
Vergaderjaar 2020 - 2021

23 235 Thuiszorg

B VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 7 januari 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft kennisgenomen van de brief van 13 oktober 2020, waarmee de Kamer geïnformeerd wordt over de stand van zaken in de wijkverpleging.²

Zij heeft naar aanleiding hiervan op 2 december 2020 een brief gestuurd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De minister heeft op 24 december 2020 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

¹ Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Adriaansens (VVD) (*voorzitter*), Van der Burg (VVD), Gerbrandy (OSF), Van Gurp (GL), Nicolai (PvdD), Van Pareren (Fractie-Van Pareren) (*ondervoorzitter*), Prins-Modderaar (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten) Hermans (Fractie-Van Pareren) Van der Voort (D66), Keunen (VVD), Pouw-Verweij (Fractie-Van Pareren)

² Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A en bijlagen.

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van 13 oktober 2020, waarmee de Kamer geïnformeerd wordt over de stand van zaken in de wijkverpleging.³ De leden van de fracties van **VVD**, **CDA** en **PVV** hebben hierover nog enkele vragen.

De leden van de **VVD**-fractie spreken hun dank uit voor de brief van 13 oktober jl. In de brief wordt verwezen naar het onderzoek van Berenschot van 1 mei 2020.⁴ In dit onderzoek wordt onder meer ingegaan op de redenen die verpleegkundigen hebben om als zelfstandige te gaan werken in de wijkzorg. Ook wordt in dit rapport aangegeven dat de inzet van zelfstandige wijkverpleging een kostenverhogend effect heeft. Het toenemende aantal zelfstandigen vergroot bovendien de personeelstekorten in zorginstellingen. Daardoor is het bijvoorbeeld lastig goede roosters te maken. De leden van de VVD-fractie vernemen graag wat de minister vindt van de redenen die zelfstandigen aanvoeren om als ondernemer werkzaam te zijn. Zij zijn o.a. van mening dat zij als zelfstandige ondernemer betere kwaliteit kunnen leveren dan in loondienst en ervaren als zelfstandige meer autonomie. Zouden deze problemen moeten worden opgelost door de zorgorganisaties? Ook wordt gewezen op de risico's die samenhangen met de vaak ontbrekende kennis over het kwaliteitskader. Wat gaat de minister doen om de risico's voor de betreffende patiënten te verkleinen?

In de brief wordt gesteld dat het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 15 september 2020 over de bekostiging van de wijkverpleging⁵ aansluit bij het advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen: *"De commissie adviseert om de wijkverpleging te financieren op een manier die preventie beloont en productie en onnodige doorverwijzing naar duurdere zorg ontmoedigt. De financiering dient tevens bij te dragen aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken. Een financieringssystematiek op basis van cliënt- en populatiekenmerken, case-mix en uitkomstindicatoren lijkt zich hier het beste voor te lenen."*

Toch bestaat bij de leden van de VVD-fractie de indruk dat het NZa-voorstel minder aansluit op het advies van de commissie dan de minister doet voorkomen. Op termijn zullen de cliëntprofielen de taal worden om mee te declareren en het tarief zal zijn gebaseerd op de case-mix van de zorgaanbieder, zo wordt voorgesteld. Los van de individuele zorgverlening komt de zogenaamde systeemfunctie in aanmerking voor de bekostiging. De leden van de VVD-fractie vragen of daarmee voldoende wordt aangesloten bij de professionele competenties van de wijkverpleegkundige. Met name het element preventie in relatie tot populatiekenmerken blijft in de voorgestelde bekostiging onderbelicht. In de opleiding tot verpleegkundige wordt steeds meer aandacht besteed aan de

³ Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A en bijlagen.

⁴ Onderzoek naar motieven startende zorgaanbieders in de wijkverpleging (bijlage bij Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A).

⁵ Advies bekostiging wijkverpleging 2022: van kwantiteit naar kwaliteit en bijlagen daarbij (bijlagen bij Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A).

invloed van sociaal economische factoren op gezondheid en wijkgerichte preventie. De wijkverpleegkundige is bij uitstek de professional die de gezondheid in de wijk kan bevorderen. De leden van deze fractie vragen waarom dit element, wijkgerichte preventie, niet in het bekostigingsvoorstel is opgenomen.

De NZa geeft aan dat het rapport in overleg met de veldpartijen in de wijkverpleging is opgesteld, maar nergens is aangegeven wat de veldpartijen van het voorgestelde NZa plan vinden. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie alsnog het oordeel van de veldpartijen op het bekostigingsvoorstel van de NZa.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarmee de Kamer geïnformeerd wordt over de ontwikkelingen in de wijkverpleging, waaronder de arbeidsmarktsituatie, het kwaliteitskader wijkverpleging, het advies van de NZa over de bekostiging per 2022, de start met het werken op basis van cliëntprofielen en de daling van het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging. De daling van het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging, maar vooral ook het werken met cliëntprofielen wordt door de leden van de CDA-fractie positief gewaardeerd. De zorgen betreffen de uitvoerbaarheid van de plannen, gezien de te verwachten vraag naar wijkverpleging in de komende jaren vanwege o.a. de vergrijzing in relatie tot het krappere wordende aanbod van medewerkers. Uit het meegezonden onderzoek van het bureau Panteia ⁶ komt naar voren dat er nu reeds een tekort is van ruim 4.000 verzorgenden/verpleegkundigen, wat naar verwachting stijgt naar minimaal 6.700 in 2022 tot meer dan 10.000 in 2027. In het onderzoek wordt gewezen op de volgende knelpunten op: aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt, gebrek aan stageplekken, weinig aantrekkelijke contracten en roosters, zware fysiek en psychosociale belasting, zware administratieve belasting en een relatief slecht imago.

Het Panteia-rapport geeft zeker diverse handvatten, die ook – zoals aangegeven in uw brief – onderdeel zullen worden van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Tegelijkertijd geeft het rapport aan dat een totaalpakket van maatregelen noodzakelijk is. Echter, ook bij een optimale aanpak van alle aandachtspunten door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS en OCW, zullen de uitkomsten in de toekomst onzeker zijn.

De leden van de CDA-fractie delen de visie van de minister dat integrale en goede zorg door herkenbare en aanspreekbare teams van wijkverpleging van groot belang zijn, juist ook in de komende jaren. In dat kader vragen zij welke aanpak de minister ter hand neemt om in ieder geval de reeds benoemde knelpunten snel en adequaat te regelen. Deelt u de visie van de leden van de CDA-fractie dat sturing door VWS in dezen extra nodig is? Zo ja, welke extra inzet wordt er gedaan. Zo nee, waarom wordt daarvan afgezien? Is er een actieplan voor de aanpak van die aandachtspunten, die direct onder verantwoordelijkheid van het ministerie vallen, zoals aanpassing van de contractering en bekostiging in de wijkverpleging, het doorbreken van schotten tussen de diverse financieringsbronnen en een financiële vergoeding voor mantelzorgers die iemand buiten de familie verzorgen? De leden van de CDA-fractie vernemen ook graag of er plannen zijn om de zorgaanbieders actief te ondersteunen, zodat zij de knelpunten kunnen oppakken.

⁶ De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging (bijlage bij Kamerstukken I 2020/21, 23 235,A).

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennisgenomen van de stand van zaken in de wijkverpleging, zoals beschreven in de brief van 13 november 2020. Daarover hebben zij nog een tweetal vragen.

Patiënten/cliënten kunnen formeel nog steeds zelf de zorgaanbieder kiezen die het beste tegemoet komt aan hun behoefte aan ondersteuning. De minister vindt in beginsel dat de kosten die worden gemaakt door niet-gecontracteerde zorgaanbieders ook moeten worden vergoed. Het zijn vaak de kleinere niet-gecontracteerde aanbieders en ZZP'ers die met maatwerk wel de benodigde zorg, bijvoorbeeld de noodzakelijke 24-uurs (palliatieve) zorg, kunnen bieden, die de grote gecontracteerde zorgaanbieders veelal niet kunnen leveren. Kan de minister aangeven waarom de zelfredzaamheid van de cliënt wordt gestimuleerd, terwijl het beleid gericht is op vermindering van met name niet-gecontracteerde zorgaanbieders, die zorg kunnen leveren die tegemoetkomt aan de zorgbehoefte van de cliënt en waaraan gecontracteerde zorgaanbieders veelal niet kunnen voldoen?

De minister vindt dat met name het aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet dalen, en dat het accent van dergelijke zorg op zelfredzaamheid moet komen te liggen. De leden van de PVV-fractie vragen u uit te leggen waarom een mogelijke bezuinigingsbehoefte niet in het verlengde ligt van het uitgangspunt van zelfredzaamheid.

De leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag bij voorkeur voor 15 januari 2021.

Mr. drs. M.A.M. Adriaansens

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 december 2020

Op 13 oktober 2020 stuurde ik u een brief over de stand van zaken wijkverpleging. De leden van de fracties van VVD, CDA en PVV hebben hierover enkele vragen gesteld. Hieronder treft u mijn reactie op deze vragen aan.

Goed werkgeverschap

De leden van de VVD-fractie vernemen graag een reactie op de redenen die zelfstandigen aanvoeren om als ondernemer werkzaam te zijn. Daarnaast vragen zij of deze problemen moeten worden opgelost door de zorgorganisatie. Ten slotte vragen zij wat wordt gedaan om de risico's door ontbrekende kennis over het kwaliteitskader te verkleinen voor de betreffende patiënten.

Reactie

Veel medewerkers in de zorg zetten in eerste instantie de stap naar het flexwerken vanuit onvrede over het werken in loondienst bij een zorginstelling. In het onderzoek van Berenschot⁷ komt de behoefte aan autonomie als belangrijkste motief naar voren om te starten als zelfstandige ondernemer. Deze autonomie heeft aan de ene kant betrekking op de werkinhoudelijke autonomie en aan de andere kant op de behoefte aan flexibiliteit voor een goede werk-privé balans. Daarnaast wordt de hoge werkdruk genoemd als reden om zelfstandig aan de slag te gaan. Deze motieven zijn herkenbaar vanuit eerdere rapporten van o.a. *Commissie Borstlap* en het WRR-rapport *Het nieuwe werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*.

Goed werkgeverschap is een belangrijk terugkerend thema voor het behouden van zorgmedewerkers bij een zorgorganisatie. Daarbij is het voeren van het goede gesprek tussen werkgever en werknemer van cruciaal belang. In deze gesprekken is het belangrijk om thema's te bespreken zoals de werk-privé balans en de werkdruk, en wat de individuele wensen en ideeën daarbij zijn. Als blijkt dat de zorgmedewerker overweegt om als flexwerker verder te gaan, kan de zorgaanbieder in een dialoog met de zorgmedewerker de bijbehorende verantwoordelijkheden van deze keuze bespreekbaar maken. Voor het behoud van professionals is het belangrijk om deze gesprekken vroegtijdig te voeren.

Dit bekent echter niet dat het probleem alleen opgelost moet worden door zorgorganisaties. Het verbeteren van de autonomie en het verlagen van de werkdruk vergt inzet van allerlei verschillende partijen, waaronder sociale partners en vertegenwoordigers van flexwerkers. Deze thema's komen ook nadrukkelijk terug in het programma Werken in de Zorg en het programma (Ont)Regel de Zorg. Daarnaast heb ik de tijdelijke commissie van de SER gevraagd om het thema autonomie van zorgprofessionals expliciet mee te nemen in hun advies.

De risico's van het ontbreken van kennis over het kwaliteitskader wijkverpleging worden verminderd door het verspreiden van kennis over het kwaliteitskader enerzijds en het toezien op

⁷ Onderzoek naar motieven startende zorgaanbieders in de wijkverpleging (bijlage bij Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A).

het hanteren van het kwaliteitskader anderzijds. De stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging ontwikkelt een website waar alle informatie over (de implementatie van) het kwaliteitskader zal worden opgenomen. Zo wordt deze informatie niet alleen toegankelijk voor de achterban van de leden van de stuurgroep maar voor iedereen. Patiëntenfederatie Nederland (PFN) heeft een publieksversie⁸ van het kwaliteitskader gemaakt zodat cliënten zelf ook kunnen weten wat ze van wijkverpleging mogen verwachten. Het kwaliteitskader is tevens onderdeel van de zorginkoop bij verzekeraars. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hanteert een toetsingskader⁹ voor de wijkverpleging dat mede is gebaseerd op het kwaliteitskader wijkverpleging.

Bekostiging

In de brief van 13 oktober 2020 wordt gesteld dat het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 15 september 2020 over de bekostiging van de wijkverpleging¹⁰ aansluit bij het advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen: *"De commissie adviseert om de wijkverpleging te financieren op een manier die preventie belooft en productie en onnodige doorverwijzing naar duurder zorg ontmoedigt. De financiering dient tevens bij te dragen aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken. Een financieringssysteem op basis van cliënt- en populatiekenmerken, case-mix en uitkomstindicatoren lijkt zich hier het beste voor te lenen."* Toch bestaat bij de leden van de VVD-fractie de indruk dat het NZa-voorstel minder aansluit op het advies van de commissie dan de minister doet voorkomen. Op termijn zullen de cliëntprofielen de taal worden om mee te declareren en het tarief zal zijn gebaseerd op de case-mix van de zorgaanbieder, zo wordt voorgesteld. Los van de individuele zorgverlening komt de zogenaamde systeemfunctie in aanmerking voor de bekostiging. De leden van de VVD-fractie vragen of daarmee voldoende wordt aangesloten bij de professionele competenties van de wijkverpleegkundige.

Reactie

De basis van de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging staat en de NZa werkt met partijen aan het stapsgewijs invoeren van de nieuwe bekostiging. De inbreng van veldpartijen (wijkverpleegkundigen, patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) is bij deze ontwikkeling essentieel. De NZa werkt daarom de bekostiging de komende jaren in zeer nauwe samenwerking met deze partijen uit. De nieuwe bekostiging onderscheidt zich van de huidige bekostiging doordat de productieprikkels (PxQ) worden verkleind. De cliëntprofielen worden, uiteraard met inbreng van de wijkverpleegkundigen, verder ontwikkeld. De wijkverpleegkundige indiceert en bepaalt bij de indicatiestelling welke zorg er nodig is. Nieuw is dat zij tevens bepaalt welk cliëntprofiel bij de zorgvraag van de cliënt past; dit doet zij aan de hand van een korte vragenlijst per cliënt. Deze vragenlijst bevat zorg gerelateerde vragen over de cliënt. Vervolgens kan het cliëntprofiel met het bijpassende uur-, week- of maandtarief, zoals afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, worden gedeclareerd. Daarmee verschuift in de nieuwe bekostiging de focus van kwantiteit (urendeclaraties) naar kwaliteit (cliëntprofielen, casemix). Intussen wordt in het kader van de implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging gewerkt aan de ontwikkeling van uitkomstindicatoren.

⁸ <https://www.patiëntenfederatie.nl/actueel/nieuws/publieksversie-kwaliteitskader-wijkverpleging-beschikbaar>

⁹ <https://www.igj.nl/zorgsectoren/zorg-thuis/publicaties/toetsingskaders/2016/10/1/toetsingskader-%E2%80%98toezicht-op-de-zorg-thuis%E2%80%99>

¹⁰ Advies bekostiging wijkverpleging 2022: van kwantiteit naar kwaliteit en bijlagen daarbij (bijlagen bij Kamerstukken I 2020/21, 23 235, A).

Preventie in bekostiging

Met name het element preventie in relatie tot populatiekenmerken blijft in de voorgestelde bekostiging onderbelicht. In de opleiding tot verpleegkundige wordt steeds meer aandacht besteed aan de invloed van sociaal economische factoren op gezondheid en wijkgerichte preventie. De wijkverpleegkundige is bij uitstek de professional die de gezondheid in de wijk kan bevorderen. De leden van deze fractie vragen waarom dit element, wijkgerichte preventie, niet in het bekostigingsvoorstel is opgenomen.

Reactie

Preventie is integraal onderdeel van het wijkverpleegkundig vak. In de nieuwe bekostiging verschuift de focus van declaratie op basis van het aantal uren naar declaratie op basis van de zorginhoud. Hierdoor wordt de productieprikkel verkleind en komt er meer ruimte om op preventie en innovatie in te zetten. Daarnaast kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover ook nadere afspraken maken in hun contract. Verder zal het werken in herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging (zoals in 2019 met partijen afgesproken) een belangrijke bijdrage leveren aan wijkgerichte preventie.

Inbreng veldpartijen bij bekostiging

De NZa geeft aan dat het rapport in overleg met de veldpartijen in de wijkverpleging is opgesteld, maar nergens is aangegeven wat de veldpartijen van het voorgestelde NZa plan vinden. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie alsnog het oordeel van de veldpartijen op het bekostigingsvoorstel van de NZa.

Reactie

De NZa heeft het advies in nauw overleg met Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Patiëntenfederatie Nederland (PFN) opgesteld. Na verschillende consultatierondes hebben deze partijen tijdens een bestuurlijk overleg van de NZA in september 2020 aangegeven achter het advies te staan.

Aanpak knelpunten

De leden van de CDA-fractie delen de visie van de minister dat integrale en goede zorg door herkenbare en aanspreekbare teams van wijkverpleging van groot belang zijn, juist ook in de komende jaren. In dat kader vragen zij welke aanpak de minister ter hand neemt om in ieder geval de reeds benoemde knelpunten snel en adequaat te regelen. Deelt u de visie van de leden van de CDA-fractie dat sturing door VWS in dezen extra nodig is? Zo ja, welke extra inzet wordt er gedaan. Zo nee, waarom wordt daarvan afgezien? Is er een actieplan voor de aanpak van die aandachtspunten, die direct onder verantwoordelijkheid van het ministerie vallen, zoals aanpassing van de contractering en bekostiging in de wijkverpleging, het doorbreken van schotten tussen de diverse financieringsbronnen en een financiële vergoeding voor mantelzorgers die iemand buiten de familie verzorgen? De leden van de CDA-fractie vernemen ook graag of er plannen zijn om de zorgaanbieders actief te ondersteunen, zodat zij de knelpunten kunnen oppakken.

Reactie

Het is een goede ontwikkeling dat partijen willen komen tot herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging in de wijk. Het proces daartoe is in 2019 gestart en deze teams zullen de komende jaren in de praktijk verder vorm worden gegeven. Er zijn veel goede voorbeelden van onderlinge samenwerking en van deze goede voorbeelden wordt veel geleerd. Zo is onder andere gebleken,

bijvoorbeeld in Utrecht en Zwolle, dat sturing vanuit de zorgverzekeraar zorgaanbieders helpt om samen aan de slag te gaan. Daarnaast zijn op landelijk niveau diverse hulpmiddelen ontwikkeld waar partijen lokaal hun voordeel mee kunnen doen. Vanuit VWS wordt samen met de landelijke partijen de ontwikkeling naar samenwerking in de wijkverpleging gemonitord, zich voordoende knelpunten geanalyseerd en oplossingen aangedragen. Enerzijds gaat het daarbij om vraagstukken binnen de sector wijkverpleging maar anderzijds gaat het ook om vraagstukken in het samenspel van de wijkverpleging met andere partners in het zorgdomein (zoals bijvoorbeeld huisartsen en ziekenhuizen) en het gemeentelijk domein. Het gaat hierbij om een breed scala van vraagstukken die op verschillende manieren vanuit VWS worden aangepakt. Zonder uitputtend te willen zijn wijs ik in dit kader in ieder geval op de hoofdlijnakkoorden die voor de curatieve zorg zijn afgesproken waarbij als rode draad is afgesproken dat zal worden toegewerkt naar 'de juiste zorg op de juiste plek'. Tevens wijs ik op de afspraken uit het programma 'Langer Thuis' van belang als het gaat om de samenwerking tussen het gemeentelijk en het zorgdomein. Zorgaanbieders worden daarnaast actief ondersteund vanuit een subsidieregeling die in 2021 specifiek voor de sector wijkverpleging zal worden opengesteld.

Zelfredzaamheid

Kan de minister aangeven waarom de zelfredzaamheid van de cliënt wordt gestimuleerd, terwijl het beleid gericht is op vermindering van met name niet-gecontracteerde zorgaanbieders, die zorg kunnen leveren die tegemoetkomt aan de zorgbehoefte van de cliënt en waaraan gecontracteerde zorgaanbieders veelal niet kunnen voldoen? De minister vindt dat met name het aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet dalen, en dat het accent van dergelijke zorg op zelfredzaamheid moet komen te liggen. De leden van de PVV-fractie vragen u uit te leggen waarom een mogelijke bezuinigingsbehoefte niet in het verlengde ligt van het uitgangspunt van zelfredzaamheid.

Reactie

Het stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënt en het bevorderen van gecontracteerde zorg zijn twee verschillende zaken die los van elkaar staan. Het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt is onderdeel van kwalitatief goede zorg, conform het kwaliteitskader wijkverpleging. In de wijkverpleging staat een vertrouwde, gelijkwaardige relatie met de cliënt centraal. Wijkverpleging richt zich volgens het kwaliteitskader op 'positieve gezondheid', dat wil zeggen dat de aandacht zich richt op de kwaliteit van leven en het versterken van de zelfredzaamheid. Wijkverpleging werkt cyclisch, dat wil zeggen dat ze cliënten volgt, op veranderingen anticipeert en signaleert, zodat de zorgverlening tijdig kan worden aangepast. Zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders dienen te werken conform dit kwaliteitskader en dus de zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren. In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn afspraken gemaakt om het contracteren te bevorderen, omdat in contracten zorgverzekeraars en aanbieders afspraken kunnen maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Het bevorderen van contracteren is dus geen bezuinigingsoperatie. De wens is om (veel) aanbieders die nu niet-gecontracteerd zijn, naar een contract te brengen, omdat door het sluiten van contracten de kwaliteit, doelmatigheid, innovatie en organisatie van de zorg wordt vergroot.

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge