dat door de scherpere discussies rondom rechtmatigheid, andere partijen wel een toename in de vraag naar zorg zien. Dit speelt zowel bij de gemeenten als bij de Wlz. Het CIZ geeft aan dat de Wlz al meer dan een jaar ruim boven de ingeschatte aanvraagstroom zit, ondanks dat ook in die berekening rekening is gehouden met demografische ontwikkelingen en seizoens-effecten. Dit wordt ook door zorgaanbieders en zorgverzekeraars herkend. Zorgaanbieders erkennen dat zij beter kijken naar wanneer cliënten in aanmerking komen voor Wlz zorg en geven ondersteuning bij het aanvragen van de indicatie. Hierbij merken alle partijen op dat het CIZ onafhankelijk indiceert waardoor er geen sprake is van verdringing of afwenteling. Er wordt gekeken naar wat de juiste plek is voor het leveren van de zorg. Het CIZ geeft daarbij ook aan dat het merendeel van de aangevraagde indicaties gehonoreerd wordt en dat het afwijzingspercentage zeer laag is (<1%).

Cliënten herkennen ook dat zorgverzekeraars sturen op doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Cliënten herkennen dit in onder andere het feit dat de striktheid waarmee een PGB aanvraag wordt beoordeeld door de zorgverzekeraar steeds sterker is geworden. Ze ervaren dat er steeds meer gekeken wordt naar doelmatigheid in de PGB. Cliënten ervaren dit als lastig omdat niet alle cliënten bewust voor een PGB kiezen, maar vanwege hun specifieke zorgvraag gedwongen worden zorg op een andere manier in te kopen (via PGB) omdat er geen passend aanbod zorg in natura bestaat.

Concluderend stellen we dat uit het kwalitatieve onderdeel blijkt dat het zorginkoopbeleid van invloed is op de totale uitgaven aan de wijkverpleging en dat het beleid heeft bijgedragen aan het voeren van de discussie over rechtmatigheid. Hoewel dit tegenstrijdig lijkt met de bevindingen dat de indicatiestelling onafhankelijk plaatsvindt, gaat het volgens ons om het volgende onderscheid. Als iemand recht heeft op wijkverpleging wordt de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige uitgevoerd. Deze baseert zich op de zorgvraag van de cliënt en stelt de indicatiestelling onafhankelijk vast. Wel zien we dat de vraag of iemand recht heeft op wijkverpleging dus scherp wordt gesteld. Dus welke zorgvraag hoort thuis in de wijkverpleging en welke niet? Deze discussie wordt wel gevoerd en ook beïnvloed door het beleid van de

zorgverzekeraar, de gemeente en de Wlz. Ook wijkverpleegkundigen ontwikkelen dus een sterker bewustzijn van welke zorg onder de Zvw valt, en indiceren daar ook naar.

Daarnaast speelt het budgetplafond ook een rol in het al dan niet kunnen aannemen van nieuwe cliënten. Indien er geen budget meer over is, worden cliënten doorverwezen naar andere zorgaanbieders. Dit houdt in dat hoewel de indicatiestelling onafhankelijk kan worden gesteld, het beleid van de zorgverzekeraar wel degelijk van invloed is op de keuzes die een zorgaanbieder maakt.

4.4 Leidt prikkelwerking tot verdringing van zorg naar andere sectoren?

Uit het desk research kwam naar voren dat er in theorie prikkels zijn voor alle partijen om cliënten door te schuiven naar een ander stelsel (van Wmo naar Zvw, van Zvw naar Wlz e.d.). Dit kan leiden tot het afwentelen van de zorg op andere sectoren.

Hoewel er scherper wordt gekeken waar zorg 'thuis hoort' is er geen sprake van verdringing van zorg naar andere sectoren

In de focusgroepen is naar voren gekomen dat de theoretische prikkels in de praktijk lastig te effectueren zijn. Met name het afwentelen op de Wlz is in de praktijk moeilijk te beïnvloeden omdat hiervoor een CIZ indicatie noodzakelijk is. Wel geven partijen aan beter te kijken naar wanneer het wenselijk is om bij CIZ een indicatie aan te vragen. Ondanks de signalen dat zorgverzekeraars zorgaanbieders proberen te stimuleren om eerder Wlz indicaties aan te vragen (bv. bij meer dan 20 uren wijkverpleging of bij 24-uurs zorg), geeft het CIZ aan dat cliënten waarvoor een indicatie wordt aangevraagd in de meeste gevallen binnen de Wlz thuis horen. Het afwijzingspercentage is gestegen met slechts 1%, terwijl 7% meer Wlz wordt toegekend dan het vastgestelde Wlz budget. Partijen geven ook aan dat ze ook geen concrete invloed hebben op het 'doorsluizen' van cliënten. Zorgaanbieders kunnen cliënten bijvoorbeeld wel attenderen op het feit dat hun zorgvraag beter bij de Wlz past en hen adviseren een CIZ indicatie aan te vragen, maar zij hebben, zoals gezegd, geen invloed op de toekenning van de indicatie. Dit geldt ook voor de zorg binnen de wijkverpleging waarbij vanuit de aanspraak binnen de Zvw duidelijk omschreven is waar mensen aanspraak op maken en waarop niet. Gemeenten geven bijvoorbeeld aan dat een aantal zaken in een grijs gebied valt (waar hoort wat thuis), maar dat dit ook komt door de manier waarop het stelsel is ingericht en het niet altijd eenduidig is. Zij benadrukken dat ze geen zorgtaken die in de wijkverpleging horen overnemen. Wel ervaren ze dat Wmo taken die voorheen door een wijkverpleegkundige werden meegenomen (voorbeelden die werden genoemd betreffen o.a. het buiten zetten van het vuilnis of een doekje over het aanrecht halen) nu niet meer opgepakt worden binnen de wijkverpleging en, terecht, bij de Wmo neergelegd worden.

Zorgverzekeraars geven ook aan dat de risicoverevening en de mate waarin cliënten met wijkverpleging worden gecompenseerd, niet van invloed is op de keuzes die zij maken in hun zorginkoopbeleid.

Partijen zijn dus wel scherper geworden op waar welke zorg plaats moet vinden, maar partijen zijn van mening dat de prikkelwerking in de praktijk niet leidt tot het bewust afwentelen van zorg naar andere sectoren.

Cliënten ervaren wel een financiële prikkel om zo lang mogelijk binnen de wijkverpleging te blijven

Alle partijen geven aan dat er signalen zijn dat cliënten minder snel een CIZ indicatie aanvragen vanwege:

1) de eigen bijdrage die geldt in de Wlz,
2) een mogelijke vermindering in aantal uren zorg en
3) de mogelijkheid dat de zorg wordt uitgevoerd door een andere aanbieder in de Wlz en zij dus van aanbieder moeten wisselen.

Zorgaanbieders vragen zorgverzekeraars om hulp wanneer cliënten een Wlz indicatie zouden moeten aanvragen maar dit weigeren. Het vergt wijkverpleegkundigen soms veel overtuigingskracht om cliënten ertoe te bewegen naar de Wlz over te stappen. Patiënten zijn soms ook bang dat een Wlz aanvraag afgewezen wordt of leidt tot minder uren zorg. Ten tijde van de Wlz aanvraag, worden ook de uren wijkverpleging door de verzekeraar 'bevroren' terwijl een cliënt in die periode wel een grotere zorgvraag kan ontwikkelen. Dit is met name voor mensen met chronische ziekten die tot een snelle achteruitgang leiden zoals ALS een groot probleem. Uit angst hiervoor zijn cliënten minder snel geneigd om de Wlz indicatie aan te vragen. Ook zijn zij mogelijk geneigd hun zorgvraag lager in te schatten om te voorkomen dat ze een Wlz aanvraag moeten aanvragen. Dit kan leiden tot problemen binnen de wijkverpleging indien blijkt dat in de praktijk de zorgvraag hoer is dan vooraf aangegeven door de cliënt. Ook het verplicht wisselen van zorgaanbieder zodra de financiering wijzigt van wijkverpleging naar Wlz kan een barrière zijn voor cliënten om een Wlz indicatie aan te vragen. Dit zou echter leiden tot meer besteding in de wijkverpleging en minder Wlz aanvragen.

Hoewel de Wmo neemt geen taken overneemt van de wijkverpleegkundige, is er wel sprake van een grijs gebied

Mensen ontvangen meestal gelijktijdig wijkverpleging en Wmo zorg. De zorg die niet onder de wijkverpleging valt maar onder de Wmo, is goed te stellen door de wijkverpleegkundige. Door de strakkere indicatiestelling (en het ontbreken van een integrale blik) ervaren partijen dat steeds meer taken vanuit de wijkverpleging worden verplaatst naar de Wmo. Dit zijn taken die ook strikt genomen ook niet onder de wijkverpleging thuis horen en dus rechtmatig worden doorgeschoven, o.a. maaltijdvoorziening, begeleiding en dagbesteding. Wel vallen deze taken soms in een grijs gebied (wat is exact Wmo, wat niet meer) en mist een integrale aanpak. Daarbij geven gemeenten aan dat de zorg binnen de Wmo steeds 'intensiever' wordt. Hiermee bedoelen gemeenten niet de zorgzwaarte, maar de inzet in uren. Er wordt steeds meer gevraagd om cliënten zelfredzaam te houden (in begeleiding en dagbesteding) en gemeenten zien het aantal uren Wmo zorg dat hiervoor wordt ingezet toenemen. De vraag is of dit een afwenteling van zorg betreft, of dat het meer gaat over de discussie hoeveel ondersteuning er in de Wmo moet en kan worden aangeboden. Vanuit zorgverzekeraars wordt soms opgemerkt dat er nog steeds zorg in de wijkverpleging plaatsvindt die eigenlijk in de Wmo plaats hoort te vinden.

Meer samenwerking tussen de stelsels Zvw, Wlz en Wmo is gewenst, om mogelijk ook de efficiëntie van de zorg te verhogen

Daarnaast blijft de vraag open staan of de verschuiving van zorg in de wijkverpleging naar de Wmo en Wlz efficiënt is. Uiteindelijk ontvangen cliënten van meerdere zorgaanbieders zorg, wat voor hen niet prettig is. Veel van de aangeboden zorg wordt nu niet in samenhang met elkaar opgepakt. Daar zou volgens de deelnemende gemeenten, maar ook door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, meer op ingezet kunnen worden. Op dit moment ontvangt een groot deel van de cliënten in de wijkverpleging ook Wmo zorg (volgens een gemeente ongeveer 70%). Regionaal hebben gemeentes met zorgverzekeraars afspraken gemaakt voor een regionale samenwerking. Grote gemeente lopen voorop in die samenwerking. Meer afstemming tussen gemeentes en zorgverzekeraars is daarin gewenst.

Hoewel dit geen verklaring is voor de onderschrijding is dit wel een belangrijk punt dat door alle partijen opgemerkt is in de focusgroepen en dat wel van invloed kan zijn op het aanbod van zorg.

Concluderend stellen we dat uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de prikkels in de praktijk bij financierders van zorg niet leiden tot bewuste afwenteling van zorg op andere sectoren. Wel vindt een rechtmatigheidsdiscussie plaats. Cliënten ervaren in de praktijk wel een financiële prikkel om uit de Wlz te blijven. Dit zou echter leiden tot meer inzet van wijkverpleging en vormt geen verklaring voor de onderschrijding van het budget op de wijkverpleging.

4.5 Leidt Arbeidsmarktproblematiek tot onvoldoende aanbod?

Arbeidsmarktproblematiek speelt momenteel een grote rol binnen de wijkverpleging. Uit de desk research fase kwam naar voren dat vanaf 2018 het personeelstekort oploopt en dat dit in toenemende mate een probleem gaat vormen. Naast het feit dat personeelstekorten landelijk gelden, zijn er ook verschillen tussen regio's.

Personeelstekorten worden door de meeste zorgaanbieders ervaren

De meeste zorgaanbieders ervaren momenteel personeelstekorten. Aanbieders zien ook dat het aandeel personeel niet in loondienst sterk gestegen is in de afgelopen jaren om te kunnen voldoen aan de zorgvraag. Dit legt een grote druk op de personeelskosten. Daarnaast neemt de extramurale Wlz zorg (MPT en VPT) toe wat ook drukt op de beschikbaarheid van personeel omdat een deel van deze zorg door dezelfde zorgaanbieders en hetzelfde personeel wordt geleverd. Het personeelstekort lijkt wel te verschillen tussen aanbieders en per regio, maar het personeelstekort is overal zichtbaar en merkbaar. Zorgaanbieders geven daarbij aan langdurige krapte te ervaren. Krapte is vaak seizoensgebonden, bijvoorbeeld door een toename in vraag rond de kerst en na de zomerperiode wanneer zorg in ziekenhuizen ook weer toeneemt. Maar er is steeds meer sprake van aanhoudende krapte. Daarnaast is de arbeidsmarktproblematiek niet alleen aanwezig bij aanbieders van wijkverpleegkundige zorg, maar ook bij aanbieders van Wmo en Wlz zorg.

Door personeelstekorten kunnen zorgaanbieders cliënten soms niet in zorg nemen

Zorgaanbieders geven aan dat zij door personeelstekorten soms geen cliënten meer in zorg kunnen nemen. Dit wordt herkend door cliënten. Zorgaanbieders geven aan wel de geïndiceerde zorg te leveren die nodig is aan de cliënten die zij in zorg hebben, maar wel cliënten te weigeren (door te sturen naar andere zorgaanbieders) door personeelstekorten**.** Ook dit wordt herkend door cliënten, al zijn er gevallen bekend bij patiëntenverenigingen waarbij ook de geïndiceerde zorg niet volledig geleverd werd. In momenten van krapte leveren wijkverpleegkundigen wel de nodige zorg, maar werken zij extra uren. Ook wordt extra personeel, dat niet in loondienst is, ingezet (indien mogelijk en beschikbaar).

Zorgbaanbieders behalen niet altijd het budgetplafond door gebrek aan personeel

Het personeelstekort uit zich er ook in dat zorgaanbieders niet altijd hun budgetplafond 'opmaken' omdat ze niet voldoende mensen hebben om de zorg te leveren. Zorgverzekeraars zien dat zorgaanbieders door arbeidsmarktproblematiek het budgetplafond niet bereiken. Door personeelstekort kunnen zij de bestaande vraag niet beantwoorden. Daarnaast zien zij dat aanbieders ook cliëntenstops inzetten als gevolg van het personeelstekort. Cliëntenstops worden dus niet alleen ingegeven door het behalen van het budgetplafond, maar ook ingesteld vanwege het personeelstekort. Er wordt hierin verwezen naar de monitor contractering in de

wijkverpleging 2019 van de NZa dat bevestigt dat cliëntenstops dankzij personeelstekort toenemen.

Het kwalitatieve onderzoek bevestigt dat het personeelstekort in toenemende mate een rol speelt in het aanbod van wijkverpleging. Dit uit zich in het verwijzen van cliënten naar andere zorgaanbieders wat kan leiden tot een langere zoektijd (meer zorgaanbieders bellen voordat er ergens een plek is) en in het beperken van het aantal uren dat geleverd wordt. Zorgaanbieders proberen met name dit laatste te voorkomen. Ook cliënten merken de gevolgen van personeelstekorten. Zij merken dat er soms zowel geen aanbod is (geen plek) of geen passend aanbod (niet de juiste expertise) is als dat er sprake is van een langere zoektijd.

4.6 Zijn er aanwijzingen dat er onvoldoende zorg wordt geleverd?

Het leveren van onvoldoende zorg, of onvoldoende toegang tot zorg, kan een gevolg oorzaak zijn van de onderschrijding van het financieel kader wijkverpleging. We hebben in de focusgroepen gevraagd of hier aanwijzingen voor zijn. Partijen hebben een aantal aanwijzingen benoemd die ingaan op de toegang tot zorg.

Arbeidsmarktproblematiek leidt tot een langere zoektijd

Zo zien alle partijen dat als gevolg van de arbeidsmarktproblematiek cliënten soms niet in zorg kunnen worden genomen of langer moeten zoeken naar een passende plek.

Zorginkoopbeleid is gericht op inkopen van goede en betaalbare zorg en heeft geleid tot aangescherpte indicatie. Ook is het van invloed op het zorgaanbod.

Het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars leidt tot discussies over de rechtmatigheid van de zorg. Tevens wordt het zorgaanbod door de inzet van budgetplafonds aangescherpt. Het zorginkoopbeleid kan leiden tot de invoering van cliëntenstops en het niet in zorg nemen van cliënten zodra het plafond is bereikt. Zorgaanbieders geven aan soms cliënten met complexe zorgvragen te moeten weigeren om binnen de marges te blijven. Ook kijken ze naar het totaal aantal uren zorg dat ze kunnen bieden. Zorgaanbieders geven aan moeite te hebben met het vergoed krijgen van zorg die buiten het budgetplafond valt en geven ook aan dat er strengere controles op rechtmatigheid zijn die ertoe leiden dat, ook in het geval van onvolledige registraties, niet alle geleverde zorg vergoed wordt. Hierbij wordt opgemerkt dat er grote verschillen zijn tussen zorgverzekeraars. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat in het merendeel van de gevallen de budgetplafonds opgehoogd worden zodat de geleverde zorg vergoed wordt.

Belangrijk is wel dat vanuit beide partijen geen signalen benoemd worden die aangeven dat er te weinig zorg wordt geleverd. Ook worden geen signalen benoemd dat de kwaliteit niet voldoende zou zijn. Partijen geven aan dat wijkverpleegkundigen soms beïnvloed worden door het zorginkoopbeleid van de verzekeraars maar ook door hun werkgever om beter te indiceren. Hierbij wordt de rechtmatigheidsdiscussie aangehaald waarbij vanuit zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aangegeven wordt dat bewuster gekeken wordt naar welke zorg onder de wijkverpleging valt èn dat bewuster gekeken wordt naar de zelfredzaamheid van cliënten. Er is een kanteling van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'* die door alle partijen erkend en gevoeld wordt. Zorgverzekeraars geven hierbij aan dat er sprake is van verschillen tussen zorgaanbieders en ook dat in sommige gevallen de grens van doelmatigheid bereikt is.

Cliënten ervaren dat de indicaties verschillen tussen regio's en tussen wijkverpleegkundigen en dat mensen met dezelfde zorgvraag soms andere ondersteuning ontvangen. Dit verdient nader onderzoek.

Daarnaast geven partijen wel het signaal af dat er met name gekeken wordt naar korte termijn doelmatigheid binnen de wijkverpleging en dat er weinig lange termijn investeringen worden gedaan om de doelmatigheid over verschillende sectoren te verbeteren.

Er is nog steeds sprake van een onafhankelijke indicatiestelling

Daarnaast geven alle partijen aan dat de indicatiestelling onafhankelijk is van de arbeidsmarktproblematiek en het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Dit houdt in dat de zorg wordt geïndiceerd die volgens de wijkverpleegkundige noodzakelijk is.

Partijen geven aan dat de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd

In navolging hierop geven partijen ook aan dat bij cliënten die al in zorg zijn, de geïndiceerde zorg ook wordt geleverd. Partijen zetten, ondanks mogelijke arbeidsmarkttekorten of cliëntenstops als gevolg van het bereiken van het budgetplafonds, alles op alles om de zorg van bestaande cliënten te continueren. De arbeidsmarktproblematiek en het zorginkoopbeleid lijken dus meer invloed te hebben op de toegang tot de wijkverpleging dan op het aantal uren zorg dat geleverd wordt als cliënten eenmaal in zorg zijn.

Voor cliënten is het soms onduidelijk dat ze recht hebben op wijkverpleging en er is voor specifieke zorgvragen niet altijd een passend aanbod

Vanuit cliëntenvertegenwoordigers wordt wel het signaal gegeven dat het voor cliënten soms onduidelijk is waar ze recht op hebben. Hoewel zorgverzekeraars geen signalen krijgen dat er groepen zijn die wel wijkverpleging behoren te ontvangen, maar dit niet krijgen, geven cliëntvertegenwoordigers aan dat er groepen zijn die niet weten dat ze *'recht'* hebben op wijkverpleging. Dit speelt bijvoorbeeld bij de cliënten die een IC opname hebben gehad, maar ook bij de casemanager dementie zijn er vragen over of deze voor alle groepen wordt ingezet en zichtbaar is. Dit heeft ook tot gevolg dat mantelzorgers ingezet worden terwijl eigenlijk wijkverpleging had kunnen worden ingezet. Cliëntenvertegenwoordigers geven aan dat de inzet van mantelzorg vaak niet verder kan worden benut. Hierin speelt mogelijk ook de discussie rondom de verschuiving van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'* waarin bij de indicatie ook gekeken wordt naar de mogelijkheden die de cliënt zelf en zijn/haar mantelzorger kan bieden.

Daarnaast weten cliënten vaak niet hoeveel uren zorg voor hun situatie passend is en hebben ze ook geen zicht op verschillen tussen regio's of zorgaanbieders. Partijen geven ook aan signalen te ontvangen dat cliënten met een specialistische zorgvraag lang moeten zoeken naar een zorgaanbieder. Hierbij wordt aangegeven dat deze cliënten vaker kiezen voor een PGB of voor ongecontracteerde zorgaanbieders die dit aanbod wel kunnen leveren. Daarnaast komen vanuit cliënten signalen naar voren dat toegezegde zorg niet altijd wordt geleverd. Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat de zorgvraag van cliënten soms te laag wordt ingeschat vanuit de doorverwijzer (e.g. het ziekenhuis). Nadat de cliënt in zorg is genomen, blijkt dan dat andere zorg nodig is die de zorgaanbieder niet altijd kan bieden. Dit heeft wel een effect op de toegankelijkheid van de zorg.

Gecontracteerde zorg inzet verschilt sterk van ongecontracteerde zorg

Partijen zijn zich ervan bewust dat de gemiddelde uren inzet van ongecontracteerde zorgaanbieders substantieel hoger is dan die van gecontracteerde zorgaanbieders. De meeste partijen geven aan dat een deel van de zorg bij ongecontracteerde zorg mogelijk minder doelmatig is maar ook dat sommige hulpvragen zo specifiek zijn dat deze niet kunnen worden

opgevangen door het gecontracteerde aanbod en dat hier juist de ongecontracteerde zorg op wordt ingezet.

Al met al lijkt het er dus op dat er verschillende factoren zijn die de toegang tot de wijkverpleging belemmeren en dat cliënten(groepen) hier hinder van kunnen ondervinden. Daarnaast geven alle partijen aan dat er sprake is van regionale verschillen en dat deze verschillen op basis van de beschikbare gegevens en inzichten lastig te duiden zijn. Het verdient de aanbeveling om nader te kijken naar deze regionale verschillen om te zien of zij van invloed zijn op het aanbod

4.7 Bevindingen kwalitatieve onderzoek

Deze fase heeft geleid tot een aantal bevindingen die inzicht geven in hoeverre de resultaten uit het desk research ook in de praktijk door de verschillende stakeholders zo ervaren worden:

- Partijen geven aan dat het lastig is om op basis van kwalitatief (of verder kwantitatief) onderzoek vast te stellen of (de groei van) het kader exact aansluit bij de markt- en zorgvraagontwikkeling. Wel geven ze aan dat met een aantal aspecten, waaronder de effectiviteit van het zorginkoopbeleid, innovatie en efficiëntieslagen die gemaakt zijn door zorgaanbieders, mogelijk niet voldoende rekening is gehouden.
- Partijen erkennen dat het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars van invloed is geweest op het zorgaanbod. Hierbij wordt aangegeven dat de rechtmatigheidsdiscussie meer gevoerd wordt, dat er een verschuiving is naar het stimuleren van zelfredzaamheid en van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'*, en dat de ingevoerde budgetplafonds van invloed zijn op het aanbod van zorg. Dit leidt tot besparingen die een gedeeltelijke verklaring vormen voor de onderschrijding, aangezien de impact van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars niet (voldoende) is meegenomen in het kader.
- Partijen geven aan dat er meer oog is voor de rechtmatigheid van de zorg, maar dat er in de praktijk geen prikkels zijn om zorg af te wentelen op een andere sector. Partijen geven aan dat met name bij de Wlz geen invloed uitgeoefend kan worden op het toekennen van een indicatie. Dit gebeurt namelijk door het CIZ. Wel geven partijen aan dat ze bewuster kijken wanneer een Wlz indicatie kan worden aangevraagd. Ook binnen de Wmo geven partijen aan dat er een toenemende vraag is binnen de Wmo, en dat er meer inzet gepleegd wordt om mensen langer thuis te houden (bv. meer dagbesteding), maar dat er geen taken vanuit de wijkverpleging worden verschoven naar de Wmo. Dus hoewel de prikkels er in theorie wel zijn, worden deze in de praktijk niet toegepast. De onderschrijding van het kader wordt dus niet veroorzaakt door het afwentelen van zorg. De rechtmatigheidsdiscussie die gevoerd wordt kan hier wel een impact op hebben.
- Vanuit cliënten wordt wèl een prikkel ervaren in de praktijk. De eigen bijdrage die betaald moet worden voor de Wlz vormt een barrière om Wlz aan te vragen. Dit zou echter leiden tot meer zorg binnen de wijkverpleging en vormt dus ook geen verklaring voor de onderschrijding.

- Partijen ervaren in toenemende mate arbeidsmarktproblemen. Dit uit zich met name in het op individueel zorgaanbiedersniveau niet meer in zorg nemen van cliënten. Cliënten worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders, naar ZZP-ers of vragen een PGB aan. Vooralsnog lijkt het dat partijen nog in staat zijn aan de zorgvraag te voldoen waarbij ze wel de zoektijden zien toenemen. De arbeidsmarktproblematiek heeft nog geen (grote) invloed op het aantal uren zorg dat geïndiceerd wordt en het aantal uren zorg dat aan cliënten geleverd wordt, wel is het zo dat hierdoor niet altijd de budgetplafonds worden gehaald. De arbeidsmarktproblematiek is dus wel van invloed, maar lijkt geen grote invloed te hebben op de overschrijding van het kader in de afgelopen jaren. Wel kan het bijgedragen hebben aan de toename van 2018 naar 2019.
- Of de onderschrijding leidt tot onvoldoende toegang en een te laag aantal uren geleverde zorg is door partijen lastig te onderbouwen. Hoewel de signalen laten zien dat er invloed wordt uitgeoefend op de toegang tot zorg, dat er verschillen zijn tussen regio's en dat de zoektijden toenemen lijkt het vooralsnog erop dat er voldoende zorg wordt geleverd, maar de druk toeneemt.

5 Conclusies en aanbevelingen

Het doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in welke factoren de belangrijkste verklaring vormen voor de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging én tevens na te gaan of de onderschrijding gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg. Hierbij heeft dus de focus gelegen op de mate waarin de vaststelling van (de groei van) het kader, het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, prikkelwerking, en arbeidsmarktproblemen een verklaring vormen voor de onderschrijding en in hoeverre dit leidt tot onvoldoende toegang. Het vertrekpunt voor het onderzoek was de volgende hoofdvraag

Welke factoren vormen een verklaring voor de onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging, in hoeverre is er sprake van afwentelrisico's naar andere sectoren en in hoeverre is de toegang in voldoende mate gewaarborgd?

Hierbij is gekeken naar vijf hoofdonderwerpen:

a. Of de groei van het financieel kader voldoende aansluit bij de ontwikkelingen in de praktijk;

b. Of het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars effect heeft gehad op het zorgaanbod;

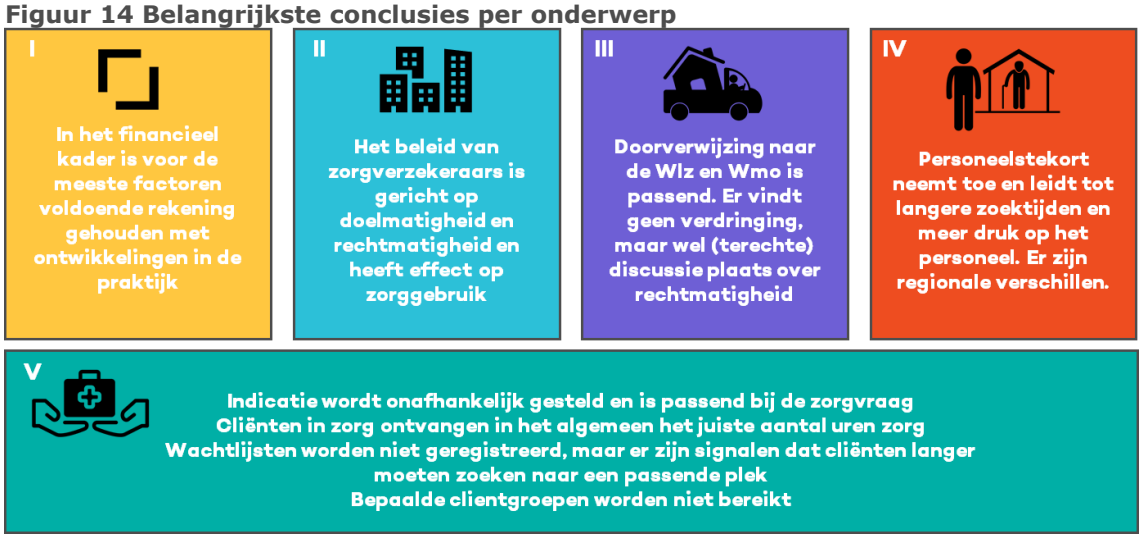
c. Of er sprake is van afwenteling van zorg op andere sectoren en welke prikkels in de praktijk aanwezig zijn;

d. Of het personeelstekort in toenemende mate van invloed is geweest op het zorgaanbod; en

e. Of de onderschrijding ertoe leidt dat cliënten onvoldoende zorg ontvangen of dat er onvoldoende toegang is tot de wijkverpleging.

Het onderzoek heeft inzicht gegeven wat verklaringen zijn voor de mogelijke onderschrijding van de wijkverpleging. In Figuur 14 staan de belangrijkste conclusies per onderwerp weergegeven.

Figuur 14 Belangrijkste conclusies per onderwerp



1. In het financieel kader is voor de meeste factoren voldoende rekening gehouden met ontwikkelingen in de praktijk

Het kader is vastgesteld op basis van de maximum tarieven NZa, op verwachte demografische- en loon ontwikkelingen en de verwachte besparingsdoelstelling. De overgehevelde zorg (intensieve kindzorg in 2017 en MSVT in 2018) is hierin correct meegenomen. Invloed van het zorginkoopbeleid zorgverzekeraars en de mogelijke efficiency slagen van zorgaanbieders zijn lastig te kwantificeren en zijn niet expliciet doorgerekend in het jaarlijkse kader.

2. Het beleid van de zorgverzekeraars is gericht op doelmatigheid en rechtmatigheid en heeft effect op het zorgaanbod

Zowel op basis van het desk research als op basis van de focusgroepen kunnen we concluderen dat het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars van invloed is geweest op het zorgaanbod. Allereerst heeft dit bijgedragen aan de rechtmatigheidsdiscussie die nu meer op de voorgrond staat. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kijken bewuster naar welke zorg wel en welke zorg niet binnen de wijkverpleging valt. Dit heeft gevolgen voor het aanbod van zorg. Daarnaast is er ook een kanteling naar meer zelfredzaamheid, waarbij bij de indicatiestelling meer gericht is op *'zorgen dat'* in plaats van *'zorgen voor'*. Ook dit is van invloed op het aanbod van zorg en heeft ook geleid tot het inzetten van minder uren zorg. Tevens zijn zorgverzekeraars gerichter op kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg gaan sturen en zetten ze daar verschillende instrumenten voor in. Dit betreft onder andere de budgetplafonds, maar er worden ook afspraken rondom doelmatigheid gemaakt. Of dit alles heeft geleid tot doelmatigere inzet van middelen, wordt door partijen verschillend ervaren.

3. Er vindt geen verdringing plaats naar andere sectoren

Hoewel alle partijen aangeven dat de zorgvraag binnen de Wmo is gestegen en het aantal aangevraagde Wlz indicaties is toegenomen, komt dit volgens geen van de partijen door een verdringing vanuit de wijkverpleging. De kwantitatieve gegevens uit het desk research geven aan dat het aantal cliënten met Wmo voorzieningen, het aantal cliënten met wijkverpleging én het aantal cliënten met Wlz zorg is toegenomen. Ook laten de gegevens zien dat er sprake is van extramuralisering, zowel binnen de Wlz als er buiten (toename vraag wijkverpleging en Wmo). Wel laten de gegevens verschillen zien tussen regio's die niet eenduidig te verklaren zijn.

Alle partijen geven aan dat er sprake is van een *terechte* discussie over waar welke zorg plaatsvindt en hoe er gezorgd kan worden voor een zo hoog mogelijke zelfredzaamheid van cliënten. Dit heeft er wel toe geleid dat er scherper gekeken wordt naar waar welke zorg thuis hoort. Echter, prikkels om zorg af te wentelen op andere sectoren worden niet als zodanig ervaren of uitgevoerd. Ook geven partijen aan dat deze prikkels in de praktijk lastig zijn te effectueren. Dit zien we met name in de Wlz waar partijen wel scherp kunnen zijn op *wanneer* een indicatie wordt aangevraagd, maar partijen geen invloed hebben op het toekennen van de indicatie. Dit gebeurt door een onafhankelijke instelling, het CIZ. Waar vanuit het CIZ aangegeven wordt dat het aantal aanvragen toeneemt, geeft zij ook aan dat het afwijzingspercentage laag is en niet is gestegen als gevolg van de toename in het aantal aanvragen. Ook partijen binnen de Wmo geven aan dat ze meer zorg leveren om patiënten zelfredzaam te houden, maar dat ze geen taken overnemen van de wijkverpleegkundige. Dit geeft aan dat, hoewel er wel sprake is van een toenemende vraag binnen de Wlz en de Wmo, dit niet veroorzaakt wordt door verdringing, maar door een rechtmatigheidsdiscussie. Dat laatste zorgt er mogelijk voor dat het aanbod van wijkverpleging afneemt ten opzichte van de inschatting binnen het kader. Ook neemt de druk op de Wmo en Wlz hierdoor toe.

De vraag die hierbij wel opgeworpen wordt is in hoeverre de scherpere discussie rondom de rechtmatigheid ook leidt tot doelmatigheid binnen de gehele zorg. Er wordt mogelijk minder vanuit een integrale benadering nagedacht, en meer vanuit de financiering. Hier zou meer aandacht voor mogen zijn.

Vanuit cliënten wordt wel een prikkel ervaren, maar deze leidt er juist toe dat cliënten langer in de wijkverpleging willen blijven vanwege het ontbreken van een eigen bijdrage. Dit is dus geen verklaring voor de onderschrijding van het kader.

4. Arbeidsmarkt problematiek neemt toe en leidt tot langere zoektijd

De arbeidsmarktproblematiek neemt toe. We zien dat meer zorgaanbieders kampen met een personeelstekort en dat dit in de komende jaren zal toenemen. Daarbij zien we ook dat het aantal cliëntenstops ten gevolge van een personeelstekort is toegenomen tussen 2018 en 2019. Echter, tot op heden lijkt het dat dit nog geen groot effect heeft op het aantal uren geleverde zorg en dit uit zich nog niet in het ontstaan van wachtlijsten. De verwachting is dat dit met name in de toekomst gaat leiden tot knelpunten.

5. Partijen geven aan dat cliënten wel de zorg krijgen die zij nodig hebben, druk op de wijkverpleging neemt wel toe

Hoewel er signalen zijn dat de zoektijden toenemen en er verschillen zijn in het aantal uren geïndiceerde zorg tussen cliënten (per regio), geven partijen ook aan dat de indicatiestelling onafhankelijk wordt gesteld, cliënten die in zorg zijn passende zorg ontvangen en dat, ondanks dat de zoektijd toeneemt, cliënten wel nog in zorg worden genomen. Wel zien we dat de druk op de wijkverpleging toeneemt en dat in de toekomst mogelijk spanning gaat ontstaan tussen vraag en aanbod. Op basis van het kwalitatieve onderzoek is het niet mogelijk om in kwantitatieve bevindingen uit te drukken in hoeverre er sprake is van *onvoldoende* toegang. Wel zien we dat de gevonden verklaringen voor de onderschrijding (zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, scherpere discussie over de rechtmatigheid en een toenemend arbeidsmarktprobleem) van invloed zijn op het aanbod van zorg. Ook blijft de vraag open staat of de scherpere rechtmatigheidsdiscussie leidt tot een optimale integrale benadering voor cliënten. Cliënten ontvangen zorg vanuit meerdere zorgaanbieders, wat kan leiden tot inefficiënte en onvoldoende samenhang voor de cliënt. En daarom effect heeft op de toegang van de wijkverpleging en het aantal uren geleverde zorg. Het verdient de aanbeveling om met name de regionale verschillen nader in kaart te brengen en vanuit daar inzicht te krijgen in wat de achterliggende reden is van deze verschillen.

Overall lijkt het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, èn de scherpere discussie over de rechtmatigheid, de grootste verklaringen te zijn voor de onderschrijding van de wijkverpleging. Arbeidsmarktproblemen nemen toe en zullen in toenemende mate van invloed zijn op de toegankelijkheid van wijkverpleging. Deze problemen dragen wel bij aan de toename in het tekort tussen 2018 en 2019, maar vormen nog geen verklarende factor voor de onderschrijding in de jaren daarvoor. De personeelstekorten worden vooralsnog opgevangen binnen de huidige capaciteit. Of de toegang *onvoldoende* is kunnen we niet concluderen. Wel zien we dat de huidige situatie van invloed is op met name de zoektijd die cliënten ervaren en dat er regionale verschillen zijn in het aanbod. Ook is het vinden van passende zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag steeds lastiger en is het de vraag of er voldoende oog is voor een integrale aanpak. Het verdient de aanbeveling hier dieper op in te gaan.

EQUALIS
strategy & modeling

Bijlage 1: Literatuurlijst

Rapporten en infographics

ActiZ: Infographic ELV. 2019.

ActiZ: Document onderuitputting. 2019.

ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN,VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl. Rapport. Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. 2020.

Ateria Consulting. L. Puijk, N. Baas, R. Meijer. Rapport. (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging Een kwantitatief en kwalitatief interview. 2017.

CPB/SCP: M. Non, A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Backx, R. Douven. Rapport. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten Den Haag, 2015.

NIVEL: A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.

NIVEL: A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet Het Kwaliteitskader Wijkverpleging in de praktijk: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.

NIVEL: A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. 2020.

NZa. Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging, 2019

NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2018

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Brief aan de Tweede Kamer. Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake Verzoek om stand van zakenbrief Wijkverpleging. 2 maart 2020.

Bron: Panteia - De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer, 30 april 2020.

SCP: I. Woittiez, E. Eggink, D. Verbeek-Oudijk. Rapport. Wat als zorg wegvalt? Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking. Den Haag, 2019.

Significant. J. Meijer, W. van Plaggenhoef, J. Reitsma. Toegankelijkheid van de wijkverpleging. Barneveld, 2019. Onderzoek in opdracht van de NZa.

Vektis: Rapport. L. van Gewen, K. Huijsmans, H. Post, R. Luijk. Vervolgonderzoek – Ontwikkeling Niet-gecontracteerde wijkverpleging 2016-2019. 2020.

Vliet, van R, R. van Kleef, F. Eijkenaar Meerjarige V&V-kosten (MVV) als alternatief voor het VGG-criterium in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg (WOR 905). 2018.

VWS: Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging. 2019.

Werkgroep analyse onderschrijding (Actiz, Zorgthuisnl, ZN en VWS). MEMO. Onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging. 22 november 2019.

EQUALIS
strategy & modeling

Data voor aanvullende analyses

CBS microdata, aantal maatwerkarrangementen WMO

Vektis. Declaratiedata Wlz en Zvw 2015-2019 (AW319)

Media

Actiz. Verzuim in 2018 verder gestegen. 19 februari 2019.

NOS. Kwetsbare ouderen in het verkeerde bed. 24 november 2016.

Medisch Contact. Toename van oudere patiënten in 'verkeerde' bedden. 10 februari 2020.

Trouw. Personeelstekort in de zorg is in een jaar tijd bijna verdubbeld 20 november 2017.

V&VN. Aanpak registratielast – verpleegkundigen en verzorgenden zien geen verbetering. 28 november 2019.

Zorgvisie. 'Minister laat zich voor karretje zorgverzekeraars spannen'. 23 mei 2019 Commissie-Bos: maak één wettelijke regime voor zorg aan huis. 15 januari 2020

Zorgvisie. Kamer eist actie van minister De Jonge tegen zorginfarct. 13 februari 2020.

Zorgvisie. Kwaliteitsgeld verpleeghuizen gaat ook naar extra zorg. 20 juni 2019.

Zorgvisie. Multidisciplinaire ouderenzorg halveert kosten. 18 december 2019.

Zorgvisie. 'Voorspelbaar verlies op wijkverpleging is dramatisch'. 26 september 2014.

Zorgvisie. 13.000 zorgwerkers verruilen vast contract voor zzp-bestaan. 28 januari 2019.

Zorgvisie. Minister breng Kamer in vertwijfeling over wijkverpleging. 6 maart 2020.

Zorgvisie. ActiZ: verzekeraars houden zich niet aan akkoord wijkverpleging. 2 maart 2020.

Zorgvisie. De Jonge: ' In 2019 gaat de thermometer in de wijkverpleging'. 15 november 2015.

Zorgvisie. Minister: nieuwe bekostiging wijkverpleging komt in 2022. 13 november 2019.

Zorgvisie. Niet gecontracteerde aanbieders kiezen de aanval. 15 december 2017.

Zorgvisie. Nieuwe bekostiging wijkverpleging is nog ver weg. 15 november 2018.

Zorgvisie. Verzekeraars laten 190 miljoen onbenut voor de wijkverpleging. 30 januari 2019.

Zorgvisie. Zorgen NZa over contractering in de wijkverpleging. 3 mei 2018.

Zorgvisie. Verbetering van compensatie voor chronisch zieken vergt maatwerk. 15 augustus 2019.

EQUALIS
strategy & modeling

Bijlage 2: Gehanteerde stellingen

I. Stellingen met betrekking tot de zorgaanbieders:

1. Zorgaanbieders verwijzen cliënten niet sneller door naar de Wlz ondanks scherp inkoopbeleid van zorgverzekeraars
2. Zorgaanbieders nemen cliënten minder snel in zorg door inkoopbeleid zorgverzekeraars (langer Wmo of thuis)
3. Zorgaanbieders leveren niet de benodigde zorg (minder uren dan geïndiceerd) door inkoopbeleid zorgverzekeraars (bereiken plafond)
4. Regionale verschillen worden veroorzaakt door verschillen in inkoopbeleid en samenwerking tussen verzekeraar en gemeente
5. Gebrek aan personeel is van grotere invloed op de zorg dan druk van zorgverzekeraars
6. Zorgaanbieders leveren niet de benodigde zorg (minder uren dan geïndiceerd) door personeelstekort
7. Zorgaanbieders vragen personeel om extra werk te doen om personeelstekort op te vangen
8. Zorgaanbieders wijzen steeds meer cliënten af om personeelstekort te voorkomen
9. Regionale verschillen worden veroorzaakt door verschillen in clientkenmerken
10. Zorgaanbieders kunnen op dit moment niet de zorg leveren die passend is bij de behoeftes van de cliënt

II. Stellingen met betrekking tot de zorgverzekeraars/zorgkantoren:

1. Voorspelbaar verlies op groep verzekerden met wijkverpleging zorgt voor aanscherping van het inkoopbeleid waardoor druk om kosten (en uren) te verlagen toeneemt
2. Zorgverzekeraars zijn beter in staat te sturen op doelmatige inzet van middelen dan gemeenten en zorgkantoren
3. Zorgverzekeraars vinden dat er momenteel een doelmatige inzet van middelen is (geld wordt juist besteed). Er blijft geen geld 'liggen'
4. Zorginkoopbeleid is succesvol in het verlagen van de zorgkosten zonder dat het leidt tot verschraling van de zorg
5. Afstemming tussen gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars over wijkverpleging ontbreekt
6. Zorgverzekeraars ervaren geen lange wachtlijsten
7. Zorgverzekeraars zien geen toename in verkeerde bed als gevolg van te weinig toegang tot wijkverpleging
8. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zien geen verdringing van zorg naar de Wlz
9. Arbeidsmarkttekort van zorgaanbieders heeft een grotere impact op het verlagen van zorgkosten (en uren) dan inkoopbeleid

III. Stellingen met betrekking tot de gemeenten:

1. Wmo is eenvoudiger toegankelijk voor cliënten dan wijkverpleging of Wlz
2. Er wordt zorg geleverd in de Wmo die daar niet thuis hoort
3. Afstemming tussen gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars over wijkverpleging ontbreekt
4. Gemeenten sturen niet op budgetplafonds in de Wmo
5. Gemeenten zijn van mening dat er doelmatige zorg wordt geleverd in de Wmo
6. Zorgverzekeraars zijn beter in staat te sturen op doelmatige inzet van middelen dan gemeenten en zorgkantoren

7. De Wmo kan huidige cliënten niet de zorg bieden die ze nodig hebben vanwege personeelstekorten
8. De druk op de Wmo neemt toe vanwege beperkte toegang tot wijkverpleging
9. Zorgaanbieders in de Wmo wijzen steeds meer cliënten af om personeelstekort te voorkomen
10. Druk op Wmo neemt toe vanwege arbeidsmarktproblematiek

IV. Vragen met betrekking tot de cliëntenvertegenwoordigers:

1. Ervaren cliënten dat het betalen van een eigen bijdrage voor Wlz en Wmo zorg leidt tot een prikkel om langer informele zorg te gebruiken of wijkverpleging aan te vragen?
2. Ervaren cliënten dat er minder zorg dan voorheen geleverd wordt?
3. Ervaren cliënten dat er lange wachtlijsten bestaan voor de wijkverpleging?
4. Ervaren cliënten dat zij minder goed toegang tot wijkverpleging krijgen?
5. Ervaren cliënten dat de wijkverpleegkundige voldoende tijd heeft om alle taken uit te voeren?
6. Ervaren cliënten dat E-health wordt ingezet tijdens de zorg?

EQUALIS
strategy & modeling

Bijlage 3: Deelnemers aan de focusgroepen en interviews

Vanwege de uitbraak van het Corona Virus (COVID19) waardoor op zondag 15 maart is besloten dat alle niet noodzakelijke bijeenkomsten niet meer fysiek mochten plaatsvinden, is besloten de focusgroepen online te houden. Met name bij de focusgroep van de zorgaanbieders zijn niet alle beoogde deelnemers in staat geweest om deel te nemen. Zij waren binnen hun eigen organisatie nodig.

Focusgroep	Datum	Organisatienaam
Zorgaanbieders (1)	16 maart 2020	Comfort Zorg
Zorgaanbieders (1)	16 maart 2020	MB/Internos
Zorgaanbieders (1)	16 maart 2020	Activite
Zorgaanbieders (1)	16 maart 2020	Actief Zorg
Zorgaanbieders (1)	16 maart 2020	Actiz
Zorgaanbieders (2)	16 maart 2020	Actiz
Zorgaanbieders (2)	16 maart 2020	Thuiszorg Beers
Zorgaanbieders (2)	16 maart 2020	ZZG Team Biezen
Zorgaanbieders (2)	16 maart 2020	Zorgthuis
Zorgaanbieders (2)	16 maart 2020	ZZG Zorggroep
Gemeenten	16 maart 2020	Gemeente Hengelo
Gemeenten	16 maart 2020	Gemeente Utrecht
Gemeenten	16 maart 2020	VNG
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	Nederlandse Patiëntenfederatie
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	Alzheimer Nederland
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	Cliëntbelang Amsterdam
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	IC Connect
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	Parkinsonvereniging
Cliëntenvertegenwoordigers	16 maart 2020	Spierziekten Nederland
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	Zorgverzekeraars Nederland
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	Zilveren Kruis
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	Menzis
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	VGZ
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	CZ
Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	19 maart 2020	ONVZ
Overige stakeholders	XX	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Overige stakeholders	18 maart 2020	Zorginstituut Nederland
Overige stakeholders	20 maart 2020	Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ
HLA Partijen overleg	30 maart	ZN
HLA Partijen overleg	30 maart	VNG
HLA Partijen overleg	30 maart	Actiz
HLA Partijen overleg	30 maart	ZorgThuis
HLA Partijen overleg	30 maart	VWS
HLA Partijen overleg	30 maart	V&VN
HLA Partijen overleg	30 maart	Nederlandse Patiëntenfederatie

EQUALIS
strategy & modeling

Bijlage 4: Interviewleidraad

EQUALIS
strategy & modeling

Bijlage 5: Achtergrondanalyses behorende bij het desk research

EQUALIS

Equalis Strategy & Modeling B.V.
www.equalis.nl