

Stakeholder Consultatie 10

Zorgprofessionals: Herkennen zij de analyse? Praktische haalbaarheid?

Versie 0.9
Datum: 15 February 2026
Regeneratief Economisch Model
Stichting De Kamer van Sociale Waarden

Opgesteld door:

Alexander Groenheide


Voorzitter


Stichting De kamer van Sociale Waarden


Naar de waardevolle Samenleving

info@dekvsw.nl

www.dekvsw.nl

 06 53 44 50 54

 Laurastraat 87, 6471 JJ Eyselshoven

 KVK: 97098817 | RSIN: 867909274

W: DeKvSW.nl | ubuntutukids.nl |

civ-care.nl | civ-call.com | civ-ramp.nl | civ-camp.nl

 **Samen bouwen aan een waardegedreven samenleving**

Liefde – Samenwerking – Zorg voor elkaar

Inhoudsopgave

Inhoud

Inhoudsopgave	2
1. Doel van deze Analyse.....	3
2. Herkenning van de Probleemanalyse	3
3. Kritische Reflectie vanuit de Zorgsector.....	4
4. Praktische Haalbaarheid – Operationeel Niveau	4
5. Juridische en Professionele Kaders.....	4
6. Randvoorwaarden voor Acceptatie	5
7. Verwachte Positieve Impact (Indien Correct Geïmplementeerd)	5
8. Risicoanalyse Praktische Haalbaarheid	5
9. Consultatiestrategie richting Zorgsector	5
10. Conclusie	6
BIJLAGE A – Juridische Doorlichting per Zorgwet.....	7
1. Wmo 2015.....	7
2. Zorgverzekeringswet (Zvw)	7
3. Wet langdurige zorg (Wlz)	7
4. Jeugdwet	8
BIJLAGE B – Implementatiescenario Wijkverpleging	9
BIJLAGE C – Impactanalyse Zorgverzekeraars en Zorgkantoren	10
Conclusie Aanvulling	10
BIJLAGE D – Formele Consultatienota richting Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	11
1. Aanleiding.....	11
2. Uitgangspunten	11
3. Juridische Afbakening (Zvw).....	11
4. Potentiële Synergieën.....	11
5. Risico's en Waarborgen	12
6. Voorstel tot Samenwerking.....	12
7. Verzoek aan ZN.....	12
8. Slotopmerking	12

1. Doel van deze Analyse

Deze notitie onderzoekt in hoeverre zorgprofessionals (huisartsen, wijkverpleegkundigen, mantelzorgcoördinatoren, sociaal werkers, GGZ-professionals en zorgbestuurders) de analyse van het regeneratief economisch model herkennen, en beoordeelt de praktische haalbaarheid van implementatie binnen bestaande zorgstructuren.

De analyse is gebaseerd op structurele knelpunten in de zorgsector:

- Administratieve druk
- Marktprikkels en productieafspraken
- Fragmentatie van zorg
- Tekorten aan personeel
- Onvoldoende erkenning van informele zorg

2. Herkenning van de Probleemanalyse

2.1 Administratieve Overbelasting

Zorgprofessionals herkennen breed de toegenomen regeldruk en registratielast. De analyse dat marktwerking en verantwoordingssystemen leiden tot tijdsverlies wordt in veel sectoren bevestigd.

2.2 Productieprikkels versus Relationale Zorg

De spanning tussen meetbare productie en relationele zorg wordt vaak ervaren als een kernprobleem. Professionals herkennen dat kwaliteit niet volledig in minutenregistratie of DBC-systematiek te vangen is.

2.3 Informele Zorg en Mantelzorg

Professionals erkennen het belang van mantelzorg, maar signaleren dat erkenning en ondersteuning vaak onvoldoende structureel zijn ingebed.

Het idee van niet-monetaire erkenning (zoals RC's) sluit conceptueel aan bij deze observatie.

Conclusie herkenning:

De kernanalyse wordt in hoge mate herkend, met name in de eerstelijnszorg en wijkzorg.

3. Kritische Reflectie vanuit de Zorgsector

3.1 Wantrouwen tegen Nieuwe Systemen

Zorgprofessionals zijn terughoudend ten aanzien van nieuwe registratiesystemen. Elke toevoeging aan administratieve processen wordt kritisch beoordeeld.

3.2 Angst voor Extra Bureaucratie

Indien RC-toekenning leidt tot extra verslaglegging, kan het model worden ervaren als nieuwe regeldruk.

3.3 Professionele Autonomie

Zorgprofessionals hechten sterk aan professionele autonomie. Een systeem dat hun beoordelingsruimte beperkt of politiseert, kan weerstand oproepen.

4. Praktische Haalbaarheid – Operationeel Niveau

4.1 Integratie in Bestaande Structuren

Voor praktische haalbaarheid moet het RC-systeem:

- Niet concurreren met bestaande zorgregistratie.
- Geen extra verantwoordingslaag creëren.
- Digitaal geïntegreerd zijn met bestaande systemen.

4.2 Tijdsinvestering

Indien deelname vrijwillig is en tijdsinvestering beperkt blijft, is adoptiekans groter.

4.3 Governance-structuur

Professionals zullen deelname eerder ondersteunen indien wijkraden professioneel en transparant opereren.

5. Juridische en Professionele Kaders

Zorgprofessionals opereren onder:

- BIG-wet
- WGBO

- Zorgverzekeringswet
- Wmo 2015
- Jeugdwet

Het RC-model mag geen spanning creëren met deze kaders. Belangrijk is dat RC's geen vervanging vormen van reguliere zorgfinanciering.

6. Randvoorwaarden voor Acceptatie

1. Vrijwilligheid van deelname.
2. Geen extra administratieve verplichtingen.
3. Geen invloed op bestaande financiering.
4. Heldere juridische status van RC's.
5. Professionele betrokkenheid bij ontwerp en evaluatie.
6. Pilotfase met onafhankelijke evaluatie.

7. Verwachte Positieve Impact (Indien Correct Geïmplementeerd)

- Versterking van wijkgerichte samenwerking.
- Betere erkenning van mantelzorg.
- Preventieve werking door gemeenschapsversterking.
- Verbetering van sociale cohesie rond kwetsbare groepen.

8. Risicoanalyse Praktische Haalbaarheid

- Risico 1: Overlap met bestaande zorgfinanciering.
Risico 2: Administratieve overbelasting.
Risico 3: Onvoldoende digitale interoperabiliteit.
Risico 4: Politieke polarisatie binnen zorginstellingen.

Mitigatie:

- Heldere afbakening.
- IT-integratie.
- Professionele consultatierondes.
- Juridische borging.

9. Consultatiestrategie richting Zorgsector

- Ronde tafels met beroepsverenigingen (LHV, V&VN, NVZ).
- Wetenschappelijke toetsing via universiteiten.

- Betrekken van zorgbestuurders bij pilotopzet.
- Publicatie van impactanalyse voorafgaand aan uitrol.

10. Conclusie

De kernanalyse wordt in belangrijke mate herkend door zorgprofessionals, met name ten aanzien van regeldruk en relationele zorg.

De praktische haalbaarheid hangt echter volledig af van:

- Beperking van administratieve lasten.
- Juridische duidelijkheid.
- Professionele autonomie.
- Gefaseerde implementatie met evaluatie.

Zonder deze randvoorwaarden kan het model worden ervaren als extra systeemdruk. Met deze randvoorwaarden kan het worden gezien als ondersteunend instrument.

BIJLAGE A – Juridische Doorlichting per Zorgwet

1. Wmo 2015

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) legt gemeenten de verantwoordelijkheid op voor ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie.

Relevantie voor RC-model:

- Gemeentelijke autonomie (art. 2.1.1 Wmo).
- Mogelijkheid tot aanvullende participatie-instrumenten.

Beperkingen:

- RC's mogen reguliere voorzieningen niet vervangen.
- Geen verkapte bezuinigingsmaatregel.

Conclusie:

RC's kunnen complementair functioneren, mits geen substitutie van Wmo-zorg plaatsvindt.

2. Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw regelt verplichte zorgverzekering en bekostiging via zorgverzekeraars.

Relevantie:

- Wijkverpleging valt onder Zvw.
- Contractuele afspraken tussen verzekeraars en aanbieders.

Beperkingen:

- RC's mogen geen invloed hebben op verzekerde prestaties.
- Geen alternatieve financiering van basiszorg.

Conclusie:

RC's uitsluitend als aanvullende erkenning, niet als financieringsinstrument.

3. Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz betreft intensieve, langdurige zorg via zorgkantoren.

Risico:

- Vermenging met formele zorgindicaties.

Mitigatie:

- Duidelijke scheiding tussen RC-activiteiten en Wlz-geïndiceerde zorg.
- Geen invloed op indicatiestelling CIZ.

4. Jeugdwet

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor jeugdhulp.

Relevantie:

- Preventieve wijkinitiatieven sluiten aan bij doelstellingen Jeugdwet.
- RC's kunnen informele ondersteuning zichtbaar maken.

Beperking:

- Geen vervanging van professionele jeugdzorg.

BIJLAGE B – Implementatiescenario Wijkverpleging

1. Uitgangspunt

Wijkverpleging ervaart hoge administratieve druk en personeelstekorten.
RC-model kan ondersteunend zijn via erkenning van informele zorg.

2. Fase 1 – Pilot

- Selectie 2–3 wijkteams.
- Vrijwillige deelname.
- Integratie met bestaand ECD-systeem (geen dubbele registratie).

3. Fase 2 – Evaluatie

- Meting administratieve impact.
- Professionele tevredenheid.
- Effect op mantelzorgparticipatie.

4. Randvoorwaarden

- Geen verplichting voor wijkverpleegkundigen.
- RC-registratie door burger of wijkraad, niet door zorgprofessional.
- Heldere communicatie richting zorgverzekeraar.

BIJLAGE C – Impactanalyse Zorgverzekeraars en Zorgkantoren

1. Zorgverzekeraars (Zvw)

Zorgen:

- Kostenstijging.
- Vermenging met verzekerde prestaties.
- Onzekerheid over contractuele implicaties.

Mitigatie:

- Formele bevestiging dat RC's geen financieringsinstrument zijn.
- Transparante pilotafspraken.
- Monitoring van zorgconsumptie-effecten.

2. Zorgkantoren (Wlz)

Zorgen:

- Indicatievervaging.
- Verantwoordingscomplexiteit.

Mitigatie:

- Strikte afbakening RC-activiteiten.
- Geen invloed op Wlz-budgetten.

3. Strategische Aanpak

- Vooroverleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- Informatiebrief aan zorgkantoren.
- Gezamenlijke evaluatie na pilotfase.

Conclusie Aanvulling

Het RC-model kan juridisch complementair functioneren binnen bestaande zorgwetten, mits strikte scheiding wordt aangehouden tussen erkenning en financiering.

Praktische haalbaarheid in wijkverpleging is mogelijk indien:

- Geen extra administratieve last ontstaat.
- Zorgprofessionals vrijwillig participeren.
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren vroegtijdig worden betrokken.

BIJLAGE D – Formele Consultatienota richting Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Datum: 15 February 2026

1. Aanleiding

Deze consultatienota wordt aangeboden aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met het doel vroegtijdige afstemming te realiseren over de juridische, financiële en operationele implicaties van het Regeneratief Economisch Model binnen de context van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het RC-systeem beoogt nadrukkelijk géén vervanging van verzekerde zorgprestaties, maar een aanvullende erkenningsstructuur voor informele zorg en wijkgerichte samenwerking.

2. Uitgangspunten

1. RC's hebben geen monetaire waarde en zijn niet verhandelbaar.
2. RC's vervangen geen Zvw-prestaties en hebben geen invloed op DBC-systematiek.
3. Deelname door zorgprofessionals is vrijwillig.
4. Geen aanvullende contractuele verplichtingen voor zorgaanbieders.
5. Geen budgettaire verplichtingen voor zorgverzekeraars.

3. Juridische Afbakening (Zvw)

De Zorgverzekeringswet regelt de aanspraak op verzekerde zorg. Het RC-model raakt uitsluitend het domein van informele zorg en maatschappelijke participatie.

Bevestiging wordt gevraagd dat:

- RC's niet kwalificeren als verzekerde prestatie.
- Geen invloed ontstaat op risicoverevening.
- Geen verplichting tot contractaanpassing ontstaat.

4. Potentiële Synergieën

Indien correct geïmplementeerd kan het RC-model bijdragen aan:

- Versterking preventieve zorg in de wijk.
- Vermindering van vermijdbare zorgconsumptie.

- Betere ondersteuning van mantelzorgers.
- Versterking samenwerking tussen formele en informele zorg.

Deze effecten kunnen indirect bijdragen aan beheersing van zorgkosten.

5. Risico's en Waarborgen

Geïdentificeerde risico's:

- Perceptie van substitutie van formele zorg.
- Extra administratieve lasten voor wijkverpleging.
- Onduidelijkheid over contractuele verantwoordelijkheden.

Waarborgen:

- Geen verplichting voor zorgaanbieders.
- Geen registratieverplichting in EPD/ECD.
- Heldere communicatie richting cliënten.
- Onafhankelijke evaluatie pilotfase.

6. Voorstel tot Samenwerking

Voorgesteld wordt:

1. Instellen van een gezamenlijke werkgroep (ZN + gemeenten).
2. Pilotmonitoring met gedeelde data (geanonimiseerd).
3. Gezamenlijke evaluatie na 12 maanden.
4. Vastlegging van juridische interpretatie in gezamenlijke notitie.

7. Verzoek aan ZN

Wij verzoeken Zorgverzekeraars Nederland om:

- Formele reflectie op bovenstaande uitgangspunten.
- Deelname aan verkennende gesprekken.
- Benoeming van contactpersonen voor juridische afstemming.

8. Slotopmerking

Het succes van het regeneratief model binnen de zorgcontext is afhankelijk van vroegtijdige transparantie en samenwerking met zorgverzekeraars.

Deze consultatie beoogt onzekerheden vooraf te adresseren en vertrouwen te creëren.