

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: reactie VWS op concept rapport
Datum: woensdag 6 december 2017 14:33:20

Hallo [redacted]

Bedankt voor jouw aanvullingen. Wij hebben zoveel mogelijk meegenomen en overgenomen.
Tot morgen in Houten.

Groet,

[redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 - 22812811 | [redacted]@arteriaconsulting.nl

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@minvws.nl]

Verzonden: maandag 4 december 2017 18:57

Aan: [redacted]

CC: [redacted]

Onderwerp: reactie VWS op concept rapport

Beste [redacted] beste [redacted],

Ik ben vergeten om eerder reacties van 2 collega's op het concept rapport aan jullie door te sturen. excuses daarvoor. Beide collega's waren niet aanwezig bij ons overleg vorige week maar hadden wel een aantal opmerkingen en vragen bij het doorlezen van het concept rapport. Deels zijn deze opmerkingen inmiddels niet meer van toepassing. Dit omdat we daarover met elkaar in de begeleidingscommissie hebben gesproken en bv de formulering dus al is aangepast. Toch leek het mij zinvol om hun gehele reactie aan jullie door te sturen. Helaas was mijn mailbox zo overvol dat ik deze mail bijna over het hoofd had gezien.

Ik hoor het graag als er nog opmerkingen of vragen zijn nav deze reactie.

Groet,

[redacted]

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Curatieve Zorg

telefoon: 070 - 340 [redacted]

mobiel: 06 - [redacted]

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Onderwerp: FW: rapport niet-gecontracteerde zorg ter bespreking 7-12
Datum: vrijdag 8 december 2017 16:08:47
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Eindrapport \(niet\)gecontracteerde zorg v0.9 20171206.docx](#)
[Eindrapport \(niet\)gecontracteerde zorg v0.9 20171206.pdf](#)

Hierbij!

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@arteriaconsulting.nl]

Verzonden: woensdag 6 december 2017 14:35

Aan: [redacted]; [redacted]@zn.nl; [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]
[redacted]@venvn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@branchebelang-thuiszorg.nl; [redacted]
[redacted]@nza.nl; wijkverpleging | Arteria Consulting; [redacted]
(Branchevereniging BTN); [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl;

Onderwerp: rapport niet-gecontracteerde zorg ter bespreking 7-12

Beste leden van de begeleidingscommissie,

Op basis van de voorgaande begeleidingscommissie en de verzonden aanvullingen, hebben wij een laatste conceptversie van het rapport kunnen samenstellen.

Deze zullen wij morgen (7 december 13.00-14.30 bij BTN) in de begeleidingscommissie bespreken. In de laatste begeleidingscommissie willen wij de nadruk leggen op hoofdstukken 7 en 8.

Tot morgen!

Met vriendelijke groet, Mede namens [redacted] en [redacted]

[redacted]
06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)

[\[redacted\]@arteriaconsulting.nl](mailto:[redacted]@arteriaconsulting.nl)

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



(Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging

Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek



■ Datum: 6 december 2017
■ Versie: 0.9
■ Auteurs:

Management samenvatting

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. Dit rapport geeft inzicht in de achtergronden en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. Dit biedt een basis om met elkaar verbeteringen door te voeren om gecontracteerde zorg aantrekkelijker te maken voor zorgaanbieder, cliënt en zorgverzekeraar. Dit rapport is tweeledig opgebouwd en bevat een kwantitatief en kwalitatief deel.

Kwantitatief

Het kwantitatief deel bevat data van Vektis en Zorgverzekeraars Nederland. Zoals in onderstaande tabel duidelijk wordt, is een groei te zien van de niet-gecontracteerde zorg.

Bedrag in miljoenen	2015	2016 ¹	2017 ²
Gecontracteerd	€ 2.743,7	€ 2.357,3	€ 1.257,6
Niet-gecontracteerd	€ 36,9	€ 104,3	€ 83,5
% niet-gecontracteerd van het totaal	1,3%	4,2%	6,2%

Tabel: Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging (Vektis, 2017).

Een opvallend punt in de kwantitatieve analyse is de grafiek waarin de meerkosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg inzichtelijk worden gemaakt. De term 'meerkosten' wordt gehanteerd voor het verschil tussen de kosten van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Dit is hieronder in de grafiek weergegeven, waarbij duidelijk is dat in de eerste maanden van 2017 de kosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg ongeveer twee keer zo hoog zijn.



Grafiek: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

Kwalitatief

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd onder eenentwintig zorgaanbieders (waaronder zeven ZZP'ers), zeven zorgverzekeraars, veertien wijkverpleegkundigen en eenentwintig cliënten. Aan

¹ Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

² De analyse van 2017 bevat de declaraties tot en met augustus 2017. Twee zorgverzekeraars (één kleine en één grote) hebben geen gegevens aangeleverd.

de hand van verschillende interviewleidraden is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven aan bod gekomen.

Keuze zorgaanbieders

De eenentwintig zorgaanbieders zijn verdeeld in gecontracteerd, deels-gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Zorgaanbieders kiezen niet altijd bewust voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond vanuit de zorgverzekeraars die te laag zijn naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is om de zorgbehoefte van de cliënt middels het wijkverpleegkundige kader en vanuit de professionaliteit van de wijkverpleegkundige in te kunnen vullen.

Keuze cliënten

De bevroegde zorgaanbieders geven aan cliënten altijd te informeren over hun contractering. De cliënten van deze zorgaanbieders kunnen zich niet of onvoldoende herinneren of zij hierover zijn geïnformeerd. Dat zij als cliënt geen declaratie thuis ontvangen en niet bijbetalen aan hun zorg, is voor hen de voornaamste informatie. De geïnterviewde cliënten in het onderzoek geven aan niet bewust voor gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg te kiezen.

Keuze zorgverzekeraars

Een deel van de zorgverzekeraars probeert zoveel mogelijk nieuwe zorgaanbieders te contracteren, ook als die voor maar één verzekerde zorgen. Een ander deel van de zorgverzekeraars contracteert alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer die een zorgtekort in een regio opvullen of een onderscheidend ofwel innovatief zorgaanbod hebben.

De bevroegde zorgverzekeraars zien dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorg leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Het op grote schaal vergelijken van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is lastig voor zorgverzekeraars mede doordat zij andere zorgprestaties registreren. Volgens zorgverzekeraars zijn daarnaast de meeste niet-gecontracteerde zorgaanbieders klein, waardoor het niet mogelijk is hen mee te nemen in benchmark onderzoeken.

Afsluitend

Door vooral te focussen op het onaantrekkelijk maken van niet-gecontracteerde zorg, wordt de aansluiting tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te komen tot goede afspraken voor contractering gemist. In vervolg overleggen tussen partijen van het Bestuurlijkoverleg Wijkverpleging kan aandacht voor contractering (tarieven, budgetplafonds, uitsluitcriteria), kwaliteit en doelmatigheid (kwaliteitskader), arbeidsmarkt (rol wijkverpleegkundige als 'spil in de wijk') en bewustwording (informeren cliënt) bijdragen aan het aantrekkelijker maken van gecontracteerde zorg.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	2
1. Aanleiding	5
2. Doel onderzoek	6
3. Aanpak onderzoek	7
3.1. Definieren (niet-)gecontracteerde zorg	7
3.2. Kwantitatief onderzoek	7
3.3. Kwalitatief onderzoek	7
4. Wijkverpleegkundig zorgproces	9
4.1. Contract onderhandelingen	9
4.2. Zorgverlening	10
4.3. Declaratie en controle	11
5. Kwantitatief	14
5.1. Omvang wijkverpleging	14
5.2. Cliënten binnen wijkverpleging	14
5.3. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging	16
6. Kwalitatief	21
6.1. Perspectieven onderzoekspopulatie	22
6.2. Vergelijking van perspectieven	25
7. Perspectief (niet-)gecontracteerde zorg	33
7.1. Waarom kiezen cliënten voor niet-gecontracteerde zorg?	33
7.2. Worden cliënten voldoende geïnformeerd over niet-gecontracteerde zorg?	33
7.3. Waarom leveren zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg?	34
7.4. Wat is het verschil in kwaliteit en doelmatigheid?	34
7.5. Hebben zorgverzekeraars invloed op het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg door zorgaanbieders?	35
7.6. Hebben zorgverzekeraars invloed op de keuze van cliënten?	35
8. Hoe verder?	36
8.1. Contractering	36
8.2. Kwaliteit en doelmatigheid	36
8.3. Arbeidsmarkt	36
8.4. Bewustwording	37
9. Contact	38
Bijlage: Interviewleidraden	39

1. Aanleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Daarbij is het onder andere de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben, dit in de rol als 'spil in de wijk'. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'³.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg voor hun verzekerden en sluiten contracten af met zorgaanbieders. Niet met alle zorgaanbieders worden contracten gesloten, dit kan een keuze zijn van de zorgverzekeraar en/of de zorgaanbieder. Sinds 2015 stijgt de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg. In 2015 werd er 36,9 miljoen niet-gecontracteerde zorg gedeclareerd, waar dit in 2016 gestegen is tot 104,3 miljoen. In het eerste half jaar van 2017 staat de teller op 84 miljoen. Een eerste inventarisatie naar de uitgavegroei van niet-gecontracteerde wijkverpleging door het Talma Instituut (2017), toont dat de meerkosten per cliënt bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders 87% hoger zijn in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Volgens het instituut is de groei van de meerkosten geheel toe te schrijven aan intensiveringen van zorguren door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

De betrokken branchepartijen van het Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging⁴ zien de groei van de niet-gecontracteerde zorg als onwenselijk. Bestuurlijke afspraken over het macrokader staan onder druk door de sterke groei van niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast ondervinden de verschillende partijen specifieke nadelen. Zo hebben zorgverzekeraars minder controle op de geleverde zorg wat betreft kwaliteit en doelmatigheid. Zorgaanbieders krijgen niet dezelfde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. Toch lijken deze nadelen niet altijd op te wegen tegen de voordelen van het afsluiten van een contract, getuigt de sterke groei van de niet-gecontracteerde zorg.

In de media is veel aandacht voor de niet-gecontracteerde zorg waarbij dan ook soms de link gelegd wordt met fraude in de zorg. Deze berichtgeving zet zowel de niet-gecontracteerde zorg als de gehele wijkverpleging in een kwaad daglicht. De wijkverpleging vraagt ook op andere vlakken aandacht. Door de vergrijzing van de samenleving en de ambulantisering van de zorg, groeit de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Er ontstaat schaarste aan (geschoold) personeel dat aan de groeiende vraag kan voldoen.

Bovenstaande vraagstukken vragen om aandacht. Hierover zijn in de 'Verbeterthema's contractering wijkverpleging 2018 e.v.' en het 'Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018' afspraken over gemaakt. Eén van deze afspraken is dat er een verkenning plaats vindt naar de achtergrond van en de motieven voor de keuze voor niet-gecontracteerde zorg vanuit het perspectief van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en cliënten. Naar aanleiding van deze afspraak, is in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging onderzoek uitgevoerd, waaruit huidig rapport volgt.

³ Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden en het toedienen van medicatie. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.

⁴ ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2. Doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de achtergronden en motieven van alle betrokken partijen om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Dit inzicht vormt de basis om met elkaar verbeteringen door te kunnen voeren die de keuze voor gecontracteerde zorg aantrekkelijker maakt voor zorgaanbieder en cliënt dan de keuze voor niet-gecontracteerde zorg.

Het onderzoek heeft uitsluitend betrekking op gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in natura (ZIN). Het PersoonsGebonden Budget (PGB) valt buiten de scope van dit onderzoek.

Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is het gewenst dat het onderzoek onafhankelijk wordt uitgevoerd en de resultaten feitelijk worden gerapporteerd. Het onderzoek bevat geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen. De resultaten van het onderzoek worden openbaar en conform toezegging van de Staatssecretaris met de Tweede Kamer gedeeld.

Het BegeleidingsOverleg Wijkverpleging (BOW) heeft reeds een uitgebreide set met onderzoeksvragen geformuleerd (zie hiervoor ook paragraaf 3.3). De vragen die tenminste in het onderzoek beantwoord dienen te worden zijn schematisch weergegeven in figuur 1. In het onderzoek worden de termen kwaliteit en doelmatigheid niet gedefinieerd. Het onderzoek is gericht op de ervaren kwaliteit en doelmatigheid vanuit de verschillende perspectieven.



Figuur 1: Schematische weergave onderzoeksvragen (Arteria, 2017)

3. Aanpak onderzoek

In het onderzoek is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven belicht. Gezien het belang en de gevoeligheid van dit onderwerp worden deze perspectieven zo feitelijk mogelijk weergegeven. Dit betekent dat, ondanks de initiële kwalitatieve onderzoeksopzet, kwantitatieve informatie inzicht geeft in feitelikheden en het mogelijk maakt de kwalitatieve resultaten in context te plaatsen.

3.1. Definieren (niet-)gecontracteerde zorg

Het onderzoek start met het definiëren van de wijkverpleegkundige zorgverlening en het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze definitie wordt in de vorm van een bureauonderzoek uitgevoerd voorafgaande aan het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek en aangevuld met de uitkomsten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek.

3.2. Kwantitatief onderzoek

Ten tijde van de kabinetsformatie heeft Vektis samen met het Talma Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) een rapportage opgesteld met als doel inzicht te geven in de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. Dit ging om informatie over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijkverpleging en fysiotherapie gedeclareerd als medisch specialistische revalidatie. In september 2017 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om een verdieping gevraagd specifiek voor de wijkverpleging. De kwantitatieve gegevens uit deze verdieping zijn gebruikt voor dit onderzoek. Tabel 1 toont de beschikbare gegevenssets die zijn gebruikt.

Gegevensonderdeel	Subonderdeel
1. Totaal overzicht	Totaal aantal cliënten niet-gecontracteerde zorg (2015-2017)
	Totaal niet-gecontracteerde zorg in euro's (2015-2017)
2. Verdiepingsslag 2016	Onderscheid (niet-)gecontracteerde verpleging en verzorging
	Gemiddelde kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt (p. maand)
	Procentuele meerkosten niet-gecontracteerde zorg (p. maand)
	Verschil (niet-)gecontracteerde zorg naar leeftijdsklasse (p. maand)
3. Verdiepingsslag 2017	Gemiddelde kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt (p. maand)
	Procentuele meerkosten niet-gecontracteerde zorg (p. maand)
	Verschil (niet-)gecontracteerde zorg naar leeftijdsklasse (p. maand)

Tabel 1: Overzicht kwantitatieve gegevensset (niet-)gecontracteerde zorg (Vektis, 2017)

3.3. Kwalitatief onderzoek

Het BOW heeft kenbaar gemaakt dat zij vanuit verschillende perspectieven inzicht wil verkrijgen⁵. Gekozen is voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders (gecontracteerd en niet-gecontracteerd), wijkverpleegkundigen en cliënten. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd aan de hand van gestructureerde interviews op basis van de door de BOW opgestelde vragenlijst. De interviewleidraden zijn weergegeven in de bijlage. In verband met de privacy van de deelnemende partijen en het bieden van maximale ruimte om open en eerlijk te antwoorden,

⁵ Zie: Onderzoeksopzet 'oncontracteerde zorg', 21 juli 2017

weten de deelnemende organisaties van het BOW niet welke individuele partijen bij het onderzoek zijn betrokken. De onderzoekspopulatie is als volgt;

- **Zorgaanbieders**
 - Interviews op locatie: 14 zorgaanbieders.
 - Rekening houdend met categorisering (groot/middel/klein⁶) en regionale spreiding.
 - Geïnterviewd: Medewerkers verantwoordelijk voor de zorginkoop
- **Zorgverzekeraars**
 - Interviews op locatie: 7 zorgverzekeraars.
 - Geïnterviewd: Medewerkers zorginkoop en de medisch adviseur.
- **Wijkverpleegkundigen**
 - Telefonische interviews: 21 wijkverpleegkundigen
 - ZZP'ers en wijkverpleegkundigen in dienst bij (niet-)gecontracteerde aanbieder
- **Cliënten**
 - Telefonische interviews: 28 cliënten

⁶ Klein: tot EUR 500.000 omzet; Middel: van EUR 500.000 tot EUR 5.000.000 omzet; Groot: vanaf EUR 5.000.000 omzet.

4. Wijkverpleegkundig zorgproces

De theoretische basis van het wijkverpleegkundig zorgproces wordt in dit hoofdstuk verder uitgewerkt, zodat een helder beeld wordt geschetst over de fasen die doorlopen worden in de contractering, de zorgverlening en het declaratie verkeer.

4.1. Contract onderhandelingen

Zorgverzekeraars zijn verplicht om elk jaar voor 1 april hun inkoopbeleid voor het aankomende jaar te publiceren. In dit inkoopbeleid kunnen zorgverzekeraars aangeven aan welke eisen zorgaanbieders dienen te voldoen voor het leveren van zorg aan hun verzekerden. Alleen wanneer ze aan deze eisen voldoen komen zorgaanbieders in aanmerking voor het afsluiten van een contract. Zorgverzekeraars stellen bijvoorbeeld eisen aan het opleidingsniveau van zorgverleners, het gemiddeld aantal uren zorginzet per cliënt en benoemen tarieven (zie eerste 2 stappen in figuur 2). Vervolgens vinden presentaties op locatie of op afstand plaats waarin het inkoopbeleid wordt toegelicht aan de zorgaanbieders.

Procesflow contractering wijkverpleging



Figuur 2: Procesflow contractering wijkverpleging (Arteria, 2017).

De zorgaanbieders kunnen bij zorgverzekeraars aangeven interesse te hebben in het aangaan van een contract. Wanneer een zorgaanbieder nog geen contract heeft met een zorgverzekeraar kunnen zij dit via de website aangeven. Zorgaanbieders die in het voorgaande jaar al een contract hadden, kunnen veelal via het zorgverlenersportaal een her inschrijving aanvragen. Voor beide groepen geldt dat zij moeten aantonen te voldoen aan de eisen die gesteld zijn door de zorgverzekeraar in het inkoopbeleid. Het is mogelijk dat er aan nieuwe zorgaanbieders extra eisen gesteld worden, omdat er beperkte ruimte gevoeld wordt door zorgverzekeraars voor het afgeven van nieuwe contracten. Als eis valt te denken aan bijvoorbeeld het hebben van aantoonbare innovatieve ideeën of het aanbieden van zorg voor een nieuwe niche groep cliënten. Voor de meeste zorgaanbieders geldt dat indien zij voldoen aan de minimaal gestelde eisen, zij vervolgens in de onderhandelingsfase terecht komen.

Bij de onderhandelingen worden individuele afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vastgelegd. Er worden afspraken gemaakt over de hoogte van het tarief en in sommige gevallen ook over een omzetplafond. Dit plafond is het maximale bedrag dat zorgaanbieders mogen declareren bij de zorgverzekeraar gedurende het contractjaar. Het plafond is bij verlenging van een contract veelal gebaseerd op het plafond van voorgaande jaren. Zorgverzekeraars kiezen meestal voor een standaard contract en bijbehorend maximum

tarief voor nieuwe zorgaanbieders. Ook voor een zorgaanbieder met een kleine omzet wijkverpleging wordt veelal een standaard contract en tarief voorgesteld. De contractering met deze zorgaanbieder loopt meestal via een digitale standaardprocedure⁷. Hierbij is geen tot beperkt sprake van onderhandeling, zorgaanbieders kunnen alleen instemmen met de voorwaarden van een zorgverzekeraar. Grotere zorgaanbieders hebben vaker individuele afstemming over een contract en tarieven met een zorgverzekeraar.

Na de onderhandelingen is de laatste stap de uiteindelijke keuze om tot contractering over te gaan of te kiezen voor het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg. Het hierboven beschreven contracteringsproces kent twee opvallendheden; het contracteren van ZZP'ers en de regionale pilots.

Contractering van ZZP'ers

Voor ZZP'ers is het niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk om een contract af te sluiten⁸. Een aantal zorgverzekeraars heeft in het inkoopbeleid 2017 opgenomen enkel ZZP'ers te contracteren die zich als coöperatie of samenwerkingsverband aanmelden. Voor de andere ZZP'ers geldt dat zij direct zijn aangewezen op niet-gecontracteerde zorg.

Contractering 'Zorg in de wijk' regio's

Eén zorgverzekeraar hanteert in bepaalde 'Zorg in de wijk' regio's een geheel andere inkoop aanpak. In 2016 zijn de eerste pilots hiervoor van start gegaan in Utrecht, Zwolle en Ommen/Hardenberg. De zorgverzekeraar heeft in deze steden een wijkbudget vastgesteld, gebaseerd op de uitgaven van 2015. De steden zijn in meerdere gebieden verdeeld en per gebied zijn een aantal voorkeursaanbieders gecontracteerd. Deze voorkeursaanbieders zijn in een wijk verantwoordelijk voor het budget en de inrichting van de wijkverpleging. Wanneer een partij geen voorkeursaanbieder is en wel wijkverpleging levert, krijgt het van de zorgverzekeraar 75 procent van het NZa⁹-tarief. De zorg die wordt gedeclareerd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaat van het wijkbudget af. Een voorkeursaanbieder geeft aan dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg leveren per cliënt. Zo worden minder cliënten bediend van het beschikbare budget en houden de voorkeursaanbieders minder budget over.

In 2018 starten nieuwe pilots in Amsterdam, Hoogeveen en Almere. De opzet hier is anders. Het budget is voor de gehele stad vastgesteld en er zijn tenminste vier voorkeursaanbieders. De kwaliteit van de zorg die zij leveren en hun marktaandeel wegen mee in de keuze. Per cliënt is er een vast budget. Er vindt jaarlijks een budget evaluatie plaats. Indien de totale hoeveelheid zorg toeneemt, krijgt de voorkeursaanbieder een afslag op de tarieven. Wanneer de totale zorg afneemt, krijgt de voorkeursaanbieder een beloning. Op deze manier wil de zorgverzekeraar meer sturen op doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

4.2. Zorgverlening

Burgers die wijkverpleging nodig hebben kunnen zelf een zorgaanbieder kiezen die wijkverpleging levert. Ook huisartsen, revalidatiecentra en ziekenhuizen kunnen cliënten verwijzen naar wijkverpleegkundige zorg. Deze partijen melden cliënten vaak direct aan bij een zorgaanbieder. De wijkverpleegkundige verheldert middels een gesprek de zorgbehoefte, zelfredzaamheid van de cliënt, het netwerk en beschikbare alternatieven en baseert daarop de

⁷ De definitie van een 'kleine zorgaanbieder' en de mate van een standaard contract kan per zorgverzekeraar verschillen en is afhankelijk van het zorginkoopbeleid en inkoopcontract.

⁸ Zie ook: 'Compacte vergelijking inkoopbeleid wijkverpleging 2018', Arteria, mei 2017.

⁹ Het NZa tarief is een maximumtarief verbonden aan de tijdseenheid van een uur. Dit tarief wordt jaarlijks geïndexeerd.

indicatie. Ook organiseert zij de benodigde zorg, de doelen die nagestreefd worden en de duur en omvang in uren van de geleverde zorg. Tot slot verduidelijkt de wijkverpleegkundige hoe de zorgbehoefte wordt ingevuld en welk deel daarvan door verpleegkundigen en verzorgenden gedaan moet worden.

Voor het indiceren en organiseren van de zorg dient de wijkverpleegkundige te voldoen aan de normen opgesteld door de beroepsgroep¹⁰. Tevens gelden de algemene beroepsnormen zoals beschreven in de beroepsprofielen, de beroepscode en in professionele richtlijnen en standaarden. Voor de overgangperiode zijn afspraken vastgelegd door V&VN, BTN en Actiz.¹¹ De procesflow van de zorgverlening staat hieronder weergegeven in figuur 3.

Procesflow zorgverlening wijkverpleging



Figuur 3: Procesflow zorgverlening wijkverpleging (Arteria, 2017).

Het uiteindelijke doel van de zorg is gericht op het zo veel mogelijk zelfredzaam maken van de cliënt, gericht op het voorkomen van verergering van de zorgvraag en indien mogelijk het afbouwen van de zorg. Wanneer de zorgbehoefte toe- of afneemt is herindicatie noodzakelijk om aan te sluiten bij de nieuwe situatie van de cliënt. Dit proces is in figuur 3 weergegeven als een continue loop tussen stap 3 en 4.

Zorglevering door onderaannemers

De levering van zorg kan ook door een (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder/zorgverlener als onderaannemer voor een gecontracteerde zorgaanbieder worden uitgevoerd. Dit kan voorkomen bij schaarste van beschikbaar personeel, een intensieve zorgvraag of vanwege noodzaak van specifieke expertise. Door de eis die gesteld is aan indiceren (alleen verpleegkundige niveau 5 mogen een indicatie stellen) is de vraag naar deze groep verpleegkundigen enorm gestegen. Om aan deze vraag te kunnen voldoen werkt een deel van de zorgaanbieders met (niet-) gecontracteerde zorgaanbieders/zorgverleners. Bij de contractering van zorg kunnen formele afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de maximale inzet van onderaannemers.

4.3. Declaratie en controle

Een verzekerde is vrij in de keuze voor een zorgaanbieder. Voor de (volledige) vergoeding en declaratie van de geleverde zorg zijn twee variabelen van belang. Ten eerste of er sprake is van

¹⁰ 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving', V&VN, 2014

¹¹ Klik hier voor de: [Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging](#)

een natura of restitutiepolis en ten tweede of de zorgaanbieder wel of geen contract heeft met de zorgverzekeraar van de cliënt. Zie hiervoor ook de onderstaande tabel.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Zorg in natura	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.	Aanbieder ontvangt 75% van gemiddeld gecontracteerd tarief verzekeraar ¹² ; declaratie wordt via cliënt ingediend bij zorgverzekeraar ¹³ ; cliënt betaald resterend bedrag aan aanbieder ¹⁴ .
Restitutiepolis	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.	Aanbieder ontvangt restitutie tarief van verzekeraar ¹⁵ ; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.

Tabel 2: Overzicht vergoeding geleverde zorg (Arteria, 2017).

Wanneer geen contract is afgesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, kan het zijn dat een deel van de zorgkosten wordt verhaald bij de verzekerde. In de onderstaande sub paragrafen is het overzicht van tabel 2 en het werkproces voor de declaratie en controle van zorg uitgewerkt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

4.3.1. Gecontracteerde zorgproces

De zorgverlener registreert verpleegkundig inhoudelijke (zorgplan¹⁶ en zorgactiviteiten) en financiële informatie (geleverde zorg in minuten) in een cliëntsysteem. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar. De declaratie dient binnen een maand, na dat de zorg is geleverd, te worden ingediend.

Procesflow gecontracteerde declaratie wijkverpleging



Figuur 4: Procesflow gecontracteerde declaratie wijkverpleging (Arteria, 2017).

De tariefafspraken die zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden gedeclareerd per tijdseenheid overeenkomstig met de Vektis prestatiecodelijst. Dit tarief

¹² Dit percentage kan per zorgverzekeraar en per polis verschillen. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

¹³ Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders de declaratie rechtstreeks (digitaal), via een acte van sessie of betalingsregeling kunnen indienen.

¹⁴ De cliënt betaald het verschil tussen het gecontracteerde en niet-gecontracteerde tarief aan de zorgaanbieder. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 25%.

¹⁵ Dit tarief verschil per zorgverzekeraar, bij een deel van de zorgverzekeraars is dit tarief gelijk aan het maximum NZa-tarief.

¹⁶ Is een overkoepelende term voor onder andere het verpleegplan, zorgleefplan en behandelplan.

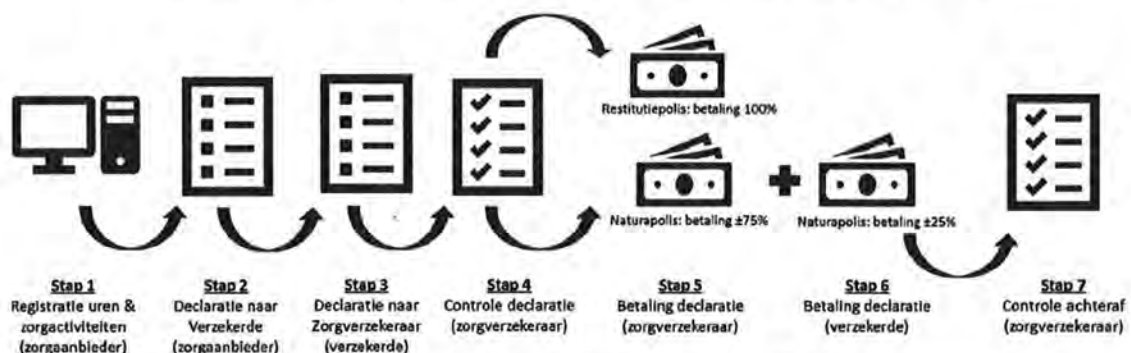
is leidend, ongeacht het type verzekering dat de cliënt heeft afgesloten. Het afgesproken tarief is maximaal 100% van de norm die de NZa heeft vastgesteld, maar kan verschillen per zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Voor de declaratie wordt de AGB-code gebruikt die de zorgaanbieder heeft doorgegeven met het aangaan van het contract. Hierbij komt de AGB-code van de uitvoerder en de declarerende partij overeen. Bij een eventueel onderaannemerschap dient de gecontracteerde partij de declaratie in. Zorgverzekeraars kunnen op de ontvangen declaratie vooraf controles uitvoeren alvorens zij deze betalen. Hierbij kan gedacht worden aan een check of de verzekerde bij hen bekend is, of het juiste tarief gebruikt is en of de juiste interventies zijn gedeclareerd. Na betaling van de declaratie kunnen zorgverzekeraars in een later stadium bepaalde achterafcontroles uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn materiële controles (naar de rechtmatigheid van zorg).

4.3.2. Niet-gecontracteerde zorgproces

Voor niet-gecontracteerde zorg verloopt het declaratie- en controleproces over het algemeen anders. Voor deze zorg is het niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk om direct te declareren. De declaratie moet dan ingediend worden door de verzekerde. De verzekerde dient de nota in bij zijn zorgverzekeraar, waarna de nota wordt voldaan (aan zorgaanbieder of verzekerde). Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk dit proces (deels) te verkorten door middel van een akte van cessie. Hierbij geeft de verzekerde een machtiging af, waarmee de niet-gecontracteerde zorgaanbieder de declaratie rechtstreeks kan indienen bij de zorgverzekeraar.

Procesflow niet-gecontracteerde declaratie wijkverpleging



Figuur 5: Procesflow niet-gecontracteerde declaratie wijkverpleging (Arteria, 2017).

De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welk type zorgverzekering is afgesloten. Hierdoor kan er een resterend bedrag open blijven staan die betaald dient te worden door de verzekerde. Het verschilt hierbij of verzekerde een restitutiepolis of een naturapolis heeft. Zo zijn er zorgverzekeraars die een percentage van bijvoorbeeld 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoeden bij een naturapolis, maar bij een restitutiepolis wel 100% uitbetalen. Dit zou bij een naturapolis betekenen dat 25% van het tarief, en daarmee 25% van de kosten, bij de verzekerde terecht komen. Ook kunnen zorgaanbieders kiezen om dit verschil in tarief, en die bijbehorende kosten, te laten vervallen en daarmee voor een lager bedrag zorg te verlenen.

Bij de niet-gecontracteerde zorg speelt de verzekerde een rol in het declaratieverkeer. Niet alleen omdat zij de declaratie moeten verzenden (indien akte van cessie afwezig is), maar ook omdat zij soms nog zelf een restbetaling dienen te voldoen.

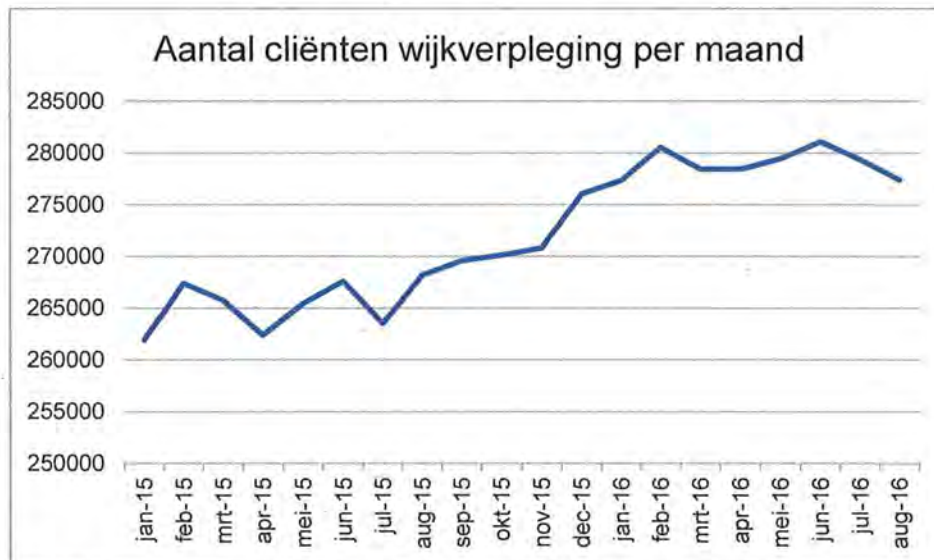
5. Kwantitatief

De aanspraak op wijkverpleging maakt sinds 2015 deel uit van de Zorgverzekeringswet. In de onderstaande paragrafen worden de kwantitatieve feiten vanaf 2015 uiteengezet. De onderstaande cijfers zijn afkomstig van Vektis¹⁷ en Zorgverzekeraars Nederland¹⁸.

5.1. Omvang wijkverpleging

In 2016 ontvingen in het totaal 539 duizend cliënten wijkverpleging met een omvang van ruim 3,2 miljard euro. Dit is een stijging ten opzichte van 2015 waar ruim 512 duizend cliënten wijkverpleegkundige zorg ontvingen met een totale omvang van 3,1 miljard. Hiervan hebben in 2016 ruim 20 duizend personen een PGB gehad. Dit omvat bijna 308 miljoen euro.

Gemiddeld maken per maand 271 duizend cliënten gebruik van wijkverpleging. De onderstaande grafiek is afkomstig van Vektis en toont het aantal unieke cliënten per maand.



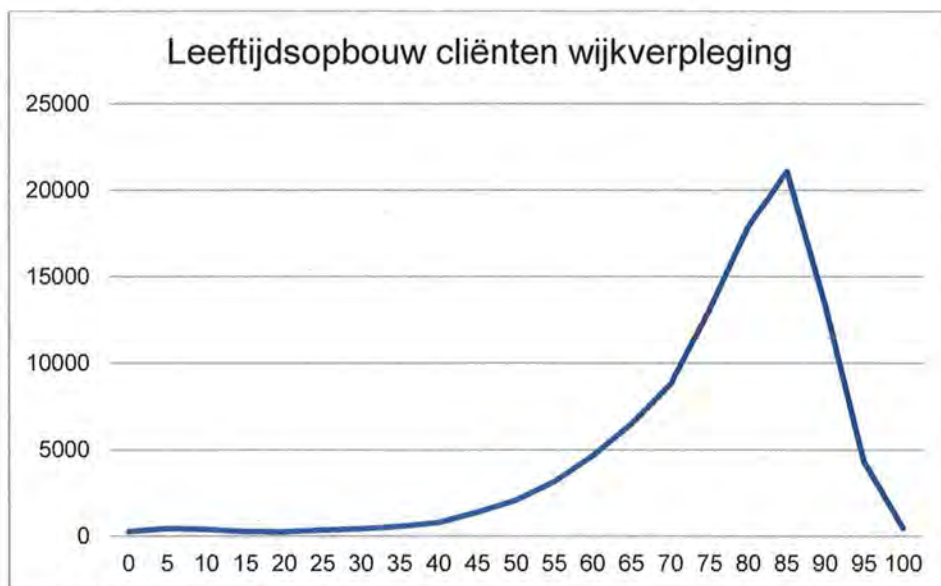
Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

5.2. Cliënten binnen wijkverpleging

Binnen de wijkverpleging wordt de cliëntpopulatie voornamelijk gevormd door ouderen. In 2015 is de gemiddelde leeftijd van mensen met wijkverpleging 75 jaar. Uit eerder onderzoek van Vektis komt naar voren dat 10% van de cliënten met wijkverpleging daarna (binnen een jaar) in een verpleeg- of verzorgingshuis doorstroomt. Ruim 22% van de cliënten met wijkverpleging overlijdt binnen een jaar. In grafiek 2 zijn cliënten die gebruik maken van wijkverpleging naar leeftijd weergegeven.

¹⁷ Zie ook: www.zorgprismapubliek.nl

¹⁸ Verdieping inzicht in niet-gecontracteerde zorg wijkverpleging, 9 oktober 2017



Grafiek 2: Leeftijdsopbouw (in jaren) cliënten wijkverpleging in 2015 (Vektis, 2017)

Van de ruim 512 duizend cliënten in wijkverpleging (2015), ontvangen bijna 318 duizend mensen zowel persoonlijke verzorging als verpleging. Bijna 74 duizend cliënten ontvangen alleen persoonlijke verzorging en bijna 67 duizend cliënten ontvangen alleen verpleging. Voor de overige 53 duizend cliënten is het onbekend of zij persoonlijke verzorging en/of verpleging ontvangen.

Sinds 2017 is het voor gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk de zorgprestaties te registreren voor verschillende doelgroepen¹⁹. Uit de cijfers van Vektis blijkt dat in 2017 in 72% van de gedeclareerde zorg een doelgroep terugkomt. De resterende 28% van de gedeclareerde zorg bevat geen doelgroepinformatie. In tabel 2 is een procentuele onderverdeling gemaakt (op basis van gedeclareerde zorg), naar de doelgroepen onder de gecontracteerde zorg. Voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging worden geen doelgroepen geregistreerd.

Prestatie omschrijving		Verdeling in %
1032	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)	1%
1033	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	3%
1034	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	7%
1035	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch/psychiatrisch)	66%
1036	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	15%
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	1%
1038	Intensieve kindzorg (medische kindzorg)	7%

Tabel 3: Onderverdeling doelgroep wijkverpleging gecontracteerde zorg (Vektis, 2017)

¹⁹ Per 2017 zijn integrale tarieven afgesproken voor wijkverpleging, dit omdat onderscheid verpleging en verzorging moeilijk te maken is en zo vrijheid aan de wijkverpleegkundigen wordt gegeven om zorg op maat te bieden. Deze doelgroepen zijn door de verzekeraars vastgesteld om informatie te krijgen over aan wie de wijkverpleging wordt geleverd. Deze doelgroepen zijn niet gevalideerd door alle leden van het Bestuurlijkoverleg Wijkverpleging.

5.3. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging

Vektis heeft in augustus 2017 samen met het Talma Instituut van de VU een rapportage²⁰ opgesteld met als doel inzicht te geven in de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. Het rapport concludeert dat de niet-gecontracteerde zorg groeit, terwijl de gecontracteerde zorg in omvang gelijk blijft. Het Talma Instituut noemt met name de groeiende meerkosten per cliënt opvallend. De term 'meerkosten' wordt gehanteerd voor het verschil tussen de kosten van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze meerkosten zijn waarschijnlijk niet toe te wijzen aan een steeds zieker wordende bevolking. Het instituut concludeert dat de snelle groei van zorgkosten een gevolg is van de prikkels voor zorgaanbieders en cliënten, en de beperkte mogelijkheden van zorgverzekeraars om de groei te beheersen. In grafiek 3 zijn de meerkosten weergegeven van niet gecontracteerde zorg ten opzichte van gecontracteerde zorg. Ter illustratie: De kosten per cliënt zijn voor niet-gecontracteerde zorg in januari 2017 80% hoger dan voor gecontracteerde zorg.



Grafiek 3: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van gecontracteerde zorg per cliënt per maand (Vektis, 2017)

In september 2017 heeft ZN Vektis verzocht een kwantitatieve verdieping te maken voor de wijkverpleging. In het aanvullende onderzoek van Vektis is de palliatieve zorg uitgesloten. Volgens de onderzoekers van Vektis is de palliatieve zorg een zeer dominante factor die de hoeveelheid geleverde zorg beïnvloed. Door het uitsluiten wordt voorkomen dat de verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg door deze zware zorg onevenredig zijn. Hierbij wordt de zorg die 90 dagen voor het overlijden is geleverd niet meegenomen. In 2016 gaat dat om 72 duizend personen en in 2017 (tot dusverre) om 35 duizend personen.

In tabel 3 staan de bedragen van geleverde zorg wijkverpleging gecontracteerd en niet-gecontracteerd per jaar. Hierin is te zien dat het percentage niet-gecontracteerd van 2015 tot en met 2017 toeneemt. Hierbij is de groei van cliënten niet meegenomen. In de volgende (sub)paragrafen wordt het aanvullend (verdiepend) onderzoek voor 2016 en 2017 getoond.

²⁰ Uitgavengroei niet-gecontracteerde GGZ en wijkverpleging, Talma Instituut, augustus 2017

Bedrag in miljoenen	2015	2016 ²¹	2017 ²²
Gecontracteerd	€ 2.743,7	€ 2.357,3	€ 1.257,6
Niet-gecontracteerd	€ 36,9	€ 104,3	€ 83,5
% niet-gecontracteerd van het totaal	1,3%	4,2%	6,2%

Tabel 4: Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging (Vektis, 2017)

5.3.1. Verdieping cijfers 2016

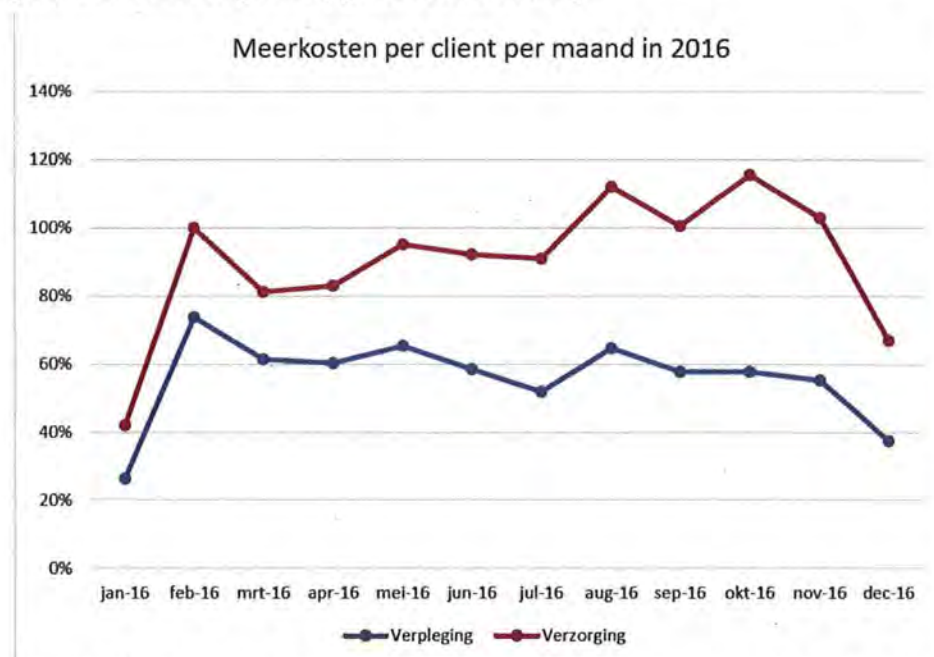
Onderscheid verpleging en verzorging

Na het uitsluiten van de palliatieve zorg, bedragen de totale kosten voor in 2016 geleverde zorg 2,36 miljard euro gecontracteerd en 104 miljoen euro is niet-gecontracteerd. In onderstaande tabel zijn deze kosten uitgezet naar verpleging en verzorging.

	Aantal cliënten	Totale kosten (in mln)
Gecontracteerd: Verzorging	334.565	€ 1.634,9
Gecontracteerd: Verpleging	366.055	€ 722,4
Niet-gecontracteerd: Verzorging	12.693	€ 80,7
Niet-gecontracteerd: Verpleging	9.665	€ 23,6

Tabel 5: Onderscheid (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016 (Vektis, 2017)

Grafiek 4 toont de meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand, verdeeld naar verpleging en verzorging. Deze analyse bevestigt de uitkomsten van het eerdere rapport in samenwerking met het Talma Instituut dat de kosten per cliënt per maand hoger zijn bij niet-gecontracteerde zorg dan bij gecontracteerde zorg.



Grafiek 4: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2016 (Vektis, 2017)

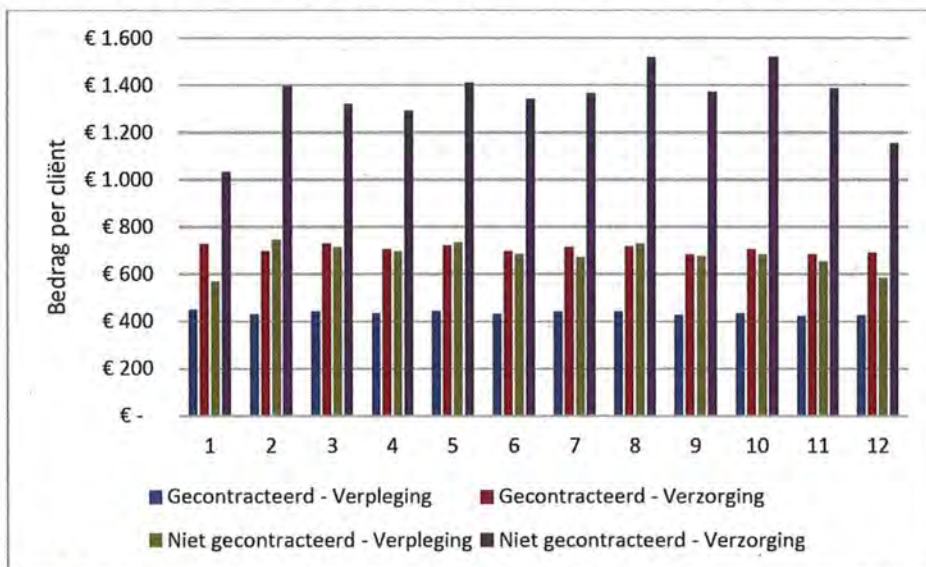
Het uitsluiten van palliatieve zorg resulteert in een groter verschil tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. In een aanvullende vraag aan zowel het Talma Instituut als Vektis,

²¹ Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

²² De analyse van 2017 bevat de declaraties tot en met augustus 2017. Twee zorgverzekeraars (één kleine en één grote) hebben geen gegevens aangeleverd.

geven beide aan dat met dit resultaat geconcludeerd kan worden dat de gecontracteerde zorg minstens zoveel palliatieve zorg levert als de niet-gecontracteerde zorg.

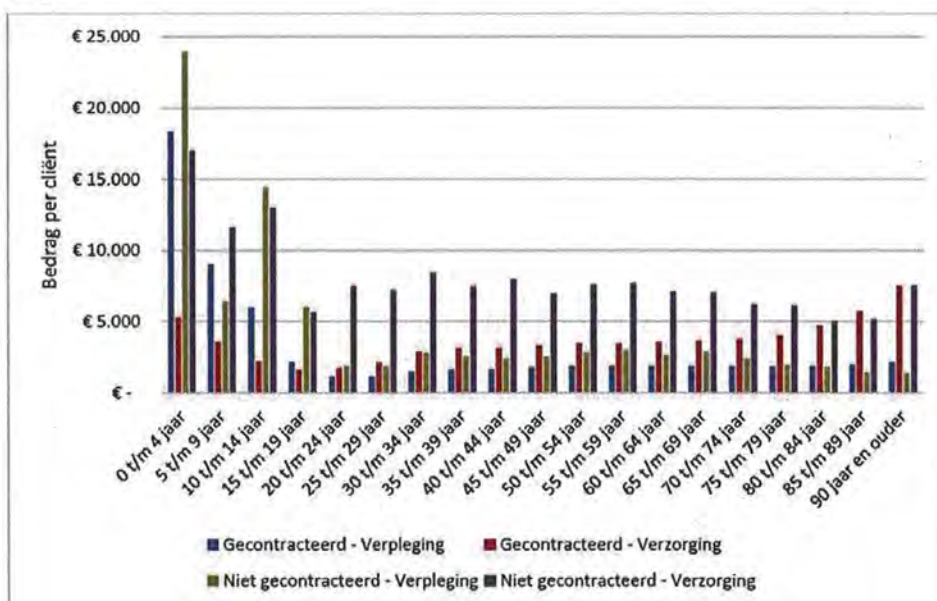
De kosten voor verpleging en verzorging zijn verder uitgediept door Vektis. In grafiek 5 zijn de kosten per cliënt per maand voor verpleging en verzorging uiteengezet. meest opvallend is het verschil in kosten van verzorging tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 5: Kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2016 (Vektis, 2017)

Onderscheid naar leeftijdsopbouw

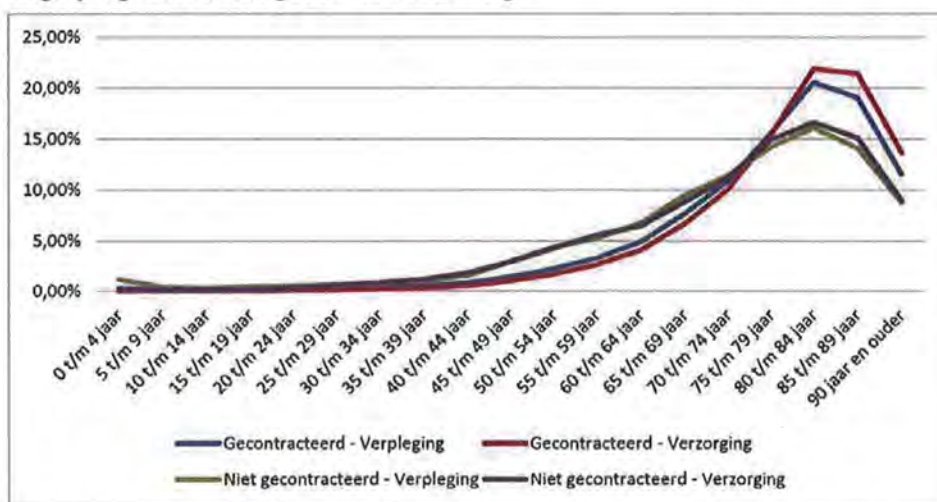
Naast het inzichtelijk maken van de meerkosten van het totaal aantal cliënten, heeft Vektis ook een verdere analyse uitgevoerd naar de kosten van verpleging en verzorging gekoppeld aan de leeftijdsklasse van een cliënt. De uitkomst is dat de kosten per cliënt voor kinderen hoger liggen dan bij de oudere leeftijdsklassen. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 6: Kosten cliënten (niet-)gecontracteerde wijkverpleging in 2016 (Vektis, 2017)

Vektis plaats hierbij wel de aantekening dat het aantal personen in deze laagste leeftijdsklassen (0 tot en met 14 jaar) vrij laag is in vergelijking met de volwassen leeftijdsklassen (circa 3 duizend vs. 300 duizend).

Grafiek 7 toont het aantal personen per leeftijdscategorie voor niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg. In deze grafiek valt op dat niet-gecontracteerde zorg, zowel verzorging als verpleging, vaker wordt verleend aan jongere cliënten in de leeftijdsgroep 35-70 jaar. De gecontracteerde zorg verleend relatief meer zorg aan oudere cliënten (vanaf 70 jaar) in vergelijking met de niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 7: Leeftijdsofbouw cliënten (niet-)gecontracteerde wijkverpleging in 2016 (Vektis, 2017)

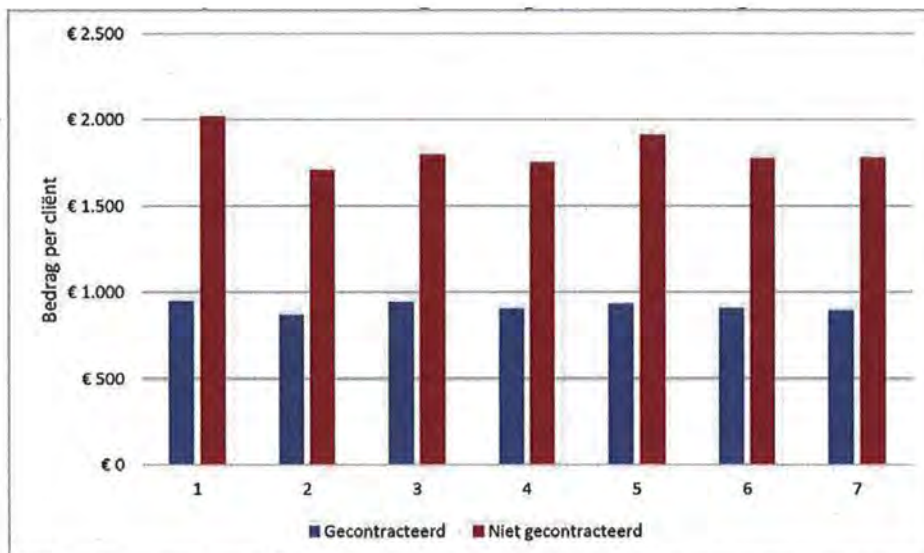
5.3.2. Verdieping cijfers 2017

Voor 2017 is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen verpleging en verzorging, omdat er is gewerkt met een integraal tarief. Daarom worden verpleging en verzorging alleen als totaal getoond (PGB is uitgesloten). Voor deze analyse heeft Vektis gegevens gebruikt van declaraties die tot en met augustus 2017 zijn verwerkt door zorgverzekeraars. Het gaat op dit moment om bijna 1,26 mld euro in 2017 wat gecontracteerd is en bijna 84 mln euro wat niet-gecontracteerd is (zie ook onderstaande tabel 6).

	Totale kosten (in mln)	Aantal cliënten
Gecontracteerd	€ 1.257,6	298.610
Niet-gecontracteerd	€ 83,5	11.293

Tabel 6: Onderscheid (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2017 (tot augustus) (Vektis, 2017)

Grafiek 8 toont het bedrag per cliënt per maand (verpleging en verzorging). De kosten per cliënt voor niet-gecontracteerde zorg zijn net zoals in 2016 bijna twee keer zo hoog als voor gecontracteerde zorg.



Grafiek 8: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

Grafiek 9 toont de meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017. Ook hier is geen onderscheid naar verpleging en verzorging, maar de cijfers laten wel de hogere kosten per cliënt in 2017 zien.



Grafiek 9: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

Alle bovenstaande tabellen en grafieken laten de groei in niet-gecontracteerde zorg en de groei in kosten van wijkverpleging zien. Doordat de registratie de laatste jaren op verschillende manieren is gebeurd is vergelijken van deze cijfers minder overzichtelijk. Wanneer cijfers voor heel 2017 binnen zijn, kan een beter vergelijking worden gemaakt. Op dit moment wordt wat betreft doelgroepen en regio's verschillend aanvullend onderzoek gedaan. De resultaten van dergelijk onderzoek is echter niet tijdig beschikbaar voor dit rapport.

6. Kwalitatief

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd onder eenentwintig zorgaanbieders (waaronder zeven ZZP'ers), zeven zorgverzekeraars, veertien wijkverpleegkundigen en eenentwintig cliënten. Aan de hand van verschillende interviewleidraden is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven aan bod gekomen.

Onderzoekspopulatie	Aantal deelnemers
Zorgaanbieders	14
Cliënten	21
Verpleegkundigen	14
Verpleegkundige ZZP'ers	7
Zorgverzekeraars	7

Tabel 6: Overzicht deelnemers aan kwalitatief onderzoek (Arteria, 2017).

Om voldoende informatie vanuit het perspectief van de zorgaanbieders te halen, is de verdeling gecontracteerd en niet-gecontracteerd belangrijk. Zo kan er voor beide type zorgaanbieders voldoende informatie opgehaald worden. In de praktijk is een zeer beperkt aantal leden van Actiz en BTN volledig niet-gecontracteerd. Naast het feit dat slechts een klein deel van de zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg levert (minder dan 10%), wordt een significant deel van deze zorg geleverd door ZZP'ers. Dit inzicht is opgedaan gaande het onderzoek. In de onderzoekspopulatie leveren vijf van de zeven ZZP'ers niet-gecontracteerde zorg. In de onderstaande tabel zijn de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders uiteen gezet.

(Niet-)gecontracteerde zorgaanbieders	Aantal deelnemers
Gecontracteerd	7
Deels gecontracteerd	6
Niet-gecontracteerd	8

Tabel 7: Overzicht deelnemende zorgaanbieders (Arteria, 2017).

Het aantal cliënten is niet conform het aantal van de onderzoeksaanpak zoals beschreven in hoofdstuk 3. De cliënten zijn benaderd via de zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen. In de praktijk bleken de zorgaanbieders en zorgverleners zeer terughoudend met het betrekken van cliënten in het onderzoek. Ondanks het lagere aantal kan wel een goed beeld worden gegeven vanuit het perspectief van de cliënt. De inzichten van de 21 geïnterviewden kwamen dermate overeen, dat een aanvulling van zeven cliënten vermoedelijk geen groot verschil maakt.

De onderstaande paragrafen tonen de uitkomsten van de interviews. In de eerste paragraaf worden de verbanden en afwijkingen per onderzoeksgroep uiteengezet. In de tweede paragraaf staan een aantal onderwerpen centraal die bij alle onderzoeksgroepen zijn uitgevraagd. Hierdoor worden onderwerpen vanuit verschillende perspectieven inzichtelijk gemaakt. De uitspraken die in dit hoofdstuk worden gedaan zijn gebaseerd op de interviews en daarmee opvattingen van de geïnterviewde onderzoekspopulatie.

6.1. Perspectieven onderzoekspopulatie

6.1.1. Zorgaanbieders

Binnen het onderzoek zijn zorgaanbieders opgedeeld naar drie groepen; volledig gecontracteerd, deels-gecontracteerde en niet-gecontracteerd (zie figuur 6).



Figuur 6: Schematische weergave (niet-)gecontracteerde zorg (Arteria, 2017).

De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen in de interviews drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond wat te laag is naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is om de zorgbehoefte van de cliënt middels het wijkverpleegkundige kader en vanuit de professionaliteit van de wijkverpleegkundige in te kunnen vullen. Deze reden wordt specifiek genoemd door een paar ZZP'ers en kleine zorgaanbieders. Zij geven aan bewust niet afhankelijk willen zijn van (beperkende) doelmatigheidseisen van zorgverzekeraars.

Gecontracteerde en deels-gecontracteerde zorgaanbieders zijn in het onderzoek kritisch op bewust niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De niet-gecontracteerde zorgaanbieders zetten volgens hen de schaarste aan zorg en financiering onder druk met de hoeveelheid zorg die zij leveren. De (deels)-gecontracteerde zorgaanbieders die samenwerken met niet-gecontracteerde zorgaanbieders als onderaannemer, zeggen scherp te letten op de kwaliteit en doelmatigheid van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De zorg van onderaannemers heeft invloed op de doelmatigheid en benchmark van de zorgaanbieder en daarmee op de vulling van het budgetplafond en de hoogte van tarieven voor het aankomende jaar.

Deels-gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat zij dezelfde zorg leveren aan alle cliënten. Zij stellen dat als de zorg goed is, deze door alle zorgverzekeraars gecontracteerd kan/moet worden. Nu verschilt de vergoeding van dezelfde zorg per cliënt. Dit zelfde geldt bij gecontracteerde zorg, maar hier zijn de verschillen veelal minimaler.

De zorgaanbieders beschrijven in de interviews veelal twee soorten cliënten. Een grote meerderheid van de cliënten is kwetsbaar en vindt het belangrijk een aanbieder te kunnen vertrouwen. Een kleiner deel van de cliënten is zich meer bewust van de mogelijkheden van zorg. Deze groep kan gaan 'shoppen' voor zorg, waarbij zij bij meerdere zorgaanbieders informeren hoeveel zorg zij kunnen ontvangen.

6.1.2. Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars die deelnemen aan dit onderzoek zijn op te delen in de landelijk georiënteerde en de regionaal georiënteerde zorgverzekeraars. De landelijk georiënteerde zorgverzekeraars vergoeden relatief meer niet-gecontracteerde zorg declaraties dan kleinere zorgverzekeraars. Dit komt mede doordat de verzekerden van landelijk georiënteerde verzekeraars verspreid zijn over een grotere groep zorgaanbieders. Daarbij verschilt de aanpak voor het contracteren van zorg per zorgverzekeraar. Een deel van de zorgverzekeraars probeert zoveel mogelijk nieuwe zorgaanbieders te contracteren, ook als die voor maar één verzekerde zorgen. Een ander deel van de zorgverzekeraars contracteert alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer die een zorgtekort in een regio opvullen of een onderscheidend ofwel innovatief zorgaanbod hebben.

Minder dan de helft van de zorgverzekeraars heeft zicht op de precieze omvang en kenmerken van de zorgaanbieders en de verzekerden. Het merendeel van de zorgverzekeraars is zich nog aan het oriënteren op de niet-gecontracteerde zorgaanbieders en verzekerden. Alle zorgverzekeraars voeren materiële controles naar buitensporige declaraties uit en de zorgverzekeraars hebben tenminste één verpleegkundig of medisch adviseur in dienst om de declaraties en zorgplannen te controleren.

Een meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan dat een ruime meerderheid van de zorgaanbieders kwalitatief goede zorg levert en dat ondoelmatigheid en onrechtmatigheid niet alleen voorkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Door de extra aandacht en (materiële) controles op niet-gecontracteerde zorg valt het de onrechtmatigheid sneller op volgens de bevraagde zorgverzekeraars in vergelijking bij gecontracteerde zorgaanbieders. Een paar zorgverzekeraars voegt hierbij specifiek toe dat een aanzienlijk deel van de zorgaanbieders die onrechtmatige zorg levert is geen lid van ActiZ of BTN. Daarnaast komt het in de praktijk soms voor dat niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd aan cliënten bij wie eerst het PGB is afgewezen. Het is voor zorgverzekeraars niet mogelijk hierbij exacte aantallen te noemen.

Zorgverzekeraars verschillen van mening als het gaat om de keuze vrijheid van verzekerden en de bijbehorende vergoeding van gekozen zorgaanbieders. Volgens artikel 13 van de Zvw is een verzekerde vrij in zijn keuze voor een zorgaanbieder en heeft een zorgaanbieder recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor de zorgkosten. Een aantal zorgverzekeraars hebben expliciet aangegeven meer mogelijkheden te willen hebben om van onrechtmatigheid verdachte of kwalitatief dubieuze zorgaanbieders helemaal uit te sluiten van het recht op een vergoeding. Andere zorgverzekeraars zijn nog zoekende hoe hier in de toekomst mee om te gaan.

6.1.3. ZZP'ers

ZZP wijkverpleegkundigen ervaren minder werkdruk wanneer zij hun werkdagen vergelijken collega wijkverpleegkundigen in loondienst. Doordat ZZP'ers zelf de uren indelen, ervaren ze veel vrijheid. De splitsing niet-gecontracteerd en gecontracteerd wordt door de groep veelal gemaakt door zichzelf te vergelijken met instellingen. Hierin zien zij zichzelf als de groep die niet-gecontracteerde, persoonlijke, op de cliënt afgestemde zorg biedt en de zorgaanbieders als groot, niet flexibel en onpersoonlijk.

ZZP'ers werken soms in coöperaties. Zij zien hier een aantal voordelen in:

- Garanderen continuering zorg naar cliënten;
- Hebben ze toegang tot een niveau 5 verpleegkundigen indien zij dit zelf niet zijn;
- Kunnen ze als coöperatie bij sommige zorgverzekeraars wel een contract krijgen;
- Kunnen ze vakinhoudelijk afstemmen.

Door het tekort aan wijkverpleegkundige niveau 5 bij instellingen, worden ZZP'ers geconsulteerd om te indiceren. De vraag is groot, waardoor zij veel eisen kunnen stellen qua arbeidsvoorwaarden.

ZZP'ers geven aan veelal de complexe vraagstukken op te pakken, die voor gecontracteerde zorgaanbieders niet rendabel zijn vanwege de vele uren zorg. Vaak betreft dit specifieke zorg waarvoor een bepaalde expertise vereist is. Omgekeerd zijn ZZP'ers kritischer met het aannemen van minimale zorgvragen, omdat deze korte contactmomenten voor hen niet rendabel zijn. Om basisvaardigheden wel op een goed niveau te houden zijn er een aantal ZZP'ers die voor een aantal uren/dagen per week bij een instelling werken.

ZZP'ers vinden het geen optie om mensen zorg te weigeren omwille van hun zorgverzekering, maar advies geven over een andere zorgverzekering vindt een aantal geen probleem.

6.1.4. Wijkverpleegkundigen in loondienst

Wijkverpleegkundigen in loondienst geven aan dat ze door een tekort aan collega's een hoge werkdruk ervaren. Vooral het tekort aan wijkverpleegkundigen niveau 5 is groot. Ze vinden het werk afwisselend, de zorgvragen uitdagend, maar soms ook complex. Dit komt doordat cliënten steeds langer thuis wonen en de gevraagde zorg daarmee intensificeert.

Als beroepsgroep vinden ze dat ze meer leidend moeten zijn in het zorgproces. Zij zijn degene die aangewezen zijn om te indiceren, maar worden hierin door de verzekeraars niet altijd erkend in hun expertise.

Het grote verschil volgens wijkverpleegkundige die gecontracteerde zorg leveren in vergelijking met niet-gecontracteerde zorg zit hem in het stimuleren van zelfredzaamheid. De gecontracteerde zorgverleners kunnen minder tijd besteden aan cliënten, omdat zij worden beoordeeld op doelmatige zorg. Zij zeggen daarom extra in te zetten op het zelfredzaam maken van cliënten. Bij niet-gecontracteerde zorg vermoedt een meerderheid van de gecontracteerde zorgverleners dat er meer wordt gepamperd. Niet-gecontracteerde zorgverleners geven zelf inderdaad aan de ruimte te krijgen om de vraag achter de vraag te stellen. Zij kunnen meer tijd nemen voor het inzetten van bijvoorbeeld het netwerk van de cliënt of voorzieningen uit de Wmo. De gecontracteerde zorgverleners geven aan hier minder uren voor vrij te kunnen maken. Wel geven beide groepen aan dat het als instelling makkelijker is om aan tafel te komen bij wijknetwerken en zo je rol als spil in de wijk te vervullen. Dit is een voordeel in vergelijking met ZZP'ers.

6.1.5. Cliënten

Zowel cliënten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, als cliënten van gecontracteerde zorgaanbieders zijn meestal niet op de hoogte van het verschil tussen de type contracten. Slechts een enkeling kan de verschillen duiden. Wat zij vooral belangrijk vinden is dat zij niet hoeven te betalen voor de zorg die zij ontvangen. Ook vinden ze het prettig om niets te regelen in het declareren van de zorg.

Wanneer zorg onverwachts ingezet moet worden, word er eerst gehandeld door de zorgaanbieders, alvorens de regelzaken worden gedaan. Veelal loopt bij dergelijke trajecten de informatieverstrekking minder goed. Dit kan resulteren in onverwachte declaraties naar cliënten die bij een zorgverzekeraar zitten waar geen contract mee is. Veelal zijn het echter de zorgaanbieders die het verlies nemen door het tarief van zorg aan te passen aan het tarief wat zij ontvangen van de zorgverzekeraar. Zo betaalt de cliënt uiteindelijk niets extra's voor niet-gecontracteerde zorg.

Wanneer cliënten gevraagd wordt of zij bereid zijn te betalen voor de zorg die zij geleverd krijgen, geven ze allemaal aan dat wanneer dit speelt zij zullen nagaan of ze kunnen overstappen. Ofwel naar een andere zorgaanbieder, dan wel een andere zorgverzekeraar.

Geen enkele cliënt die geïnterviewd is voor dit onderzoek heeft voorafgaand aan de zorgverlening contact gehad met zijn zorgverzekeraar of informatie ontvangen over niet-gecontracteerde zorg. Wel zijn er kort geleden brieven ontvangen van zorgverzekeraars waarin wordt aangegeven dat er voor niet-gecontracteerde zorg betaald moet worden door cliënten. Dit heeft voor wat onrust gezocht bij een aantal cliënten. Deze onrust kon door hun zorgaanbieder worden weggenomen, doordat de zorgaanbieder deze kosten niet doorberekend naar de cliënten.

6.2. Vergelijking van perspectieven

Een deel van de onderzoeksvragen wordt aan de gehele onderzoekspopulatie gevraagd. Dit biedt de mogelijkheid om de antwoorden niet alleen binnen een groep (zoals gecontracteerde zorgaanbieders en niet-gecontracteerde zorgaanbieders) te analyseren, maar ook tussen groepen (zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars). In tabel 8 zijn de onderzoeksvragen weergegeven die binnen meerdere groepen zijn uitgevraagd, in de volgende sub paragrafen worden deze vragen en de analyse daarop verder toegelicht.

Onderzoeksvragen versus onderzoeksgroepen ²³	ZA	ZV	WVPK	CL
Ervaring met niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Reden of motief voor (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Voor- en nadelen gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Verskil kwaliteit (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	
Verskil doelmatigheid (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	
Keuzevrijheid voor gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Financiering van niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Verwachte ontwikkeling (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	

Tabel 8: Overzicht van onderzoeksvragen verdeeld naar onderzoeksgroepen (Arteria, 2017).

6.2.1. Ervaring met niet-gecontracteerde zorg

Zorgaanbieders geven in het onderzoek aan dat een spanningsveld ontstaat doordat niet-gecontracteerde zorg in verband wordt gebracht met kleine zorgaanbieders en onrechtmatigheid. Dit terwijl een deel van de niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd door relatief grote zorgaanbieders die met een of enkele zorgverzekeraars geen contract hebben.

Wijkverpleegkundigen, zowel degene in dienst als de ZZP'ers delen de opvatting dat niet-gecontracteerde zorg voornamelijk door kleine instellingen wordt geleverd. Zij classificeren niet-gecontracteerde zorg als persoonlijk.

Ook zorgverzekeraars geven aan dat het merendeel van niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd door kleine zorgaanbieders en individuele ZZP'ers. Deze zorgaanbieders leveren in vergelijking met gecontracteerde aanbieders meer verzorging dan verpleging. Hierbij beschikken

²³ De tabel kent de volgende afkortingen: ZA (zorgaanbieder), ZV (zorgverzekeraar), WVPK (wijkverpleegkundige) en CL (cliënt).

de kleine zorgaanbieders veelal niet over een hbo geschoolde wijkverpleegkundige. De kleinere (regionale) zorgverzekeraars kennen relatief minder niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met grotere (landelijke) zorgverzekeraars. Ter illustratie; een kleinere zorgverzekeraar heeft de niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk gemaakt, deze bestaat uit 300 verzekerden bij 120 aanbieders en hiervan hebben 4 aanbieders meer dan 20 cliënten.

Van de geïnterviewde cliënten konden een paar correct benoemen wat het verschil was tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het maakte niemand uit of hun zorgaanbieder gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg leverde. Enkel wanneer dit nadelige gevolgen voor henzelf zou hebben (rekeningen thuis, bijbetalen aan zorg) zouden ze een overstap overwegen. Dit kon zowel een overstap van zorgverzekeraar als zorgaanbieder inhouden.

6.2.2. Reden of motief voor (niet-)gecontracteerde zorg

De hoogte van het tarief en het budgetplafond zijn de belangrijkste redenen voor zorgaanbieders om te kiezen voor het leveren van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Bepalend voor de haalbaarheid voor het leveren van zorg met het geïntegreerde tarief is de balans tussen de geleverde verplegende en verzorgende zorg.

Volgens de zorgaanbieders maken cliënten geen bewuste keuze voor (niet-)gecontracteerde zorg. De cliënt wordt veelal rechtstreeks doorgestuurd vanuit een verwijzer, neemt al een ander zorgproduct af bij de zorgaanbieder of hoort over de zorgaanbieder via mond-tot-mond reclame. Voor veel cliënten is het inschakelen van wijkverpleegkundige zorg een enorme stap, omdat zij iemand toelaten in hun privédomein. Hierdoor is mond-tot-mond reclame een belangrijk onderdeel bij de keuze. Uit de interviews met cliënten wordt dit beeld bevestigd. Het merendeel van de cliënten is via een verwijzer bij de zorgaanbieder terecht gekomen. De verwijzer geeft een aantal opties voor zorgaanbieders aan, waarna de keuze die ze maken veelal gegrond is op ervaringen uit hun netwerk met deze zorgaanbieder. Een enkele cliënt gaat zelf op zoek naar een zorgaanbieder, in de afgenomen interviews betrof dit een jongere doelgroep.

Zorgverzekeraars geven aan dat uit klanttevredenheidonderzoek blijkt dat cliënten tevreden zijn met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zorgverzekeraars stellen hier vragen bij, want de tevredenheid is volgens hen onder andere zo hoog, doordat deze cliënten gemiddeld meer uur zorg krijgen. "Het lijkt een service om meer uren naar klanten te leveren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders", zeggen de zorgverzekeraars. Uit de interviews met cliënten is dit niet te concluderen, omdat er geen zicht is op hun indicatie. Wel geven alle cliënten aan tevreden te zijn met hun huidige aanbieder. Een klein aantal cliënten was wel eens gewisseld van zorgaanbieder. De reden van de overstap had bij alle cliënten te maken met het niet op gezette tijden leveren van zorg.

De wijkverpleegkundige zorg is vrij toegankelijk voor nieuwe zorgaanbieders. Dit kan niet-gecontracteerde zorg vergroten, maar is ook nodig om capaciteitsproblemen in bepaalde regio's op te lossen, volgens de zorgaanbieders. Het beleid voor het contracteren van (nieuwe) zorgaanbieders kan per zorgverzekeraar sterk verschillen.

- Een deel van de zorgverzekeraars wil juist zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren.
- Een ander deel is meer terughoudend en stelt aanvullende eisen.
- Alle zorgverzekeraars geven aan dat een groot deel van de zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract, niet voldoen aan minimale eisen, zoals het hebben van een hbo-wijkverpleegkundige.
- Een aantal zorgverzekeraars vindt het opvallend dat zij weinig contractaanmeldingen van nieuwe zorgaanbieders krijgen voor het aankomend jaar, dit terwijl zij wel via de brancheorganisaties te horen krijgen dat bepaalde zorgaanbieders zich willen contracteren.

Voor een ZZP'er is het bij veel zorgverzekeraars onmogelijk om een contract af te sluiten, al zouden de ZZP'ers dit willen. Enkel wanneer zij in coöperaties samenwerken, of een achterwachtcontract hebben met een andere zorgaanbieder zijn sommige zorgverzekeraars bereid om een contract aan te gaan.

6.2.3. Voordelen niet-gecontracteerde zorg

Voor zorgaanbieders is het voordeel van niet-gecontracteerde zorg het ontbreken van een budgetplafond. Mits de kosten, de mix geleverde verpleging/verzorging en de mix zorg in natura/restitutiepolis van de zorgaanbieder in verhouding zijn, kunnen de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg toereikend zijn. De zorg is hierdoor (per minuut) goedkoper in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast ervaren niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer ruimte om de cliëntzorg aan te laten sluiten op de behoefte van de cliënt (binnen het kader van de wijkverpleging). Ook wijkverpleegkundige ZZP'ers en wijkverpleegkundigen in dienst bij een niet-gecontracteerde aanbieder zien deze voordelen. Een paar van deze wijkverpleegkundigen geeft aan bij niet-gecontracteerde zorg alle uren te kunnen declareren die nodig worden geacht voor de cliënt en dat zij niet beperkt worden door doelmatigheidseisen.

Regionale tekorten van gecontracteerde zorgaanbieders kunnen met niet-gecontracteerde zorg gedekt worden. Tot slot kunnen de administratieve lasten bij niet-gecontracteerde zorg lager zijn in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Dit doordat geen tijd gestoken hoeft te worden in het contracteren van zorg, het eigen maken van de eisen van verzekeraars en de mogelijkheid declaraties digitaal in te dienen.

De keuze vrijheid van een cliënt is een belangrijk voordeel van niet-gecontracteerde zorg volgens zorgverzekeraars. Ook erkennen ze dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen soms hele specifieke cliëntbehoeftes vervullen. In bepaalde regio's is de niet-gecontracteerde zorg ook noodzakelijk voor het oplossen van personeel- en zorgtekorten.

6.2.4. Nadelen niet-gecontracteerde zorg

Het voordeel van gecontracteerde zorg is dat hiermee zorgaanbieders naar cliënten een signaal/gevoel kunnen afgeven dat zij goede zorg leveren volgens de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar. Gecontracteerde zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen en ZZP'ers zien dit als de grootste waarde van een contract. Daarnaast biedt gecontracteerde zorg de zorgaanbieder een bepaalde inkomstengarantie. Bij niet-gecontracteerde zorg moet een zorgaanbieder de ingediende declaratie langer voorfinancieren.

Voor de cliënt kan niet-gecontracteerde zorg meer lasten opleveren, omdat zij zelf de declaratie in moeten dienen bij de zorgverzekeraar. In de praktijk is dit nu nog niet zichtbaar, maar door de aangescherpte declaratievoorwaarden van zorgverzekeraars voor 2018 zal dit vermoedelijk meer gangbaar worden. Zorgverzekeraars gaan niet-gecontracteerde aanbieder dan onder andere minder mogelijkheid bieden om via akte van cessies declaraties zelf te verzenden.

Terwijl sommige wijkverpleegkundigen de administratie rondom niet-gecontracteerde zorg eenvoudiger noemt, is er ook een groep wijkverpleegkundigen die het declareren ingewikkelder noemt. Bijvoorbeeld doordat op elke factuur een handtekening van de cliënt moet staan, of er niet elektronisch gefactureerd mag worden. Geïnterviewde cliënten die op dit moment niet-gecontracteerde zorg ontvangen zien deze nadelen niet. Zij geven aan geen declaraties thuis te krijgen en betalen niks voor de zorg die zij krijgen. Er is hierdoor voor hen geen prikkel om bewust voor het één of het ander te kiezen.

Volgens de zorgverzekeraars ontbreekt bij niet-gecontracteerde zorg de mogelijkheid tot het maken van afspraken over kwaliteit, doelmatigheid en budgetplafond. Ook de controle op deze onderdelen is beperkt mogelijk of vergt veel administratieve lasten voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Op basis van een contract kan een relatie worden opgebouwd waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraar elkaar leren vertrouwen.

Door niet-gecontracteerde zorg kan het aantal zorgaanbieders sterk toenemen, wat volgens een paar van de zorgverzekeraars in bepaalde regio's (met voldoende zorg) overbodig is. Teveel zorgaanbieders vinden zij niet goed voor een efficiënte ketensamenwerking. Enkele zorgverzekeraars vinden dermate ruime keuzevrijheid geen kwaliteit op zich. Tot slot is de niet-gecontracteerde zorg wel per minuut goedkoper, maar per cliënt duurder, doordat deze zorgaanbieders meer uren zorg leveren. Volgens een paar zorgverzekeraars kan je hierdoor stellen dat dit de schaarste in de zorg verergert, omdat deze uren onder meer cliënten verdeeld zouden kunnen worden.

6.2.5. Verschil kwaliteit (niet-)gecontracteerde zorg

Het is voor zorgaanbieders moeilijk te benoemen wat en of er kwalitatieve verschillen zijn tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit komt mede door het ontbreken van een kwaliteitskader. Zorgaanbieders die deels gecontracteerde zorg leveren en/of samenwerken met niet-gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat er geen verschil is in kwaliteit.

Een ruime meerderheid van de zorgaanbieders geeft aan wel een aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders te kennen die volgens hen kwalitatief mindere wijkverpleging leveren. Voorbeelden die zij geven betreffen aanbieders waarbij het indiceren niet wordt uitgevoerd door een wijkverpleegkundige of waar enkel achteraf wordt geregistreerd. Sommige zorgaanbieders zeggen dat bij organisaties met alleen ZZP'ers er minder binding is en onvoldoende wordt geïnvesteerd in de zorgverleners. Tot slot geven vooral de kleine zorgaanbieders te kennen dat grotere zorgaanbieders zijn gebrand op efficiëntie en hierdoor in bepaalde gevallen kwaliteit van zorg op de tweede plaats komt. Als kleine aanbieder kunnen zij meer op wijkteamniveau opereren en de zorgbehoefte van de cliënt goed verbinden met de mogelijkheden in de keten. ZZP'ers geven ook aan op dit niveau in de wijk te opereren. Doordat zij volgens zichzelf wendbaarder zijn, kunnen ze makkelijk inspelen op veranderende zorgvragen. Door het personeelstekort bij grotere zorgaanbieders, wordt volgens een aantal ZZP'ers daar met minder gekwalificeerd personeel gewerkt. Daarnaast is de werkdruk bij zorgaanbieders hoog, dit heeft volgens een aantal ZZP'ers invloed op de kwaliteit van zorg. Wel vinden ZZP'ers dat kwaliteit vooral een verantwoordelijkheid van de professional zelf blijft.

Wanneer wordt gevraagd naar wat kwalitatief goede zorg zou moeten zijn, dan geven zorgaanbieders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen een redelijk eenduidig beeld.

- Kwalitatief goede zorg begint bij een indicatiestelling door de wijkverpleegkundige aan de hand van een classificatiesysteem waarin onder andere de leefomgeving van de patiënt in beeld is gebracht en zelfredzaamheid wordt gestimuleerd. Het zorgplan wordt verwerkt in een (elektronisch) cliëntendossier en deze wordt periodiek/continue herijkt en geëvalueerd door de zorgverleners en besproken met de cliënt.

Wat veel wijkverpleegkundigen missen is vertrouwen op hun expertise. Vanuit hun expertise zijn zij degene die een beoordeling maken. "Verantwoording hierover afleggen is prima, maar meer vertrouwen in onze professie is gewenst". Zij moeten als beroepsgroep meer uitdragen dat zij serieus genomen dienen te worden en dat de zorg die zij indiceren ook de zorg is die nodig is.

Ook bij zorgverzekeraars is geen eenduidig beeld over de kwalitatieve verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Wat opvalt zijn de specifieke casussen uit materiële controles. Deze geven een onvoldoende eenduidig beeld om te spreken van algemene verschillen. Net zoals de zorgaanbieders geven zorgverzekeraars aan dat bij individuele gevallen verschillen zichtbaar zijn op indicatie en scholing. Zorgverzekeraars vinden de aanwezigheid van een wijkverpleegkundige een minimale kwaliteitseis voor een zorgaanbieder, onder andere voor het beoordelen van de situatie van de cliënt en het mogelijk aanpassen van het zorgplan. Daarbij geven zij aan dat kennis van de keten ook een kwalitatief verschil kan bieden als gevolg van een betere samenwerking en coördinatie.

Alle cliënten die zijn geïnterviewd geven aan tevreden te zijn met het aantal uren zorg dat ze ontvangen en met hun huidige zorgaanbieder. Het verschil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd is voor hen niet zichtbaar.

6.2.6. Verschil doelmatigheid (niet-)gecontracteerde zorg

Net zoals bij kwaliteit is het voor zorgaanbieders onduidelijk wat precies onder doelmatigheid wordt verstaan. De huidige definitie van de zorgverzekeraars, die enkel uitgaat van geleverde zorg en de zorgduur, vinden zij onjuist. Er zijn veel meer variabelen van belang, zoals de doelgroep van de cliënt en de totale zorgvraag binnen een regio. Daarnaast hanteert iedere zorgverzekeraar een eigen methodiek voor het berekenen van de doelmatigheid. Dit is voor gecontracteerde zorgaanbieders lastig, want hierdoor kunnen zij bij de ene zorgverzekeraar in een andere doelmatigheidsklasse vallen dan bij een andere. Doelmatigheid kan echter wel van invloed zijn op de hoogte van hun tarief.

Een deel van de zorgaanbieders vermoedt dat zorg doelmatig is zolang het binnen de bandbreedtes van de gemiddelde zorginzet per cliënt valt. Zo wordt voorbij gegaan aan situaties met een zwaardere zorgvraag. Een klein deel van de zorgaanbieders geeft aan dat een zorgverzekeraar vooraf goedkeuring verleent aan een intensieve zorgvraag, maar achteraf alsnog extra controles uitvoert op de doelmatigheid (het aantal uren zorg per cliënt).

Een meerderheid van de zorgaanbieders beschouwt het onvoldoende streven naar de zelfredzaamheid van de cliënt als minder doelmatige zorg. De meeste wijkverpleegkundigen in dienst bij gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders minder sturen op zelfredzaamheid. "Zij kunnen zoveel uren leveren als zij willen, terwijl wij worden afgerekend op doelmatigheid". Echter stelt een wijkverpleegkundige van een niet-gecontracteerde aanbieder dat zij doelmatiger werken, juist doordat ze de tijd nemen de vraag achter de vraag te stellen. Wat ervoor zorgt dat er sneller ingespeeld kan worden op aandachtsgebieden en zo opschaling van zorg voorkomen wordt.

Een aantal zorgaanbieders heeft te maken (gehad) met 'shoppende' cliënten die bij een andere zorgaanbieder een veel hogere indicatie konden krijgen. Het vermoeden is dat deze cliënten dan meer verzorging ontvangen ter compensatie van de zelfredzaamheid. Dit is een doelgroep die wij in de interviews niet hebben gesproken en die juist van grote invloed zijn op de sector.

Zorgverzekeraars zien dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorg leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Veel van de casussen die bij de materiële controles naar voren komen tonen dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder meer denkt vanuit de zorg die hij/zij kan leveren in plaats van het bevorderen van zelfredzaamheid en het scheiden van de zorg over de verschillende domeinen. Kennis van het netwerk van de cliënt en de mogelijkheden in de keten zijn van belang bij het leveren van doelmatige zorg. De niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben geen financiële prikkel om minder zorg per cliënt te leveren bij het

uitblijven van een beloning in tarief op budgetplafond. Het op grote schaal vergelijken van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is lastig doordat zij andere zorgprestaties registreren. Doordat de meeste niet-gecontracteerde zorgaanbieders klein zijn, is het niet mogelijk hen mee te nemen in benchmark onderzoeken.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij zelf ook de oorzaak zijn van minder doelmatige zorg door de lagere tarieven voor niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. Een zorgverzekeraar met een pilot 'Zorg in de wijk' ziet dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders in pilot regio's gemiddeld meer minuten per cliënt registreren dan in regio's waar zij wel gecontracteerd zijn.

6.2.7. Keuzevrijheid voor gecontracteerde zorg

Zorgaanbieders verschillen onderling sterk van mening als het gaat om de keuzevrijheid om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. De keuzevrijheid is afhankelijk van de onderhandelingspositie. Deze positie is afhankelijk van de omvang van de zorgaanbieder en de mate waarin die een bepaalde regio bediend. Grotere zorgaanbieders met veel cliënten in een bepaalde regio komen veelal tot een persoonlijk gesprek met de zorgverzekeraars. Wanneer dit niet kan hebben zorgaanbieders het gevoel enkel te kunnen 'tekenen bij het kruisje'.

Waar alle zorgaanbieders het over eens zijn is dat de zorgverzekeraars zeer dwingend zijn bij de contractering van zorg en dat ook bij persoonlijk contact van een echte onderhandeling geen sprake is.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders die boven het plafond zitten die zorgverzekeraars hanteren voor nieuwe zorgaanbieders kunnen vaak niet uit met het contract. Deze zorgaanbieders geven aan nauwelijks de mogelijkheid te hebben hierover in gesprek te gaan. Daarbij leidt het jaarlijks verkopen van zorg tot veel administratieve lasten. Zorgaanbieders zouden graag contracten afnemen voor een langere periode.

Voor ZZP'ers is de keuze veelal eenvoudig. Als zelfstandige krijgen zij vrijwel geen contract bij verzekeraars. Wel hebben zij de optie om als coöperatie of samenwerkingsverband toe te treden. Ook dan ervaren ze als niet-gecontracteerde aanbieder het gebrek aan een onderhandelingspositie.

De keuze tot gecontracteerde zorg verschilt per zorgverzekeraar. Een deel van de zorgverzekeraars wil zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren, mits deze voldoen aan de (minimale) eisen van de overeenkomst. Andere zorgverzekeraars willen per regio zo min mogelijk zorgaanbieders. Of alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer deze een onderscheidend zorgaanbod leveren. Het valt zorgverzekeraars op dat een beperkt aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders zich aanmeldt voor de zorginkoop van 2018. Tussen deze zorgaanbieders zitten leden van ActiZ en BTN, maar er zijn ook veel zorgaanbieders die bij geen branchevereniging zijn aangesloten. Een deel van de zorgverzekeraars vindt dat zorgaanbieders nu mogelijk teveel vrijheid hebben voor het niet aannemen van een contract. Bijvoorbeeld doordat zij voldoende cliënten hebben met een restitutiepols en een contract daarom financieel niet voordelig is.

6.2.8. Informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg

Wijkverpleegkundigen informeren cliënten bij de intake of de zorg vergoed wordt of niet en of de cliënt zelf een factuur moet indienen bij de zorgverzekeraar. Vooral niet-gecontracteerde zorgaanbieders proberen deze informatie goed over te brengen, om verrassingen bij de declaratie van zorg te voorkomen. Ze merken dat cliënten weinig kennis over (niet-)gecontracteerde zorg hebben. De cliënt vindt het vooral belangrijk te horen of er consequenties

voor hen zijn. Navraag bij de cliënten leert dat zij zich de gesprekken over contractering niet kunnen herinneren. Wel weten ze vaak te noemen dat hen is verteld dat ze niet hoeven te betalen voor de zorg. Het merendeel zegt hierover nooit contact met hun zorgverzekeraar te hebben gehad.

Zorgverzekeraars informeren hun verzekerden (met uitzondering van de polisvoorwaarden) niet actief over het verschil tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg. Volgens hen is het vertrouwen in de verzekeraar in vergelijking met de zorgaanbieder beperkt. Wel bieden alle zorgverzekeraars hun verzekerden een tool aan die helpt om gecontracteerde aanbieders in de buurt te vinden. Daarnaast vindt zorgbemiddeling ook enkel plaats voor gecontracteerde zorg.

Volgens zorgverzekeraars kiest een groot deel van de verzekerden zelf de zorgverlener en de daarbij behorende zorgaanbieder. Er wordt niet veel gewisseld van zorgverlener (en dus aanbieder).

Zorgverzekeraars hebben het gevoel dat een aantal (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders de verzekerden informeert over het nemen van een restitutiepolis. Dit vermoeden wordt onderbouwd doordat een aantal zorgverzekeraars een stijging zien van het aantal restitutiepolissen in de wijkverpleging. Informeren is volgens een paar zorgverzekeraars niet toegestaan, omdat zorgaanbieders een verzekerde niet mogen informeren over een financieel product. Sommige geïnterviewde wijkverpleegkundigen geeft aan inderdaad te informeren. Het grootste deel geeft aan dat een juist balans tussen cliënten zorgt dat het gemiddelde tarief op een gewenst niveau blijft. Maar vindt de doelgroep die ze bedienen te kwetsbaar om iemand op basis van een polis te weigeren, noch dat het aan hen is om advies te geven op financieel gebied²⁴.

6.2.9. Financiering van niet-gecontracteerde zorg

De hoogte van de vergoeding bij een restitutiepolis verschilt per polis, maar kan in bepaalde gevallen hoger zijn dan het gecontracteerde tarief. Mede hierdoor maken bijna alle zorgaanbieders inzichtelijk welke polis een cliënt heeft. Een deel van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders past het tarief aan naar de polis van de cliënt, dit om te voorkomen dat de cliënt een deel van de rekening zelf moet betalen. Enkele zorgaanbieders denken erover na of en hoe zij cliënten kunnen informeren over de verschillen tussen polissen.

De kleine volledig niet-gecontracteerde zorgaanbieders vinden het, net zoals de deels gecontracteerde zorgaanbieders, vreemd dat het tarief kan verschillen door de polis van de cliënt terwijl hiervoor dezelfde zorg wordt geleverd.

Afhankelijk van de polis vergoeden zorgverzekeraars niet-gecontracteerde zorg gemiddeld met een percentage tussen 60% en 75% van het gemiddeld door hen gecontracteerde tarief. Hierbij ligt het gemiddeld gecontracteerde tarief onder het maximale NZa tarief. Het kan voorkomen dat het restitutietarief gelijk is aan het maximale NZa tarief en daarmee hoger dan de gemiddelde gecontracteerde tarieven. Het feit dat niet-gecontracteerde zorg daarbij niet te maken heeft met budgetplafonds zorgt voor voldoende financiële ruimte voor niet-gecontracteerde aanbieders.

Bij het merendeel van de zorgverzekeraars is het in 2017 mogelijk niet-gecontracteerde zorg direct te declareren via VECOZO. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een:

- Betaalafpraak;
- Akte van cessie.

²⁴ Zie voor een kader over beperkingen bij het informeren en adviseren van (zorg)Verzekeringen, de 'Wet op het Financieel Toezicht': <http://wetten.overheid.nl/BWBR0020368/2017-10-07>

Bijna alle zorgverzekeraars twijfelen om deze mogelijkheid in 2018 toe te blijven staan. Dit om de niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen en meer zicht te houden op het aantal ingediende declaraties. Eén zorgverzekeraar wil in 2018 alle niet-gecontracteerde zorg ingediend hebben via de cliënt, inclusief zorgplan en diploma van de indicerende wijkverpleegkundige.

De meeste cliënten geven aan dat op het moment dat zij moeten gaan betalen voor de wijkverpleging zij zullen overstappen, ofwel van zorgverzekeraar, dan wel van zorgaanbieder. Zij hebben veelal niet de financiële middelen om de zorg te bekostigen. Of het ontvangen van declaraties ook reden is tot een overstap is niet eenduidig beantwoord door de cliënten. De een ziet hier meer obstakel in dan de ander, die aangeeft dat inzicht in kosten misschien wel goed is.

6.2.10. Verwachte ontwikkeling (niet-)gecontracteerde zorg

Bijna alle zorgaanbieders denken dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg zal toenemen. Dit komt volgens de zorgaanbieders voort uit een enorme toename van ZZP'ers als gevolg van toenemende werkdruk bij zorgaanbieders. De ZZP'ers verwachten de komende tijd een groei van werk. Zij indiceren op grote schaal zorg bij aanbieders die hier zelf niet de mankracht voor hebben. Om zelf gecontracteerde zorg te leveren in de toekomst hebben zij een beleidswijziging nodig vanuit de verzekeraars. Ook zou er meer oog moeten zijn voor de zorgplicht van verzekeraars volgens alle wijkverpleegkundigen. Niet alleen zij als zorgverlener zijn verantwoordelijk voor zorgcontinuering (ook wanneer het budget op is) maar ook zorgverzekeraars hebben hierin hun verantwoording te nemen.

Zorgaanbieders verwachten dat zorgverzekeraars minder zorgaanbieders contracteren, zoals bij de pilot 'zorg in de wijk' in bepaalde steden. Met name de gecontracteerde zorgaanbieders vinden dat de niet-gecontracteerde zorg het huidige stelsel onder druk zet. Daarbij vinden zij het oneerlijk dat zij worden gehouden aan het budgetplafond, terwijl niet-gecontracteerde zorgaanbieders vrij kunnen groeien. De zorgverzekeraars die in contracten een ruimer of onbegrensd plafond bieden in het contract koppelen dit aan een lager tarief.

Enkele zorgaanbieders verwachten dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg afneemt. Dit als gevolg van strengere regels die niet-gecontracteerde zorg verhindert en/of dat cliënten overstappen naar gecontracteerde zorgaanbieders.

Alle zorgverzekeraars verwachten een toename van niet-gecontracteerde zorg wanneer hier niets aan gedaan wordt. Een deel van de zorgverzekeraars denkt invloed te kunnen hebben op de afname van niet-gecontracteerde zorg. Bijvoorbeeld door gecontracteerde zorgaanbieders verder te ondersteunen en het verschil meer onder de aandacht te brengen bij (toekomstige) cliënten. Daarnaast kijkt een aantal zorgverzekeraars naar de mogelijkheid tot het contracteren van zorgaanbieders die nu buiten de boot vallen, zoals individuele ZZP'ers en zorgaanbieders die boven het budgetplafond voor nieuwe zorgaanbieders zitten. Tot slot kunnen meer drempels opgeworpen worden voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. Deze drempels moeten dan met name gelden voor zorgaanbieders die aantoonbaar gefraudeerd hebben of onrechtmatige zorg hebben geleverd.

Wijkverpleegkundigen in dienst zijn op een andere manier met hun werk bezig dan hun collega's die als ZZP'er werken. Dit zit voornamelijk in de extra administratieve zaken die ZZP'ers moeten regelen en het feit dat zij eigen keuzes maken wat betreft het leveren van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Hun meningen over zorg voor cliënten en hun rol als wijkverpleegkundige als spil in de wijk zijn wel grotendeels overeenkomstig. Hierover geeft een splitsing tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd meer inzicht in verschillende opvattingen.

7. Perspectief (niet-)gecontracteerde zorg

Aan het begin van dit rapport werd onderstaand figuur uitgetekend om verschillende perspectieven op niet-gecontracteerde zorg te duiden. Hierin komen de belangrijkste onderzoeksvragen terug. De kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksuitkomsten beantwoorden de vragen vanuit ieders perspectief. Deze antwoorden zijn in de onderstaande paragrafen uitgewerkt.



Figuur 7: Schematische weergave onderzoeksvragen en sub paragrafen (Arteria, 2017).

7.1. Waarom kiezen cliënten voor niet-gecontracteerde zorg?

In het kwalitatief onderzoek geeft een meerderheid van de cliënten aan een zorgaanbieder vooral te kiezen op basis van mond-tot-mond reclame. Daarnaast spelen verwijzers een grote rol. Door toenemende schaarste op de markt speelt aanbod ook een belangrijke rol. Hierdoor zijn verwijzers soms 'genoodzaakt' uit te wijken naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het merendeel van de cliënten geeft aan een overstap te overwegen op het moment dat zij voor niet-gecontracteerde zorg moeten bijbetalen of zelf de administratie moeten regelen. Cliënten in het onderzoek kiezen daarmee niet bewust voor gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg.

7.2. Worden cliënten voldoende geïnformeerd over niet-gecontracteerde zorg?

De bevroegde zorgaanbieders geven aan cliënten altijd te informeren over hun contractering. De cliënten van deze zorgaanbieders kunnen zich niet of onvoldoende herinneren of zij hierover zijn geïnformeerd. Dat zij als cliënt geen declaratie thuis ontvangen en niet bijbetalen aan hun zorg, is voor hen de voornaamste informatie.

Een paar zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat de zogenaamde 'shopper-cliënt' kennis heeft van het feit of een zorgaanbieder gecontracteerd is of niet en uit lijkt

te zijn op het verkrijgen van zoveel mogelijk zorg. Dit beeld van de cliënt die niet-gecontracteerde zorg ontvangt kan door dit onderzoek niet bevestigd worden.

7.3. Waarom leveren zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg?

Zorgaanbieders kiezen niet altijd bewust voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond vanuit de zorgverzekeraars die te laag zijn naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is om de zorgbehoefte van de cliënt middels het wijkverpleegkundige kader en vanuit de professionaliteit van de wijkverpleegkundige in te kunnen vullen.

Naast de bovenstaande drie redenen geldt een uitzondering voor de ZZP'ers. Zij komen bij de meeste zorgverzekeraars niet in aanmerking voor een contract. Niet alle ZZP'ers ervaren dit als een gemis. Door de schaarste op de markt aan hbo geschoolde (niveau 5) verpleegkundige bevindt deze groep ZZP'ers zich veelal in een luxe positie waarin zij als onderaannemers bij zorgaanbieders tegen goede tarieven indicaties voor zorg afgeven. Daarbij ervaren zij meer vrijheid en minder administratieve last bij het werk als niet-gecontracteerde ZZP'er.

Zorgaanbieders hebben dus meerdere redenen om niet-gecontracteerde zorg te leveren. Daarbij geldt een uitzondering voor de individuele ZZP'ers die bij de meeste zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor een contract.

7.4. Wat is het verschil in kwaliteit en doelmatigheid?

De opvattingen over kwaliteit en doelmatigheid verschillen enorm. Dit komt volgens de bevraagde zorgaanbieders, wijkverpleegkundige en zorgverzekeraars door het ontbreken van een eenduidig kwaliteitskader en een doelmatigheidsprikkel bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het merendeel van de zorgverzekeraars en een paar gecontracteerde zorgaanbieders missen een kwaliteitskader waarmee de geleverde zorg meer transparant en vergelijkbaar wordt. Een deel van de wijkverpleegkundigen plaatst een kanttekening bij de komst van een richtlijn. Een richtlijn kan namelijk ook een beperking zijn voor wijkverpleegkundigen om met gebruik van diens expertise zorg op maat te indiceren. Waar elke wijkverpleegkundige het over eens is, is dat er meer vanuit vertrouwen gewerkt dient te worden tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het vertrouwen en aanzien in de expertise van de wijkverpleegkundige is daarbij belangrijk en ontbreekt op dit moment.

Gecontracteerde zorgaanbieders worden door zorgverzekeraars meer gehouden aan een maximum aantal uur per cliënt om daarmee doelmatige zorg na te streven. Een aantal zorgaanbieders benoemt dat deze definiëring van doelmatigheid onvoldoende aansluit bij de praktijk. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders ontbreekt een doelmatigheidsprikkel. Volgens een paar wijkverpleegkundigen die niet-gecontracteerde zorg leveren is dit juist positief. Door de ruimte te krijgen voor het inzichtelijk maken van de zorgvraag kan de zorgbehoefte van de cliënt

beter en meer gericht worden opgesteld. Volgens deze groep zorgt dit juist voor meer doelmatige zorg.

7.5. Hebben zorgverzekeraars invloed op het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg door zorgaanbieders?

Een enkele zorgverzekeraar kiest ervoor om elke zorgaanbieder die aan de kwaliteitseisen voldoet te contracteren. De paar andere zorgverzekeraars willen naast de kwaliteitseisen ook dat een nieuwe zorgaanbieder een toegevoegde waarde biedt aan het bestaande. Zo willen zij het aantal zorgaanbieders beperken, omdat zij een groot aantal zorgaanbieders niet wenselijk achten voor een efficiënte ketensamenwerking. Echter, een aantal van deze maatregelen lijkt de niet-gecontracteerde zorg juist te vergroten. Aan de andere kant proberen zorgverzekeraars door middel van lagere tarieven, drempels op het declaratieverkeer en controles op indicatie en zorgplan, de niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijk te maken. Op deze manier proberen ze invloed uit te oefenen op de aanwezigheid en groei van niet-gecontracteerde zorg. Het beleid kan per zorgverzekeraar sterk verschillen. Door vooral te focussen op het onaantrekkelijk maken van niet-gecontracteerde zorg, missen ze de aansluiting met aanbieders om te komen tot goede afspraken voor contractering, aldus de niet-gecontracteerde aanbieders.

7.6. Hebben zorgverzekeraars invloed op de keuze van cliënten?

Zorgverzekeraars zetten niet actief in op het vooraf informeren van hun verzekerden. Dit komt enerzijds door het vertrouwen dat de cliënt in de zorgaanbieder en diens zorgverleners heeft (boven de zorgverzekeraars). Anderzijds kan een zorgverzekeraar de zorgvraag van een cliënt en diens contact met een zorgaanbieder pas vaststellen wanneer de eerste declaratie door de zorgaanbieder/cliënt is ingediend. Zorgverzekeraars vinden dat zij onvoldoende en niet tijdig sturen op de keuzes van verzekerden. Wel stellen de zorgverzekeraars middelen beschikbaar (zoals een zorgvinder en zorgbemiddeling) waarmee verzekerden in contact worden gebracht met gecontracteerde zorgaanbieders.

8. Hoe verder?

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. Dit rapport geeft inzicht in de achtergronden en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. Dit biedt een basis om met elkaar verbeteringen door te voeren om gecontracteerde zorg aantrekkelijker te maken voor zorgaanbieder, cliënt en zorgverzekeraar.

Met de tot nu toe genomen maatregelen, ligt de focus voornamelijk op het onaantrekkelijk maken van niet-gecontracteerde zorg. In een vervolg dient voornamelijk de nadruk te liggen op de mogelijkheden voor het aantrekkelijk maken van gecontracteerde zorg. Hierbij is het nodig dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun wensen naar elkaar uitspreken. Hierbij in ogenschouw houdend dat de gezamenlijke opvatting is dat niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is. Er zal altijd een deel niet-gecontracteerde zorg blijven, maar over de omvang en groei kan met elkaar gesproken worden.

Uit dit onderzoek komen punten naar voren die van invloed zijn op de omvang en groei van de niet-gecontracteerde zorg. Partijen kunnen samen invloed uitoefenen op deze punten, om tot gedragen afspraken te komen voor een positieve invloed op contractering. Deze punten staan in de onderstaande paragrafen centraal.

8.1. Contractering

De contractering van zorg bevat een aantal aandachtsgebieden. Het afsluiten van een contract is direct bepalend voor het in- en uitsluiten van zorgaanbieders. Bepaalde keuzes van zorgverzekeraars dragen (in)direct en mogelijk onbewust bij aan een groei van niet-gecontracteerde zorg. De contractvoorwaarden, tarieven en budgetplafond zijn daar voorbeeld van. Afspraken over deze punten kunnen ervoor zorgen dat gecontracteerde zorg aantrekkelijker wordt.

8.2. Kwaliteit en doelmatigheid

De kwantitatieve gegevens in dit onderzoek geven inzicht in de meerkosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. De uitkomsten zijn opvallend en roepen vragen op. Om duiding te geven aan deze cijfers is meer eenduidigheid in registratie gewenst. Nu kan geen uitsluitsel worden gegeven over eventuele verschillen in doelgroep en zorgzwaarte tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Door het ontbreken van een kwaliteitskader mist een basis voor een zorginhoudelijk gesprek. Daarnaast maakt het een vergelijking van gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg op basis van kwaliteit onmogelijk. De kosten zijn inzichtelijk te maken, maar de kwaliteit van de geleverde zorg niet. Een kwaliteitskader zou een zorginhoudelijk gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogelijk maken.

8.3. Arbeidsmarkt

De algehele schaarste aan verpleegkundigen en verzorgenden vraagt om aandacht. De keuze om enkel hbo geschoolde wijkverpleegkundige niveau 5 een indicatie voor zorg af te laten geven vergroot een specifieke schaarste. Het zelf verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling draagt

bij aan de rol als 'spil in de wijk', maar zorgt tegelijkertijd voor spanning. Door externe controle op de indicatiestelling, voelen de wijkverpleegkundigen zich niet erkent in hun rol. Tegelijkertijd missen zorgverzekeraars een kader waarlangs de afgegeven indicaties gelegd kunnen worden. In een vervolg kan een gesprek over de balans van vertrouwen en controle zorgen voor wederzijdse erkenning.

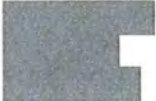
8.4. Bewustwording

De bevroagde cliënten weten het verschil tussen gecontacteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg niet te duiden. Mede doordat een deel van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders zelf het verschil in tarief opvangen, ervaren cliënten nauwelijks nadelen van niet-gecontracteerde zorg. Het informeren van de cliënt kan een belangrijk element zijn in het maken van een meer weloverwogen keuze voor (niet-)gecontracteerde zorg.

9. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

		06				@arteriaconsulting.nl
		06				@arteriaconsulting.nl
		06				@arteriaconsulting.nl

Bijlage: Interviewleidraden

Interviewleidraad zorgaanbieders

Organisatie

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat is het aandeel van wijkverpleging in uw totale instelling?

Leveren wijkverpleging

- Levert u gecontracteerd/niet-gecontracteerd/beiden?
 - Maakt u gebruik van onderaannemerschap?
- Welke afwegingen maakt u met keuze voor het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat is de huidige en gewenste indicatiestelling bij (niet-)gecontracteerde zorg?
- Denkt u dat er verschil in kwaliteit is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Denkt u dat er een verschil in doelmatigheid is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet de zorgverzekeraar in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Hoe worden declaraties/facturaties uitgevoerd bij niet-gecontracteerde deel?
 - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Hoe ziet u de ontwikkelingen voor u voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?
- Is er een relatie tussen afgewezen PGB en niet-gecontracteerde zorg?

Relatie zorgverzekeraars

- Voert u gesprekken met zorgverzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Ervaart u het als een gelijke keuze om (niet-)gecontracteerde zorg te leveren?
- Wat zijn redenen/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is er voor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (wensen/dromen)

Relatie cliënten

- Worden cliënten geïnformeerd of er een contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
 - Zo ja, hoe informeert u de zorgverzekerden?
- Informeren cliënten zelf of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
 - Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Betalen cliënten een eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorg?
 - Informeert u hen hierover?

Interviewleidraad zorgverzekeraars

Type contract

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot niet-gecontracteerde zorg?
- Wat zijn voordelen van gecontracteerde zorg?
- Wat zijn nadelen van gecontracteerde zorg?
- Wat zijn voordelen van niet-gecontracteerde zorg?
- Wat zijn nadelen van niet-gecontracteerde zorg?
- Hoe vergoedt u niet-gecontracteerde zorg?

Relatie verzekerde

- Informeert u de verzekerde over de verschillen tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Zo ja, hoe informeert u de verzekerden?
- Informeren verzekerden wel een bij u over (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Op welke schaal?
 - Voorbeelden van vragen?
- Zijn er verschillen tussen natura en restitutiepolissen op gebied van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Zo ja, op welk gebied?
- Heeft u het idee invloed te hebben op de keuze die de verzekerde maakt?
- Is er een relatie tussen afgewezen PGB en niet-gecontracteerde zorg?
- Zijn er specifieke kenmerken voor de doelgroep die gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg?

Relatie zorgaanbieder

- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in kwaliteit tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in doelmatigheid tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet u in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Wat heeft u nodig om de uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg zo veel mogelijk te beperken?
- Welke rol kunt u hier zelf in spelen?
- Wat is uw verwachting rondom de ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?
 - Wat zijn opvallendheden in de zorginkoop 2018?
 - Verwacht u wijzigingen bij de zorginkoop voor 2019?
- Heeft u het idee dat u invloed heeft op keuze van zorgaanbieders op het leveren van niet-gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad wijkverpleegkundigen

Kennismaking

- Hoelang bent u al werkzaam in de wijkverpleging
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- Welk niveau verpleegkundige bent u?
- Hoe ervaart u het werk?
- Vroeger/nu verschil?
- Werkt u ook als onderaannemer voor een zorgaanbieder?
 - Zo ja, hoe is de contractuele/financiële constructie?

Relatie met zorgaanbieder

- Weet u of de organisatie waarvoor u werkt (niet-)gecontracteerd is?
- Wat zijn volgens u voordelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn volgens u nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?

Relatie met cliënten

- Informeert u cliënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
- Informeren cliënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen cliënten die gebruik maken van (on)gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad ZZP- wijkverpleegkundigen

Kennismaking

- Hoelang bent u al werkzaam in de wijkverpleging
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- Welk niveau verpleegkundige bent u?
- Hoe ervaart u het werk?
- Vroeger/nu verschil?
- Werkt u ook als onderaannemer voor een zorgaanbieder?
 - Zo ja, hoe is de contractuele/financiële constructie?

Relatie met zorgverzekeraar

- Voert u gesprekken met zorgverzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn reden/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is er voor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (wensen/dromen)?
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?

Relatie met cliënten

- Informeert u cliënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
- Informeren cliënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen cliënten die gebruik maken van (on)gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad cliënten

Leefsituatie

- Hoe is uw leefsituatie
 - Woont u alleen,
 - Woont u zelfstandig
- Ontvangt u naast wijkverpleging nog andere zorg?

Relatie met zorgaanbieder

- Wie levert de wijkverpleging bij u?
- Heeft u andere zorgaanbieders gehad hiervoor?
- Hoelang ontvangt u al wijkverpleging?
 - Is er duidelijkheid voor duur van periode?
- Hoe vaak komen ze langs?
- Bevalt de geleverde zorg?

Type contract

- Heeft u PGB aangevraagd?
 - Is deze aangenomen of afgewezen?
 - Indien afgewezen, maakt u nu gebruik van niet-gecontracteerde zorg?
- Bent u zich bewust van het verschil van gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg?
- Wist u voorafgaand aan de dienstverlening of uw zorgaanbieder gecontracteerd is?
- Heeft uw zorgaanbieder u hierover geïnformeerd?
- Heeft uw informatie gevraagd aan uw zorgaanbieder of zorgverzekeraar over de gevolgen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Heeft u informatie ontvangen van uw zorgaanbieder of zorgverzekeraar over de gevolgen van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Of heeft u informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar over de kosten van zorg?
- Heeft u met specifieke redenen gekozen om voor een (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder te kiezen?
- Ervaart u voldoende keuze binnen het (gecontracteerde) zorgaanbod?
 - Adviseert uw zorgverzekeraar u bij deze keuze?
- Heeft u zicht op mogelijke voor- of nadelen van beide opties?
- Heeft u wel eens een 'eigen bijdrage' moeten betalen omdat u zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft ontvangen?
 - Ontvangt u declaraties/rekeningen thuis?

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Onderwerp: Fwd: Begeleidingscommissie (on)gecontracteerde wijkverpleging: Agenda en stukken
Datum: maandag 11 december 2017 10:52:28
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Eindrapport \(niet\)gecontracteerde zorg v0.9 20171211.docx](#)

Zag dat deze weer niet naar jou was gegaan. Ik zal er naar kijken en [redacted] ook, dus jij hoeft dat niet per se te doen!

Van: [redacted]
Verzonden: 11 dec. 2017 10:15
Aan: [redacted]@zn.nl; [redacted]; [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]
[redacted]"; [redacted]@venvn.nl; [redacted]@branchebelang-thuiszorg.nl; [redacted]
[redacted]; [redacted]; [redacted]@actiz.nl
Onderwerp: RE: Begeleidingscommissie gecontracteerde wijkverpleging: Agenda en stukken
Cc: [redacted]

Dag allen,

Naar aanleiding van het overleg van donderdag 7 december hebben [redacted] en ik alle opmerkingen doorlopen en hierop aanpassingen doorgevoerd in het rapport.

Vraag aan jullie allen om bijgevoegde versie door te nemen en voor de laatste keer te voorzien van commentaar.

Bij voorkeur in een reply-to-all (zorgt voor veel mailverkeer, maar zorgt wel dat jullie allen inzicht hebben in commentaar van anderen, aangezien we niet meer bij elkaar komen).

Belangrijkste wijzigingen;

- Er is een disclaimer opgenomen die extra nuance plaatst bij de cijfers in het kwantitatieve onderzoek
- De managementsamenvatting bevat ook een onderdeel wijkverpleegkundigen.
- De verdiepende cijfers van Vektis zijn toegevoegd aan hoofdstuk 5.
- Er is extra uitleg gegeven bij de 3^e reden van zorgaanbieders om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg
- Hoofdstuk 8 is ingekort en minder concluderend geschreven.

Graag ontvangen wij jullie commentaar voor aanstaande woensdag 13 december om 12:00. Zodat wij het laatste commentaar kunnen verwerken en het rapport diezelfde dag nog in definitieve versie naar Actiz kunnen versturen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



(Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging

Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek



■ Datum: 11 december 2017
■ Versie: 0.91
■ Auteurs: XXXXXXXXXX

Management samenvatting

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. Dit rapport geeft inzicht in de achtergronden en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. Dit rapport is tweeledig opgebouwd en bevat een kwantitatief en kwalitatief deel.

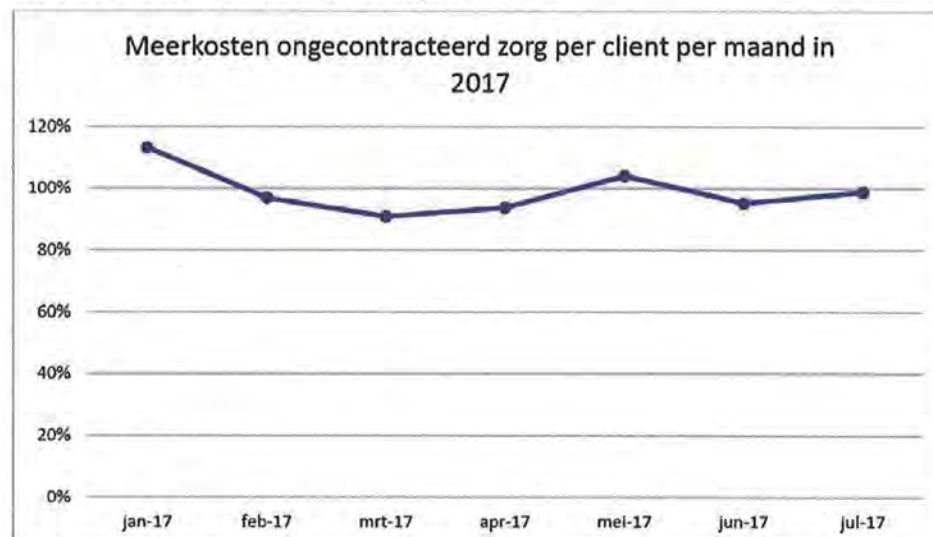
Kwantitatief

Het kwantitatief deel bevat data van Vektis en Zorgverzekeraars Nederland. Zoals in onderstaande tabel duidelijk wordt, is een groei te zien van de niet-gecontracteerde zorg.

Bedrag in miljoenen	2015	2016 ¹	2017 ²
Gecontracteerd	€ 2.743,7	€ 2.357,3	€ 1.257,6
Niet-gecontracteerd	€ 36,9	€ 104,3	€ 83,5
% niet-gecontracteerd van het totaal	1,3%	4,2%	6,2%

Tabel: Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging (Vektis, 2017).

Een opvallend punt in de kwantitatieve analyse is de grafiek waarin de meerkosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg inzichtelijk worden gemaakt. De term 'meerkosten' wordt gehanteerd voor het verschil tussen de kosten van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Dit is hieronder in de grafiek weergegeven, waarbij duidelijk is dat in de eerste maanden van 2017 de kosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg ongeveer twee keer zo hoog zijn. Hierbij dient te worden vermeld dat een verdieping naar cliëntkenmerken, anders dan leeftijd, op basis van deze data niet mogelijk is. Daardoor kan aan de hand van deze data geen uitspraak worden gedaan over eventuele overkomsten noch verschillen in zorgzwaarte.



Grafiek: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

¹ Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

² De analyse van 2017 bevat de declaraties tot en met augustus 2017. Twee zorgverzekeraars (één kleine en één grote) hebben geen gegevens aangeleverd.

Kwalitatief

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd onder eenentwintig zorgaanbieders (waaronder zeven ZZP'ers), zeven zorgverzekeraars, veertien wijkverpleegkundigen en eenentwintig cliënten. Aan de hand van interviews is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven aan bod gekomen.

Zorgaanbieders

De eenentwintig zorgaanbieders zijn verdeeld in gecontracteerd, deels-gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Zorgaanbieders kiezen niet altijd bewust voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond vanuit de zorgverzekeraars die te laag zijn naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is om de zorgbehoefte van de cliënt middels het wijkverpleegkundige kader en vanuit de professionaliteit van de wijkverpleegkundige in te kunnen vullen.

Wijkverpleegkundigen

Wijkverpleegkundigen in loondienst geven aan dat ze door een tekort aan collega's een hoge werkdruk ervaren. Door het tekort aan wijkverpleegkundige niveau 5 bij zorgaanbieders, worden ZZP'ers ingehuurd om te indiceren. De vraag is groot, waardoor ZZP'ers extra eisen kunnen stellen qua arbeidsvoorwaarden.

Als beroepsgroep vinden de meeste wijkverpleegkundigen dat ze meer leidend moeten zijn in het zorgproces. Zij zijn degene die aangewezen zijn om te indiceren, maar worden hierin door de verzekeraars niet altijd erkend in hun expertise.

Cliënten

De bevroegde zorgaanbieders geven aan cliënten altijd te informeren over hun contractering. De cliënten van deze zorgaanbieders kunnen zich niet of onvoldoende herinneren of zij hierover zijn geïnformeerd. Dat zij als cliënt geen declaratie thuis ontvangen en niet bijbetalen aan hun zorg, is voor hen de voornaamste informatie. De geïnterviewde cliënten in het onderzoek geven aan niet bewust voor gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg te kiezen.

Zorgverzekeraars

Een deel van de zorgverzekeraars probeert zoveel mogelijk nieuwe zorgaanbieders te contracteren, ook als die voor maar één verzekerde zorgen. Een ander deel van de zorgverzekeraars contracteert alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer die een zorgtekort in een regio opvullen of een onderscheidend ofwel innovatief zorgaanbod hebben.

De bevroegde zorgverzekeraars zien dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorg leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Het op grote schaal vergelijken van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is lastig voor zorgverzekeraars mede doordat zij andere zorgprestaties registreren. Volgens zorgverzekeraars zijn daarnaast de meeste niet-gecontracteerde zorgaanbieders klein, waardoor het niet mogelijk is hen mee te nemen in benchmark onderzoeken.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	2
1. Aanleiding	5
2. Doel onderzoek	6
3. Aanpak onderzoek	7
3.1. Definieren (niet-)gecontracteerde zorg	7
3.2. Kwantitatief onderzoek	7
3.3. Kwalitatief onderzoek	7
4. Wijkverpleegkundig zorgproces	9
4.1. Contract onderhandelingen	9
4.2. Zorgverlening	10
4.3. Declaratie en controle	12
5. Kwantitatief	14
5.1. Omvang wijkverpleging	14
5.2. Cliënten binnen wijkverpleging	14
5.3. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging	16
6. Kwalitatief	22
6.1. Perspectieven onderzoekspopulatie	23
6.2. Vergelijking van perspectieven	26
7. Perspectief (niet-)gecontracteerde zorg	35
7.1. Waarom kiezen cliënten voor niet-gecontracteerde zorg?	35
7.2. Worden cliënten voldoende geïnformeerd over niet-gecontracteerde zorg?	35
7.3. Waarom leveren zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg?	36
7.4. Wat is het verschil in kwaliteit en doelmatigheid?	36
7.5. Hebben zorgverzekeraars invloed op het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg door zorgaanbieders?	37
7.6. Hebben zorgverzekeraars invloed op de keuze van cliënten?	37
8. Hoe verder?	38
9. Contact	39
Bijlage: Interviewleidraden	40

1. Aanleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Daarbij is het onder andere de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben, dit in de rol als 'spil in de wijk'. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'³.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg voor hun verzekerden en sluiten contracten af met zorgaanbieders. Niet met alle zorgaanbieders worden contracten gesloten, dit kan een keuze zijn van de zorgverzekeraar en/of de zorgaanbieder. Sinds 2015 stijgt de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg. In 2015 werd er 36,9 miljoen niet-gecontracteerde zorg gedeclareerd, waar dit in 2016 gestegen is tot 104,3 miljoen. In het eerste half jaar van 2017 staat de teller op 84 miljoen. Een eerste inventarisatie naar de uitgavegroei van niet-gecontracteerde wijkverpleging door het Talma Instituut (2017), toont dat de meerkosten per cliënt bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders 87% hoger zijn in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Volgens het instituut is de groei van de meerkosten geheel toe te schrijven aan intensiveringen van zorguren door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

De betrokken branchepartijen van het Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging⁴ zien de groei van de niet-gecontracteerde zorg als onwenselijk. Bestuurlijke afspraken over het macrokader staan onder druk door de sterke groei van niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast ondervinden de verschillende partijen specifieke nadelen. Zo hebben zorgverzekeraars minder controle op de geleverde zorg wat betreft kwaliteit en doelmatigheid. Zorgaanbieders krijgen niet dezelfde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. Toch lijken deze nadelen niet altijd op te wegen tegen de voordelen van het afsluiten van een contract, getuigt de sterke groei van de niet-gecontracteerde zorg.

In de media is veel aandacht voor de niet-gecontracteerde zorg waarbij dan ook soms de link gelegd wordt met fraude in de zorg. Deze berichtgeving zet zowel de niet-gecontracteerde zorg als de gehele wijkverpleging in een kwaad daglicht. De wijkverpleging vraagt ook op andere vlakken aandacht. Door de vergrijzing van de samenleving en de ambulantisering van de zorg, groeit de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Er ontstaat schaarste aan (geschoold) personeel dat aan de groeiende vraag kan voldoen.

Bovenstaande vraagstukken vragen om aandacht. Hierover zijn in de 'Verbeterthema's contractering wijkverpleging 2018 e.v.' en het 'Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018' afspraken over gemaakt. Eén van deze afspraken is dat er een verkenning plaats vindt naar de achtergrond van en de motieven voor de keuze voor niet-gecontracteerde zorg vanuit het perspectief van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en cliënten. Naar aanleiding van deze afspraak, is in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging onderzoek uitgevoerd, waaruit huidig rapport volgt.

³ Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden en het toedienen van medicatie. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.

⁴ ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2. Doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de achtergronden en motieven van alle betrokken partijen om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Dit inzicht vormt de basis om met elkaar verbeteringen door te kunnen voeren die de keuze voor gecontracteerde zorg aantrekkelijker maakt voor zorgaanbieder en cliënt dan de keuze voor niet-gecontracteerde zorg.

Het onderzoek heeft uitsluitend betrekking op gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in natura (ZIN). Het PersoonsGebonden Budget (PGB) valt buiten de scope van dit onderzoek.

Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is het gewenst dat het onderzoek onafhankelijk wordt uitgevoerd en de resultaten feitelijk worden gerapporteerd. Het onderzoek bevat geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen. De resultaten van het onderzoek worden openbaar en conform toezegging van de Staatssecretaris met de Tweede Kamer gedeeld.

Het BegeleidingsOverleg Wijkverpleging (BOW) heeft reeds een uitgebreide set met onderzoeksvragen geformuleerd (zie hiervoor ook paragraaf 3.3). De vragen die tenminste in het onderzoek beantwoord dienen te worden zijn schematisch weergegeven in figuur 1. In het onderzoek worden de termen kwaliteit en doelmatigheid niet gedefinieerd. Het onderzoek is gericht op de ervaren kwaliteit en doelmatigheid vanuit de verschillende perspectieven.



Figuur 1: Schematische weergave onderzoeksvragen (Arteria, 2017)

3. Aanpak onderzoek

In het onderzoek is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven belicht. Gezien het belang en de gevoeligheid van dit onderwerp worden deze perspectieven zo feitelijk mogelijk weergegeven. Dit betekent dat, ondanks de initiële kwalitatieve onderzoeksopzet, kwantitatieve informatie inzicht geeft in feitelijkeheden en het mogelijk maakt de kwalitatieve resultaten in context te plaatsen.

3.1. Definiëren (niet-)gecontracteerde zorg

Het onderzoek start met het definiëren van de wijkverpleegkundige zorgverlening en het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze definiëring wordt in de vorm van een bureauonderzoek uitgevoerd voorafgaande aan het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek en aangevuld met de uitkomsten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek.

3.2. Kwantitatief onderzoek

In augustus 2017 heeft het Talma Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) met ondersteuning van Vektis een rapportage opgesteld met als doel inzicht te geven in de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. Dit ging om informatie over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijkverpleging en fysiotherapie gedeclareerd als medisch specialistische revalidatie. In september 2017 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om een verdieping gevraagd specifiek voor de wijkverpleging. De kwantitatieve gegevens uit deze verdieping zijn gebruikt voor dit onderzoek. Tabel 1 toont de beschikbare gegevenssets die zijn gebruikt.

Gegevensonderdeel	Subonderdeel
1. Totaal overzicht	Totaal aantal cliënten niet-gecontracteerde zorg (2015-2017)
	Totaal niet-gecontracteerde zorg in euro's (2015-2017)
2. Verdiepingsslag 2016	Onderscheid (niet-)gecontracteerde verpleging en verzorging
	Gemiddelde kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt (p. maand)
	Procentuele meerkosten niet-gecontracteerde zorg (p. maand)
	Verschil (niet-)gecontracteerde zorg naar leeftijdsklasse (p. maand)
	Verschil kosten cliënt (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder (p. jaar)
3. Verdiepingsslag 2017	Gemiddelde kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt (p. maand)
	Procentuele meerkosten niet-gecontracteerde zorg (p. maand)
	Verschil (niet-)gecontracteerde zorg naar leeftijdsklasse (p. maand)

Tabel 1: Overzicht kwantitatieve gegevensset (niet-)gecontracteerde wijkverpleging (Vektis, 2017)

3.3. Kwalitatief onderzoek

Het BOW heeft kenbaar gemaakt dat zij vanuit verschillende perspectieven inzicht wil verkrijgen⁵. Gekozen is voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders (gecontracteerd en niet-gecontracteerd), wijkverpleegkundigen en cliënten. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd aan de hand van gestructureerde interviews op basis van de door de BOW opgestelde vragenlijst. De interviewleidraden zijn weergegeven in de bijlage. In verband met de privacy van de deelnemende partijen en het bieden van maximale ruimte om open en eerlijk te antwoorden,

⁵ Zie: Onderzoeksopzet 'ongcontracteerde zorg', 21 juli 2017

weten de deelnemende organisaties van het BOW niet welke individuele partijen bij het onderzoek zijn betrokken. De onderzoekspopulatie is als volgt;

- **Zorgaanbieders**
 - Interviews op locatie: 14 zorgaanbieders.
 - Rekening houdend met categorisering (groot/middel/klein⁶) en regionale spreiding.
 - Geïnterviewd: Medewerkers verantwoordelijk voor de zorginkoop
- **Zorgverzekeraars**
 - Interviews op locatie: 7 zorgverzekeraars.
 - Geïnterviewd: Medewerkers zorginkoop en de medisch adviseur.
- **Wijkverpleegkundigen**
 - Telefonische interviews: 21 wijkverpleegkundigen
 - ZZP'ers en wijkverpleegkundigen in dienst bij (niet-)gecontracteerde aanbieder
- **Cliënten**
 - Telefonische interviews: 28 cliënten

⁶ Klein: tot EUR 500.000 omzet; Middel: van EUR 500.000 tot EUR 5.000.000 omzet; Groot: vanaf EUR 5.000.000 omzet.

4. Wijkverpleegkundig zorgproces

De theoretische basis van het wijkverpleegkundig zorgproces wordt in dit hoofdstuk verder uitgewerkt, zodat een helder beeld wordt geschetst over de fasen die doorlopen worden in de contractering, de zorgverlening en het declaratie verkeer.

4.1. Contract onderhandelingen

Zorgverzekeraars zijn verplicht om elk jaar voor 1 april hun inkoopbeleid voor het aankomende jaar te publiceren. In dit inkoopbeleid kunnen zorgverzekeraars aangeven aan welke eisen zorgaanbieders dienen te voldoen voor het leveren van zorg aan hun verzekerden. Alleen wanneer ze aan deze eisen voldoen komen zorgaanbieders in aanmerking voor het afsluiten van een contract. Zorgverzekeraars stellen bijvoorbeeld eisen aan het opleidingsniveau van zorgverleners, het gemiddeld aantal uren zorginzet per cliënt en benoemen tarieven (zie eerste 2 stappen in figuur 2). Vervolgens vinden presentaties op locatie of op afstand plaats waarin het inkoopbeleid wordt toegelicht aan de zorgaanbieders.

Procesflow contractering wijkverpleging



Figuur 2: Procesflow contractering wijkverpleging (Arteria, 2017).

De zorgaanbieders kunnen bij zorgverzekeraars aangeven interesse te hebben in het aangaan van een contract. Wanneer een zorgaanbieder nog geen contract heeft met een zorgverzekeraar kunnen zij dit via de website aangeven. Zorgaanbieders die in het voorgaande jaar al een contract hadden, kunnen veelal via het zorgverlenersportaal een her inschrijving aanvragen. Voor beide groepen geldt dat zij moeten aantonen te voldoen aan de eisen die gesteld zijn door de zorgverzekeraar in het inkoopbeleid. Het is mogelijk dat er aan nieuwe zorgaanbieders extra eisen gesteld worden, omdat er beperkte ruimte gevoeld wordt door zorgverzekeraars voor het afgeven van nieuwe contracten. Als eis valt te denken aan bijvoorbeeld het hebben van aantoonbare innovatieve ideeën of het aanbieden van zorg voor een nieuwe niche groep cliënten. Voor de meeste zorgaanbieders geldt dat indien zij voldoen aan de minimaal gestelde eisen, zij vervolgens in de onderhandelingsfase terecht komen.

Bij de onderhandelingen worden individuele afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vastgelegd. Er worden afspraken gemaakt over de hoogte van het tarief en in sommige gevallen ook over een omzetplafond. Dit plafond is het maximale bedrag dat zorgaanbieders mogen declareren bij de zorgverzekeraar gedurende het contractjaar. Het plafond is bij verlenging van een contract veelal gebaseerd op het plafond van voorgaande jaren. Zorgverzekeraars kiezen meestal voor een standaard contract en bijbehorend maximum

tarief voor nieuwe zorgaanbieders. Ook voor een zorgaanbieder met een kleine omzet wijkverpleging wordt veelal een standaard contract en tarief voorgesteld. De contractering met deze zorgaanbieder loopt meestal via een digitale standaardprocedure⁷. Hierbij is geen tot beperkt sprake van onderhandeling, zorgaanbieders kunnen alleen instemmen met de voorwaarden van een zorgverzekeraar. Grotere zorgaanbieders hebben vaker individuele afstemming over een contract en tarieven met een zorgverzekeraar.

Na de onderhandelingen is de laatste stap de uiteindelijke keuze om tot contractering over te gaan of te kiezen voor het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg. Het hierboven beschreven contracteringsproces kent twee opvallendheden; het contracteren van ZZP'ers en de regionale pilots.

Contractering van ZZP'ers

Voor ZZP'ers is het niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk om een contract af te sluiten⁸. Een aantal zorgverzekeraars heeft in het inkoopbeleid 2017 opgenomen enkel ZZP'ers te contracteren die zich als coöperatie of samenwerkingsverband aanmelden. Voor de andere ZZP'ers geldt dat zij direct zijn aangewezen op niet-gecontracteerde zorg.

Contractering 'Zorg in de wijk' regio's

Eén zorgverzekeraar hanteert in bepaalde 'Zorg in de wijk' regio's een geheel andere inkoop aanpak. In 2016 zijn de eerste pilots hiervoor van start gegaan in Utrecht, Zwolle en Ommen/Hardenberg. De zorgverzekeraar heeft in deze steden een wijkbudget vastgesteld, gebaseerd op de uitgaven van 2015. De steden zijn in meerdere gebieden verdeeld en per gebied zijn een aantal voorkeursaanbieders gecontracteerd. Deze voorkeursaanbieders zijn in een wijk verantwoordelijk voor het budget en de inrichting van de wijkverpleging. Wanneer een partij geen voorkeursaanbieder is en wel wijkverpleging levert, krijgt het van de zorgverzekeraar 75 procent van het NZa⁹-tarief. De zorg die wordt gedeclareerd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaat van het wijkbudget af. Een voorkeursaanbieder geeft aan dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg leveren per cliënt. Zo worden minder cliënten bediend van het beschikbare wijkbudget en houden de voorkeursaanbieders minder wijkbudget over.

In 2018 starten nieuwe pilots in Amsterdam, Hoogeveen en Almere. De opzet hier is anders. Het budget is voor de gehele stad vastgesteld en er zijn tenminste vier voorkeursaanbieders. De kwaliteit van de zorg die zij leveren en hun marktaandeel wegen mee in de keuze. Per cliënt is er een vast budget. Er vindt jaarlijks een budget evaluatie plaats. Indien de totale hoeveelheid zorg toeneemt, krijgt de voorkeursaanbieder een afslag op de tarieven. Wanneer de totale zorg afneemt, krijgt de voorkeursaanbieder een beloning. Op deze manier wil de zorgverzekeraar meer sturen op doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

4.2. Zorgverlening

Burgers die wijkverpleging nodig hebben kunnen zelf een zorgaanbieder kiezen die wijkverpleging levert. Ook huisartsen, revalidatiecentra en ziekenhuizen kunnen cliënten verwijzen naar wijkverpleegkundige zorg. Deze partijen melden cliënten vaak direct aan bij een zorgaanbieder. De wijkverpleegkundige verheldert middels een gesprek de zorgbehoefte,

⁷ De definitie van een 'kleine zorgaanbieder' en de mate van een standaard contract kan per zorgverzekeraar verschillen en is afhankelijk van het zorginkoopbeleid en inkoopcontract.

⁸ Zie ook: 'Compacte vergelijking inkoopbeleid wijkverpleging 2018', Arteria, mei 2017.

⁹ Het NZa tarief is een maximumtarief verbonden aan de tijdseenheid van een uur. Dit tarief wordt jaarlijks geïndexeerd.

zelfredzaamheid van de cliënt, het netwerk en beschikbare alternatieven en baseert daarop de indicatie. Ook organiseert zij de benodigde zorg, de doelen die nagestreefd worden en de duur en omvang in uren van de geleverde zorg. Tot slot verduidelijkt de wijkverpleegkundige hoe de zorgbehoefte wordt ingevuld en welk deel daarvan door verpleegkundigen en verzorgenden gedaan moet worden.

Voor het indiceren en organiseren van de zorg dient de wijkverpleegkundige te voldoen aan de normen opgesteld door de beroepsgroep¹⁰. Tevens gelden de algemene beroepsnormen zoals beschreven in de beroepsprofielen, de beroepscode en in professionele richtlijnen en standaarden. Voor de overgangperiode zijn afspraken vastgelegd door V&VN, BTN en Actiz.¹¹ De procesflow van de zorgverlening staat hieronder weergegeven in figuur 3.

Procesflow zorgverlening wijkverpleging



Figuur 3: Procesflow zorgverlening wijkverpleging (Arteria, 2017).

Het uiteindelijke doel van de zorg is gericht op het zo veel mogelijk zelfredzaam maken van de cliënt, gericht op het voorkomen van verergering van de zorgvraag en indien mogelijk het afbouwen van de zorg. Wanneer de zorgbehoefte toe- of afneemt is herindicatie noodzakelijk om aan te sluiten bij de nieuwe situatie van de cliënt. Dit proces is in figuur 3 weergegeven als een continue loop tussen stap 3 en 4.

Zorglevering door onderaannemers

De levering van zorg kan ook door een (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder/zorgverlener als onderaannemer voor een gecontracteerde zorgaanbieder worden uitgevoerd. Dit kan voorkomen bij schaarste van beschikbaar personeel, een intensieve zorgvraag of vanwege noodzaak van specifieke expertise. Door de eis die gesteld is aan indiceren (alleen verpleegkundige niveau 5 mogen een indicatie stellen) is de vraag naar deze groep verpleegkundigen enorm gestegen. Om aan deze vraag te kunnen voldoen werkt een deel van de zorgaanbieders met (niet-) gecontracteerde zorgaanbieders/zorgverleners. Bij de contractering van zorg kunnen formele afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de maximale inzet van onderaannemers.

¹⁰ 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving', V&VN, 2014

¹¹ Klik hier voor de: [Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging](#)

4.3. Declaratie en controle

Voor de (volledige) vergoeding en declaratie van de geleverde zorg zijn twee variabelen van belang. Ten eerste of er sprake is van een natura of restitutiepolis en ten tweede of de zorgaanbieder wel of geen contract heeft met de zorgverzekeraar van de cliënt. Zie hiervoor ook de onderstaande tabel.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Zorg in natura	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.	Aanbieder ontvangt 75% van gemiddeld gecontracteerd tarief verzekeraar ¹² ; declaratie wordt via cliënt ingediend bij zorgverzekeraar ¹³ ; cliënt betaalt resterend bedrag aan aanbieder ¹⁴ .
Restitutiepolis	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.	Aanbieder ontvangt restitutie tarief van verzekeraar ¹⁵ ; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.

Tabel 2: Overzicht vergoeding geleverde zorg (Arteria, 2017).

Wanneer geen contract is afgesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, kan het zijn dat een deel van de zorgkosten wordt verhaald bij de verzekerde. In de onderstaande sub paragrafen is het overzicht van tabel 2 en het werkproces voor de declaratie en controle van zorg uitgewerkt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

4.3.1. Gecontracteerde zorgproces

De zorgverlener registreert verpleegkundig inhoudelijke (zorgplan¹⁶ en zorgactiviteiten) en financiële informatie (geleverde zorg in minuten) in een cliëntsysteem. Declaraties worden door

Procesflow gecontracteerde declaratie wijkverpleging



Figuur 4: Procesflow gecontracteerde declaratie wijkverpleging (Arteria, 2017).

¹² Dit percentage kan per zorgverzekeraar en per polis verschillen. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

¹³ Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders de declaratie rechtstreeks (digitaal), via een acte van sessie of betalingsregeling kunnen indienen.

¹⁴ De cliënt betaalt het verschil tussen het gecontracteerde en niet-gecontracteerde tarief aan de zorgaanbieder. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 25%.

¹⁵ Dit tarief verschil per zorgverzekeraar, bij een deel van de zorgverzekeraars is dit tarief gelijk aan het maximum NZa-tarief.

¹⁶ Is een overkoepelende term voor onder andere het verpleegplan, zorgleefplan en behandelplan.

de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar. De declaratie dient binnen een maand, na dat de zorg is geleverd, te worden ingediend.

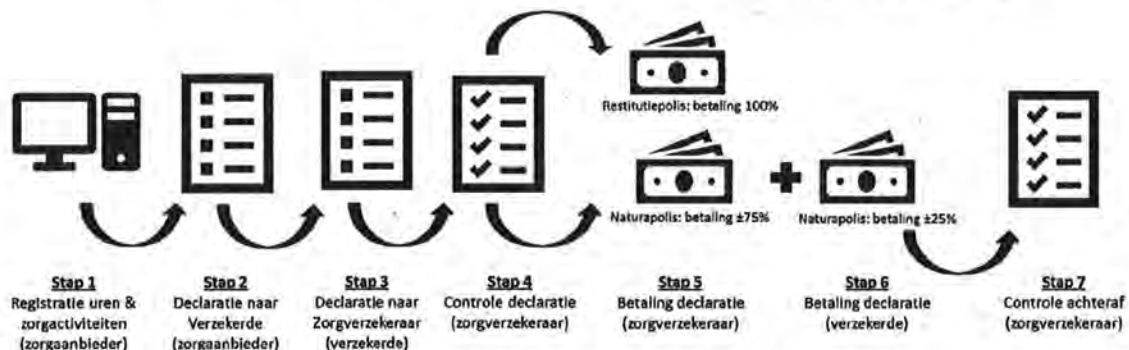
De tariefafspraken die zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden gedeclareerd per tijdseenheid overeenkomstig met de Vektis prestatiecodelijst. Dit tarief is leidend, ongeacht het type verzekering dat de cliënt heeft afgesloten. Het afgesproken tarief is maximaal 100% van de norm die de NZa heeft vastgesteld, maar kan verschillen per zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Voor de declaratie wordt de AGB-code gebruikt die de zorgaanbieder heeft doorgegeven met het aangaan van het contract. Hierbij komt de AGB-code van de uitvoerder en de declarerende partij overeen. Bij een eventueel onderaannemerschap dient de gecontracteerde partij de declaratie in. Zorgverzekeraars kunnen op de ontvangen declaratie vooraf controles uitvoeren alvorens zij deze betalen. Hierbij kan gedacht worden aan een check of de verzekerde bij hen bekend is, of het juiste tarief gebruikt is en of de juiste interventies zijn gedeclareerd. Na betaling van de declaratie kunnen zorgverzekeraars in een later stadium bepaalde achterafcontroles uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn materiële controles (naar de rechtmatigheid van zorg).

4.3.2. Niet-gecontracteerde zorgproces

Voor niet-gecontracteerde zorg verloopt het declaratie- en controleproces over het algemeen anders. Voor deze zorg is het niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk om direct te declareren. De declaratie moet dan ingediend worden door de verzekerde. De verzekerde dient de nota in bij zijn zorgverzekeraar, waarna de nota wordt voldaan (aan zorgaanbieder of verzekerde). Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk dit proces (deels) te verkorten door middel van een akte van cessie. Hierbij geeft de verzekerde een machtiging af, waarmee de niet-gecontracteerde zorgaanbieder de declaratie rechtstreeks kan indienen bij de zorgverzekeraar.

Procesflow niet-gecontracteerde declaratie wijkverpleging



Figuur 5: Procesflow niet-gecontracteerde declaratie wijkverpleging (Arteria, 2017).

De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welk type zorgverzekering is afgesloten. Hierdoor kan er een resterend bedrag open blijven staan die betaald dient te worden door de verzekerde. Het verschilt hierbij of verzekerde een restitutiepolis of een naturapolis heeft. Zo zijn er zorgverzekeraars die een percentage van bijvoorbeeld 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoeden bij een naturapolis, maar bij een restitutiepolis wel 100% uitbetalen. Dit zou bij een naturapolis betekenen dat 25% van het tarief, en daarmee 25% van de kosten, bij de verzekerde terecht komen. Ook kunnen zorgaanbieders kiezen om dit verschil in tarief, en die bijbehorende kosten, te laten vervallen en daarmee voor een lager bedrag zorg te verlenen.

Bij de niet-gecontracteerde zorg speelt de verzekerde een rol in het declaratieverkeer. Niet alleen omdat zij de declaratie moeten verzenden (indien akte van cessie afwezig is), maar ook omdat zij soms nog zelf een restbetaling dienen te voldoen.

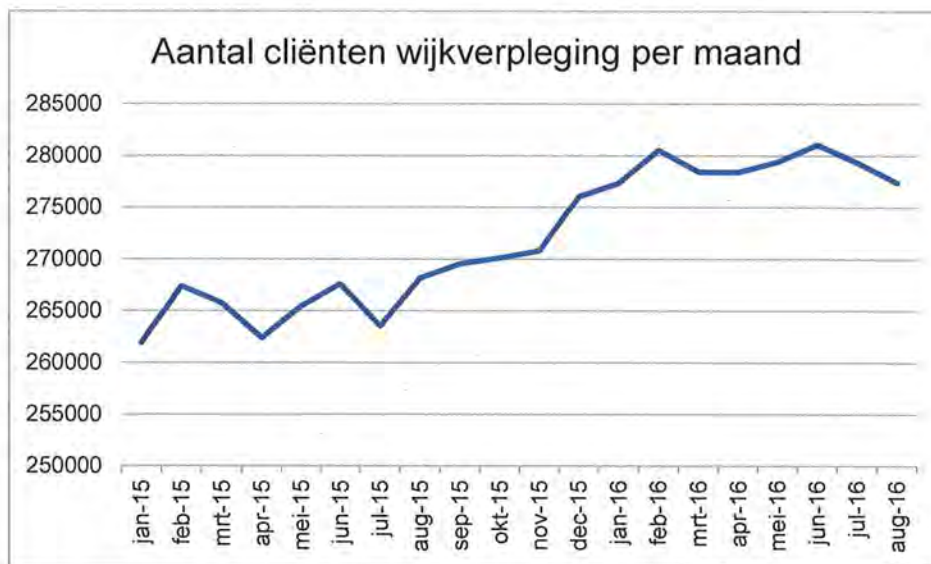
5. Kwantitatief

De aanspraak op wijkverpleging maakt sinds 2015 deel uit van de Zorgverzekeringswet. In de onderstaande paragrafen worden de kwantitatieve feiten vanaf 2015 uiteengezet. De onderstaande cijfers zijn afkomstig van Vektis¹⁷ en Zorgverzekeraars Nederland¹⁸.

De data bevat het verschil in kosten tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg. Hierbij dient vermeld te worden dat een verdieping naar cliëntkenmerken, anders dan leeftijd, op basis van deze data niet mogelijk is. Daardoor kan aan de hand van deze data geen uitspraak worden gedaan over eventuele overkomsten noch verschillen in zorgzwaarte.

5.1. Omvang wijkverpleging

In 2016 ontvingen in het totaal 539 duizend cliënten wijkverpleging met een omvang van ruim 3,2 miljard euro. Dit is een stijging ten opzichte van 2015 waar ruim 512 duizend cliënten wijkverpleegkundige zorg ontvingen met een totale omvang van 3,1 miljard. Hiervan hebben in 2016 ruim 20 duizend personen een PGB gehad. Dit omvat bijna 308 miljoen euro. Gemiddeld maken per maand 271 duizend cliënten gebruik van wijkverpleging. De onderstaande grafiek is afkomstig van Vektis en toont het aantal unieke cliënten per maand.



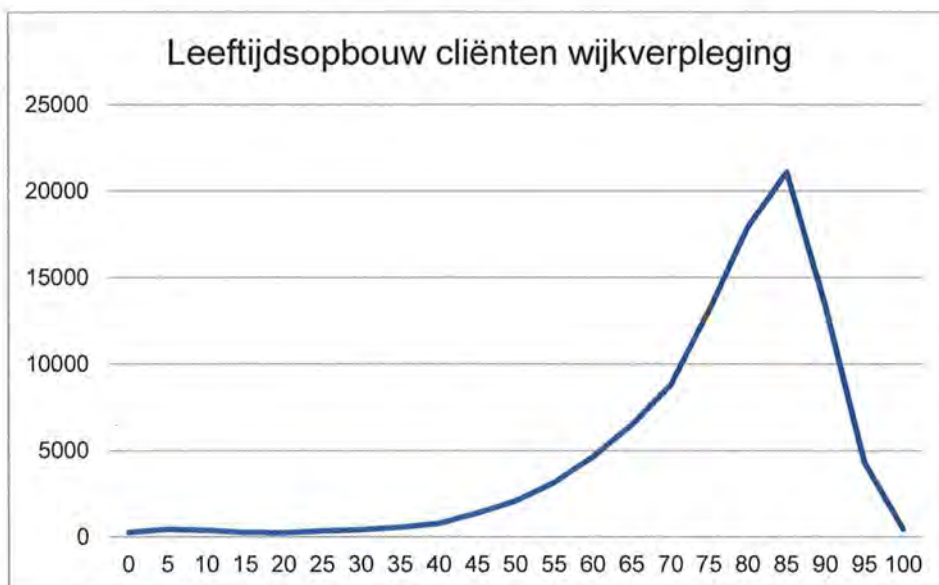
Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

5.2. Cliënten binnen wijkverpleging

Binnen de wijkverpleging wordt de cliëntpopulatie voornamelijk gevormd door ouderen. In 2015 is de gemiddelde leeftijd van mensen met wijkverpleging 75 jaar. Uit eerder onderzoek van Vektis komt naar voren dat 10% van de cliënten met wijkverpleging daarna (binnen een jaar) in een verpleeg- of verzorgingshuis doorstroomt. Ruim 22% van de cliënten met wijkverpleging overlijdt binnen een jaar. In grafiek 2 zijn cliënten wijkverpleging naar leeftijd weergegeven.

¹⁷ Zie ook: www.zorgprismapubliek.nl

¹⁸ Verdieping inzicht in niet-gecontracteerde zorg wijkverpleging, 9 oktober 2017



Grafiek 2: Leeftijdsopbouw (in jaren) cliënten wijkverpleging in 2015 (Vektis, 2017)

Van de ruim 512 duizend cliënten in wijkverpleging (2015), ontvangen bijna 318 duizend mensen zowel persoonlijke verzorging als verpleging. Bijna 74 duizend cliënten ontvangen alleen persoonlijke verzorging en bijna 67 duizend cliënten ontvangen alleen verpleging. Voor de overige 53 duizend cliënten is het onbekend of zij persoonlijke verzorging en/of verpleging ontvangen.

Sinds 2017 is het voor gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk de zorgprestaties te registreren voor verschillende doelgroepen¹⁹. Uit de cijfers van Vektis blijkt dat in 2017 in 72% van de gedeclareerde zorg een doelgroep terugkomt. De resterende 28% van de gedeclareerde zorg bevat geen doelgroepinformatie. In tabel 2 is een procentuele onderverdeling gemaakt (op basis van gedeclareerde zorg), naar de doelgroepen onder de gecontracteerde zorg. Voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging worden geen doelgroepen geregistreerd.

Prestatie omschrijving		Verdeling in %
1032	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)	1%
1033	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	3%
1034	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	7%
1035	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch/psychiatrisch)	66%
1036	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	15%
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	1%
1038	Intensieve kindzorg (medische kindzorg)	7%

Tabel 3: Onderverdeling doelgroep wijkverpleging gecontracteerde zorg (Vektis, 2017)

¹⁹ Per 2017 zijn integrale tarieven afgesproken voor wijkverpleging, dit omdat onderscheid verpleging en verzorging moeilijk te maken is en zo vrijheid aan de wijkverpleegkundigen wordt gegeven om zorg op maat te bieden. Deze doelgroepen zijn door de verzekeraars vastgesteld om informatie te krijgen over aan wie de wijkverpleging wordt geleverd. Deze doelgroepen zijn niet gevalideerd door alle leden van het Bestuurlijkoverleg Wijkverpleging.

5.3. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging

Het Talma Instituut van de VU heeft in augustus 2017 met ondersteuning van Vektis een rapportage opgesteld met als doel inzicht te geven in de omvang van de niet-gecontracteerde zorg²⁰. Het rapport concludeert dat de niet-gecontracteerde zorg groeit, terwijl de gecontracteerde zorg in omvang gelijk blijft. Het Talma Instituut noemt met name de groeiende meerkosten per cliënt opvallend. De term 'meerkosten' wordt gehanteerd voor het verschil tussen de kosten van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze meerkosten zijn waarschijnlijk niet toe te wijzen aan een steeds zieker wordende bevolking. Het instituut concludeert dat de snelle groei van zorgkosten een gevolg is van de prikkels voor zorgaanbieders en cliënten, en de beperkte mogelijkheden van zorgverzekeraars om de groei te beheersen. In grafiek 3 zijn de meerkosten weergegeven van niet gecontracteerde zorg ten opzichte van gecontracteerde zorg. Ter illustratie: De kosten per cliënt zijn voor niet-gecontracteerde zorg in januari 2017 80% hoger dan voor gecontracteerde zorg.



Grafiek 3: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van gecontracteerde zorg per cliënt per maand (Vektis, 2017)

In september 2017 heeft ZN Vektis verzocht een kwantitatieve verdieping te maken voor de wijkverpleging. In het aanvullende onderzoek van Vektis is de palliatieve zorg uitgesloten. Volgens de onderzoekers van Vektis is de palliatieve zorg een zeer dominante factor die de hoeveelheid geleverde zorg beïnvloed. Door het uitsluiten wordt voorkomen dat de verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg door deze zware zorg onevenredig zijn. Hierbij wordt de zorg die 90 dagen voor het overlijden is geleverd niet meegenomen. In 2016 gaat dat om 72 duizend personen en in 2017 (tot dusverre) om 35 duizend personen.

In tabel 3 staan de bedragen van geleverde zorg wijkverpleging gecontracteerd en niet-gecontracteerd per jaar. Hierin is te zien dat het percentage niet-gecontracteerd van 2015 tot en met 2017 toeneemt. Hierbij is de groei van cliënten niet meegenomen. In de volgende (sub)paragrafen wordt het aanvullend (verdiepend) onderzoek voor 2016 en 2017 getoond.

²⁰ Uitgavengroei niet-gecontracteerde GGZ en wijkverpleging, Talma Instituut, augustus 2017

Bedrag in miljoenen	2015	2016 ²¹	2017 ²²
Gecontracteerd	€ 2.743,7	€ 2.357,3	€ 1.257,6
Niet-gecontracteerd	€ 36,9	€ 104,3	€ 83,5
% niet-gecontracteerd van het totaal	1,3%	4,2%	6,2%

Tabel 4: Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging (Vektis, 2017)

5.3.1. Verdieping cijfers 2016

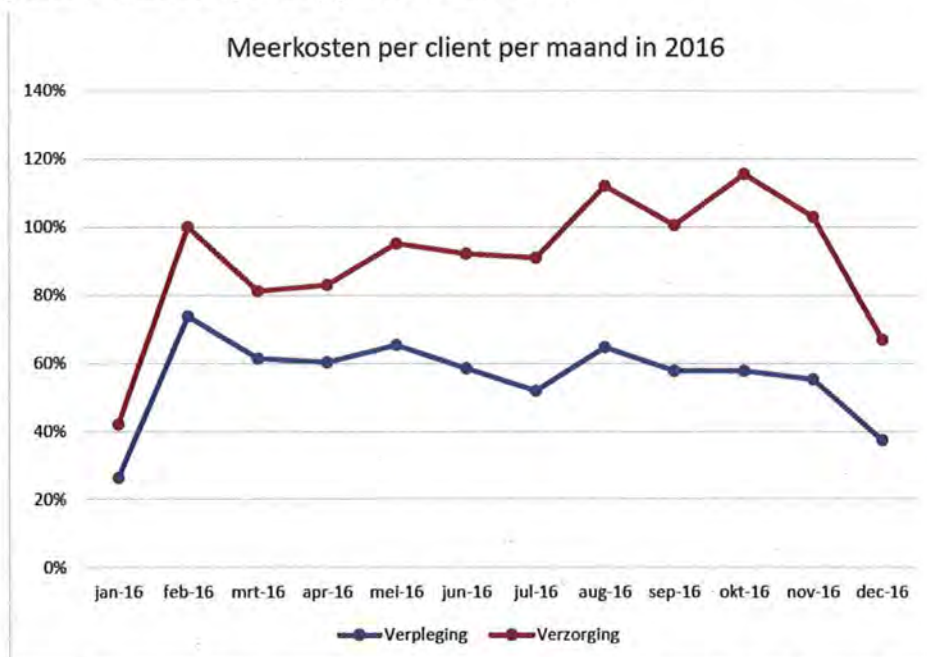
Onderscheid verpleging en verzorging

Na het uitsluiten van de palliatieve zorg, bedragen de totale kosten voor in 2016 geleverde zorg 2,36 miljard euro gecontracteerd en 104 miljoen euro is niet-gecontracteerd. In onderstaande tabel zijn deze kosten uitgezet naar verpleging en verzorging.

	Aantal cliënten	Totale kosten (in mln)
Gecontracteerd: Verzorging	334.565	€ 1.634,9
Gecontracteerd: Verpleging	366.055	€ 722,4
Niet-gecontracteerd: Verzorging	12.693	€ 80,7
Niet-gecontracteerd: Verpleging	9.665	€ 23,6

Tabel 5: Onderscheid (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016 (Vektis, 2017)

Grafiek 4 toont de meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand, verdeeld naar verpleging en verzorging. Deze analyse bevestigt de uitkomsten van het eerdere rapport in samenwerking met het Talma Instituut dat de kosten per cliënt per maand hoger zijn bij niet-gecontracteerde zorg dan bij gecontracteerde zorg.



Grafiek 4: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2016 (Vektis, 2017)

Het uitsluiten van palliatieve zorg resulteert in een groter verschil tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. In een aanvullende vraag aan zowel het Talma Instituut als Vektis,

²¹ Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

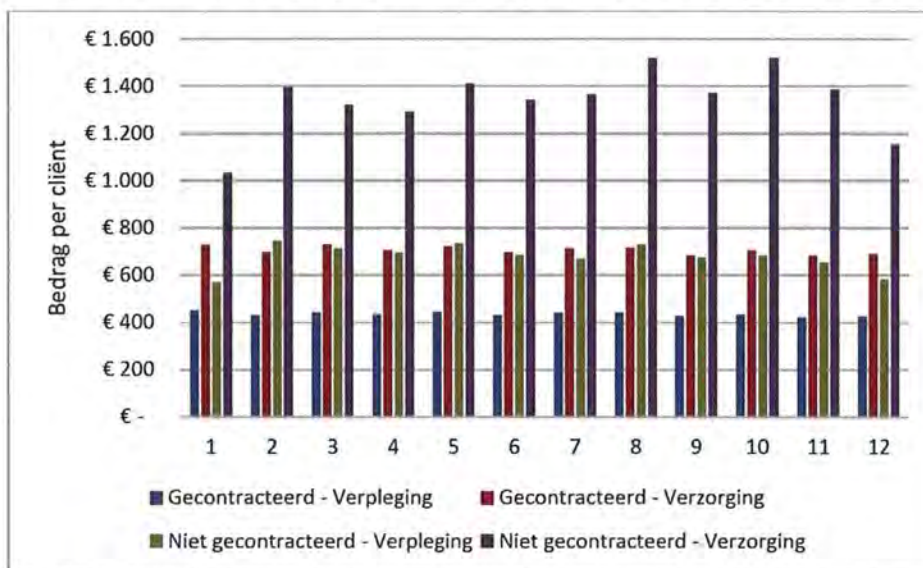
²² De analyse van 2017 bevat de declaraties tot en met augustus 2017. Twee zorgverzekeraars (één kleine en één grote) hebben geen gegevens aangeleverd.

geven beide aan dat met dit resultaat geconcludeerd kan worden dat de gecontracteerde zorg minstens zoveel palliatieve zorg levert als de niet-gecontracteerde zorg.

De lagere procentuele verschillen bij de maanden januari en december in grafiek 4 worden volgens Vektis mogelijk door twee factoren beïnvloed:

- De overgang van het representatiecontracten in 2015 naar eigen contracten in 2016 kan van invloed zijn op de percentages in januari;
- De feestdagen in december kan van invloed zijn op het percentage in december.

De kosten voor verpleging en verzorging zijn verder uitgediept door Vektis. In grafiek 5 zijn de kosten per cliënt per maand voor verpleging en verzorging uiteengezet. Meest opvallend is het verschil in kosten van verzorging tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 5: Kosten (niet-)gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2016 (Vektis, 2017)

Onderscheid naar zorgaanbieder

In de praktijk kan het voorkomen dat zorgaanbieders, naast volledig gecontracteerde of niet-gecontracteerde, deels gecontracteerde zorg leveren. Dit betekent dat een zorgaanbieder met een deel van de zorgverzekeraars wel en met een ander deel van de zorgverzekeraars niet een contract sluit. Voor deze analyse zijn de zorgaanbieders verdeeld onder vier groepen (zie tabel 6). De deels-gecontracteerde zorgaanbieders zijn voor de analyse opgedeeld in twee groepen, namelijk; merendeels gecontracteerde en merendeels niet gecontracteerde zorgaanbieders.

Categorie zorgaanbieder	Percentage gecontracteerd	Aantal zorgaanbieders	Bedrag per cliënt 2016
Volledig gecontracteerd	Meer dan 99,5%	507	€ 5.800
Merendeels gecontracteerd	Tussen 50% en 99,5%	93	€ 6.600
Merendeels niet-gecontracteerd	Tussen 0,5% en 50%	19	€ 8.300
Niet-gecontracteerde zorg	0%	1440	€ 7.600

Tabel 6: Analyse (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging (Vektis, 2017).

Wat opvalt is dat het aantal deels-gecontracteerde zorgaanbieders relatief laag is in vergelijking met de volledig gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast valt op dat het aantal niet gecontracteerde zorgaanbieders bijna drie keer zo groot is dan het aantal gecontracteerde zorgaanbieders.

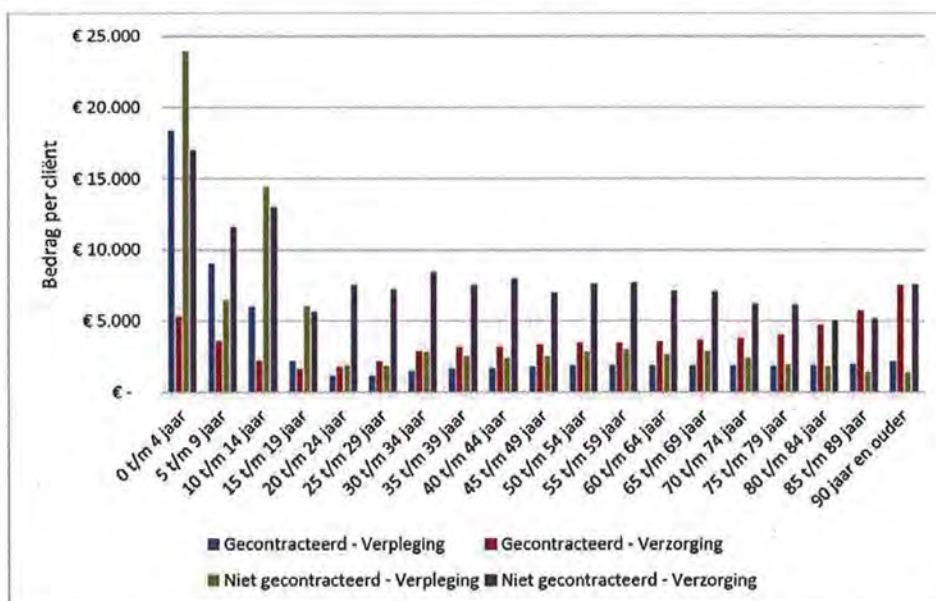
In tabel 7 zijn de gedeclareerde bedragen per cliënt onderscheiden naar verpleging en verzorging. Wat opvalt is dat niet alle zorgaanbieders verpleging en verzorging leveren. Ongeveer 33% van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders levert geen verpleging. Doordat niet alle zorgaanbieders verpleging en verzorging leveren, sluiten de bedragen uit tabel 7 niet aan bij de gemiddelde bedragen uit tabel 6.

Categorie zorgaanbieder	Verzorging/ verpleging	Aantal zorgaanbieders	Bedrag per cliënt 2016
Volledig gecontracteerd	Verzorging	498	€ 5.100
Volledig gecontracteerd	Verpleging	496	€ 1.900
Voornamelijk gecontracteerd	Verzorging	86	€ 5.700
Voornamelijk gecontracteerd	Verpleging	86	€ 2.800
Voornamelijk niet-gecontracteerd	Verzorging	19	€ 6.300
Voornamelijk niet-gecontracteerd	Verpleging	17	€ 4.000
Niet-gecontracteerde zorg	Verzorging	1365	€ 7.900
Niet-gecontracteerde zorg	Verpleging	966	€ 2.500

Tabel 7: Analyse zorgaanbieders wijkverpleging uitgesplitst in verpleging en verzorging (Vektis, 2017).

Onderscheid naar leeftijdsopbouw

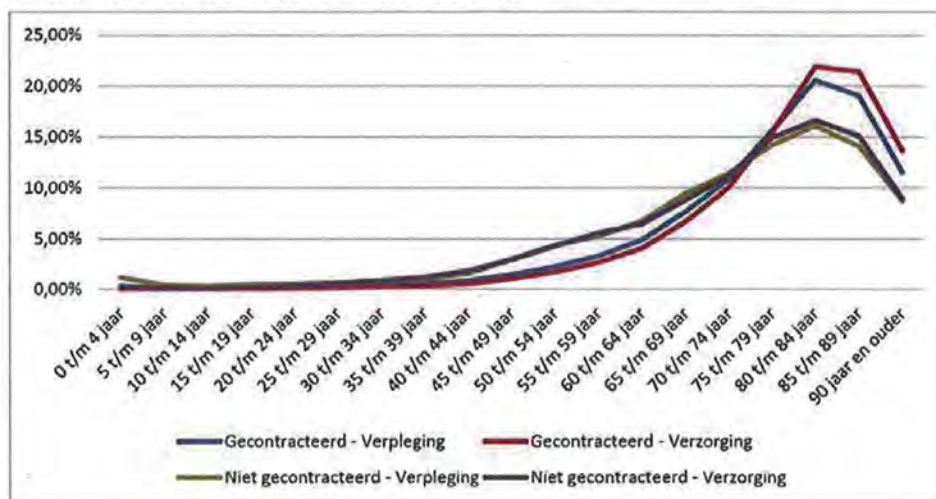
Naast het inzichtelijk maken van de meerkosten van het totaal aantal cliënten, heeft Vektis ook een verdere analyse uitgevoerd naar de kosten van verpleging en verzorging gekoppeld aan de leeftijdsklasse van een cliënt. De uitkomst is dat de kosten per cliënt voor kinderen hoger liggen dan bij de oudere leeftijdsklassen. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 6: Kosten cliënten (niet-)gecontracteerde wijkverpleging in 2016 (Vektis, 2017)

Vektis plaats hierbij wel de aantekening dat het aantal personen in deze laagste leeftijdsklassen (0 tot en met 14 jaar) vrij laag is in vergelijking met de volwassen leeftijdsklassen (circa 3 duizend vs. 300 duizend).

Grafiek 7 toont het aantal personen per leeftijdscategorie voor niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg. In deze grafiek valt op dat niet-gecontracteerde zorg, zowel verzorging als verpleging, vaker wordt verleend aan jongere cliënten in de leeftijdsgroep 35-70 jaar. De gecontracteerde zorg verleend relatief meer zorg aan oudere cliënten (vanaf 70 jaar) in vergelijking met de niet-gecontracteerde zorg.



Grafiek 7: Leeftijdsopbouw cliënten (niet-)gecontracteerde wijkverpleging in 2016 (Vektis, 2017)

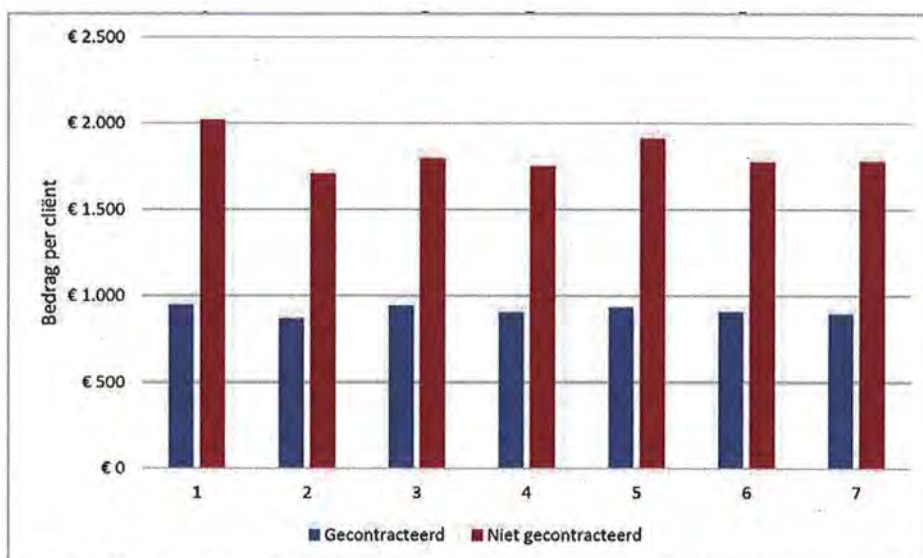
5.3.2. Verdieping cijfers 2017

Voor 2017 is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen verpleging en verzorging, omdat er is gewerkt met een integraal tarief. Daarom worden verpleging en verzorging alleen als totaal getoond (PGB is uitgesloten). Voor deze analyse heeft Vektis gegevens gebruikt van declaraties die tot en met augustus 2017 zijn verwerkt door zorgverzekeraars. Het gaat op dit moment om bijna 1,26 mld euro in 2017 wat gecontracteerd is en bijna 84 mln euro wat niet-gecontracteerd is (zie ook onderstaande tabel 8).

	Totale kosten (in mln)	Aantal cliënten
Gecontracteerd	€ 1.257,6	298.610
Niet-gecontracteerd	€ 83,5	11.293

Tabel 8: Onderscheid (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2017 (tot augustus) (Vektis, 2017)

Grafiek 8 toont het bedrag per cliënt per maand (verpleging en verzorging). De kosten per cliënt voor niet-gecontracteerde zorg zijn net zoals in 2016 bijna twee keer zo hoog als voor gecontracteerde zorg.



Grafiek 8: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

Grafiek 9 toont de meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017. Ook hier is geen onderscheid naar verpleging en verzorging, maar de cijfers laten wel de hogere kosten per cliënt in 2017 zien.



Grafiek 9: Meerkosten niet-gecontracteerde zorg per cliënt per maand in 2017 (Vektis, 2017)

Alle bovenstaande tabellen en grafieken laten de groei in niet-gecontracteerde zorg en de groei in kosten van wijkverpleging zien. Doordat de registratie de laatste jaren op verschillende manieren is gebeurd is vergelijken van deze cijfers minder overzichtelijk. Wanneer cijfers voor heel 2017 binnen zijn, kan een beter vergelijking worden gemaakt. Op dit moment wordt wat betreft doelgroepen en regio's verschillend aanvullend onderzoek gedaan. De resultaten van dergelijk onderzoek is echter niet tijdig beschikbaar voor dit rapport.

6. Kwalitatief

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd onder eenentwintig zorgaanbieders (waaronder zeven ZZP'ers), zeven zorgverzekeraars, veertien wijkverpleegkundigen en eenentwintig cliënten. Aan de hand van verschillende interviewleidraden is de (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven aan bod gekomen.

Onderzoekspopulatie	Aantal deelnemers
Zorgaanbieders	14
Cliënten	21
Verpleegkundigen	14
Verpleegkundige ZZP'ers	7
Zorgverzekeraars	7

Tabel 9: Overzicht deelnemers aan kwalitatief onderzoek (Arteria, 2017).

Om voldoende informatie vanuit het perspectief van de zorgaanbieders te halen, is de verdeling gecontracteerd en niet-gecontracteerd belangrijk. Zo kan er voor beide type zorgaanbieders voldoende informatie opgehaald worden. In de praktijk is een zeer beperkt aantal leden van Actiz en BTN volledig niet-gecontracteerd. Naast het feit dat slechts een klein deel van de zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg levert (minder dan 10%), wordt een significant deel van deze zorg geleverd door ZZP'ers. Dit inzicht is opgedaan gaande het onderzoek. In de onderzoekspopulatie leveren vijf van de zeven ZZP'ers niet-gecontracteerde zorg. In de onderstaande tabel zijn de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders uiteen gezet.

(Niet-)gecontracteerde zorgaanbieders	Aantal deelnemers
Gecontracteerd	7
Deels gecontracteerd	6
Niet-gecontracteerd	8

Tabel 10: Overzicht deelnemende zorgaanbieders (Arteria, 2017).

Het aantal cliënten is niet conform het aantal van de onderzoeksaanpak zoals beschreven in hoofdstuk 3. De cliënten zijn benaderd via de zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen. In de praktijk bleken de zorgaanbieders en zorgverleners zeer terughoudend met het betrekken van cliënten in het onderzoek. Ondanks het lagere aantal kan wel een goed beeld worden gegeven vanuit het perspectief van de cliënt. De inzichten van de 21 geïnterviewden kwamen dermate overeen, dat een aanvulling van zeven cliënten vermoedelijk geen groot verschil maakt.

De onderstaande paragrafen tonen de uitkomsten van de interviews. In de eerste paragraaf worden de verbanden en afwijkingen per onderzoeksgroep uiteengezet. In de tweede paragraaf staan een aantal onderwerpen centraal die bij alle onderzoeksgroepen zijn uitgevraagd. Hierdoor worden onderwerpen vanuit verschillende perspectieven inzichtelijk gemaakt. De uitspraken die in dit hoofdstuk worden gedaan zijn gebaseerd op de interviews en daarmee opvattingen van de geïnterviewde onderzoekspopulatie.

6.1. Perspectieven onderzoekspopulatie

6.1.1. Zorgaanbieders

Binnen het onderzoek zijn zorgaanbieders opgedeeld naar drie groepen; volledig gecontracteerd, deels-gecontracteerde en niet-gecontracteerd (zie figuur 6).



Figuur 6: Schematische weergave (niet-)gecontracteerde zorg (Arteria, 2017).

De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen in de interviews drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond wat te laag is naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is omdat zorgaanbieders hun inziens beter kunnen voorzien in de zorgbehoefte van de cliënt, zeker wanneer deze om continue evaluatie en bijstelling onderhevig is. Deze reden wordt specifiek genoemd door een paar ZZP'ers en kleine zorgaanbieders. Zij geven aan bewust niet afhankelijk willen zijn van (beperkende) doelmatigheidseisen van zorgverzekeraars. Ter illustratie; Een ZZP'er gespecialiseerd in ALS-patiënten geeft aan dat het grillige verloop van deze ziekte vraagt om continue bijstelling van de zorgbehoefte. De wijkverpleegkundige voelt meer vrijheid in het intensiveren en afbouwen van de zorg wanneer ze deze niet-gecontracteerd kan bieden.

Gecontracteerde en deels-gecontracteerde zorgaanbieders zijn in het onderzoek kritisch op bewust niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De niet-gecontracteerde zorgaanbieders zetten volgens hen de schaarste aan zorg en financiering onder druk met de hoeveelheid zorg die zij leveren. De (deels)-gecontracteerde zorgaanbieders die samenwerken met niet-gecontracteerde zorgaanbieders als onderaannemer, zeggen scherp te letten op de kwaliteit en doelmatigheid van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De zorg van onderaannemers heeft invloed op de doelmatigheid en benchmark van de zorgaanbieder en daarmee op de vulling van het budgetplafond en de hoogte van tarieven voor het aankomende jaar.

Deels-gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat zij dezelfde zorg leveren aan alle cliënten. Zij stellen dat als de zorg goed is, deze door alle zorgverzekeraars gecontracteerd kan/moet worden. Nu verschilt de vergoeding van dezelfde zorg per cliënt. Dit zelfde geldt bij gecontracteerde zorg, maar hier zijn de verschillen veelal minimaler.

De zorgaanbieders beschrijven in de interviews veelal twee soorten cliënten. Een grote meerderheid van de cliënten is kwetsbaar en vindt het belangrijk een aanbieder te kunnen

vertrouwen. Een kleiner deel van de cliënten is zich meer bewust van de mogelijkheden van zorg. Deze groep kan gaan 'shoppen' voor zorg, waarbij zij bij meerdere zorgaanbieders informeren hoeveel zorg zij kunnen ontvangen.

6.1.2. Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars die deelnemen aan dit onderzoek zijn op te delen in de landelijk georiënteerde en de regionaal georiënteerde zorgverzekeraars. De landelijk georiënteerde zorgverzekeraars vergoeden relatief meer niet-gecontracteerde zorg declaraties dan kleinere zorgverzekeraars. Dit komt mede doordat de verzekerden van landelijk georiënteerde verzekeraars verspreid zijn over een grotere groep zorgaanbieders. Daarbij verschilt de aanpak voor het contracteren van zorg per zorgverzekeraar. Een deel van de zorgverzekeraars probeert zoveel mogelijk nieuwe zorgaanbieders te contracteren, ook als die voor maar één verzekerde zorgen. Een ander deel van de zorgverzekeraars contracteert alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer die een zorgtekort in een regio opvullen of een onderscheidend ofwel innovatief zorgaanbod hebben.

Minder dan de helft van de zorgverzekeraars heeft zicht op de precieze omvang en kenmerken van de zorgaanbieders en de verzekerden. Het merendeel van de zorgverzekeraars is zich nog aan het oriënteren op de niet-gecontracteerde zorgaanbieders en verzekerden. Alle zorgverzekeraars voeren materiële controles naar buitensporige declaraties uit en de zorgverzekeraars hebben tenminste één verpleegkundig of medisch adviseur in dienst om de declaraties en zorgplannen te controleren.

Een meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan dat een ruime meerderheid van de zorgaanbieders kwalitatief goede zorg levert en dat ondoelmatigheid en onrechtmatigheid niet alleen voorkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Door de extra aandacht en (materiële) controles op niet-gecontracteerde zorg valt het de onrechtmatigheid sneller op volgens de bevraagde zorgverzekeraars in vergelijking bij gecontracteerde zorgaanbieders. Een paar zorgverzekeraars voegt hierbij specifiek toe dat een aanzienlijk deel van de zorgaanbieders die onrechtmatige zorg levert is geen lid van ActiZ of BTN. Daarnaast komt het in de praktijk soms voor dat niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd aan cliënten bij wie eerst het PGB is afgewezen. Het is voor zorgverzekeraars niet mogelijk hierbij exacte aantallen te noemen.

Zorgverzekeraars verschillen van mening als het gaat om de keuze vrijheid van verzekerden en de bijbehorende vergoeding van gekozen zorgaanbieders. Volgens artikel 13 van de Zvw is een verzekerde vrij in zijn keuze voor een zorgaanbieder en heeft een zorgaanbieder recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor de zorgkosten. Een aantal zorgverzekeraars hebben expliciet aangegeven meer mogelijkheden te willen hebben om van onrechtmatigheid verdachte of kwalitatief dubieuze zorgaanbieders helemaal uit te sluiten van het recht op een vergoeding. Andere zorgverzekeraars zijn nog zoekende hoe hier in de toekomst mee om te gaan.

6.1.3. ZZP'ers

ZZP wijkverpleegkundigen ervaren minder werkdruk wanneer zij hun werkdagen vergelijken collega wijkverpleegkundigen in loondienst. Doordat ZZP'ers zelf de uren indelen, ervaren ze veel vrijheid. De splitsing niet-gecontracteerd en gecontracteerd wordt door de groep veelal gemaakt door zichzelf te vergelijken met instellingen. Hierin zien zij zichzelf als de groep die niet-gecontracteerde, persoonlijke, op de cliënt afgestemde zorg biedt en de zorgaanbieders als groot, niet flexibel en onpersoonlijk.

ZZP'ers werken soms in coöperaties. Zij zien hier een aantal voordelen in:

- Garanderen continuering zorg naar cliënten;

- Hebben ze toegang tot een niveau 5 verpleegkundigen indien zij dit zelf niet zijn;
- Kunnen ze als coöperatie bij sommige zorgverzekeraars wel een contract krijgen;
- Kunnen ze vakinhoudelijk afstemmen.

Door het tekort aan wijkverpleegkundige niveau 5 bij instellingen, worden ZZP'ers geconsulteerd om te indiceren. De vraag is groot, waardoor zij veel eisen kunnen stellen qua arbeidsvoorwaarden.

ZZP'ers geven aan veelal de complexe vraagstukken op te pakken, die voor gecontracteerde zorgaanbieders niet rendabel zijn vanwege de vele uren zorg. Vaak betreft dit specifieke zorg waarvoor een bepaalde expertise vereist is. Omgekeerd zijn ZZP'ers kritischer met het aannemen van minimale zorgvragen, omdat deze korte contactmomenten voor hen niet rendabel zijn. Om basisvaardigheden wel op een goed niveau te houden zijn er een aantal ZZP'ers die voor een aantal uren/dagen per week bij een instelling werken.

ZZP'ers vinden het geen optie om mensen zorg te weigeren omwille van hun zorgverzekering, maar advies geven over een andere zorgverzekering vindt een aantal geen probleem.

6.1.4. Wijkverpleegkundigen in loondienst

Wijkverpleegkundigen in loondienst geven aan dat ze door een tekort aan collega's een hoge werkdruk ervaren. Vooral het tekort aan wijkverpleegkundigen niveau 5 is groot. Ze vinden het werk afwisselend, de zorgvragen uitdagend, maar soms ook complex. Dit komt doordat cliënten steeds langer thuis wonen en de gevraagde zorg daarmee intensificeert.

Als beroepsgroep vinden ze dat ze meer leidend moeten zijn in het zorgproces. Zij zijn degene die aangewezen zijn om te indiceren, maar worden hierin door de verzekeraars niet altijd erkend in hun expertise.

Het grote verschil volgens wijkverpleegkundige die gecontracteerde zorg leveren in vergelijking met niet-gecontracteerde zorg zit hem in het stimuleren van zelfredzaamheid. De gecontracteerde zorgverleners kunnen minder tijd besteden aan cliënten, omdat zij worden beoordeeld op doelmatige zorg. Zij zeggen daarom extra in te zetten op het zelfredzaam maken van cliënten. Bij niet-gecontracteerde zorg vermoedt een meerderheid van de gecontracteerde zorgverleners dat er meer wordt gepamperd. Niet-gecontracteerde zorgverleners geven zelf inderdaad aan de ruimte te krijgen om de vraag achter de vraag te stellen. Zij kunnen meer tijd nemen voor het inzetten van bijvoorbeeld het netwerk van de cliënt of voorzieningen uit de Wmo. De gecontracteerde zorgverleners geven aan hier minder uren voor vrij te kunnen maken. Wel geven beide groepen aan dat het als instelling makkelijker is om aan tafel te komen bij wijknetwerken en zo je rol als spil in de wijk te vervullen. Dit is een voordeel in vergelijking met ZZP'ers.

6.1.5. Cliënten

Zowel cliënten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, als cliënten van gecontracteerde zorgaanbieders zijn meestal niet op de hoogte van het verschil tussen de type contracten. Slechts een enkeling kan de verschillen duiden. Wat zij vooral belangrijk vinden is dat zij niet hoeven te betalen voor de zorg die zij ontvangen. Ook vinden ze het prettig om niets te regelen in het declareren van de zorg.

Wanneer zorg onverwachts ingezet moet worden, word er eerst gehandeld door de zorgaanbieders, alvorens de regelzaken worden gedaan. Veelal loopt bij dergelijke trajecten de informatieverstrekking minder goed. Dit kan resulteren in onverwachte declaraties naar cliënten

die bij een zorgverzekeraar zitten waar geen contract mee is. Veelal zijn het echter de zorgaanbieders die het verlies nemen door het tarief van zorg aan te passen aan het tarief wat zij ontvangen van de zorgverzekeraar. Zo betaalt de cliënt uiteindelijk niets extra's voor niet-gecontracteerde zorg.

Wanneer cliënten gevraagd wordt of zij bereid zijn te betalen voor de zorg die zij geleverd krijgen, geven ze allemaal aan dat wanneer dit speelt zij zullen nagaan of ze kunnen overstappen. Ofwel naar een andere zorgaanbieder, dan wel een andere zorgverzekeraar.

Geen enkele cliënt die geïnterviewd is voor dit onderzoek heeft voorafgaand aan de zorgverlening contact gehad met zijn zorgverzekeraar of informatie ontvangen over niet-gecontracteerde zorg. Wel zijn er kort geleden brieven ontvangen van zorgverzekeraars waarin wordt aangegeven dat er voor niet-gecontracteerde zorg betaald moet worden door cliënten. Dit heeft voor wat onrust gezocht bij een aantal cliënten. Deze onrust kon door hun zorgaanbieder worden weggenomen, doordat de zorgaanbieder deze kosten niet doorberekend naar de cliënten.

6.2. Vergelijking van perspectieven

Een deel van de onderzoeksvragen wordt aan de gehele onderzoekspopulatie gevraagd. Dit biedt de mogelijkheid om de antwoorden niet alleen binnen een groep (zoals gecontracteerde zorgaanbieders en niet-gecontracteerde zorgaanbieders) te analyseren, maar ook tussen groepen (zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars). In tabel 11 zijn de onderzoeksvragen weergegeven die binnen meerdere groepen zijn uitgevraagd, in de volgende sub paragrafen worden deze vragen en de analyse daarop verder toegelicht.

Onderzoeksvragen versus onderzoeksgroepen ²³	ZA	ZV	WVPK	CL
Ervaring met niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Reden of motief voor (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Voor- en nadelen gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Verschil kwaliteit (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	
Verschil doelmatigheid (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	
Keuzevrijheid voor gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Financiering van niet-gecontracteerde zorg	x	x	x	x
Verwachte ontwikkeling (niet-)gecontracteerde zorg	x	x	x	

Tabel 11: Overzicht van onderzoeksvragen verdeeld naar onderzoeksgroepen (Arteria, 2017).

6.2.1. Ervaring met niet-gecontracteerde zorg

Zorgaanbieders geven in het onderzoek aan dat een spanningsveld ontstaat doordat niet-gecontracteerde zorg in verband wordt gebracht met kleine zorgaanbieders en onrechtmatigheid. Dit terwijl een deel van de niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd door relatief grote zorgaanbieders die met een of enkele zorgverzekeraars geen contract hebben.

Wijkverpleegkundigen, zowel degene in dienst als de ZZP'ers delen de opvatting dat niet-gecontracteerde zorg voornamelijk door kleine instellingen wordt geleverd. Zij classificeren niet-gecontracteerde zorg als persoonlijk.

²³ De tabel kent de volgende afkortingen: ZA (zorgaanbieder), ZV (zorgverzekeraar), WVPK (wijkverpleegkundige) en CL (cliënt).

Ook zorgverzekeraars geven aan dat het merendeel van niet-gecontracteerde zorg wordt geleverd door kleine zorgaanbieders en individuele ZZP'ers. Deze zorgaanbieders leveren in vergelijking met gecontracteerde aanbieders meer verzorging dan verpleging. Hierbij beschikken de kleine zorgaanbieders veelal niet over een hbo geschoolde wijkverpleegkundige. De kleinere (regionale) zorgverzekeraars kennen relatief minder niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met grotere (landelijke) zorgverzekeraars. Ter illustratie; een kleinere zorgverzekeraar heeft de niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk gemaakt, deze bestaat uit 300 verzekerden bij 120 aanbieders en hiervan hebben 4 aanbieders meer dan 20 cliënten.

Van de geïnterviewde cliënten konden een paar correct benoemen wat het verschil was tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het maakte niemand uit of hun zorgaanbieder gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg leverde. Enkel wanneer dit nadelige gevolgen voor henzelf zou hebben (rekeningen thuis, bijbetalen aan zorg) zouden ze een overstap overwegen. Dit kon zowel een overstap van zorgverzekeraar als zorgaanbieder inhouden.

6.2.2. Reden of motief voor (niet-)gecontracteerde zorg

De hoogte van het tarief en het budgetplafond zijn de belangrijkste redenen voor zorgaanbieders om te kiezen voor het leveren van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Bepalend voor de haalbaarheid voor het leveren van zorg met het geïntegreerde tarief is de balans tussen de geleverde verplegende en verzorgende zorg.

Volgens de zorgaanbieders maken cliënten geen bewuste keuze voor (niet-)gecontracteerde zorg. De cliënt wordt veelal rechtstreeks doorgestuurd vanuit een verwijzer, neemt al een ander zorgproduct af bij de zorgaanbieder of hoort over de zorgaanbieder via mond-tot-mond reclame. Voor veel cliënten is het inschakelen van wijkverpleegkundige zorg een enorme stap, omdat zij iemand toelaten in hun privédomein. Hierdoor is mond-tot-mond reclame een belangrijk onderdeel bij de keuze. Uit de interviews met cliënten wordt dit beeld bevestigd. Het merendeel van de cliënten is via een verwijzer bij de zorgaanbieder terecht gekomen. De verwijzer geeft een aantal opties voor zorgaanbieders aan, waarna de keuze die ze maken veelal gegrond is op ervaringen uit hun netwerk met deze zorgaanbieder. Een enkele cliënt gaat zelf op zoek naar een zorgaanbieder, in de afgenomen interviews betrof dit een jongere doelgroep.

Zorgverzekeraars geven aan dat uit klanttevredenheidonderzoek blijkt dat cliënten tevreden zijn met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zorgverzekeraars stellen hier vragen bij, want de tevredenheid is volgens hen onder andere zo hoog, doordat deze cliënten gemiddeld meer uur zorg krijgen. "Het lijkt een service om meer uren naar klanten te leveren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders", zeggen de zorgverzekeraars. Uit de interviews met cliënten is dit niet te concluderen, omdat er geen zicht is op hun indicatie. Wel geven alle cliënten aan tevreden te zijn met hun huidige aanbieder. Een klein aantal cliënten was wel eens gewisseld van zorgaanbieder. De reden van de overstap had bij alle cliënten te maken met het niet op gezette tijden leveren van zorg.

De wijkverpleegkundige zorg is vrij toegankelijk voor nieuwe zorgaanbieders. Dit kan niet-gecontracteerde zorg vergroten, maar is ook nodig om capaciteitsproblemen in bepaalde regio's op te lossen, volgens de zorgaanbieders. Het beleid voor het contracteren van (nieuwe) zorgaanbieders kan per zorgverzekeraar sterk verschillen.

- Een deel van de zorgverzekeraars wil juist zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren.
- Een ander deel is meer terughoudend en stelt aanvullende eisen.

- Alle zorgverzekeraars geven aan dat een groot deel van de zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract, niet voldoen aan minimale eisen, zoals het hebben van een hbo-wijkverpleegkundige.
- Een aantal zorgverzekeraars vindt het opvallend dat zij weinig contractaanmeldingen van nieuwe zorgaanbieders krijgen voor het aankomend jaar, dit terwijl zij wel via de brancheorganisaties te horen krijgen dat bepaalde zorgaanbieders zich willen contracteren.

Voor een ZZP'er is het bij veel zorgverzekeraars onmogelijk om een contract af te sluiten, al zouden de ZZP'ers dit willen. Enkel wanneer zij in coöperaties samenwerken, of een achterwachtcontract hebben met een andere zorgaanbieder zijn sommige zorgverzekeraars bereid om een contract aan te gaan.

6.2.3. Voordelen niet-gecontracteerde zorg

Voor zorgaanbieders is het voordeel van niet-gecontracteerde zorg het ontbreken van een budgetplafond. Mits de kosten, de mix geleverde verpleging/verzorging en de mix zorg in natura/restitutiepolis van de zorgaanbieder in verhouding zijn, kunnen de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg toereikend zijn. De zorg is hierdoor (per minuut) goedkoper in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast ervaren niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer ruimte om de cliëntzorg aan te laten sluiten op de behoefte van de cliënt (binnen het kader van de wijkverpleging). Ook wijkverpleegkundige ZZP'ers en wijkverpleegkundigen in dienst bij een niet-gecontracteerde aanbieder zien deze voordelen. Een paar van deze wijkverpleegkundigen geeft aan bij niet-gecontracteerde zorg alle uren te kunnen declareren die nodig worden geacht voor de cliënt en dat zij niet beperkt worden door doelmatigheidseisen.

Regionale tekorten van gecontracteerde zorgaanbieders kunnen met niet-gecontracteerde zorg gedekt worden. Tot slot kunnen de administratieve lasten bij niet-gecontracteerde zorg lager zijn in vergelijking met gecontracteerde zorgaanbieders. Dit doordat geen tijd gestoken hoeft te worden in het contracteren van zorg, het eigen maken van de eisen van verzekeraars en de mogelijkheid declaraties digitaal in te dienen.

De keuzevrijheid van een cliënt is een belangrijk voordeel van niet-gecontracteerde zorg volgens zorgverzekeraars. Ook erkennen ze dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen soms hele specifieke cliëntbehoeftes vervullen. In bepaalde regio's is de niet-gecontracteerde zorg ook noodzakelijk voor het oplossen van personeel- en zorgtekorten.

6.2.4. Nadelen niet-gecontracteerde zorg

Het voordeel van gecontracteerde zorg is dat hiermee zorgaanbieders naar cliënten een signaal/gevoel kunnen afgeven dat zij goede zorg leveren volgens de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar. Gecontracteerde zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen en ZZP'ers zien dit als de grootste waarde van een contract. Daarnaast biedt gecontracteerde zorg de zorgaanbieder een bepaalde inkomstengarantie. Bij niet-gecontracteerde zorg moet een zorgaanbieder de ingediende declaratie langer voorfinancieren.

Voor de cliënt kan niet-gecontracteerde zorg meer lasten opleveren, omdat zij zelf de declaratie in moeten dienen bij de zorgverzekeraar. In de praktijk is dit nu nog niet zichtbaar, maar door de aangescherpte declaratievoorwaarden van zorgverzekeraars voor 2018 zal dit vermoedelijk meer gangbaar worden. Zorgverzekeraars gaan niet-gecontracteerde aanbieder dan onder andere minder mogelijkheid bieden om via akte van cessies declaraties zelf te verzenden.

Terwijl sommige wijkverpleegkundigen de administratie rondom niet-gecontracteerde zorg eenvoudiger noemt, is er ook een groep wijkverpleegkundigen die het declareren ingewikkelder

noemt. Bijvoorbeeld doordat op elke factuur een handtekening van de cliënt moet staan, of er niet elektronisch gefactureerd mag worden. Geïnterviewde cliënten die op dit moment niet-gecontracteerde zorg ontvangen zien deze nadelen niet. Zij geven aan geen declaraties thuis te krijgen en betalen niks voor de zorg die zij krijgen. Er is hierdoor voor hen geen prikkel om bewust voor het één of het ander te kiezen.

Volgens de zorgverzekeraars ontbreekt bij niet-gecontracteerde zorg de mogelijkheid tot het maken van afspraken over kwaliteit, doelmatigheid en budgetplafond. Ook de controle op deze onderdelen is beperkt mogelijk of vergt veel administratieve lasten voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Op basis van een contract kan een relatie worden opgebouwd waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraar elkaar leren vertrouwen.

Door niet-gecontracteerde zorg kan het aantal zorgaanbieders sterk toenemen, wat volgens een paar van de zorgverzekeraars in bepaalde regio's (met voldoende zorg) overbodig is. Teveel zorgaanbieders vinden zij niet goed voor een efficiënte ketensamenwerking. Enkele zorgverzekeraars vinden dermate ruime keuzevrijheid geen kwaliteit op zich. Tot slot is de niet-gecontracteerde zorg wel per minuut goedkoper, maar per cliënt duurder, doordat deze zorgaanbieders meer uren zorg leveren. Volgens een paar zorgverzekeraars kan je hierdoor stellen dat dit de schaarste in de zorg verergert, omdat deze uren onder meer cliënten verdeeld zouden kunnen worden.

6.2.5. Verschil kwaliteit (niet-)gecontracteerde zorg

Het is voor zorgaanbieders moeilijk te benoemen wat en of er kwalitatieve verschillen zijn tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit komt mede door het ontbreken van een kwaliteitskader. Zorgaanbieders die deels gecontracteerde zorg leveren en/of samenwerken met niet-gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat er geen verschil is in kwaliteit.

Een ruime meerderheid van de zorgaanbieders geeft aan wel een aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders te kennen die volgens hen kwalitatief mindere wijkverpleging leveren. Voorbeelden die zij geven betreffen aanbieders waarbij het indiceren niet wordt uitgevoerd door een wijkverpleegkundige of waar enkel achteraf wordt geregistreerd. Sommige zorgaanbieders zeggen dat bij organisaties met alleen ZZP'ers er minder binding is en onvoldoende wordt geïnvesteerd in de zorgverleners. Tot slot geven vooral de kleine zorgaanbieders te kennen dat grotere zorgaanbieders zijn gebrand op efficiëntie en hierdoor in bepaalde gevallen kwaliteit van zorg op de tweede plaats komt. Als kleine aanbieder kunnen zij meer op wijkteamniveau opereren en de zorgbehoefte van de cliënt goed verbinden met de mogelijkheden in de keten. ZZP'ers geven ook aan op dit niveau in de wijk te opereren. Doordat zij volgens zichzelf wendbaarder zijn, kunnen ze makkelijk inspelen op veranderende zorgvragen. Door het personeelstekort bij grotere zorgaanbieders, wordt volgens een aantal ZZP'ers daar met minder gekwalificeerd personeel gewerkt. Daarnaast is de werkdruk bij zorgaanbieders hoog, dit heeft volgens een aantal ZZP'ers invloed op de kwaliteit van zorg. Wel vinden ZZP'ers dat kwaliteit vooral een verantwoordelijkheid van de professional zelf blijft.

Wanneer wordt gevraagd naar wat kwalitatief goede zorg zou moeten zijn, dan geven zorgaanbieders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen een redelijk eenduidig beeld.

- Kwalitatief goede zorg begint bij een indicatiestelling door de wijkverpleegkundige aan de hand van een classificatiesysteem waarin onder andere de leefomgeving van de patiënt in beeld is gebracht en zelfredzaamheid wordt gestimuleerd. Het zorgplan wordt verwerkt in een (elektronisch) cliëntendossier en deze wordt periodiek/continue herijkt en geëvalueerd door de zorgverleners en besproken met de cliënt.

Wat veel wijkverpleegkundigen missen is vertrouwen op hun expertise. Vanuit hun expertise zijn zij degene die een beoordeling maken. "Verantwoording hierover afleggen is prima, maar meer vertrouwen in onze professie is gewenst". Zij moeten als beroepsgroep meer uitdragen dat zij serieus genomen dienen te worden en dat de zorg die zij indiceren ook de zorg is die nodig is.

Ook bij zorgverzekeraars is geen eenduidig beeld over de kwalitatieve verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Wat opvalt zijn de specifieke casussen uit materiële controles. Het gaat hierbij veelal om onrechtmatige zorg, wat het beeld van zorgverzekeraars over niet-gecontracteerde zorg negatief beïnvloed. Echter geven deze specifieke casussen een onvoldoende eenduidig beeld om te spreken van algemene verschillen. Net zoals de zorgaanbieders geven zorgverzekeraars aan dat bij individuele gevallen verschillen zichtbaar zijn op indicatie en scholing. Zorgverzekeraars vinden de aanwezigheid van een wijkverpleegkundige een minimale kwaliteitseis voor een zorgaanbieder, onder andere voor het beoordelen van de situatie van de cliënt en het mogelijk aanpassen van het zorgplan. Daarbij geven zij aan dat kennis van de keten ook een kwalitatief verschil kan bieden als gevolg van een betere samenwerking en coördinatie.

Alle cliënten die zijn geïnterviewd geven aan tevreden te zijn met het aantal uren zorg dat ze ontvangen en met hun huidige zorgaanbieder. Het verschil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd is voor hen niet zichtbaar.

6.2.6. Verschil doelmatigheid (niet-)gecontracteerde zorg

Net zoals bij kwaliteit is het voor zorgaanbieders onduidelijk wat precies onder doelmatigheid wordt verstaan. De huidige definitie van de zorgverzekeraars, die enkel uitgaat van geleverde zorg en de zorgduur, vinden zij onjuist. Er zijn veel meer variabelen van belang, zoals de doelgroep van de cliënt en de totale zorgvraag binnen een regio. Daarnaast hanteert iedere zorgverzekeraar een eigen methodiek voor het berekenen van de doelmatigheid. Dit is voor gecontracteerde zorgaanbieders lastig, want hierdoor kunnen zij bij de ene zorgverzekeraar in een andere doelmatigheidsklasse vallen dan bij een andere. Doelmatigheid kan echter wel van invloed zijn op de hoogte van hun tarief.

Een deel van de zorgaanbieders vermoedt dat zorg doelmatig is zolang het binnen de bandbreedtes van de gemiddelde zorginzet per cliënt valt. Zo wordt voorbij gegaan aan situaties met een zwaardere zorgvraag. Een klein deel van de zorgaanbieders geeft aan dat een zorgverzekeraar vooraf goedkeuring verleent aan een intensieve zorgvraag, maar achteraf alsnog extra controles uitvoert op de doelmatigheid (het aantal uren zorg per cliënt).

Een meerderheid van de zorgaanbieders beschouwt het onvoldoende streven naar de zelfredzaamheid van de cliënt als minder doelmatige zorg. De meeste wijkverpleegkundigen in dienst bij gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders minder sturen op zelfredzaamheid. "Zij kunnen zoveel uren leveren als zij willen, terwijl wij worden afgerekend op doelmatigheid". Echter stelt een wijkverpleegkundige van een niet-gecontracteerde aanbieder dat zij doelmatiger werken, juist doordat ze de tijd nemen de vraag achter de vraag te stellen. Wat ervoor zorgt dat er sneller ingespeeld kan worden op aandachtsgebieden en zo opschaling van zorg voorkomen wordt.

Een aantal zorgaanbieders heeft te maken (gehad) met 'shoppende' cliënten die bij een andere zorgaanbieder een veel hogere indicatie konden krijgen. Het vermoeden is dat deze cliënten dan meer verzorging ontvangen ter compensatie van de zelfredzaamheid. Dit is een doelgroep die wij in de interviews niet hebben gesproken en die juist van grote invloed zijn op de sector.

Zorgverzekeraars zien dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorg leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Veel van de casussen die bij de materiële controles naar voren komen tonen dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder meer denkt vanuit de zorg die hij/zij kan leveren in plaats van het bevorderen van zelfredzaamheid en het scheiden van de zorg over de verschillende domeinen. Kennis van het netwerk van de cliënt en de mogelijkheden in de keten zijn van belang bij het leveren van doelmatige zorg. De niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben geen financiële prikkel om minder zorg per cliënt te leveren bij het uitblijven van een beloning in tarief op budgetplafond. Stoppen met zorg verlenen of het afbouwen van zorg betekent voor niet-gecontracteerde zorg dat de inkomsten stoppen. Bij gecontracteerde zorg geldt dit ook, maar doordat deze zorgaanbieders door zorgverzekeraars ook worden beoordeeld op het aantal uren zorg per cliënt is er ook een financiële prikkel die afbouwen stimuleert. Het op grote schaal vergelijken van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is lastig doordat zij andere zorgprestaties registreren. Doordat de meeste niet-gecontracteerde zorgaanbieders klein zijn, is het niet mogelijk hen mee te nemen in benchmark onderzoeken.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij zelf ook de oorzaak zijn van minder doelmatige zorg door de lagere tarieven voor niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. Een zorgverzekeraar met een pilot 'Zorg in de wijk' ziet dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders in pilot regio's gemiddeld meer minuten per cliënt registreren dan in regio's waar zij wel gecontracteerd zijn.

6.2.7. Keuzevrijheid voor gecontracteerde zorg

Zorgaanbieders verschillen onderling sterk van mening als het gaat om de keuzevrijheid om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. De keuzevrijheid is afhankelijk van de onderhandelingspositie. Deze positie is afhankelijk van de omvang van de zorgaanbieder en de mate waarin die een bepaalde regio bedient. Grotere zorgaanbieders met veel cliënten in een bepaalde regio komen veelal tot een persoonlijk gesprek met de zorgverzekeraars. Wanneer dit niet kan hebben zorgaanbieders het gevoel enkel te kunnen 'tekenen bij het kruisje'.

Waar alle zorgaanbieders het over eens zijn is dat de zorgverzekeraars zeer dwingend zijn bij de contractering van zorg en dat ook bij persoonlijk contact van een echte onderhandeling geen sprake is.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders die boven het plafond zitten die zorgverzekeraars hanteren voor nieuwe zorgaanbieders kunnen vaak niet uit met het contract. Deze zorgaanbieders geven aan nauwelijks de mogelijkheid te hebben hierover in gesprek te gaan. Daarbij leidt het jaarlijks verkopen van zorg tot veel administratieve lasten. Zorgaanbieders zouden graag contracten afnemen voor een langere periode.

Voor ZZP'ers is de keuze veelal eenvoudig. Als zelfstandige krijgen zij vrijwel geen contract bij verzekeraars. Wel hebben zij de optie om als coöperatie of samenwerkingsverband toe te treden. Ook dan ervaren ze als niet-gecontracteerde aanbieder het gebrek aan een onderhandelingspositie.

De keuze tot gecontracteerde zorg verschilt per zorgverzekeraar. Een deel van de zorgverzekeraars wil zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren, mits deze voldoen aan de (minimale) eisen van de overeenkomst. Andere zorgverzekeraars willen per regio zo min mogelijk zorgaanbieders. Of alleen nieuwe zorgaanbieders wanneer deze een onderscheidend zorgaanbod leveren. Het valt zorgverzekeraars op dat een beperkt aantal niet-gecontracteerde

zorgaanbieders zich aanmeldt voor de zorginkoop van 2018. Tussen deze zorgaanbieders zitten leden van ActiZ en BTN, maar er zijn ook veel zorgaanbieders die bij geen branchevereniging zijn aangesloten. Een deel van de zorgverzekeraars vindt dat zorgaanbieders nu mogelijk teveel vrijheid hebben voor het niet aannemen van een contract. Bijvoorbeeld doordat zij voldoende cliënten hebben met een restitutiepolis en een contract daarom financieel niet voordelig is.

6.2.8. Informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg

Wijkverpleegkundigen informeren cliënten bij de intake of de zorg vergoed wordt of niet en of de cliënt zelf een factuur moet indienen bij de zorgverzekeraar. Vooral niet-gecontracteerde zorgaanbieders proberen deze informatie goed over te brengen, om verrassingen bij de declaratie van zorg te voorkomen. Ze merken dat cliënten weinig kennis over (niet-)gecontracteerde zorg hebben. De cliënt vindt het vooral belangrijk te horen of er consequenties voor hen zijn. Navraag bij de cliënten leert dat zij zich de gesprekken over contractering niet kunnen herinneren. Wel weten ze vaak te noemen dat hen is verteld dat ze niet hoeven te betalen voor de zorg. Het merendeel zegt hierover nooit contact met hun zorgverzekeraar te hebben gehad.

Zorgverzekeraars informeren hun verzekerden (met uitzondering van de polisvoorwaarden) niet actief over het verschil tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg. Volgens hen is het vertrouwen in de verzekeraar in vergelijking met de zorgaanbieder beperkt. Wel bieden alle zorgverzekeraars hun verzekerden een tool aan die helpt om gecontracteerde aanbieders in de buurt te vinden. Daarnaast vindt zorgbemiddeling ook enkel plaats voor gecontracteerde zorg.

Volgens zorgverzekeraars kiest een groot deel van de verzekerden zelf de zorgverlener en de daarbij behorende zorgaanbieder. Er wordt niet veel gewisseld van zorgverlener (en dus aanbieder).

Zorgverzekeraars hebben het gevoel dat een aantal (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders de verzekerden informeert over het nemen van een restitutiepolis. Dit vermoeden wordt onderbouwd doordat een aantal zorgverzekeraars een stijging zien van het aantal restitutiepolissen in de wijkverpleging. Informeren is volgens een paar zorgverzekeraars niet toegestaan, omdat zorgaanbieders een verzekerde niet mogen informeren over een financieel product. Sommige geïnterviewde wijkverpleegkundigen geeft aan inderdaad te informeren. Het grootste deel geeft aan dat een juist balans tussen cliënten zorgt dat het gemiddelde tarief op een gewenst niveau blijft. Maar vindt de doelgroep die ze bedienen te kwetsbaar om iemand op basis van een polis te weigeren, noch dat het aan hen is om advies te geven op financieel gebied²⁴.

6.2.9. Financiering van niet-gecontracteerde zorg

De hoogte van de vergoeding bij een restitutiepolis verschilt per polis, maar kan in bepaalde gevallen hoger zijn dan het gecontracteerde tarief. Mede hierdoor maken bijna alle zorgaanbieders inzichtelijk welke polis een cliënt heeft. Een deel van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders past het tarief aan naar de polis van de cliënt, dit om te voorkomen dat de cliënt een deel van de rekening zelf moet betalen. Enkele zorgaanbieders denken erover na of en hoe zij cliënten kunnen informeren over de verschillen tussen polissen.

De kleine volledig niet-gecontracteerde zorgaanbieders vinden het, net zoals de deels gecontracteerde zorgaanbieders, vreemd dat het tarief kan verschillen door de polis van de cliënt terwijl hiervoor dezelfde zorg wordt geleverd.

²⁴ Zie voor een kader over beperkingen bij het informeren en adviseren van (zorg)Verzekeringen, de 'Wet op het Financieel Toezicht': <http://wetten.overheid.nl/BWBR0020368/2017-10-07>

Afhankelijk van de polis vergoeden zorgverzekeraars niet-gecontracteerde zorg gemiddeld met een percentage tussen 60% en 75% van het gemiddeld door hen gecontracteerde tarief. Hierbij ligt het gemiddeld gecontracteerde tarief onder het maximale NZa tarief. Het kan voorkomen dat het restitutietarief gelijk is aan het maximale NZa tarief en daarmee hoger dan de gemiddelde gecontracteerde tarieven. Het feit dat niet-gecontracteerde zorg daarbij niet te maken heeft met budgetplafonds zorgt voor voldoende financiële ruimte voor niet-gecontracteerde aanbieders.

Bij het merendeel van de zorgverzekeraars is het in 2017 mogelijk niet-gecontracteerde zorg direct te declareren via VECOZO. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een:

- Betaalafpraak;
- Akte van cessie.

Bijna alle zorgverzekeraars twifelen om deze mogelijkheid in 2018 toe te blijven staan. Dit om de niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen en meer zicht te houden op het aantal ingediende declaraties. Eén zorgverzekeraar wil in 2018 alle niet-gecontracteerde zorg ingediend hebben via de cliënt, inclusief zorgplan en diploma van de indicierend wijkverpleegkundige.

De meeste cliënten geven aan dat op het moment dat zij moeten gaan betalen voor de wijkverpleging zij zullen overstappen, ofwel van zorgverzekeraar, dan wel van zorgaanbieder. Zij hebben veelal niet de financiële middelen om de zorg te bekostigen. Of het ontvangen van declaraties ook reden is tot een overstap is niet eenduidig beantwoord door de cliënten. De een ziet hier meer obstakel in dan de ander, die aangeeft dat inzicht in kosten misschien wel goed is.

6.2.10. Verwachte ontwikkeling (niet-)gecontracteerde zorg

Bijna alle zorgaanbieders denken dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg zal toenemen. Dit komt volgens de zorgaanbieders voort uit een enorme toename van ZZP'ers als gevolg van toenemende werkdruk bij zorgaanbieders. De ZZP'ers verwachten de komende tijd een groei van werk. Zij indiceren op grote schaal zorg bij aanbieders die hier zelf niet de mankracht voor hebben. Om zelf gecontracteerde zorg te leveren in de toekomst hebben zij een beleidswijziging nodig vanuit de verzekeraars. Ook zou er meer oog moeten zijn voor de zorgplicht van verzekeraars volgens alle wijkverpleegkundigen. Niet alleen zij als zorgverlener zijn verantwoordelijk voor zorgcontinuering (ook wanneer het budget op is) maar ook zorgverzekeraars hebben hierin hun verantwoording te nemen.

Zorgaanbieders verwachten dat zorgverzekeraars minder zorgaanbieders contracteren, zoals bij de pilot 'zorg in de wijk' in bepaalde steden. Met name de gecontracteerde zorgaanbieders vinden dat de niet-gecontracteerde zorg het huidige stelsel onder druk zet. Daarbij vinden zij het oneerlijk dat zij worden gehouden aan het budgetplafond, terwijl niet-gecontracteerde zorgaanbieders vrij kunnen groeien. De zorgverzekeraars die in contracten een ruimer of onbegrensd plafond bieden in het contract koppelen dit aan een lager tarief.

Enkele zorgaanbieders verwachten dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg afneemt. Dit als gevolg van strengere regels die niet-gecontracteerde zorg verhindert en/of dat cliënten overstappen naar gecontracteerde zorgaanbieders.

Alle zorgverzekeraars verwachten een toename van niet-gecontracteerde zorg wanneer hier niets aan gedaan wordt. Een deel van de zorgverzekeraars denkt invloed te kunnen hebben op de afname van niet-gecontracteerde zorg. Bijvoorbeeld door gecontracteerde zorgaanbieders verder te ondersteunen en het verschil meer onder de aandacht te brengen bij (toekomstige) cliënten. Daarnaast kijkt een aantal zorgverzekeraars naar de mogelijkheid tot het contracteren van zorgaanbieders die nu buiten de boot vallen, zoals individuele ZZP'ers en zorgaanbieders die boven het budgetplafond voor nieuwe zorgaanbieders zitten. Tot slot kunnen meer drempels

opgeworpen worden voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. Deze drempels moeten dan met name gelden voor zorgaanbieders die aantoonbaar gefraudeerd hebben of onrechtmatige zorg hebben geleverd.

Wijkverpleegkundigen in dienst zijn op een andere manier met hun werk bezig dan hun collega's die als ZZP'er werken. Dit zit voornamelijk in de extra administratieve zaken die ZZP'ers moeten regelen en het feit dat zij eigen keuzes maken wat betreft het leveren van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Hun meningen over zorg voor cliënten en hun rol als wijkverpleegkundige als spil in de wijk zijn wel grotendeels overeenkomstig. Hierover geeft een splitsing tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd meer inzicht in verschillende opvattingen.

7. Perspectief (niet-)gecontracteerde zorg

Aan het begin van dit rapport werd onderstaand figuur uitgetekend om verschillende perspectieven op niet-gecontracteerde zorg te duiden. Hierin komen de belangrijkste onderzoeksvragen terug. De kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksuitkomsten beantwoorden de vragen vanuit ieders perspectief. Deze antwoorden zijn in de onderstaande paragrafen uitgewerkt.



Figuur 7: Schematische weergave onderzoeksvragen en sub paragrafen (Arteria, 2017).

7.1. Waarom kiezen cliënten voor niet-gecontracteerde zorg?

In het kwalitatief onderzoek geeft een meerderheid van de cliënten aan een zorgaanbieder vooral te kiezen op basis van mond-tot-mond reclame. Daarnaast spelen verwijzers (zoals huisartsen, revalidatiecentra en ziekenhuizen) een grote rol. Door toenemende schaarste op de markt speelt aanbod ook een belangrijke rol. Hierdoor zijn verwijzers soms 'genoodzaakt' uit te wijken naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het merendeel van de cliënten geeft aan een overstap te overwegen op het moment dat zij voor niet-gecontracteerde zorg moeten bijbetalen of zelf de administratie moeten regelen. Cliënten in het onderzoek kiezen daarmee niet bewust voor gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg.

7.2. Worden cliënten voldoende geïnformeerd over niet-gecontracteerde zorg?

De bevroegde zorgaanbieders geven aan cliënten altijd te informeren over hun contractering. De cliënten van deze zorgaanbieders kunnen zich niet of onvoldoende herinneren of zij hierover zijn geïnformeerd. Dat zij als cliënt geen declaratie thuis ontvangen en niet bijbetalen aan hun zorg, is voor hen de voornaamste informatie.

Een paar zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat de zogenaamde 'shopper-cliënt' kennis heeft van het feit of een zorgaanbieder gecontracteerd is of niet en uit lijkt

te zijn op het verkrijgen van zoveel mogelijk zorg. Dit beeld van de cliënt die niet-gecontracteerde zorg ontvangt kan door dit onderzoek niet bevestigd worden.

7.3. Waarom leveren zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg?

Zorgaanbieders kiezen niet altijd bewust voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. De deels- en niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen drie redenen waarom zij niet volledig gecontracteerd zijn.

- De eerste reden is een voorgesteld tarief/budgetplafond vanuit de zorgverzekeraars die te laag zijn naar de mening van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt bewust een keuze om niet-gecontracteerde zorg te leveren bijvoorbeeld om hier een statement mee te maken.
- De tweede reden is het niet in aanmerking komen voor een contract met de zorgverzekeraar. In dat geval kiest de zorgaanbieder niet zelf voor niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt voor veel ZZP'ers en kleine zorgaanbieders.
- De derde reden is om de zorgbehoefte van de cliënt middels het wijkverpleegkundige kader en vanuit de professionaliteit van de wijkverpleegkundige in te kunnen vullen. Ter illustratie; Een ZZP'er gespecialiseerd in ALS-patiënten geeft aan dat het grillige verloop van deze ziekte vraagt om continue bijstelling van de zorgbehoefte. De wijkverpleegkundige voelt meer vrijheid in het intensiveren en afbouwen van de zorg wanneer ze deze niet-gecontracteerd kan bieden.

Naast de bovenstaande drie redenen geldt een uitzondering voor de ZZP'ers. Zij komen bij de meeste zorgverzekeraars niet in aanmerking voor een contract. Niet alle ZZP'ers ervaren dit als een gemis. Door de schaarste op de markt aan hbo geschoolde (niveau 5) verpleegkundige bevindt deze groep ZZP'ers zich veelal in een luxe positie waarin zij als onderaannemers bij zorgaanbieders tegen goede tarieven indicaties voor zorg afgeven. Daarbij ervaren zij meer vrijheid en minder administratieve last bij het werk als niet-gecontracteerde ZZP'er.

Zorgaanbieders hebben dus meerdere redenen om niet-gecontracteerde zorg te leveren. Daarbij geldt een uitzondering voor de individuele ZZP'ers die bij de meeste zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor een contract.

7.4. Wat is het verschil in kwaliteit en doelmatigheid?

De opvattingen over kwaliteit en doelmatigheid verschillen enorm. Dit komt volgens de bevroegde zorgaanbieders, wijkverpleegkundige en zorgverzekeraars door het ontbreken van een eenduidig kwaliteitskader en een doelmatigheidsprikkel bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het merendeel van de zorgverzekeraars en een paar gecontracteerde zorgaanbieders missen een kwaliteitskader waarmee de geleverde zorg meer transparant en vergelijkbaar wordt. Een deel van de wijkverpleegkundigen plaatst een kanttekening bij de komst van richtlijnen. Richtlijnen kunnen namelijk ook een beperking zijn voor wijkverpleegkundigen om met gebruik van hun expertise zorg op maat te indiceren. Waar elke wijkverpleegkundige het over eens is, is dat er meer vanuit vertrouwen gewerkt dient te worden tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het vertrouwen en aanzien in de expertise van de wijkverpleegkundige is daarbij belangrijk en ontbreekt op dit moment.

Gecontracteerde zorgaanbieders worden door zorgverzekeraars meer gehouden aan een maximum aantal uur per cliënt om daarmee doelmatige zorg na te streven. Een aantal zorgaanbieders benoemt dat deze definiëring van doelmatigheid onvoldoende aansluit bij de

praktijk. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders ontbreekt een doelmatigheidsprikkel. Volgens een paar wijkverpleegkundigen die niet-gecontracteerde zorg leveren is dit juist positief. Door de ruimte te krijgen voor het inzichtelijk maken van de zorgvraag kan de zorgbehoefte van de cliënt beter en meer gericht worden opgesteld. Volgens deze groep zorgt dit juist voor meer doelmatige zorg.

7.5. Hebben zorgverzekeraars invloed op het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg door zorgaanbieders?

Een enkele zorgverzekeraar kiest ervoor om elke zorgaanbieder die aan de kwaliteitseisen voldoet te contracteren. De paar andere zorgverzekeraars willen naast de kwaliteitseisen ook dat een nieuwe zorgaanbieder een toegevoegde waarde biedt aan het bestaande. Zo willen zij het aantal zorgaanbieders beperken, omdat zij een groot aantal zorgaanbieders niet wenselijk achten voor een efficiënte ketensamenwerking. Echter, een aantal van deze maatregelen lijkt de niet-gecontracteerde zorg juist te vergroten. Aan de andere kant proberen zorgverzekeraars door middel van lagere tarieven, drempels op het declaratieverkeer en controles op indicatie en zorgplan, de niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijk te maken. Op deze manier proberen ze invloed uit te oefenen op de aanwezigheid en groei van niet-gecontracteerde zorg. Het beleid kan per zorgverzekeraar sterk verschillen. Door vooral te focussen op het onaantrekkelijk maken van niet-gecontracteerde zorg, missen ze de aansluiting met aanbieders om te komen tot goede afspraken voor contractering, aldus de niet-gecontracteerde aanbieders.

7.6. Hebben zorgverzekeraars invloed op de keuze van cliënten?

Zorgverzekeraars zetten niet actief in op het vooraf informeren van hun verzekerden. Dit komt enerzijds door het vertrouwen dat de cliënt in de zorgaanbieder en diens zorgverleners heeft (boven de zorgverzekeraars). Anderzijds kan een zorgverzekeraar de zorgvraag van een cliënt en diens contact met een zorgaanbieder pas vaststellen wanneer de eerste declaratie door de zorgaanbieder/cliënt is ingediend. Zorgverzekeraars vinden dat zij onvoldoende en niet tijdig sturen op de keuzes van verzekerden. Wel stellen de zorgverzekeraars middelen beschikbaar (zoals een zorgvinder en zorgbemiddeling) waarmee verzekerden in contact worden gebracht met gecontracteerde zorgaanbieders.

8. Hoe verder?

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. De begeleidingscommissie is in het Common Eye traject wijkverpleging al bezig om knelpunten te analyseren en tot verbeteringen te komen in de sector. Ook dit onderzoek zal hier een bijdrage aan leveren. Dit rapport geeft inzicht in de achtergronden en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. In de opdracht van dit onderzoek is gevraagd om objectief en feitelijk te blijven. Hierdoor bevat de hoofdstuk geen conclusies of directe aanbevelingen. Echter komen er uit het onderzoek wel een aantal punten naar voren die in het Common Eye traject kunnen helpen om focus te leggen.

De punten die aandacht verdienen kunnen de sleutel zijn in het aantrekkelijker maken van de gecontracteerde zorg voor zorgaanbieder, cliënt en zorgverzekeraar. De aandachtspunten volgend uit dit onderzoek zijn:

- **Contractering:** Als onderdelen van de contractering zijn de contractvoorwaarden, tarieven en budgetplafonds, direct bepalend voor het wel of niet leveren van gecontracteerde zorg.
- **Kwaliteit en doelmatigheid:** Een eenduidig kader kan de basis zijn voor een zorginhoudelijk gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarnaast kan inzicht in de cliënt kenmerken een vergelijking tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg mogelijk maken.
- **Rol van de wijkverpleegkundige:** Er is een algehele schaarste aan verpleegkundigen en verzorgenden. De voordelen aan werken als ZZP'er kunnen leiden tot meer schaarste aan wijkverpleegkundigen in dienst bij een zorgaanbieder.
- **Bewustwording:** De bevraagde cliënten kunnen het verschil tussen gecontacteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg niet duiden.

9. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

		06 		 @arteriaconsulting.nl
		06 		 @arteriaconsulting.nl
		06 		 @arteriaconsulting.nl

Bijlage: Interviewleidraden

Interviewleidraad zorgaanbieders

Organisatie

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat is het aandeel van wijkverpleging in uw totale instelling?

Leveren wijkverpleging

- Levert u gecontracteerd/niet-gecontracteerd/beiden?
 - Maakt u gebruik van onderaannemerschap?
- Welke afwegingen maakt u met keuze voor het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat is de huidige en gewenste indicatiestelling bij (niet-)gecontracteerde zorg?
- Denkt u dat er verschil in kwaliteit is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Denkt u dat er een verschil in doelmatigheid is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet de zorgverzekeraar in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Hoe worden declaraties/facturaties uitgevoerd bij niet-gecontracteerde deel?
 - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Hoe ziet u de ontwikkelingen voor u voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?
- Is er een relatie tussen afgewezen PGB en niet-gecontracteerde zorg?

Relatie zorgverzekeraars

- Voert u gesprekken met zorgverzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Ervaart u het als een gelijke keuze om (niet-)gecontracteerde zorg te leveren?
- Wat zijn reden/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is er voor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (wensen/dromen)

Relatie cliënten

- Worden cliënten geïnformeerd of er een contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
 - Zo ja, hoe informeert u de zorgverzekerden?
- Informeren cliënten zelf of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
 - Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Betalen cliënten een eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorg?
 - Informeert u hen hierover?

Interviewleidraad zorgverzekeraars

Type contract

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot niet-gecontracteerde zorg?
- Wat zijn voordelen van gecontracteerde zorg?
- Wat zijn nadelen van gecontracteerde zorg?
- Wat zijn voordelen van niet-gecontracteerde zorg?
- Wat zijn nadelen van niet-gecontracteerde zorg?
- Hoe vergoedt u niet-gecontracteerde zorg?

Relatie verzekerde

- Informeert u de verzekerde over de verschillen tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Zo ja, hoe informeert u de verzekerden?
- Informeren verzekerden wel een bij u over (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Op welke schaal?
 - Voorbeelden van vragen?
- Zijn er verschillen tussen natura en restitutiepolissen op gebied van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Zo ja, op welk gebied?
- Heeft u het idee invloed te hebben op de keuze die de verzekerde maakt?
- Is er een relatie tussen afgewezen PGB en niet-gecontracteerde zorg?
- Zijn er specifieke kenmerken voor de doelgroep die gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg?

Relatie zorgaanbieder

- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in kwaliteit tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in doelmatigheid tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet u in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Wat heeft u nodig om de uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg zo veel mogelijk te beperken?
- Welke rol kunt u hier zelf in spelen?
- Wat is uw verwachting rondom de ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?
 - Wat zijn opvallendheden in de zorginkoop 2018?
 - Verwacht u wijzigingen bij de zorginkoop voor 2019?
- Heeft u het idee dat u invloed heeft op keuze van zorgaanbieders op het leveren van niet-gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad wijkverpleegkundigen

Kennismaking

- Hoelang bent u al werkzaam in de wijkverpleging
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- Welk niveau verpleegkundige bent u?
- Hoe ervaart u het werk?
- Vroeger/nu verschil?
- Werkt u ook als onderaannemer voor een zorgaanbieder?
 - Zo ja, hoe is de contractuele/financiële constructie?

Relatie met zorgaanbieder

- Weet u of de organisatie waarvoor u werkt (niet-)gecontracteerd is?
- Wat zijn volgens u voordelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn volgens u nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?

Relatie met cliënten

- Informeert u cliënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
- Informeren cliënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen cliënten die gebruik maken van (on)gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad ZZP- wijkverpleegkundigen

Kennismaking

- Hoelang bent u al werkzaam in de wijkverpleging
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- Welk niveau verpleegkundige bent u?
- Hoe ervaart u het werk?
- Vroeger/nu verschil?
- Werkt u ook als onderaannemer voor een zorgaanbieder?
 - Zo ja, hoe is de contractuele/financiële constructie?

Relatie met zorgverzekeraar

- Voert u gesprekken met zorgverzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn redenen/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is er voor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (wensen/dromen)?
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?

Relatie met cliënten

- Informeert u cliënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende zorgverzekeraar?
- Informeren cliënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
- Denkt u dat cliënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
- Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen cliënten die gebruik maken van (on)gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt de huidige en gewenste indicatiestelling bij niet-gecontracteerde zorg?

Interviewleidraad cliënten

Leefsituatie

- Hoe is uw leefsituatie
 - Woont u alleen,
 - Woont u zelfstandig
- Ontvangt u naast wijkverpleging nog andere zorg?

Relatie met zorgaanbieder

- Wie levert de wijkverpleging bij u?
- Heeft u andere zorgaanbieders gehad hiervoor?
- Hoelang ontvangt u al wijkverpleging?
 - Is er duidelijkheid voor duur van periode?
- Hoe vaak komen ze langs?
- Bevalt de geleverde zorg?

Type contract

- Heeft u PGB aangevraagd?
 - Is deze aangenomen of afgewezen?
 - Indien afgewezen, maakt u nu gebruik van niet-gecontracteerde zorg?
- Bent u zich bewust van het verschil van gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg?
- Wist u voorafgaand aan de dienstverlening of uw zorgaanbieder gecontracteerd is?
- Heeft uw zorgaanbieder u hierover geïnformeerd?
- Heeft uw informatie gevraagd aan uw zorgaanbieder of zorgverzekeraar over de gevolgen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Heeft u informatie ontvangen van uw zorgaanbieder of zorgverzekeraar over de gevolgen van (niet-)gecontracteerde zorg?
 - Of heeft u informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar over de kosten van zorg?
- Heeft u met specifieke redenen gekozen om voor een (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder te kiezen?
- Ervaart u voldoende keuze binnen het (gecontracteerde) zorgaanbod?
 - Adviseert uw zorgverzekeraar u bij deze keuze?
- Heeft u zicht op mogelijke voor- of nadelen van beide opties?
- Heeft u wel eens een 'eigen bijdrage' moeten betalen omdat u zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft ontvangen?
 - Ontvangt u declaraties/rekeningen thuis?

Van: Hillie Beumer
Aan: [redacted]@zn.nl; [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]@venvn.nl; [redacted]@branchebelang-thuiszorg.nl;
Cc: [redacted]
Onderwerp: VERTROUWELIJK eindrapport onderzoek (on)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging
Datum: woensdag 13 december 2017 22:58:41
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Eindrapport \(niet\)gecontracteerde zorg v1.0 20171213.pdf](#)

Beste collega's en leden van de begeleidingscommissie (on)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, Zoals jullie weten is ActiZ formeel opdrachtgever van het onderzoek naar (on)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Van Arteriaconsulting hebben wij vandaag het eindrapport ontvangen. Jullie zijn hiervan op de hoogte gebracht via onderstaande mail.

Wij zijn voornemens om het eindrapport morgen formeel aan te bieden aan het ministerie van VWS, onze opdrachtgever. Tegelijkertijd is het natuurlijk van belang dat wij allen de inhoud van deze laatste versie kennen. Bij dezen daarom ook voor jullie het eindrapport in de bijlage.

Ik hecht er aan om op te merken dat:

- de inhoud van dit rapport vertrouwelijk is.
- Wij tijdens de laatste bijeenkomst van de begeleidingscommissie zijn overeengekomen dat – de inschatting van de collega's van VWS is- dat de minister dit rapport niet eerder dan medio januari naar de Tweede Kamer zal versturen. Wij worden tijdig geïnformeerd wanneer dit moment is aangebroken.

Tot slot veel dank voor de constructieve samenwerking (en het vele lachen) tijdens de bijeenkomsten over dit voor ons allen belangrijke onderwerp. Fijn ook dat wij (samen met de mensen van Arteria eind vorige week) het proces hebben geëvalueerd en gezamenlijk tot de conclusie zijn gekomen dat Arteriaconsulting deze opdracht op een goede manier heeft uitgevoerd en afgerond.

Wat ActiZ betreft zetten we na deze beloftevolle afsluiting samen ook de schouders onder het vervolgproces.

Fijne avond nog!

Hartelijke groet,

[redacted]

Accountmanager Zorg Thuis

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

+ 31 (0)6 [redacted]

www.actiz.nl

[disclaimer e-mail](#)



Van: [redacted] [mailto:[redacted]@arteriaconsulting.nl]

Verzonden: woensdag 13 december 2017 14:01

Aan: [redacted]@zn.nl; [redacted]; [redacted]@patientenfederatie.nl;

[redacted]; [redacted]@venvn.nl; [redacted]@branchebelang-thuiszorg.nl; [redacted]

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: Begeleidingscommissie (on)gecontracteerde wijkverpleging: Agenda en stukken

Dag allen,

Dank voor jullie laatste input op het rapport. Wij hebben het aangeleverde commentaar bekeken en dit verwerkt zoals wij dit passend achtten.

Het eindrapport sturen wij vandaag op naar ActiZ ([redacted]). Zij zal het rapport verder verspreiden.

Zoals vorige week aangegeven zijn [redacted] en ik bereid om het rapport nog te bespreken binnen een ieder van jullie zijn/haar organisatie.

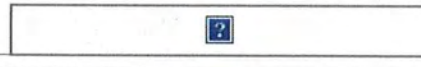
Dit kunnen wij doen op het moment dat het rapport openbaar is.

Dank allen voor de prettige samenwerking en wellicht tot ziens.

Met vriendelijke groet,

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted] @arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Van: [redacted]
Aan: [redacted] (Branchevereniging BTN); [redacted]@zn.nl;
[redacted]@patientenfederatie.nl;
Cc: [redacted]
Onderwerp: Aanvullende vragen n.a.v. opdrachtformulering
Datum: vrijdag 15 december 2017 10:27:35
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Opdrachtformulering aan Arteria Consulting.pdf](#)
[aanvullende vragen.pdf](#)

Dag allen,

Naar aanleiding van bijgevoegde opdrachtformulering is er gisteren contact geweest tussen [redacted] en Arteria. Uit dit gesprek zijn een aantal aanvullende vragen voortgekomen, die ik graag aan jullie allen voorleg. In overleg met [redacted] is besloten dit direct vanuit Arteria naar de begeleidingscommissie uit te zetten.

Aankomende dinsdag staat van 14:00-15:00 een overleg ingepland bij ZN, te Zeist (sparrenheuvel 16). Een ieder is uitgenodigd hierbij aan te sluiten. Doel is om de aanvullende vragen helder te krijgen, waarna Arteria vrijdag 22 december een offerte uit zal brengen voor de opdracht.

Mocht iemand dinsdag verhinderd zijn, is het ook mogelijk de antwoorden op de vragen schriftelijk te versturen.

Ik stel voor dat dit in ieder geval naar [redacted] en mijzelf wordt verstuurd.

Het is allemaal wat kort dag, maar vorig traject heeft uitgewezen dat dat met dit gezelschap toch tot mooie resultaten leidt!

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Definitief concept Opdrachtformulering aan Arteria Consulting

In het bestuurlijk akkoord Wijkverpleging 2017-2018 is een paragraaf opgenomen rond verbeterthema's contractering. De wens is om de resultaten van onderzoek naar verbeterthema's mee te nemen in de voorbereiding van het inkoopbeleid van verzekeraars voor 2019. Om die reden is snelheid gewenst. Wij vragen uw bureau offerte uit te brengen voor een traject dat loopt van 1 januari 2018 tot en met 15 februari 2018 om het nog te kunnen meenemen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De formulering van de opdracht luidt als volgt:

Partijen (ActiZ, BTN, V&VN, Pfn, ZN) begrijpen en erkennen dat de primaire keuze van de patiënt voor een aanbieder een groot goed is en zoveel mogelijk gerespecteerd moet worden. De wijkverpleging is een markt met een breed palet van zorgaanbieders. Het beeld bestaat bij enkele partijen dat patiënten knelpunten ervaren in hun keuzevrijheid voor een zorgaanbieder en het verkrijgen van wijkverpleegkundige zorg. Wij verzoeken u dit te onderzoeken via een kwalitatieve verkenning. Hierbij kunnen de rapporten "Keuze en Kwaliteit" en "rapportage meldactie Personeelstekort" van de Patiëntenfederatie naast het rapport rond de ongecontracteerde zorg als vertrekpunt bij de deskresearch dienen, naast de resultaten van uitvraag bij zorgaanbieders in het verleden.

Het doel is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij hun keuze voor een aanbieder of bij de invulling van hun zorgvraag en, zo ja, welke knelpunten dat dan zijn. Dit inzicht kan dan worden gebruikt om zo nodig verbeteringen door te voeren.

Van het bureau wordt verwacht dat zij casuïstiek van aanbieders, verzekeraars en patiënten verzamelt en dit categoriseert zonder er een oordeel over te vellen.

De volgende vragen dienen in het traject te worden betrokken:

- Op welke wijze hebben aanbieders met veel patiënten, maar een beperkte contractsomvang, er last van dat budgetten "vast zitten" bij andere zorgaanbieders en zo ja, wat betekent dat voor de patiënten?
- Kunnen patiënten altijd de aanbieder van hun voorkeur kiezen en hoe verloopt het proces in de dagelijkse praktijk?
 - Wat zijn de ervaringen van transferverpleegkundigen in ziekenhuizen en verpleeghuizen, huisartsen, zorgbemiddelaars van verzekeraars?
 - Komen er vragen op dit gebied binnen bij de Consumentenbond c.q. het nationaal Zorgnummer van de Pfn? Zo ja, welke zijn dat?
 - Wat zijn de ervaringen van patiënten en mantelzorgers? (bijvoorbeeld te bevragen via cliëntenraden, regionale patiënten platforms, patiëntenpanel van Pfn)
- Wat zijn de ervaringen van de verzekeraars met de keuzevrijheid van patiënten? Wat horen zij terug uit hun klantenpanels, van hun verpleegkundig adviseurs, zorginkopers (inkopen op kwaliteit, Zorgplicht), etc.?

De begeleidingscommissie zal dezelfde samenstelling (incl. NZa en VWS in de rol van toehoorder) kennen als de begeleidingscommissie van het onderzoek naar ongecontracteerde zorg.

Wij realiseren ons dat het tijdpad voor deze opdracht strak is, echter wij willen liefst voor de jaarwisseling besluiten en stemmen met u een geschikt moment af voor het geven van een presentatie van uw aanpak, werkwijze, team en prijs in de week van 18 december aanstaande.

Uw contactpersoon is [REDACTED] van BTN.

Aan	Begeleidingscommissie Wijkverpleging
Van	Arteria Consulting
Betreft	Aanvullende vragen n.a.v. opdrachtformulering keuzevrijheid
Referentie	opdrachtformulering_keuzevrijheid_14-12-2017
Datum	14 december 2017

1. Proces

Naar aanleiding van de ontvangen opdrachtformulering en een telefonisch contact tussen Arteria Consulting () en BTN () hierbij een aantal aanvullende vragen vanuit Arteria. We bespreken deze vragen graag op dinsdag 19 december (14:00-15:00). Met die input kan Arteria Consulting de opdracht presenteren op vrijdag 22 december (tijd nader te bepalen).

2. Context

Met () is telefonisch de opdrachtformulering doorlopen. Er wordt een objectief beeld gevraagd van een signaal dat in de sector speelt. Het signaal is afkomstig van zorgaanbieders die aangeven zorgverleners te hebben, maar die niet te kunnen inzetten omdat er een budgetbeperking is. Terwijl er aan de andere kant zorgaanbieders zijn die te kampen hebben met personeelstekorten om aan hun zorgvraag te kunnen voldoen. Vraag is in hoeverre dit beeld gedragen wordt binnen de sector. En zo ja, wat de consequenties hiervan zijn op de zorgkeuzevrijheid van de cliënt. En verder; Hoe wordt hier op ingespeeld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars om tot een oplossing te komen?

3. Aanvullende vragen

Op basis van de opdrachtformulering en het contact met BTN zijn nog een aantal aanvullende vragen opgesteld voor de leden van de begeleidingscommissie. Dit ter onderbouwing of aanvulling op de opdracht en met als doel de opdracht zo effectief en efficiënt mogelijk uit te voeren. De vragen zijn:

- Heeft u vanuit uw perspectief nog aanvullingen op de hierboven beschreven context?
- Wat is voor uw organisatie het doel van dit onderzoek?
- Staat u open voor een mogelijke uitvraag middels surveymonkey onder zorgaanbieders/verwijzers?
- Hoe uitgebreid dient individuele casuïstiek te worden verzameld en beschreven?
- Zijn er naast de genoemde rapporten nog meer relevante stukken die kunnen worden aangedragen door de begeleidingscommissie?
- Is er behoefte aan een bredere search naar relevante literatuur?

- Is de inhoud van de genoemde rapporten voldoende om patiënten perspectief te bepalen, of is hiervoor aanvullende uitvraag gewenst?
- Zo nee; is het in dit tijdbestek mogelijk het patiëntpanel van de Patiëntenfederatie Nederland in te zetten?
- Zijn er mogelijkheden of voorwaarden waardoor het wenselijk is de deadline te verschuiven?
- Is er behoefte aan een periodiek/tussentijds overleg over de voortgang van het onderzoek en de rapportage?

Van: [redacted]
 Aan: [redacted] @venvn.nl; [redacted] @actiz.nl; [redacted] (Branchevereniging BTN); [redacted] @zn.nl;
 [redacted] @patienteniederatie.nl; [redacted] @actiz.nl; [redacted] @actiz.nl;
 Cc: [redacted]
 Onderwerp: begeleidingscommissie wijkverpleging; actiepunten n.a.v. overleg 19-12
 Datum: dinsdag 19 december 2017 18:33:25
 Bijlagen: image001.png
 image002.png

Dag allen,

Hierbij een opsomming van aantal zaken die vanmiddag zijn besproken. Gezien de vaart in het traject zou het fijn zijn als eenieder voor zijn/haar welverdiende vakantie nog wat zaken in gang kan zetten.

Zeker wat betreft het benaderen van partijen.

Inhoudelijke keuzes die vanmiddag gemaakt zijn:

- De 3 regio's waar in het kwalitatieve onderzoek op focust zijn Rotterdam, Almelo en Hilversum
- Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin de keten in beeld wordt gebracht en de mechanismen worden bloot gelegd die en belemmering vormen voor de keuzevrijheid van de cliënt.
- Dit gebeurt op casuïstiek niveau. Het signaal is afgegeven in de sector en de draagkracht daarvan is niet de focus van dit onderzoek.
- Een aantal partijen dienen te worden benaderd door leden van de begeleidingscommissie. Ook zijn er nog aantal vraagtekens, mocht iemand een ingang weten bij deze partijen in de genoemde regio's... graag!

Wie	Wat	Wie
ZN	Zorgverzekeraars die in bovengenoemde regio's marktleider zijn	Klantbemiddeling
BTN	Zorgaanbieders die in bovengenoemde regio's werkzaam zijn	Klantcontactcentrum/klantbemiddeling Wijkverpleegkundigen
Actiz	Zorgaanbieders die in bovengenoemde regio's werkzaam zijn	Klantcontactcentrum/klantbemiddeling Wijkverpleegkundigen
V&VN	Ziekenhuizen in bovenstaande regio's	Transferverpleegkundigen
?		POH/huisarts
?	Revalidatiecentra	

Naar aanleiding van ons overleg van vanmiddag hierbij een aantal praktische afspraken:

- Vrijdag 22 december wordt conceptvoorstel verstuurd aan de begeleidingscommissie
- Een ieder gaat in achterban na of er in deze regio's contacten zijn die bereid zijn tot medewerking aan het onderzoek.
- Reacties hierop kunnen per mail worden verstuurd naar Arteria consulting (tot donderdag 28 januari)
- Definitieve afstemming is met [redacted] en [redacted] op vrijdag 29 januari.
- Het email adres dat voor dit onderzoek gebruikt kan worden; wijkverpleging@arteriaconsulting.nl (mag ook aan eventuele deelnemende partijen worden gegeven)
- Op 19 januari van 9:0-10:00 is volgende begeleidingscommissie gepland. Deze vindt plaats bij Actiz. ([redacted] reserveert een zaal)

Voor vragen ben ik deze week nog bereikbaar. [redacted] en ik zijn volgende week ook vrij, afgezien van overleg op vrijdag met [redacted].

Met vriendelijke groet,

06 [redacted] (mobiel)
 035 [redacted] (kantoor)
[\[redacted\]@arteriaconsulting.nl](mailto:[redacted]@arteriaconsulting.nl)

Loosdrechtse Bos 5
 1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl





10.2.e
tenzij
anders
vermeld

Doc. 16

**Dienstverleningsovereenkomst
ARVODI-2016**

tussen

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Curatieve Zorg**

en

Actiz

inzake

Onderzoek ongecontracteerde zorg

met kenmerk

201700274.004.073



Dienstverleningsovereenkomst ARVODI-2016
Contractnummer: 201700274.004.073
Verplichtingennummer: 3068-18823

NAW gegevens:

Actiz
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

IBAN code: [REDACTED]
BIC code: FVLBNL22

10.2.g

De ondergetekenden:

1. De Staat der Nederlanden, waarvan de zetel is gevestigd te Den Haag,
te dezen vertegenwoordigd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
namens deze,
directeur Curatieve Zorg, drs. Marije C. Beens,
hierna te noemen: Opdrachtgever,

en

2. Actiz,
statutair gevestigd te Utrecht,
te dezen vertegenwoordigd door
Directeur a.i., dr. G. Heyne,
hierna te noemen: Opdrachtnemer,

OVERWEGENDE DAT:

- Opdrachtgever behoefte heeft aan een onderzoek naar ongecontracteerde zorg;
- Opdrachtgever aan Actiz heeft verzocht hiervoor een offerte uit te brengen;
- Actiz op 11 september 2017 een offerte heeft uitgebracht;
- Opdrachtgever deze offerte heeft aanvaard;
- Actiz zich in voldoende mate op de hoogte heeft gesteld van wat Opdrachtgever met de opdracht wil bereiken;
- Partijen de daaruit voortvloeiende rechtsverhouding schriftelijk wensen vast te leggen in een overeenkomst.

KOMEN OVEREEN:

In deze Overeenkomst wordt een aantal begrippen met een beginhoofdletter gebruikt. Aan deze begrippen komt de betekenis toe die hieraan wordt gegeven in artikel 1 van de Algemene Rijksvoorwaarden voor het verstrekken van opdrachten tot het verrichten van Diensten 2016 (ARVODI-2016).

u/g



1. Voorwerp van de Overeenkomst

- 1.1 Opdrachtgever verleent aan Opdrachtnemer opdracht tot het verrichten van Diensten overeenkomstig de op basis van de offerteaanvraag van Opdrachtgever d.d. 6 september 2017, kenmerk 201700274.004.073, (Bijlage 1) door Opdrachtnemer uitgebrachte offerte d.d. 11 september 2017, kenmerk HB17u.0497 (Bijlage 2), welke opdracht Opdrachtnemer bij dezen aanvaardt, een en ander voor zover daarvan niet in deze Overeenkomst wordt afgeweken.
- 1.2 De navolgende documenten vormen gezamenlijk de Overeenkomst. Voor zover deze documenten met elkaar in tegenspraak zijn, prevaleert het eerder genoemde document boven het later genoemde:
 1. dit document;
 2. de ARVODI-2016;
 3. de Offerteaanvraag;
 4. de overige Bijlagen;
 5. de door Opdrachtnemer aan Opdrachtgever uitgebrachte Offerte van 11 september 2017, met kenmerk HB17u.0497.
- 1.3 De resultaten van de Diensten worden geleverd in de vorm van c.q. afgerond door indiening van een eindrapport. Het eindrapport bevat in elk geval een opgave van de bereikte resultaten, de daarbij gebruikte methoden en technieken, alsmede de daarop gebaseerde conclusies. Het eindrapport wordt in één-voud aangeleverd. Het eindrapport wordt in digitale vorm opgeleverd.
- 1.4 Het eindrapport wordt voorafgegaan door een conceptrapport, dat in één-voud wordt aangeleverd.
- 1.5 Omtrent de vorm waarin de eindrapportage zal plaatsvinden, vindt door Partijen nog nader overleg plaats. In het eindrapport wordt in ieder geval vermeld dat Opdrachtgever de auteursrechthebbende is.

2. Totstandkoming, tijdsplanning of duur van de Overeenkomst

- 2.1 Deze Overeenkomst komt tot stand door ondertekening van het contract door beide Partijen.
- 2.2 De overeengekomen Diensten moeten uiterlijk op 1 december 2017 voltooid zijn.

3. Prijs en overige financiële bepalingen

10.1.c

- 3.1 Opdrachtnemer verricht de Diensten tegen een vaste totaalprijs. Deze vaste totaalprijs bedraagt [redacted] (exclusief btw en inclusief reis-, verblijf en eventuele overige kosten) [redacted] inclusief btw en inclusief reis-, verblijf- en eventuele overige kosten).
- 3.1 Uitdrukkelijk wordt bepaald dat indien Opdrachtnemer geen btw in rekening brengt, maar voor (een deel van) de Diensten geen vrijstelling van btw blijkt te bestaan, deze niet ten laste komt van Opdrachtgever.
- 3.2 De prijs heeft betrekking op alle door Opdrachtnemer in het kader van deze Overeenkomst te verrichten Diensten en eventueel daartoe benodigde materialen.



- 3.3 De overeengekomen tarieven zijn vast en onveranderlijk gedurende de duur van deze Overeenkomst.
- 3.4 Betalingen vinden tot 80% van het totaalbedrag maandelijks plaats. Het restant wordt voldaan na acceptatie van het eindrapport.
- 3.5 Opdrachtnemer zendt/biedt de factuur/facturen onder vermelding van bovengenoemd contractnummer en verplichtingnummer 3068-18823 aan het centrale aanleverpunt voor facturen Digipoort.

4. Contactpersonen

- 4.1 Contactpersoon voor Opdrachtgever is mevrouw [REDACTED].
Contactpersoon voor Opdrachtnemer is de heer [REDACTED].

5. Tijden en plaats Diensten

- 5.1 De Diensten worden in beginsel verricht in het kantoor van Opdrachtnemer.
- 5.2 Indien de Diensten worden verricht ten kantore van Opdrachtgever verleent hij het Personeel van Opdrachtnemer toegang tot de plaats waar de Diensten worden verricht, en stelt hij dit Personeel in staat de Diensten onder de bij die Partij gebruikelijke arbeidsomstandigheden te verrichten gedurende de regulier geldende kantoortijden.

6. Overige Voorwaarden

- 6.1 Op deze Overeenkomst zijn uitsluitend van toepassing de "Algemene Rijksvoorwaarden voor het verstrekken van opdrachten tot het verrichten van Diensten 2016 (ARVODI-2016)" (Bijlage 3) / (reeds in het bezit van Partijen), voor zover daarvan in deze Overeenkomst niet wordt afgeweken. De toepasselijkheid van (eventuele) algemene en bijzondere voorwaarden van Opdrachtnemer is uitgesloten.

7. Integriteitsverklaring

Opdrachtnemer verklaart dat hij ter verkrijging van de opdracht Personeel van Opdrachtgever generlei voordeel heeft geboden, gegeven, doen aanbieden of doen geven. Hij zal dat ook niet alsnog doen teneinde personen in dienst van Opdrachtgever te bewegen enige handeling te verrichten of na te laten.

8. Slotbepaling

- 8.1 Afwijkingen van deze Overeenkomst zijn slechts bindend voor zover zij uitdrukkelijk tussen Partijen schriftelijk zijn overeengekomen.
- 8.2 Door ondertekening van deze Overeenkomst vervallen alle eventueel eerder door Partijen gemaakte mondelinge en schriftelijke afspraken omtrent de hierbij overeengekomen Diensten.

21/9



Aldus op de laatste van de twee hierna genoemde data overeengekomen en in tweevoud ondertekend,

Plaats: Den Haag
Datum: 21 september 2017

Plaats: Utrecht
Datum:-.....-2017

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
directeur Curatieve Zorg,

Actiz,
namens deze,
Directeur a.i.,



drs. Marije C. Beens

dr. G. Heyne

Bijlagen (*reeds in het bezit van partijen*):

1. Offerteaanvraag d.d. 6 september 2017 met kenmerk 201700274.004.073;
2. Offerte d.d. 11 september 2017, met kenmerk HB17u.0497;
3. ARVODI-2016.



21/9

Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging

Ter attentie van de heer [REDACTED] (BTN)
De Molen 89
3995 AW Houten

Datum 22 december 2017
Referentie BTNWK18
Betreft Onderzoek naar keuzevrijheid in de wijkverpleging

Geachte heer [REDACTED],

Op 14 december jongstleden hebben wij van u het verzoek mogen ontvangen voor een onderzoek naar de keuzevrijheid in de wijkverpleging. Naar aanleiding dit verzoek heeft 19 december een overleg plaatsgevonden tussen Arteria Consulting en de Begeleidingscommissie Wijkverpleging. Op basis van het verzoek en het overleg is deze offerte voor het onderzoek opgesteld.

De offerte is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Achtergrond en vraagstuk
- Onderzoek aanpak
 - Onderzoeksvraag
 - Kwalitatief onderzoek
 - Literatuuronderzoek
 - Onderzoekspopulatie
- Opzet kwalitatief onderzoek
- Planning
- Inzet en investering
- Voorwaarden en facturering

1. Achtergrond en vraagstuk

Partijen van de Begeleidingscommissie Wijkverpleging (hierna: begeleidingscommissie) ontvangen signalen dat cliënten knelpunten ervaren in hun keuzevrijheid voor zorgaanbieders en wijkverpleegkundige zorg. De begeleidingscommissie heeft Arteria Consulting (hierna: Arteria) gevraagd de knelpunten binnen de wijkverpleging die deze keuzevrijheid beperken in kaart te brengen.

Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is het gewenst dat het onderzoek onafhankelijk wordt uitgevoerd en de resultaten feitelijk worden gerapporteerd. Het onderzoek bevat geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen.

Deze vraag komt voort uit het Common Eye onderzoek en het bestuurlijk akkoord Wijkverpleging. Partijen betrokken bij de wijkverpleging hebben hierin met elkaar afspraken

gemaakt om tot verbeterde contractering in de wijkverpleging te komen. De keuzevrijheid van de cliënt is een van de vier verbeterthema's op het gebied van kostprijsverhogende ontwikkelingen.

De uitkomsten van het onderzoek dienen uiterlijk 15 februari te worden gepresenteerd aan de begeleidingscommissie. Dit zodat deze uitkomsten indien noodzakelijk verwerkt kunnen worden in het inkoopbeleid voor de zorginkoop van 2019.

2. Onderzoek aanpak

In samenspraak met de begeleidingscommissie is het onderzoekskader vastgesteld. Het doel is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij hun keuze voor een aanbieder of bij invulling van hun zorgvraag en, zo ja, welke knelpunten dat dan zijn. Dit inzicht kan worden gebruikt om zo nodig verbeteringen door te voeren. Het onderzoek is gericht op het zorgnetwerk en de zorgketen rondom de cliënt. Dit omvat het proces vanaf het vaststellen van een zorgbehoefte bij de cliënt of door de verwijzer tot aan de uiteindelijke aanmelding bij een zorgaanbieder. Dit proces bepaalt de stappen die een cliënt dient te nemen om in zorg te komen, ofwel de cliëntenreis. De cliëntenreis zal middels dit onderzoek in kaart worden gebracht. Door de begeleidingscommissie zijn een drietal regio's geselecteerd waar dit proces in kaart wordt gebracht, te weten: Hilversum, Almelo en Rotterdam.

Onderzoeksvraag

De vragen die centraal staan in het onderzoek zijn:

- Hoe verloopt het keuzeproces van de cliënt voor een zorgaanbieder?
- Welke knelpunten zijn van invloed op dit keuzeproces?
- Hoe beïnvloeden deze knelpunten het keuzeproces?

Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek wordt aan de hand van gestructureerde interviews uitgevoerd, waarvoor vragenlijsten worden opgesteld. Deze vragenlijsten worden direct bij aanvang ondergebracht in ons onderzoeksinstrument, dat gebruikt gaat worden bij de interviews. Ons instrument maakt het mogelijk om de resultaten van de interviews direct te verwerken. Dit zorgt voor een efficiënte en effectieve wijze van afname. Het onderzoek dient objectief te worden beschreven.

In het onderzoek maken we onderscheid naar twee onderzoeksmethoden:

- **Interviewmethode 1:** Persoonlijke interviews van 1 uur op locatie bij de externe partij;
- **Interviewmethode 2:** Telefonische interviews van maximaal 1 uur op afspraak.

De uitvoering hiervan ligt bij maximaal drie interviewers van Arteria, zodat de bias als gevolg van verschillende interviewafname wordt beperkt.

Literatuuronderzoek

Uit onderzoeksrapporten van de Patiëntenfederatie Nederland¹ (PFN) en een eerder onderzoek uitgevoerd door Arteria² is het cliëntenperspectief op het kiezen van een zorgaanbieder al uitgediept. Deze resultaten bieden voldoende houvast om het keuzeproces van cliënten uit te schrijven. Aanvullend wordt gezocht naar literatuur over het zorgproces zoals deze doorlopen wordt om tot aanmelding te komen. Dit om het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek in een

¹ Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "meldactie Personeelstekort" (2016)

² (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek (2017)

ruimer perspectief te kunnen plaatsen. En om mogelijk een extra verdieping op de cliëntenreis te kunnen geven, wanneer hiervoor nog relevante, aanvullende data gevonden wordt.

Onderzoekspopulatie

De onderzoeksvragen dienen vanuit verschillende perspectieven te worden onderzocht. Zo ontstaat een compleet beeld van het gehele proces. De partijen die bevraagd worden, welke zijn vastgesteld in samenspraak met de begeleidingscommissie zijn de volgende:

■ Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars kunnen in het zorgbemiddelingsproces vragen krijgen rondom verwijzing naar en aanmelding bij een zorgaanbieder. Zij hebben op dat moment direct contact met cliënt of verwijzer en daarmee inzicht in het keuzeproces en de knelpunten die aangedragen worden. In het onderzoek wordt de afdeling klantbemiddeling bevraagd over dit keuzeproces en de knelpunten. Per geselecteerde regio wordt de zorgverzekeraar bevraagd die het grootste marktaandeel heeft (dit zijn Zilveren Kruis, Menzis en DSW).

■ Zorgaanbieders

Actiz en BTN zullen zorgaanbieders aandragen die in de bovengenoemde regio's actief zijn. Per regio wordt één zorgaanbieder per brancheorganisatie meegenomen in het onderzoek. Daarbij zal een gesprek worden aangegaan met een medewerker zorgbemiddeling en een wijkverpleegkundige. Zij kunnen aangeven welke knelpunten zij ervaren met het aannemen van cliënten en welke afwegingen zij bij cliënten en verwijzers terug horen voor de keuze voor een zorgaanbieder.

■ Verwijzers

Er zijn verschillende verwijzende instanties die cliënten aanmelden bij de zorgaanbieders. Per regio worden 1 ziekenhuis, 1 revalidatiecentrum en 2 huisartsenpraktijken betrokken bij het onderzoek. Middels interviews met medewerkers wordt inzichtelijk gemaakt hoe het verwijsproces verloopt en welke mogelijke knelpunten een rol spelen in de keuzevrijheid van de cliënt en verwijzer.

■ Cliënten

PFN heeft twee onderzoeksrapporten aangedragen bij de opdrachtformulering. Deze dienen als input om het cliëntperspectief weer te geven in deze vraagstelling³. De begeleidingscommissie en PFN onderschrijven het gebruik van deze rapporten. Daarbij geeft ook het eerder uitgebrachte onderzoeksrapport van Arteria informatie betreffende de cliënt. Ook wordt nog gezocht naar aanvullende literatuur, die de cliëntenreis in kaart kan brengen.

Voor het kwalitatieve onderzoek worden derhalve onderstaande partijen geïnterviewd.

Zorgverzekeraars:	1 zorgverzekeraar per regio
Zorgaanbieders:	2 zorgaanbieders per regio
Verwijzers:	3 type verwijzers per regio

In totaal vinden er per regio 9 interviews plaats (zie onderstaande tabel). In het onderzoek worden 3 regio's meegenomen, waarmee het totaal aantal interviews op 27 komt. In de tabel op de volgende bladzijde is het aantal geïnterviewden per regio inzichtelijk gemaakt.

³ Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "meldactie Personeelstekort" (2016)

Geïnterviewden per regio	Totaal	Opmerking	Interviewmethode
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	1		Persoonlijk
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Telefonisch
Huisarts/POH	2	Bij 2 verschillende huisartsenpraktijken	Persoonlijk of Telefonisch
Transferverpleegkundige	1	Ziekenhuis in de regio	Telefonisch
Medewerker zorgbemiddeling Revalidatiecentrum	1		Persoonlijk
Totaal:	9		

Tabel 1: Overzicht aantal en soort geïnterviewden per regio (Arteria, 2017).

3. Planning

Het onderzoek loopt van 1 januari 2018 tot 15 februari 2018. In deze periode worden drie fasen doorlopen.

Fase 1: Voorbereiden onderzoek (doorlooptijd 2 weken)

- Aanleveren contactgegevens door begeleidingscommissie
- Literatuuronderzoek cliëntperspectief
- Literatuuronderzoek proces
- Ontwerpen interviewleidraden
- Vaststellen interviewleidraden met begeleidingscommissie (per mail)
- Inplannen interviews

Fase 2 Uitvoeren kwalitatief onderzoek (doorlooptijd 3 weken)

- Afnemen van interviews
- Verwerken van interviews
- Tussentijds overleg begeleidingscommissie (face-to-face)

Fase 3: Opstellen eindrapportage (doorlooptijd 1,5 week)

- Analyseren van interviews
- Opstellen eindrapport
- Eindoverleg begeleidingscommissie (face-to-face)

Er zijn twee fysieke contactmomenten met de begeleidingscommissie gedurende het onderzoek:

- Voortgangsoverleg begeleidingscommissie: 19 januari 9:00-10:30 (locatie: Actiz)
- Presentatie eindrapport begeleidingscommissie: 13/14 februari 9:00-10:30 (locatie: ntb)

4. Inzet en investering

Voor de uitvoering van het onderzoek stellen wij een team van drie collega's voor met onderzoekservaring.

■ [REDACTED] : Eindverantwoordelijk partner

- [REDACTED] Is betrokken bij analyse en kent de politieke gevoeligheden.

■ [REDACTED] : Verantwoordelijk onderzoeker

- [REDACTED] Is betrokken bij de opzet, de uitvoering, analyse, rapporteren en presentatie van de resultaten.

■ [REDACTED] Onderzoeker

- [REDACTED]
[REDACTED] Is betrokken bij opzet, uitvoering, analyse en presentatie van de resultaten.

Wij willen deze opdracht aanbieden voor een vast bedrag van EUR [REDACTED] (exclusief BTW, inclusief reiskosten).

5. Voorwaarden en facturering

Deze offerte is 30 dagen na dagtekening geldig. Facturatie vindt in 2 gelijke termijnen plaats, per 1/1 en 1/2. Op deze opdracht zijn onze algemene voorwaarden bij de uitvoering van adviesopdrachten van toepassing. Bijgevoegd treft u een exemplaar aan.

Tenslotte

Wij danken u voor de gelegenheid om deze offerte aan u uit te brengen en kijken uit naar een prettige en succesvolle samenwerking. Wij verzoeken u één exemplaar, als blijk van uw instemming, getekend aan ons te retourneren.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

Voor akkoord,

[REDACTED]

Partner Arteria Consulting
Hilversum, 22 december 2017

Bijlage:

Algemene voorwaarden Arteria Consulting

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted] (Branchevereniging BTN)
Onderwerp: RE: offerte Arteria Consulting - keuzevrijheid in de wijkverpleging
Datum: vrijdag 29 december 2017 10:27:47
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)

Dag [redacted] en [redacted],
Zojuist gesproken met [redacted] betreffende de aanpassingen op de offerte.
Ik heb opmerkingen 1 en 3 van [redacted] aangepast in de definitieve versie.
De zin van opmerking 2 vonden wij zeker relevant, omdat dit de essentie raakt van het onderzoek wat we uit gaan voeren. Dit richt zich op de keuzevrijheid van de cliënt en geeft aan dat er gezamenlijke overeenstemming is hier op in te zetten.
Wat betreft de nabrander; Dit is besproken tijdens de bijeenkomst bij ZN. Hierin concludeerden we dat de recente interviews afgenomen door Arteria, in combinatie met de 2 onderzoeksrapporten van de PFN voldoende waren om het keuzeproces van de cliënt weer te geven. Hier zal dan ook geen aanpassing van de offerte op volgen.
Ik hoop jullie zo voldoende te hebben geïnformeerd.
Voor vragen ben ik vanaf 2 januari weer bereikbaar.
(ik zal vanaf nu ook [redacted] meenemen in de mailing, heb mij in eerste instantie weer gehouden aan de originele bezetting van de begeleidingscommissie).
Met vriendelijke groet,

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted] @arteriaconsulting.nl
Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 22 december 2017 16:59
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: offerte Arteria Consulting - keuzevrijheid in de wijkverpleging
Beste [redacted],

Nog een nabrander maar wel een essentiële:
Vergeet je niet om ook cliënten te interviewen? Het is toch gek om een onderzoek te doen over de keuzevrijheid die cliënten ervaren zonder hen te vragen hoe zij dit ervaren.
Groet,

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 22 december 2017 16:44
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: offerte Arteria Consulting - keuzevrijheid in de wijkverpleging
Ha [redacted]

Bedankt voor het toesturen van de offerte. Ik heb daarbij de volgende opmerkingen:

1. Onderaan pagina 1 wordt gerefereerd aan het CommonEye traject. En dat traject heeft [redacted] inderdaad genoemd. Voor ons is het bestuurlijk akkoord echter relevanter. Zou je aan die zin het bestuurlijk akkoord wijkverpleging willen toevoegen?
2. De zin 'De keuzevrijheid van de cliënt is een van de vier verbeterthema's op het gebied van kostprijsverhogende ontwikkelingen.' Bovenaan pagina 2 van de offerte kan ik helemaal niet plaatsen. Is die zin relevant? Zo nee, dan graag eruit halen.
3. Zou je aan de eerste alinea onder het kopje '2. Onderzoek aanpak' willen toevoegen: Het doel is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij hun keuze voor een aanbieder of bij invulling van hun zorgvraag en, zo ja, welke knelpunten dat dan zijn. Dit inzicht kan worden gebruikt om zo nodig verbeteringen door te voeren.

Ik mis deze zin uit de opdrachtformulering in de offerte. De offerte focust nu heel erg de onderzoeks aanpak (het verzamelen van casuïstiek in drie regio's) maar ik lees daardoor nu minder goed in de offerte terug met welk doel we die casuïstiek verzamelen.

Groet & fijne dagen,

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Curatieve Zorg
telefoon: 070 -
mobiel: 06 -
Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Van: [mailto: @arteriaconsulting.nl]

Verzonden: vrijdag 22 december 2017 14:28

Aan: @patientenfederatie.nl; @venvn.nl; a.bransen@zn.nl; wijkverpleging |
Arteria Consulting; (Branchevereniging BTN); @actiz.nl; @actiz.nl;

CC:

Onderwerp: offerte Arteria Consulting - keuzevrijheid in de wijkverpleging

Urgentie: Hoog

Goedemiddag,

Bijgevoegd de offerte, opgesteld naar aanleiding van de ontvangen opdrachtformulering en de bijeenkomst die afgelopen dinsdag bij ZN heeft plaats gevonden.

Zoals eerder aangegeven ontvangen we jullie reacties graag uiterlijk donderdag 28 december.

Deze mogen naar mij, en/of naar worden verzonden. en ik zullen volgende week vrijdag, 29 december met de offerte en de aangeleverde reacties doorlopen.

Ook hierbij nog even een reminder; graag ontvangen wij de contactgegevens van de personen die voor dit onderzoek geïnterviewd dienen te worden zo snel mogelijk. Dit maakt een vlotte start begin januari mogelijk. Gezien de tijdsdruk op het onderzoek is dit belangrijk.

Fijne dagen gewenst allen!

Met vriendelijke groet,

06 (mobiel)
035 (kantoor)
@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Van: [redacted]
Aan: [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]@venvn.nl; [redacted]wijkverpleging 1
Arteria Consulting; [redacted] (Branchevereniging BIN); [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl;
(Lidwien); [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: Agenda begeleidingscommissie 19-01
Datum: donderdag 18 januari 2018 11:04:54
Bijlagen: image001.png
image002.png
Begeleidingscommissie 1 19-01-2017 def..docx

Dag allen,

Hierbij de agenda voor morgen met daarbij al een korte toelichting. Er zijn per agendapunt vragen aan de begeleidingscommissie toegevoegd die ter bespreking staan morgen. Goed om hier al even aandacht voor te hebben voorafgaand aan het overleg.

Mocht er een collega aanwezig zijn morgen, die niet in de maillijst is meegenomen, graag deze mail doorzetten naar betreffende persoon.

Ik hoop jullie morgen allemaal te zien, 9:00 bij Actiz.

Met vriendelijke groet, ook namens [redacted]

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)	Loosdrechtse Bos 5
035 [redacted] (kantoor)	1213 RH Hilversum
[redacted]@arteriaconsulting.nl	www.arteriaconsulting.nl



Aan	Begeleidingscommissie Wijkverpleging
Van	[REDACTED]
Betreft	Agenda Begeleidingscommissie 19 januari
Referentie	Agenda_19-01-2018
Datum	18 januari 2018

Agendapunten:

1. Stand van zaken
 - 1.1 Voortgang
 - 1.2 Transferverpleegkundige
2. Planning begeleidingscommissie
 - 2.1 Tussentijdse concept rapportage
 - 2.2 Eindrapportage en -bijeenkomst

1. Stand van zaken

1.1. Voortgang

De afgelopen weken is een start gemaakt met het inplannen van de interviews. Deze zijn gepland voor aankomende 2 weken. Verder is een start gemaakt met het literatuuronderzoek en de opzet van het rapport. Alle benodigde leden van ZN, Actiz en BTN zijn geïncludeerd.

De huisartsen en revalidatiecentra zullen via de zorgaanbieders worden uitgevraagd. Dit is bij het eerste interview al gebeurd en heeft direct resultaat opgeleverd. Hier worden geen problemen verwacht.

Geïnterviewden per regio	Te interviewen	Ingepland
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	3	3
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	6	6
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	6	6
Huisarts/POH	6	1
Transferverpleegkundige	3	0
Medewerker zorgbemiddeling Revalidatiecentrum	3	1
Totaal:	27	17

Vragen aan de begeleidingscommissie:

- Er is geen literatuur aangeleverd buiten de literatuur van de Patiëntenfederatie Nederland. Is hier nog noodzaak toe?
- Zijn er nog specifieke revalidatiecentra/huisartsen in de regio's die jullie willen includeren?

1.2. Transferverpleegkundige

In het onderzoek dient uit elke regio een transferverpleegkundige meegenomen te worden. V&VN zou voor de aanlevering van de contactgegevens zorgen. Echter blijkt medewerking vanuit de transferverpleegkundige uit te blijven en V&VN verwacht niet dat deze groep participeert in het onderzoek.

Vragen aan de begeleidingscommissie:

- Is het noodzakelijk dat deze groep aansluit bij het onderzoek?
- Zijn er andere ingangen voor het betrekken van deze doelgroep?
- Wat zijn eventuele alternatieven?

2. Planning begeleidingscommissie

2.1. Tussentijdse concept rapportage

Bij het vorige onderzoek is gebleken dat een tussentijdse concept rapportage en bijbehorende commentaar rond het proces ten goede komt. Op deze manier kan de begeleidingscommissie in een vroeger stadium bijsturen, onderdelen vaststellen en bij het eindrapport de focus leggen op de resultaten. Voorstel is om het eerste concept rapport op 26 januari te versturen naar de begeleidingscommissie, tot 1 februari kan de begeleidingscommissie schriftelijk commentaar aanleveren.

Vraag aan de begeleidingscommissie:

- Gaat u akkoord met dit procesvoorstel?

2.2. Eindrapportage en -bijeenkomst

Toegewerkt wordt naar oplevering van het rapport half februari. Gezien de korte doorlooptijd, is het voorstel het rapport uiterlijk 12 februari te versturen naar de begeleidingscommissie. De afsluitende bijeenkomst kan dan op 14 februari plaatsvinden. Aanvullingen kunnen tot en met 14 februari schriftelijk aangeleverd worden bij Arteria. Op 14 februari worden de belangrijkste op- en aanmerkingen gezamenlijk besproken en eventuele vervolgacties uitgezet. De besproken en toegestuurde aanvullingen worden na de eindbijeenkomst aangepast door Arteria en uiterlijk vrijdag 16 februari wordt het eindrapport verstuurd naar BTN.

Vragen aan de begeleidingscommissie:

- Gaat u akkoord met het voorstelde proces voor de eindrapportage en -bijeenkomst?
- Op welk tijdstip kan de eindbijeenkomst worden ingepland?

Van: [redacted]
Aan: [redacted] @patientenfederatie.nl; [redacted] @venvn.nl; [redacted] @zn.nl; wijkverpleging I
Arteria Consulting; [redacted] (Branchevereniging BIN); [redacted] @actiz.nl; [redacted] @actiz.nl; [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: Notulen begeleidingscommissie 19-01
Datum: vrijdag 19 januari 2018 13:13:03
Bijlagen: image001.png
image002.png
Notulen Begeleidingscommissie 1 19-01-2017.pdf

Dag allen,

Naar aanleiding van het overleg van vanochtend, hierbij de notulen met actielijst.

Onderstaand de literatuur die tot dusver is toegevoegd aan het onderzoek. Mochten er nog bruikbare tips zijn (buiten de tips van vanochtend), dan zijn deze welkom.

Dank allen voor een productief overleg, en alvast een fijn weekend.

Literatuurlijst

1. Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis (PFN, 2015)
2. Rapport meldactie Verpleging en/of Verzorging Thuis (PFN, 2016)
3. Niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Arteria, 2017)
4. Uw route naar zorg thuis (PFN, 2017)
5. Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen (Sigra, 2017)
6. Evaluatie van de wijkverpleging (Nivel, 2017)
7. Zorgprisma publiek (Vektis, 2017)

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted] @arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Aan | Begeleidingscommissie Wijkverpleging

Van | 

Betreft | Notulen Begeleidingscommissie 19 januari

Referentie | Notulen_19-01-2018

Datum | 19 januari 2018

1. Stand van zaken

1.1. Voortgang

- In Hilversum zijn geen aanbieders van BTN betrokken, dit omdat BTN daar geen leden heeft. Voor Hilversum zijn er drie leden van Actiz betrokken. Voor de andere regio's is er wel één BTN-zorgaanbieder en één Actiz-aanbieder geselecteerd.
- Voor huisartsen zou de begeleidingscommissie graag een combinatie van solopraktijken en groepspraktijken zien. Maar de begeleidingscommissie accepteert de afhankelijkheid van de bereidheid tot medewerking en de eventuele consequenties hiervan.

1.2. Transferverpleegkundige

- De medewerking van de afdeling 'transfer' die onder de V&VN mist. V&VN vindt het wel van belang dat transferverpleegkundigen deelnemen aan het onderzoek.
- Afgesproken is dat V&VN de transferverpleegkundige benadert via de ziekenhuizen in de regio's. Actiz en V&VN zullen hierover met elkaar schakelen, indien nodig.

2. Planning begeleidingscommissie

2.1. Tussentijds concept rapportage

- Het voorstel voor het aanleveren van het eerste concept op 26 januari is akkoord, aanlevering van feedback gebeurt uiterlijk 1 februari door de begeleidingscommissieleden.
- Aankomende week zal Arteria een lijst sturen naar de begeleidingscommissie met de literatuur die tot nu toe gebruikt wordt voor het onderzoek, de begeleidingscommissieleden zullen nagaan of zij nog andere relevante literatuur tot hun beschikking hebben.
- De lijst met participanten is openbaar, in ieder geval voor de begeleidingscommissie. In het rapport staan de namen niet, dit om de onderzoekspopulatie de volledige ruimte te geven om uitspraken te doen.

2.2. Eindrapportage en -bijeenkomst

- De eindbijeenkomst zal op 14 februari plaatsvinden bij VWS in Den Haag, van 10:00-11:30. VWS zal hiervoor een ruimte reserveren en ons aanmelden.
- De landelijke werkgroep vindt plaats op 6 februari, er kan dan een toelichting worden gegeven op de opzet en planning van het onderzoek.
- Het bestuurlijk overleg vindt plaats op 20 februari. Het is dan waarschijnlijk niet mogelijk het rapport te bespreken. VWS zal voorleggen aan ZN hoe de zorgverzekeraars het rapport kunnen gebruiken voor de inkoop 2019.

2.3. Overige punten

- Voor regio's worden een aantal demografische kenmerken in het rapport genoemd, om zo meer kader te schetsen.
- Als het gaat om de keuzevrijheid goed om ook rekening te houden met het soort wijkverpleegkundige zorg. Er kan bijvoorbeeld voor de MSVT maar één zorgaanbieder zijn die dit kan leveren. Dus dit moet ook goed uitgevraagd worden binnen het onderzoek.

3. Actielijst

Actielijst	Actie	Verantwoordelijke	Opmerking
1.	Transfervverpleegkundigen worden via de regionale ziekenhuizen betrokken	V&VN ()	Indien nodig kan Actiz () een bijdrage leveren
2.	Versturen literatuurlijst	Arteria ()	
3.	Versturen conceptversie rapport	Arteria ()	Datum: 26 januari
4.	Versturen feedback op conceptversie rapport	Begeleidingscommissie	Datum: 1 februari
5.	Reserveren ruimte voor eindbespreking	VWS ()	Geeft ruimte door aan Arteria
6.	Versturen conceptversie eindrapport	Arteria ()	Datum: 12 februari
7.	Versturen feedback op conceptversie eindrapport	Begeleidingscommissie	Datum: 14 februari
8.	Opleveren eindrapport aan BTN	Arteria ()	Datum: 16 februari

Van: [redacted]
Aan: [redacted] @patientenfederatie.nl; [redacted] @venvn.nl; [redacted] @zn.nl; wijkverpleging 1
Arteria Consulting; [redacted] (Branchevereniging BIN); [redacted] @actiz.nl; [redacted] @actiz.nl;
Cc: [redacted]
Onderwerp: Concept eindrapport
Datum: vrijdag 26 januari 2018 16:35:25
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Eindrapport Keuzevrijheid wijkverpleging v0.1 180126.docx](#)

Dag allen,

Zoals afgesproken hierbij het eerste concept rapport van keuzevrijheid in de wijkverpleging.

Dit betreft een ruwe versie waarbij we graag horen of dit in de lijn ligt van jullie verwachtingen.

De hoofdstukken 1 t/m 5 zijn wat ons betreft akkoord wat qua opzet en invulling.

Voor hoofdstuk 6 zijn wij nog op zoek naar een goede manier om de regionale ketens weer te geven. En daarbij bij hoofdstuk 7 voornamelijk in te zoomen op de regionale verschillen tussen de verschillende zorg professionals. Daaruit zal de beantwoording van de hoofdvragen volgen.

Graag ontvangen wij jullie aanvullingen en input uiterlijk donderdag 1 februari, waarbij geldt: Hoe eerder, hoe beter.

Fijn weekend gewenst, mede namens [redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted] @arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



alleen 10.2.e

Arteriaconsulting.

Keuzevrijheid wijkverpleging

Onderzoek naar ervaren knelpunten



■ Datum: 15 januari 2018

■ Versie: 0.1

■ Auteur: 

Inhoudsopgave

1.	Aanleiding	3
2.	Doel	4
3.	Aanpak	5
3.1.	Bureau onderzoek	5
3.2.	Kwalitatief onderzoek	5
4.	Wijkverpleging in beeld oid?	7
5.	Client perspectief.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.1.	Aspecten van kwaliteit van zorg.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.	Beperkingen in keuzevrijheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.	Client tevredenheid.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.	Kwantitatief onderzoek	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.	Hilversum	13
6.2.	Rotterdam	13
6.3.	Almelo	14
6.4.	Zorgverzekeraars	15
6.5.	Zorgaanbieders	15
6.6.	Verwijzers.....	15
7.	Contact	16

1. Aanleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Daarbij is het onder andere de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben, dit in de rol als 'spil in de wijk'. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'¹.

De vraag naar wijkverpleegkundige zorg is sterk toegenomen en dit heeft een aantal consequenties. Zo is een groei te zien in de hoeveelheid zorgaanbieders, maar ook een groeiend tekort aan zorgverleners. Bovendien kent de huidige contractering wijkverpleging een nadruk op doelmatigheid, wordt er een prijsdruk ervaren en groeit mede hierdoor de niet-gecontracteerde zorg. Verbeteringen in de sector zijn nodig om de markt te optimaliseren. Middels het Common Eye onderzoek zijn verbeterthema's vastgesteld². Partijen betrokken bij de wijkverpleging hebben rondom deze thema's met elkaar afspraken gemaakt om tot verbeterde contractering in de wijkverpleging te komen.

Een onderwerp besproken in het Common Eye onderzoek is de keuzevrijheid voor het kiezen van een zorgaanbieder of voor wijkverpleegkundige zorg door de cliënt. Partijen van de Begeleidingscommissie Wijkverpleging (hierna: begeleidingscommissie) ontvangen signalen hierover en willen deze in gezamenlijk oppakken. Onduidelijk is welke oorzaken aan de grondslag liggen van deze knelpunten. Hierop is besloten dit huidige onderzoek uit te voeren.

¹ Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden en het toedienen van medicatie. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.

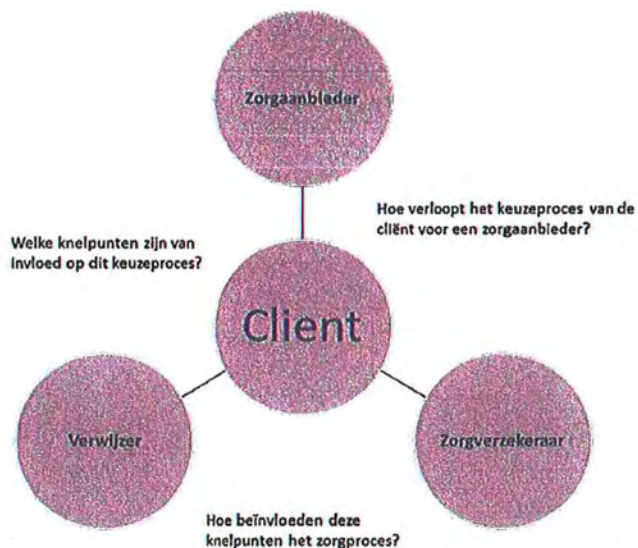
² Zie Common Eye traject: <https://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?documentid=2065>

2. Doel

Het doel is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun zorgvraag en, zo ja, welke knelpunten dat dan zijn. Deze knelpunten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Het huidige onderzoek is gericht op het zorgnetwerk en de zorgketen rondom de cliënt. Dit omvat het proces vanaf het vaststellen van een zorgbehoefte bij de cliënt tot en met de uiteindelijke zorg inzet bij een zorgaanbieder. Door de begeleidingscommissie zijn een drietal regio's geselecteerd waar dit proces in kaart wordt gebracht, te weten: Hilversum, Almelo en Rotterdam. In deze regio wordt middels het in kaart brengen van de keten vastgesteld of er knelpunten zijn die de keuzevrijheid belemmeren, en zo ja welke knelpunten dit zijn.

Het verkrijgen van inzicht op de zorgketen en eventuele knelpunten wordt middels onderstaand figuur uitgewerkt. Waarbij de vragen die centraal staan in het onderzoek hier omheen zijn gezet.



Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is zijn de resultaten feitelijk gerapporteerd. Het rapport bevat hiermee geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen.

3. Aanpak

3.1. Bureau onderzoek

De begeleidingscommissie heeft een tweetal onderzoeksrapporten van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) aangedragen als input om het cliëntperspectief weer te geven³. Daarbij geeft ook het eerder uitgebrachte onderzoeksrapport van Arteria Consulting⁴ informatie betreffende de cliënt en zijn keuzeprocess. Omdat het, zeker bij de onderzoeken van de PFN, grote populatiegroepen betreft is gekozen om het cliënt perspectief op deze onderzoeken te baseren. Bovendien zijn de onderzoeken recentelijk uitgevoerd en ligt het niet in de lijn der verwachting dat uitkomsten van een nieuw onderzoek nieuwe inzichten zal verschaffen. Naast deze, door de begeleidingscommissie aangedragen rapporten, is er nog gezocht naar aanvullende literatuur en data die een bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van het cliëntproces en de context van dit proces.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek is aan de hand van gestructureerde interviews uitgevoerd. In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar twee onderzoeksmethoden:

- Interviewmethode 1: Persoonlijke interviews op locatie
- Interviewmethode 2: Telefonische interviews

Onderzoekspopulatie

De partijen die bevestigd zijn, zijn de volgende:

■ Zorgverzekeraars

Per geselecteerde regio is de zorgverzekeraar bevestigd die een groot aandeel heeft in de markt. Verder is rekening gehouden met het includeren van ten minste een grote en kleine zorgverzekeraar. Er is gekozen voor het includeren van Zilveren Kruis, Menzis en DSW.

■ Zorgaanbieders

Per regio zijn bij 2 zorgaanbieders een medewerker zorgbemiddeling en een wijkverpleegkundige geïnterviewd. De zorgaanbieders zijn leden van Actiz of BTN.

■ Verwijzers

Per regio zijn 1 ziekenhuis, 1 revalidatiecentrum en 2 huisartsenpraktijken betrokken bij het onderzoek.

³ Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "meldactie Personeelstekort" (2016)

⁴ (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek (2017)

In totaal zijn er 27 interviews afgenomen, in onderstaande tabel is de verdeling per regio vermeld.

Geïnterviewden per regio	Totaal	Opmerking	Interviewmethode
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	1		Persoonlijk
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Telefonisch
Huisarts/POH	2	Bij 2 verschillende huisartsenpraktijken	Persoonlijk of Telefonisch
Transferverpleegkundige	1	Ziekenhuis in de regio	Telefonisch
Medewerker zorgbemiddeling Revalidatiecentrum	1		Persoonlijk
Totaal:	9		

Tabel 1: Overzicht aantal en soort geïnterviewden per regio (Arteria, 2017).

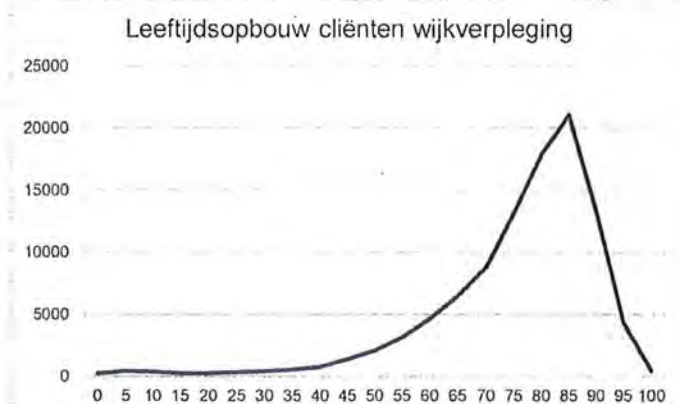
4. Zorgproces Wijkverpleging

Volgens de laatste cijfers van Vektis maakten in augustus 2016 277.00 burgers gebruik van wijkverpleging in Nederland. De groep groeit gestaag, zoals in de grafiek hieronder zichtbaar is.



Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

De gemiddelde leeftijd van deze groep is 75 jaar. Het merendeel van de groep, 63% bestaat uit vrouwen⁵. Wanneer we spreken over de doelgroep die wijkverpleging ontvangt, is dit voornamelijk een oudere en kwetsbare groep. Bijna alle cliënten gebruiken medicatie, een hulpmiddel en moeten regelmatig naar het ziekenhuis. De inzet van wijkverpleegkundige zorg is een belangrijke factor om thuis te kunnen blijven wonen.



Grafiek 2: Leeftijdsopbouw (in jaren) cliënten wijkverpleging in 2015 (Vektis, 2017)

⁵ Cijfers afkomstig van Vektis intelligence.

Wanneer een burger constateert dat hij wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, kan hij dit direct aanvragen bij een zorgaanbieder in de buurt. Het is ook mogelijk om hiervoor hulp te vragen bij een instantie. Voorbeelden hiervan zijn de huisarts, de gemeente of mogelijk een zorgaanbieder waar al contact mee is in verband met een andere hulpvraag (revalidatiecentrum, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie).

Procesflow aanvraag wijkverpleging



De zorgaanvraag wordt ingediend bij een zorgaanbieder die wijkverpleging biedt en hierop volgt een gesprek waarin de zorgvraag wordt vastgesteld door een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de cliënt en het netwerk de zorgbehoefte vast en geeft hiervoor een indicatie af. Ook ontvangt de cliënt basale informatie die aan de directe zorg is gelinkt, zoals verzorgingstijden, contactgegevens van medewerkers, noodnummer, etc.

Bij de indicatiestelling wordt gevraagd naar de zorgbehoefte van de cliënt. Hierop wordt gekeken op welke manier deze behoefte vervuld kan worden en welke partijen daarvoor betrokken dienen te worden. Doel hierbij is de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te houden en naast de inzet van wijkverpleegkundige zorg ook te kijken naar de mogelijkheden in het netwerk van de cliënt en mogelijke inzet van andere zorg. Voorbeelden hiervan zijn voorzieningen vanuit de gemeente, dagbesteding of fysiotherapie.

5. Cliënt perspectief

5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg

Van de cliënten die wijkverpleegkundige zorg heeft aangevraagd, woonde op dat moment 53% thuis en kwam 41% uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum. De overige 6% bevond zich in een andere woonvorm. Dit komt naar voren uit een onderzoek van de PatiëntenFederatie Nederland (PFN) uit 2016 onder 177 respondenten.

De eerste professional met wie een burger besproken heeft dat het thuis niet meer goed gaat is in 38% van de gevallen een specialist of medewerker van het ziekenhuis. Daarna volgt met 19% de huisarts en met 11% de medewerker van de thuiszorg. Overige professionals die in het onderzoek genoemd worden zijn een casemanager, medewerker van de thuiszorg of iemand van de gemeente. Zie hiervoor ook de onderstaande grafiek.

Met welke professional besprak u als eerste de
aanvraag?



Figuur 1: Eerst professional voor wijkverpleegkundige aanvraag (PFN, 2016).

In 69% van de gevallen heeft de professional uit de bovenstaande figuur ook de wijkverpleegkundige zorg aangevraagd. In 17% van de gevallen kon deze professional dit niet regelen, dit zijn dan voornamelijk medewerkers van de gemeente. De overige 14% van de respondenten weet niet of de genoemde professional de zorg heeft aangevraagd.

5.2. Keuze in wijkverpleegkundige zorg

In hetzelfde onderzoek is vervolgens gevraagd of de respondenten meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken. Het overgrote deel van de respondenten (82%), geeft aan geen organisaties te hebben vergeleken. In het onderzoek geeft 14% van de respondenten aan wel de zorgaanbieders te hebben vergeleken en 4% weet dit niet meer.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest op ervaring van andere met de organisatie te letten bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%). Bij 'anders, namelijk' worden voornamelijk de kosten van de zorg genoemd en de locatie van de organisatie.



Figuur 2: Keuzefactoren voor keuze zorgaanbieder (PFN, 2016).

5.3. Aspecten van kwaliteit van zorg

In een ander onderzoek van de PFN (2015), waarbij 152 interviews zijn afgenomen, is uitvraag gedaan hoe de geleverde zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het grootste deel van de respondenten geeft aan dat ze het belangrijk vinden dat door middel van de zorg die zij ontvangen ze zelf nog bepaalde activiteiten kunnen blijven uitvoeren. Dit betekent voor de één dat hij zelf boodschappen kan blijven doen, en voor de ander dat hij de trein kan pakken om een museum te bezoeken.

Belangrijk voor de ouderen is dat de zorg op gezette tijden wordt geleverd. Een ander kwaliteitsaspect wat van belang wordt geacht is het hebben van een vast team zorgverleners dat langs komt. Een vast team zorgt voor een vertrouwensband en een goede omgang. Zowel de gezette tijden, als een vast team zijn keuzefactoren die ook in het onderzoek van PFN (2016) en Arteria (2017) werden genoemd als indicatoren voor goede zorg.

Wat in het onderzoek van PFN (2015) verder als belangrijke kwaliteitsaspecten van zorg gelden, zijn signalering en deskundigheid. Deskundigheid gaat over het totaalbeeld van kennis, handelingen en signaleren. De signalering dient volgens de cliënten verder te gaan dan 'zien' dat er iets anders is. Het gaat om het herkennen van veranderingen, en het ondernemen van actie indien dit noodzakelijk is.

Het belang van andere kwaliteitsaspecten van zorg, zoals informatie verstrekking, samenwerking tussen professionals en bevordering van zelfredzaamheid, vonden de cliënten minder groot.

Alhoewel de insteek van het onderzoek van PFN (2015) niet was om vast te stellen waarop keuzes van cliënten voor zorgaanbieders worden gebaseerd, geeft het wel weer wat cliënten tijdens de zorg belangrijk vinden. Het kan hiermee mensen die een keuze voor een zorgaanbieder gaan maken wel handvatten bieden waarop zij hun keuze kunnen baseren.

Verder kunnen zorgaanbieders de resultaten gebruiken als input voor thema's waarover zij informatie kunnen verstrekken bij nieuwe cliënten.

5.4. Beperkingen in keuzevrijheid

Aanmeldingen komen bij zorgaanbieders binnen via zorgprofessionals of de cliënt of zijn netwerk zelf. Op het moment van aanmelden wordt gekeken of de aangevraagde zorg geleverd kan worden door de teams. Hierop volgt een indicatiestelling en intakegesprek. Dit gesprek vindt plaats tussen een wijkverpleegkundige en de cliënt en zijn eventuele naasten en leidt tot de inzet van zorg. Volgens zorgaanbieders geïnterviewd door Arteria (2017) is het gangbaar dat de cliënt daarmee ook in zorg komt bij de zorgaanbieder die de indicatiestelling heeft gedaan. Des te meer doordat veelal de procedure middels een spoedaanmelding verloopt, waarbij directe leveren van zorg noodzakelijk is en de administratieve handelingen later volgen. Dit draagt, ondanks de goede intenties en noodzakelijkheid, bij aan een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt.

Bij zorglevering op korte termijn is beschikbaarheid van zorg belangrijk. Dit kan keuzevrijheid in de weg staan op het moment dat niet alle zorgaanbieders in de omgeving verpleegkundigen beschikbaar hebben. Het tekort aan personeel speelt hierbij een rol, dit is een sector breed probleem.

Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 ondervraagden die sinds 2015 wijkverpleging ontvangen te maken hebben gehad met een cliëntenstop. Dit was voor de zorgaanbieder reden om hen niet in zorg te nemen.

Naast personele problematiek, kunnen ook financiën de oorzaak zijn dat er geen zorg geleverd wordt. Eind 2017 hebben diverse zorgaanbieders aangegeven om financiële redenen geen nieuwe cliënten meer aan te nemen. De met de zorgverzekeraar overeengekomen budgetten waren niet meer toereikend, waardoor zij de geleverde zorg niet meer vergoed dreigden te krijgen. Ook dit werkt beperkend op de keuzevrijheid van de cliënt.

Wanneer een verwijzer betrokken is bij de aanmelding dient deze goed op de hoogte te zijn van het zorgnetwerk in de omgeving van de cliënt. Op die manier kan er, in samenspraak met de cliënt, gekeken worden welke zorgaanbieders er beschikbaar zijn en welke type zorg zij leveren. Uit onderzoek van Nivel (2017) blijkt dat de ervaringen met samenwerking tussen de wijkverpleging en huisartsen veelal positief zijn. De samenwerking met wijkteams en de gemeente wordt door wijkverpleegkundigen verschillend beoordeeld. Is sommige gemeenten vraagt dit nog om aandacht, terwijl op andere plekken de professionals elkaar goed weten te vinden. In hoeverre dit invloed heeft op de keuzevrijheid van de cliënt is niet te zeggen.

5.5. Cliënt tevredenheid

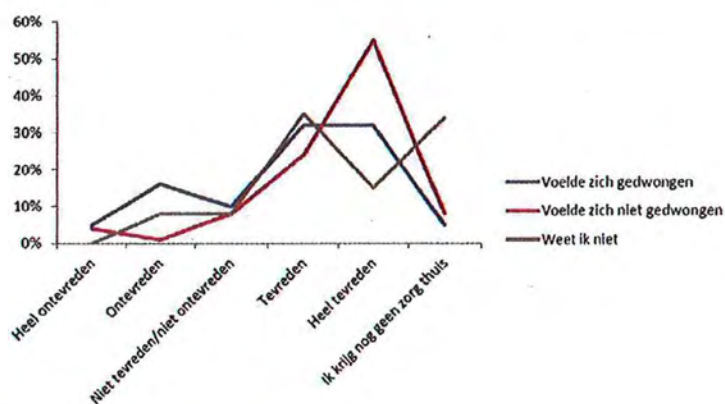
In het onderzoek van het Nivel (2017) geeft een nog groter percentage cliënten aan tevreden te zijn met de zorg die zij ontvangen (93%). Hierbij wordt aangegeven dat de wijkverpleegkundigen goed op de hoogte is van de situatie van de cliënt en zich goed in kan leven in de cliënt. Als gemiddeld cijfer krijgen de wijkverpleegkundigen die bij de cliënten zorg leveren een 8,3. Ook zouden de meeste cliënten hun zorgaanbieder aanbevelen aan bekenden.

Wanneer het aankomt op verbeterpunten worden ook in dit onderzoek wederom dezelfde punten aangehaald die eerder zijn benoemd. 'Zorg op gezette tijden' en 'een vast team', zijn ook

Met opmaak: Regelaafstand: Exact 13 pt

hier verbeterpunten die genoemd worden. Verder worden 'meer tijd' en 'informer' genoemd als aandachtspunten. Bijvoorbeeld het informeren van de cliënt wanneer de wijkverpleegkundige niet op de afgesproken tijd langs kan komen.

In het onderzoek van PFN (2016) is ook nog aandacht voor de tevredenheid van de cliënten over de wijkverpleegkundige zorg die zij ontvangen. Hieruit blijkt het merendeel tevreden is over de zorg die geleverd wordt (82%). Opvallend is dat onder de groep die niet tevreden is een groter aandeel cliënten bevindt die zich gedwongen voelde in hun keuze voor een zorgaanbieder.



Figuur 3: Verhouding tevredenheid en gevoel van keuzevrijheid (bron: PFN, 2016)

De weergegeven redenen voor onvrede bij cliënten in het onderzoek, hebben voornamelijk betrekking op het tijdstip dat de zorgaanbieder zorgt levert. Er kan geen tijd worden afgesproken, of de afgesproken tijd wordt niet nagekomen. Andere antwoorden hebben betrekking op de verscheidenheid van medewerkers die bij de cliënten thuis komt.

6. Regionale zorgketens

Het zorgproces en de knelpunten die benoemd zijn, zijn per geselecteerde regio uiteengezet. Per regio zijn verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gesproken. Op deze manier is de gehele keten rondom de cliënt meegenomen en kan de gehele cliëntenreis in beeld worden gebracht.

De gekozen regio's bieden een diversiteit in stedelijkheid, ervaren problematiek rondom het zorgproces en verschillende markt leidende zorgverzekeraar. Op deze manier wordt het zorgproces, de cliëntenreis en mogelijke knelpunten vanuit verschillende invalshoeken belicht.

Deze resultaten kunnen niet breder getrokken worden als geldend in heel Nederland, maar bieden wel een eerste inzicht in knelpunten die mogelijk ook op landelijk niveau van invloed zijn op keuzevrijheid in de wijkverpleging.

Per regio zijn een aantal kerngetallen meegegeven. Om deze af te zetten tegen het gemiddelde van Nederland, zijn hieronder de getallen voor heel Nederland op een rij gezet.

Nederland: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 17,02 miljoen inwoner
- 311 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld €191,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt in Nederlandse gemeenten gemiddeld door 1 zorgaanbieder geleverd.

6.1. Hilversum

Hilversum: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 89.549 inwoners
- 274 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 2.418
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld €165,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 6 zorgaanbieders geleverd ⁶.

Verwijzers

Zorgaanbieders

Zorgverzekeraars

6.2. Rotterdam

Rotterdam: Een aantal getallen op een rij (2016)

⁶ Cijfers van Vektis

- 638.179 inwoners (CBS)
- 295 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 18.502
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld € 210,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 9 zorgaanbieders geleverd⁶.

Verwijzers

Zorgaanbieders

Voorheen zichtbare schakels project. Dit is gestopt, wordt wel gemist. Deze wijkverpleegkundige kon op een objectievere manier zorg verlenen. Nu de wijkverpleegkundige vanuit één organisatie indiceert, is objectiviteit wel verminderd. Dit betekent niet dat indicatie niet klopt, maar wel dat samenwerking minder vanzelfsprekend is, aldus klantadviseur.

Zorgverzekeraars

6.3. Almelo

Almelo: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 72.594 inwoners
- 453 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging in Almelo
- Totaal cliënten is: 3.271
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld € 325,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 11 zorgaanbieders geleverd⁶.

Verwijzers

Zorgaanbieders

Zorgverzekeraars

7. Knelpunten per sectorpartij

7.1. Zorgverzekeraars

7.2. Zorgaanbieders

Cliëntenstops. Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 ondervraagden die sinds 2015 wijkverpleging ontvangen te maken hebben gehad met een cliëntenstop. Dit was voor de zorgaanbieder reden om hen niet in zorg te nemen.

De zorgaanbieder meegenomen in dit onderzoek geven aan...

7.3. Verwijzers

8. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:



06
06
06



@arteriaconsulting.nl
@arteriaconsulting.nl
@arteriaconsulting.nl



Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: Concept eindrapport
Datum: dinsdag 30 januari 2018 16:59:44
Bijlagen: image001.png
 image002.png

Dag allen,

Dank voor de feedback. Ik ben van plan wanneer ik alle commentaren binnen heb 1 mail uit te sturen met de belangrijkste opmerkingen/vragen. Het kan nodig zijn de gehele begeleidingscommissie mee te nemen in de beantwoording/afwegingen die er liggen om zo met z'n allen op 1 lijn te komen.

Dus wordt vervolgd!

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
 035 [redacted] (kantoor)
 [redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
 1213 RH Hilversum
 www.arteriaconsulting.nl



Van: [redacted] (mailto:[redacted]@minvws.nl)

Verzonden: dinsdag 30 januari 2018 15:14

Aan: [redacted]

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: Concept eindrapport

Ha [redacted]

Hierbij onze gebundelde opmerkingen/vragen bij het voorliggende concept. Laat het even weten als je nog vragen of opmerkingen hebt.

Groet,

[redacted]

[redacted]

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Curatieve Zorg

telefoon: 070 - 340 [redacted]

mobiel: 06 - [redacted]

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Van: [redacted] (mailto:[redacted]@arteriaconsulting.nl)

Verzonden: vrijdag 26 januari 2018 16:35

Aan: [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]; [redacted]@venvn.nl; [redacted]@zn.nl; wijkverpleging |

Arteria Consulting; [redacted] (Branchevereniging BTN); [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl; [redacted]

[redacted]@btn.nl

CC: [redacted]

Onderwerp: Concept eindrapport

Dag allen,

Zoals afgesproken hierbij het eerste concept rapport van keuzevrijheid in de wijkverpleging.

Dit betreft een ruwe versie waarbij we graag horen of dit in de lijn ligt van jullie verwachtingen.

De hoofdstukken 1 t/m 5 zijn wat ons betreft akkoord wat qua opzet en invulling.

Voor hoofdstuk 6 zijn wij nog op zoek naar een goede manier om de regionale ketens weer te geven. En daarbij bij hoofdstuk 7 voornamelijk in te zoomen op de regionale verschillen tussen de verschillende zorg professionals. Daaruit zal de beantwoording van de hoofdvragen volgen.

Graag ontvangen wij jullie aanvullingen en input uiterlijk donderdag 1 februari, waarbij geldt: Hoe eerder, hoe beter.

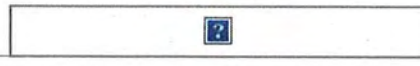
Fijn weekend gewenst, mede namens [redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



alleen 10.2.e

Arteriaconsulting.

Keuzevrijheid wijkverpleging

Onderzoek naar ervaren knelpunten

■ Datum: 15 januari 2018
■ Versie: 0.1
■ Auteur:

Inhoudsopgave

1.	Aanleiding	3
2.	Doel	4
3.	Aanpak	6
3.1.	Bureau onderzoek	6
3.2.	Kwalitatief onderzoek	6
4.	Wijkverpleging in beeld oid?	8
5.	Client perspectief	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.1.	Aspecten van kwaliteit van zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.	Beperkingen in keuzevrijheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.	Client tevredenheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.	Kwantitatief onderzoek	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.	Hilversum	14
6.2.	Rotterdam	15
6.3.	Almelo	15
6.4.	Zorgverzekeraars	17
6.5.	Zorgaanbieders	17
6.6.	Verwijzers	17
7.	Contact	18

1. Aanleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Daarbij is het onder andere de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben, dit in de rol als 'spil in de wijk'. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'¹.

De vraag naar wijkverpleegkundige zorg is sterk toegenomen en dit heeft een aantal consequenties. Zo is een groei te zien in de hoeveelheid zorgaanbieders, maar ook een groeiend tekort aan zorgverleners. Bovendien kent de huidige contractering wijkverpleging een nadruk op doelmatigheid, wordt er een prijsdruk ervaren en groeit mede hierdoor de niet-gecontracteerde zorg. Verbeteringen in de sector zijn nodig om de markt te optimaliseren. Middels het Common Eye onderzoek zijn verbeterthema's vastgesteld². Partijen betrokken bij de wijkverpleging hebben rondom deze thema's met elkaar afspraken gemaakt om tot verbeterde contractering in de wijkverpleging te komen.

Een onderwerp besproken in het Common Eye onderzoek is de keuzevrijheid voor het kiezen van een zorgaanbieder of voor wijkverpleegkundige zorg door de cliënt. Partijen van de Begeleidingscommissie Wijkverpleging (hierna: begeleidingscommissie) ontvangen signalen hierover en willen deze in gezamenlijk oppakken. Onduidelijk is welke oorzaken aan de grondslag liggen van deze knelpunten. Hierop is besloten dit huidige onderzoek uit te voeren.

¹ Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden en het toedienen van medicatie. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.

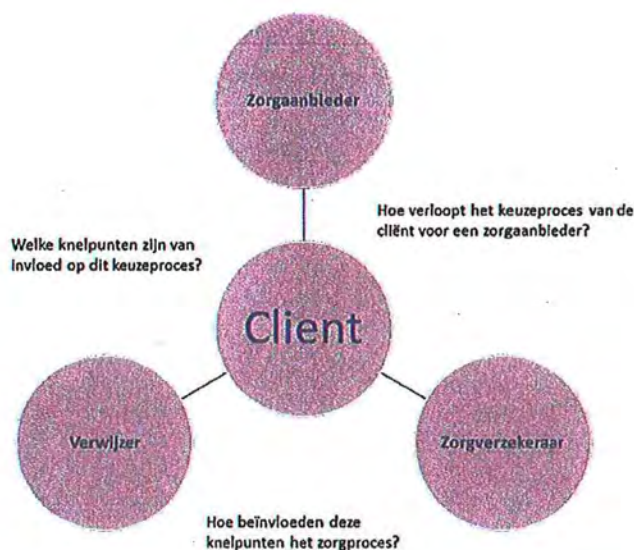
² Zie Common Eye traject, <https://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?documentid=2065>

2. Doel

Het doel is inzicht te krijgen of patiënten knelpunten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun zorgvraag en, zo ja, welke knelpunten dat dan zijn. Deze knelpunten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Het huidige onderzoek is gericht op het zorgnetwerk en de zorgketen rondom de cliënt. Dit omvat het proces vanaf het vaststellen van een zorgbehoefte bij de cliënt tot en met de uiteindelijke zorg inzet bij een zorgaanbieder. Door de begeleidingscommissie zijn een drietal regio's geselecteerd waar dit proces in kaart wordt gebracht, te weten: Hilversum, Almelo en Rotterdam. In deze regio wordt middels het in kaart brengen van de keten vastgesteld of er knelpunten zijn die de keuzevrijheid belemmeren, en zo ja welke knelpunten dit zijn.

Het verkrijgen van inzicht op de zorgketen en eventuele knelpunten wordt middels onderstaand figuur uitgewerkt. Waarbij de vragen die centraal staan in het onderzoek hier omheen zijn gezet.



Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is zijn de resultaten feitelijk gerapporteerd. Het rapport bevat hiermee geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen.



3. Aanpak

3.1. Bureau onderzoek

De begeleidingscommissie heeft een tweetal onderzoeksrapporten van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) aangedragen als input om het cliëntperspectief weer te geven³. Daarbij geeft ook het eerder uitgebrachte onderzoeksrapport van Arteria Consulting⁴ informatie betreffende de cliënt en zijn keuzeprocess. Omdat het, zeker bij de onderzoeken van de PFN, grote populatiegroepen betreft is gekozen om het cliënt perspectief op deze onderzoeken te baseren. Bovendien zijn de onderzoeken recentelijk uitgevoerd en ligt het niet in de lijn der verwachting dat uitkomsten van een nieuw onderzoek nieuwe inzichten zal verschaffen. Naast deze, door de begeleidingscommissie aangedragen rapporten, is er nog gezocht naar aanvullende literatuur en data die een bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van het cliëntproces en de context van dit proces.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek is aan de hand van gestructureerde interviews uitgevoerd. In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar twee onderzoeksmethoden:

- Interviewmethode 1: Persoonlijke interviews op locatie
- Interviewmethode 2: Telefonische interviews

Onderzoekspopulatie

De partijen die bevestigd zijn, zijn de volgende:

- **Zorgverzekeraars**
Per geselecteerde regio is de zorgverzekeraar bevestigd die een groot aandeel heeft in de markt. Verder is rekening gehouden met het includeren van ten minste een grote en kleine zorgverzekeraar. Er is gekozen voor het includeren van Zilveren Kruis, Menzis en DSW.
- **Zorgaanbieders**
Per regio zijn bij 2 zorgaanbieders een medewerker zorgbemiddeling en een wijkverpleegkundige geïnterviewd. De zorgaanbieders zijn leden van Actiz of BTN.
- **Verwijzers**
Per regio zijn 1 ziekenhuis, 1 revalidatiecentrum en 2 huisartsenpraktijken betrokken bij het onderzoek.

³ Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "meldactie Personeelstekort" (2016)

⁴ (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek (2017)

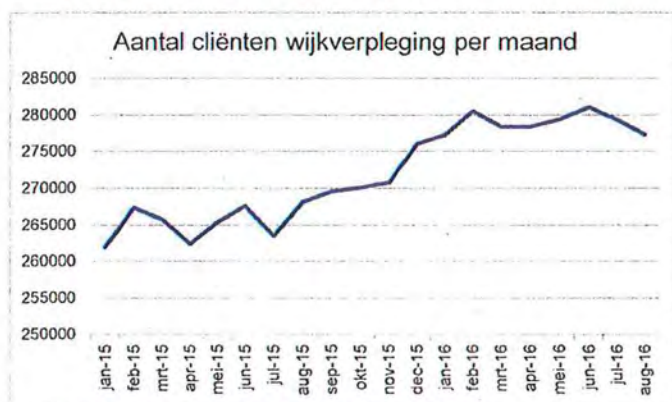
In totaal zijn er 27 interviews afgenomen, in onderstaande tabel is de verdeling per regio vermeld.

Geïnterviewden per regio	Totaal	Opmerking	Interviewmethode
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	1		Persoonlijk
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Telefonisch
Huisarts/POH	2	Bij 2 verschillende huisartsenpraktijken	Persoonlijk of Telefonisch
Transferverpleegkundige	1	Ziekenhuis in de regio	Telefonisch
Medewerker zorgbemiddeling Revalidatiecentrum	1		Persoonlijk
Totaal:	9		

Tabel 1: Overzicht aantal en soort geïnterviewden per regio (Arteria, 2017).

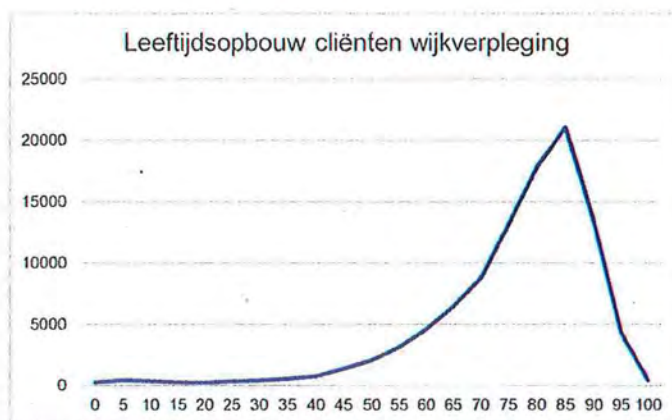
4. Zorgproces Wijkverpleging

Volgens de laatste cijfers van Vektis maakten in augustus 2016 277.00 burgers gebruik van wijkverpleging in Nederland. De groep groeit gestaag, zoals in de grafiek hieronder zichtbaar is.



Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

De gemiddelde leeftijd van deze groep is 75 jaar. Het merendeel van de groep, 63% bestaat uit vrouwen⁵. Wanneer we spreken over de doelgroep die wijkverpleging ontvangt, is dit voornamelijk een oudere en kwetsbare groep. Bijna alle cliënten gebruiken medicatie, een hulpmiddel en moeten regelmatig naar het ziekenhuis. De inzet van wijkverpleegkundige zorg is een belangrijke factor om thuis te kunnen blijven wonen.



Grafiek 2: Leeftijdsopbouw (in jaren) cliënten wijkverpleging in 2015 (Vektis, 2017)

Cijfers afkomstig van Vektis Huiszorg.

Wanneer een burger constateert dat hij wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, kan hij dit direct aanvragen bij een zorgaanbieder in de buurt. Het is ook mogelijk om hiervoor hulp te vragen bij een instantie. Voorbeelden hiervan zijn de huisarts, de gemeente of mogelijk een zorgaanbieder waar al contact mee is in verband met een andere hulpvraag (revalidatiecentrum, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie).

Procesflow aanvraag wijkverpleging



De zorgaanvraag wordt ingediend bij een zorgaanbieder die wijkverpleging biedt en hierop volgt een gesprek waarin de zorgvraag wordt vastgesteld door een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de cliënt en het netwerk de zorgbehoefte vast en geeft hiervoor een indicatie af. Ook ontvangt de cliënt basale informatie die aan de directe zorg is gelinkt, zoals verzorgingstijden, contactgegevens van medewerkers, noodnummer, etc.

Bij de indicatiestelling wordt gevraagd naar de zorgbehoefte van de cliënt. Hierop wordt gekeken op welke manier deze behoefte vervuld kan worden en welke partijen daarvoor betrokken dienen te worden. Doel hierbij is de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te houden en naast de inzet van wijkverpleegkundige zorg ook te kijken naar de mogelijkheden in het netwerk van de cliënt en mogelijke inzet van andere zorg. Voorbeelden hiervan zijn voorzieningen vanuit de gemeente, dagbesteding of fysiotherapie.

5. Cliënt perspectief

5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg

Van de cliënten die wijkverpleegkundige zorg heeft/hebben aangevraagd, woonde op dat moment 53% thuis en kwam 41% uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum. De overige 6% bevond zich in een andere woonvorm. Dit komt naar voren uit een onderzoek van de PatiëntenFederatie Nederland (PFN) uit 2016 onder 177 respondenten.

De eerste professional met wie een burger besproken heeft dat het thuis niet meer goed gaat is in 38% van de gevallen een medisch specialist of andere medewerker van het ziekenhuis. Daarna volgt met 19% de huisarts en met 11% de medewerker van de thuiszorg. Overige professionals die in het onderzoek genoemd worden zijn een casemanager dementie?, medewerker van de thuiszorg of iemand van de gemeente. Zie hiervoor ook de onderstaande grafiek.

Met opmerkingen [C1]: Is ook aparte categorie



Figuur 1: Eerst professional voor wijkverpleegkundige aanvraag (PFN, 2016).

In 69% van de gevallen heeft de professional uit de bovenstaande figuur ook de wijkverpleegkundige zorg aangevraagd. In 17% van de gevallen kon deze professional dit niet regelen, dit zijn dan voornamelijk medewerkers van de gemeente. De overige 14% van de respondenten weet niet of de genoemde professional de zorg heeft aangevraagd.

5.2. Keuze in wijkverpleegkundige zorg

In hetzelfde onderzoek is vervolgens gevraagd of de respondenten meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken. Het overgrote deel van de respondenten (82%), geeft aan geen organisaties te hebben vergeleken. In het onderzoek geeft 14% van de respondenten aan wel de zorgaanbieders te hebben vergeleken en 4% weet dit niet meer.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest op ervaring van anderen met de organisatie te letten bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de

tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%). Bij 'anders, namelijk' worden voornamelijk de kosten van de zorg genoemd en de locatie van de organisatie.



Figuur 2: Keuzefactoren voor keuze zorgaanbieder (PFN, 2016).

5.3. Aspecten van kwaliteit van zorg

In een ander onderzoek van de PFN (2015), waarbij 152 interviews zijn afgenomen, is uitvraag gedaan hoe de geleverde zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het grootste deel van de respondenten geeft aan dat ze het belangrijk vinden dat door middel van de zorg die zij ontvangen ze zelf nog bepaalde activiteiten kunnen blijven uitvoeren. Dit betekent voor de één dat hij zelf boodschappen kan blijven doen, en voor de ander dat hij de trein kan pakken om een museum te bezoeken.

Belangrijk voor de ouderen is dat de zorg op gezette tijden wordt geleverd. Een ander kwaliteitsaspect wat van belang wordt geacht is het hebben van een vast team zorgverleners dat langs komt. Een vast team zorgt voor een vertrouwensband en een goede omgang. Zowel de gezette tijden, als een vast team zijn keuzefactoren die ook in het onderzoek van PFN (2016) en Arteria (2017) werden genoemd als indicatoren voor goede zorg.

Wat in het onderzoek van PFN (2015) verder als belangrijke kwaliteitsaspecten van zorg gelden, zijn signalering en deskundigheid. Deskundigheid gaat over het totaalbeeld van kennis, handelingen en signaleren. De signalering dient volgens de cliënten verder te gaan dan 'zien' dat er iets anders is. Het gaat om het herkennen van veranderingen, en het ondernemen van actie indien dit noodzakelijk is.

Het belang van andere kwaliteitsaspecten van zorg, zoals informatie verstrekking, samenwerking tussen professionals en bevordering van zelfredzaamheid, vonden de cliënten minder groot.

Alhoewel de insteek van het onderzoek van PFN (2015) niet was om vast te stellen waarop keuzes van cliënten voor zorgaanbieders worden gebaseerd, geeft het wel weer wat cliënten tijdens de zorg belangrijk vinden. Het kan hiermee mensen die een keuze voor een

zorgaanbieder gaan maken wel handvatten bieden waarop zij hun keuze kunnen baseren. Verder kunnen zorgaanbieders de resultaten gebruiken als input voor thema's waarover zij informatie kunnen verstrekken bij nieuwe cliënten.

5.4. Beperkingen in keuzevrijheid

Aanmeldingen komen bij zorgaanbieders binnen via zorgprofessionals of de cliënt of zijn netwerk zelf. Op het moment van aanmelden wordt gekeken of de gevraagde zorg geleverd kan worden door de teams. Hierop volgt een indicatiestelling en intakegesprek. Dit gesprek vindt plaats tussen een wijkverpleegkundige en de cliënt en zijn eventuele naasten en leidt tot de inzet van zorg. Volgens zorgaanbieders geïnterviewd door Arteria (2017) is het gangbaar dat de cliënt daarmee ook in zorg komt bij de zorgaanbieder die de indicatiestelling heeft gedaan. Des te meer doordat veelal de procedure middels een spoedaanmelding verloopt, waarbij directe leveren van zorg noodzakelijk is en de administratieve handelingen later volgen. Dit draagt, ondanks de goede intenties en noodzakelijkheid, bij aan een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt.

Met opmerkingen [C2]: Wie beoordeelt of de gevraagde zorg geleverd kan worden? En is de aanvraag altijd al concreet genoeg om dat te kunnen beoordelen?

Met opmerkingen [C3]: Belangrijke bevinding!

Met opmerkingen [C4]: Er is dan ook geen prikkel voor zorgaanbieders om kwaliteitsaspecten te verbeteren

Met opmerkingen [LV5]: Ik snap niet goed waarom dit er zo stellig staat. Want de cliënt meldt zich toch ook zelf wel aan? hij had toch ook voor een andere aanbieder kunnen kiezen?

Bij zorglevering op korte termijn is beschikbaarheid van zorgverleners belangrijk. Dit kan keuzevrijheid in de weg staan op het moment dat niet alle zorgaanbieders in de omgeving verpleegkundigen beschikbaar hebben. Het tekort aan personeel speelt hierbij een rol, dit is een sector breed probleem.

Met opmerkingen [LV6]: Bedoel je met sectorbreed de hele verpleegkunde? Of bedoel je de wijkverpleging?

Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 ondervraagden die sinds 2015 wijkverpleging ontvangen te maken hebben gehad met een cliëntenstop. Dit was voor de zorgaanbieder reden om hen niet in zorg te nemen.

Met opmerkingen [LV7]: Om reden van te kort aan personeel? Of hoort deze passage bij de volgende alinea?

Met opmerkingen [A8]: Is ook gevraagd wat ze dan deden wanneer een cliënt zich bij deze aanbieder wilde aanmelden?

Naast personele problematiek, kunnen ook financiën de oorzaak zijn dat er geen zorg geleverd wordt. Eind 2017 hebben diverse zorgaanbieders aangegeven om financiële redenen geen nieuwe cliënten meer aan te nemen. De met de zorgverzekeraar overeengekomen budgetten waren niet meer toereikend, waardoor zij de geleverde zorg niet meer vergoed dreigden te krijgen. Ook dit werkt beperkend op de keuzevrijheid van de cliënt.

Met opmerkingen [C9]: Als er genoeg andere zorgaanbieders in de regio beschikbaar zijn hoeft dit de keuzevrijheid niet per definitie te beperken

Met opmerkingen [LV10]: En de vraag is of het in casu zo was.

Wanneer een verwijzer betrokken is bij de aanmelding dient deze goed op de hoogte te zijn van het zorgnetwerk in de omgeving van de cliënt. Op die manier kan er, in samenspraak met de cliënt, gekeken worden welke zorgaanbieders er beschikbaar zijn en welke type zorg zij leveren. Uit onderzoek van Nivel (2017) blijkt dat de ervaringen met samenwerking tussen de wijkverpleging en huisartsen veelal positief zijn. De samenwerking met wijkteams en de gemeente wordt door wijkverpleegkundigen verschillend beoordeeld. Is sommige gemeenten vraagt dit nog om aandacht, terwijl op andere plekken de professionals elkaar goed weten te vinden. In hoeverre dit invloed heeft op de keuzevrijheid van de cliënt is niet te zeggen.

Met opmerkingen [C11]: Hieronder staat alleen of de samenwerking goed is maar dat zegt nog niet over de vraag of de verwijzers ook goed kunnen inschatten welke zorgaanbieder welke zorg kan leveren en goed scoort op de kwaliteitsaspecten die de cliënt belangrijk vindt

5.5. Cliënt tevredenheid

In het onderzoek van het Nivel (2017) geeft een nog groter percentage cliënten aan tevreden te zijn met de zorg die zij ontvangen (93%). Hierbij wordt aangegeven dat de wijkverpleegkundigen goed op de hoogte is van de situatie van de cliënt en zich goed in kan leven in de cliënt. Als gemiddeld cijfer krijgen de wijkverpleegkundigen die bij de cliënten zorg leveren een 8.3. Ook zouden de meeste cliënten hun zorgaanbieder aanbevelen aan bekenden.

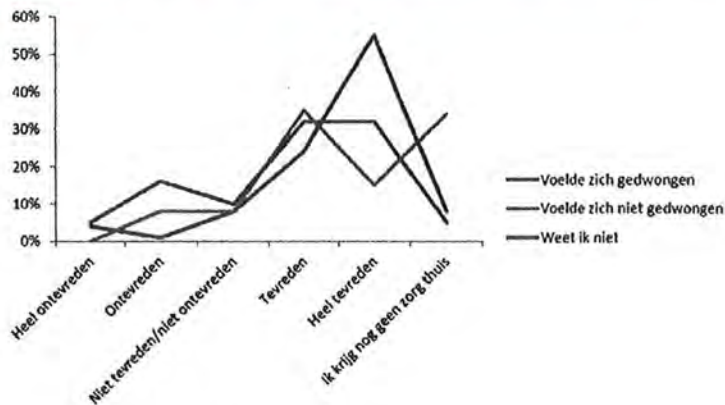
Met opmaak: Regelaafstand: Exact 13 pt

Wanneer het aankomt op verbeterpunten worden ook in dit onderzoek wederom dezelfde punten aangehaald die eerder zijn benoemd. 'Zorg op gezette tijden' en 'een vast team', zijn ook hier verbeterpunten die genoemd worden. Verder worden 'meer tijd' en 'informerend' genoemd als aandachtspunten. Bijvoorbeeld het informeren van de cliënt wanneer de wijkverpleegkundige niet op de afgesproken tijd langs kan komen.

In het onderzoek van PFN (2016) is ook nog aandacht voor de tevredenheid van de cliënten over de wijkverpleegkundige zorg die zij ontvangen. Hieruit blijkt het merendeel tevreden is over de zorg die geleverd wordt (82%). Opvallend is dat onder de groep die niet tevreden is een groter aandeel cliënten bevindt die zich gedwongen voelde in hun keuze voor een zorgaanbieder.

Met opmerkingen [LV12]: Heb je de percentages tevreden en heel tevreden dan opgeteld? Ik zie in onderstaande grafiek namelijk nergens het getal 82% terug.

Met opmerkingen [LV13]: Hoe dan?



Figuur 3: Verhouding tevredenheid en gevoel van keuzevrijheid (bron: PFN, 2016)

De weergegeven redenen voor onvrede bij cliënten in het onderzoek, hebben voornamelijk betrekking op het tijdstip dat de zorgaanbieder zorgt levert. Er kan geen tijd worden afgesproken, of de afgesproken tijd wordt niet nagekomen. Andere antwoorden hebben betrekking op de verscheidenheid van medewerkers die bij de cliënten thuis komt.

6. Regionale zorgketens

Het zorgproces en de knelpunten die benoemd zijn, zijn per geselecteerde regio uiteengezet. Per regio zijn verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gesproken. Op deze manier wordt het gehele keten rondom de cliënt meegenomen en kan de gehele cliëntenreis in beeld worden gebracht.

De gekozen regio's bieden een diversiteit in stedelijkheid, ervaren problematiek rondom het zorgproces en verschillende markt leidende zorgverzekeraars. Op deze manier wordt het zorgproces, de cliëntenreis en mogelijke knelpunten vanuit verschillende invalshoeken belicht.

Deze resultaten zijn indicatief en kunnen niet breder getrokken worden als geldend in heel Nederland, maar bieden wel een eerste inzicht in knelpunten die mogelijk ook op landelijk niveau van invloed zijn op keuzevrijheid in de wijkverpleging.

Per regio zijn een aantal kerngetallen meegegeven. Om deze af te zetten tegen het gemiddelde van Nederland, zijn hieronder de getallen voor heel Nederland op een rij gezet.

Nederland: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 17,02 miljoen inwoners
- 311 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Kosten per verzekerde voor wijkverpleging? zijn gemiddeld €191,-
- 80% van de wijkverpleegkundige ?zorg in de Zvw wordt in Nederlandse gemeenten gemiddeld door 1 zorgaanbieder geleverd.

Met opmerkingen [LV14]: Bron noemen

Met opmerkingen [LV15]: Waar bestaat dit uit? Declaraties vektis?

6.1. Hilversum

Hilversum: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 89.549 inwoners
- 274 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten in 2017? is: 2.418
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld €165,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 6 zorgaanbieders geleverd ⁶.

Met opmerkingen [LV16]: Bron noemen

⁶ Cijfers van Vektis

Verwijzers

Zorgaanbieders

Zorgverzekeraars

6.2. Rotterdam

Rotterdam: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 638.179 inwoners (CBS)
- 295 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 18.502
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld € 210,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 9 zorgaanbieders geleverd⁶.

Verwijzers

Zorgaanbieders

Voorheen zichtbare schakels project. Dit is gestopt, wordt wel gemist. Deze wijkverpleegkundige kon op een objectievere manier zorg **verlenen**. Nu de wijkverpleegkundige vanuit één organisatie indiceert, is objectiviteit wel verminderd. Dit betekent niet dat indicatie niet klopt, maar wel dat samenwerking minder vanzelfsprekend is, aldus **klantadviseur**.

Zorgverzekeraars

Met opmerkingen [LV17]: Want? Indiceren en verlenen niet vanuit 1 organisatie?

Met opmerkingen [LV18]: Klantadviseur van de zorgaanbieder?

6.3. Almelo

Almelo: Een aantal getallen op een rij (2016)

- 72.594 inwoners
- 453 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging in Almelo
- Totaal cliënten is: 3.271
- Kosten per verzekerde zijn gemiddeld € 325,-
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 11 zorgaanbieders geleverd⁶.

Verwijzers

Zorgaanbieders

Zorgverzekeraars



7. Knelpunten per sectorpartij

7.1. Zorgverzekeraars

7.2. Zorgaanbieders

Cliëntenstops. Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 ondervraagden die sinds 2015 wijkverpleging ontvangen te maken hebben gehad met een cliëntenstop. Dit was voor de zorgaanbieder reden om hen niet in zorg te nemen.

De zorgaanbieder meegenomen in dit onderzoek geven aan...

7.3. Verwijzers

Met opmerkingen [LV19]: Is het onderzoek van PFN geschikt om uitspraken te doen over cliëntenstops? Is een rapportage van de NZa daarvoor niet veel geschikter?

Met opmerkingen [A20]: Ik zou inderdaad de inkoop monitor van de NZa erbij pakken. De term cliëntenstops vind ik sowieso lastig in relatie tot keuzevrijheid (misschien iets meer toelichten in het onderzoek); wanneer er voldoende aanbod in de omgeving is zien wij dit niet als een beperking van de keuzevrijheid.

8. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:



06
06
06



@arteriaconsulting.nl
@arteriaconsulting.nl
@arteriaconsulting.nl



Van: wijkverpleging | Arteria Consulting
Aan: wijkverpleging | Arteria Consulting; @patientenfederatie.nl; @venvn.nl;
@zn.nl; (Branchevereniging BTN); @actiz.nl; @actiz.nl;
Onderwerp: Verwerking feedback
Datum: donderdag 1 februari 2018 09:43:23
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)
[Interview leidraad zorgaanbieder 20180104.docx](#)

Dag allen,

Dank voor de input. Veelal gehoord dat er nog weinig beschreven is, dat klopt. De verwerkingsslag met de interviews wordt nu gemaakt en zal heel wat meer pagina's nog op gaan leveren!

Wel is hetgeen wat jullie hebben gelezen het bureau onderzoek waarin het cliënt perspectief en keuzeproces is geschetst. Een belangrijke start en introductie voor het rapport.

Ik heb een aantal van jullie al aangegeven dat wanneer de punten die door eenieder zijn aangeleverd mogelijk tot discussie zullen leiden, ik deze nog op de mail zou zetten. Wat ik het meest belangrijk vind is het duiden van het begrip 'keuzevrijheid'. Zoals wij dit begrip in het rapport gebruiken is er een verschil tussen toegankelijkheid van zorg en keuzevrijheid. Ik heb input ontvangen, waardoor ik mij realiseerde dat we deze begrippen niet met elkaar hebben geduid en dit mogelijk tot verschillende inzichten heeft geleid. Ik wil dan ook een duiding van keuzevrijheid en toegankelijkheid opnemen in het rapport en stel onderstaande voor: Onder keuzevrijheid wordt verstaan de mate waarin de cliënt zelf kan kiezen van wie en hoe de zorg aan hem wordt verleend.

Toegankelijkheid van zorg betekent dat personen die zorg nodig hebben op tijd en zonder 'grote drempels' toegang hebben tot zorgverlening

Ik ontvang graag eenieder zijn feedback hierop en zal volgende week (wanneer [redacted] terug is van vakantie) met [redacted] verder afstemmen over de ontvangen input en de woordkeuze die in het eindrapport gekozen zal worden.

Verder bijgevoegd de leidraad die voor interviews met zorgaanbieders is gebruikt, voor verwijzers en verzekeraars zijn afgeleid van deze vragenlijst gebruikt, maar zijn qua onderwerpen gelijk aan elkaar. Voor jullie gemak daarom 1 leidraad toegevoegd, dit maakt het verwerken van eventuele aanvullingen ook eenvoudiger. Ik zal deze doortrekken naar de andere leidraden indien nodig. Ik hoor graag of jullie nog aanvullingen hebben. Volgende week staan nog interviews gepland waarin deze aanvullingen nog meegenomen kunnen worden.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
035 [redacted] (kantoor)
[redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Interviewleidraad Klantbemiddeling Zorgaanbieder

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar keuzevrijheid in de wijkverpleging.

Doel van het onderzoek is om te kijken of er knelpunten zijn die de keuzevrijheid van de cliënt voor het kiezen van een zorgaanbieder in de weg staan. En zo ja, welke knelpunten dit zijn.

Dank dat u mee wilt werken aan dit interview. Het interview duurt ongeveer een half uur. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

Aanmelden

- Kunt u een beschrijving geven van het proces van aanmelding?
- Waar komen (nieuwe) cliënten vandaag? (ziekenhuis, revalidatie, huisarts)
 - Wie neemt dan contact op? (verwijzer of cliënt zelf)
- Hoe worden nieuwe cliënten bij jullie aangemeld? (telefonisch/mail/vooroverleg?)
- Wat geven zij als reden om zorg specifiek bij jullie aan te vragen
- Zijn jullie altijd de eerste keuze, of soms ook al langere zoektocht gehad?
 - Komt lange zoektocht bij specifieke doelgroep vaker voor?
- Nemen jullie alle cliënten altijd aan?
 - Waarom wel/niet?
 - Wat doet u wanneer de cliënt niet terecht kan bij de eerste keus en komt dit vaak voor
 - Vindt u dat zorgplicht van u als zorgaanbieder hierbij een rol speelt?
 - Vindt u dat zorgplicht van zorgverzekeraar hierbij een rol speelt?

Intake gesprek

- Wie voert het intakegesprek
- Hoe snel na aanvraag van zorg vindt eerste gesprek plaats?
- Hoe gaat dit bij een spoed aanmelding?
- Waar ligt de focus op bij intake gesprek?
- Wat zijn vragen die cliënt stelt om te bepalen of zij bij jullie in zorg willen gaan?
- Hoeveel cliënten met wie intakegesprek is gevoerd, komen uiteindelijk in zorg?
 - Reden om niet in zorg te komen?

Knelpunten

- Zijn er specifieke knelpunten te benoemen in het keuzeproces?
 - Zo ja, waar heeft cliënt het meest last van?

- Waar heb je zelf het meest last van?
- Zijn er knelpunten die regio gebonden zijn?
- Is er binnen uw organisatie sprake van personeelstekort/overschot?
 - Zo ja, wat zijn consequenties voor u?
 - Wat zijn consequenties voor bestaande cliënten
 - En voor nieuwe cliënten?
- In hoeverre is het budgetplafond van invloed op toelaten van cliënten?
 - Hoe wordt hier mee omgegaan binnen organisatie?
 - Hoe wordt hier mee omgegaan in regio/netwerkpartners?
 - Hoe verlopen gesprekken met zorgverzekeraars hierover?
 - Wat zijn consequenties voor u? en voor bestaande en nieuwe cliënten?
- Wat zou bijdragen aan een oplossing van de genoemde knelpunten?

Regio

- Zijn er verschillen tussen verwijzers/verzekeraars in samenwerking?
- Ervaart u bij alle netwerkpartijen voldoende kennis over het netwerk hebben?
- Hoe verloopt de doorstroom naar jullie en vanaf jullie?
- Welke huisartsenpraktijken/revalidatiecentra werkt u mee samen en zou u gegevens van kunnen aanleveren voor medewerking aan dit onderzoek?

Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?

Van: [redacted]
Aan: wijkverpleging | Arteria Consulting; [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]@venvn.nl;
 [redacted]@zn.nl; [redacted] (Branchevereniging BTN); [redacted]@actz.nl; [redacted]@actz.nl; [redacted]
Onderwerp: Aanpassingen eindverslag "keuzevrijheid"
Datum: woensdag 14 februari 2018 15:48:08
Bijlagen: [image001.png](#)
[image002.png](#)

Dag allen,

Door problemen bij de NS vanochtend een ietwat rommelig overleg gehad, maar al met al toch tot de kern kunnen komen van de aanpassingen in het rapport die het eindresultaat ten goede gaan komen. Om met iedereen op 1 hierover te komen, hierbij de belangrijkste besproken punten:

- Omschrijving van de begrippen keuzevrijheid en toegankelijkheid worden aangepast.
- Hoofdstuk 6 zal zich puur richten op zorgproces rondom keuzevrijheid, hierbij vallen de andere en knelpunten weg (Wlz/WMO).
- In hoofdstuk 6 zal bij elk tussenkopje in de opening de voornaamste conclusie worden weergegeven, waarna een verdere uitdieping volgt.
- Beide bovenstaande punten dienen de leesbaarheid van hoofdstuk 6 ten goede te komen (punt van aandacht).
- In hoofdstuk 7 worden de andere knelpunten (Wlz/WMO) wel aangehaald en verder uitgebreid met tekst en voorbeelden uit hoofdstuk 6.
- Ook deze knelpunten kunnen uiteindelijk worden teruggeleid naar keuzevrijheid. Door de extra zorg die wijkverpleegkundigen verlenen doordat Wlz/WMO zorg uitblijft, is er minder doorstroom en daarmee minder instroom naar de wijkverpleegkundige zorg mogelijk.
- De kopjes in hoofdstuk 7 worden meer toegespitst op het werkelijke knelpunt (bijv: tekort op de arbeidsmarkt)
- De managementsamenvatting zal voornamelijk een afspiegeling zijn van hoofdstuk 7.

Allen dank voor het verdere aanvullende commentaar dat is verstuurd. [redacted] en ik gaan hier morgen en vrijdag mee aan de slag. Vrijdag zullen wij het uiteindelijke rapport naar [redacted] versturen. [redacted] zal de verdere verspreiding op zich nemen, in zijn rol als opdrachtgever.

Met vriendelijke groet, ook namens [redacted]

[redacted]

06 [redacted] (mobiel)
 035 [redacted] (kantoor)
 [redacted]@arteriaconsulting.nl

Loosdrechtse Bos 5
 1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl



Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: Onderzoek ongecontracteerde zorg
Datum: vrijdag 16 februari 2018 14:46:57
Bijlagen: [Verdiepend onderzoek ongecontracteerde zorg.docx](#)
[GGZ - Gemiddelde kosten per patient naar Diagnose-Behandeling-Type Inste....xlsx](#)
[image002.png](#)

Bijgevoegd zoals aangekondigd een documentje (met een bijlage) met daarin een aantal ideeën voor het onderzoek en een aantal vragen aan Vektis.

Tot maandag.

Vriendelijke groeten van [redacted]

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@vektis.nl]
Verzonden: vrijdag 16 februari 2018 11:29
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Onderzoek ongecontracteerde zorg

Beste [redacted]
Ik heb verder niks van [redacted] gehoord. Tot maandag,
[redacted]

Outlook voor Android downloaden

Van: [redacted]
Verstuurd: vrijdag 16 februari 11:00
Onderwerp: RE: Onderzoek ongecontracteerde zorg
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]

Beste [redacted] en [redacted], heel fijn dat dit op deze korte termijn lukt.
Wij komen graag maandag naar Vektis. We komen in ieder geval met twee personen (mijn collega [redacted] en ikzelf). Misschien komt ook [redacted] nog mee.

[redacted] kan niet aanwezig zijn maar we kunnen haar inbellen.
Van [redacted] heb ik bericht gehad dat hij niet kan.
Van [redacted] heb ik nog geen bericht gehad. Jullie misschien?
Vriendelijke groeten van [redacted]



[redacted] | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Senior beleidsmedewerker | Directie Zorgverzekeringen
Parnassusplein 5 | Den Haag | gebouw A, 10e verdieping
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag
☎070 [redacted] | ☎06 [redacted] | * [redacted]@minvws.nl

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@vektis.nl]

Verzonden: donderdag 15 februari 2018 17:01

Aan: [redacted]

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: Onderzoek ongecontracteerde zorg

Beste [redacted],

Als we het overleg maandag om 10.30 uur bij Vektis kunnen inplannen dan kunnen mijn beide collega's aanschuiven. [redacted] is onderzoeker op het terrein wijkverpleging en [redacted] onderzoeker GGZ. [redacted] hebben jullie vorige week ook aan de telefoon gesproken. Zelf heb ik de hele dag ander overleg maar [redacted] en [redacted] hebben veel meer expertise op deze terreinen dan ik. Ik heb een vergaderruimte gereserveerd van 10.30 tot 11.30 uur.

De tabel/grafiek met kosten per client voor GGZ gaat niet voor maandag lukken. Ons voorstel is om dit dan maandag ook even af te stemmen.

Met vriendelijke groeten,

[redacted]
vektis

T_ 030 [redacted]

M_

E_ [redacted]@vektis.nl

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@minvws.nl]

Verzonden: donderdag 15 februari 2018 12:19

Aan: [redacted] <[redacted]@vektis.nl>

CC: [redacted]@minvws.nl>

Onderwerp: RE: Onderzoek ongecontracteerde zorg

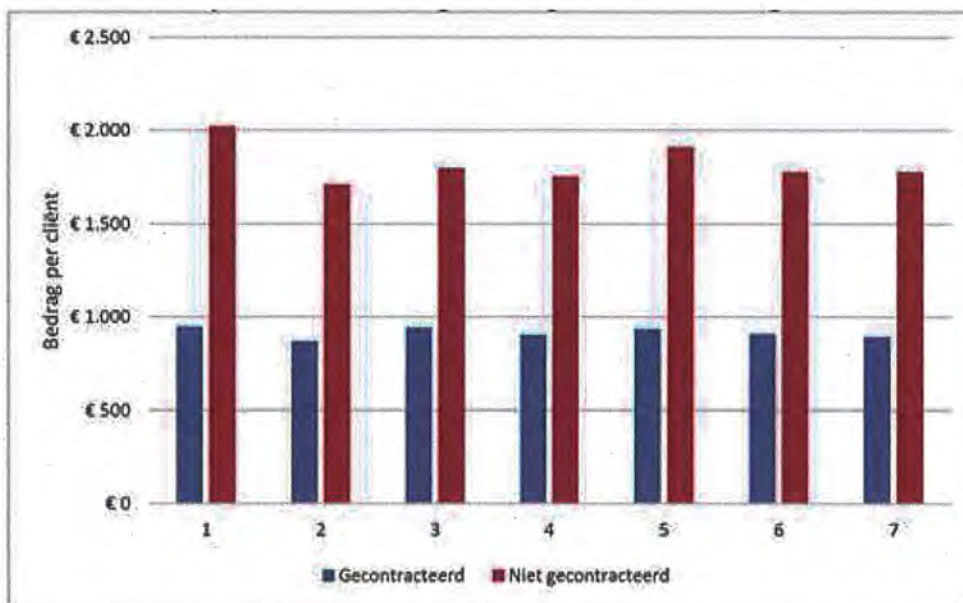
[redacted], nog een aanvullende vraag.

Zou jij alvast de tabel kunnen maken over de kosten per cliënt voor de GGZ, zoals die ook voor de wijkverpleging is gemaakt (zie hieronder). In het telefoongesprek gaf je aan dat de data daarvoor beschikbaar zijn.

De kosten daarvoor kunnen via de raamovereenkomst lopen.

Lukt dat?

Groeten van [redacted]



Van: [redacted]

Verzonden: donderdag 15 februari 2018 12:05

Aan: [redacted] @bmg.eur.nl'

CC: [redacted]

Onderwerp: Onderzoek ongecontracteerde zorg

Best [redacted] en [redacted],

Graag doen we een nieuwe poging om een afspraak met jullie te maken.

We willen morgen een A4 mailen met een aantal ideeën voor het onderzoek.

Wij zouden aanstaande maandag om 10.30 uur met jullie kunnen afspreken (bij VWS) of woensdagochtend. Schikt dat tijdstip voor jullie?

Vriendelijke groeten,



[redacted] | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Senior beleidsmedewerker | Directie Zorgverzekeringen

Parnassusplein 5 | Den Haag | gebouw A, 10e verdieping

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

☎ 070 340 [redacted] | ☎ 06 [redacted] | * [redacted] @minvws.nl

-----Oorspronkelijke afspraak-----

Van: [redacted] [mailto:[redacted]@minvws.nl]

Verzonden: donderdag 8 februari 2018 9:21

Aan: [redacted]

[redacted] @vu.nl'; [redacted] r@bmg.eur.nl'; Herman Bennema

Onderwerp: Onderzoek ongecontracteerde zorg

Tijd: maandag 12 februari 2018 8:45-9:45 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rome, Stockholm, Vienna.

Locatie: A-10.08

Tijd: maandag 12 februari 2018 8:45-9:45 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlijn, Bern,
Rome, Stockholm, Wenen.

Locatie: A-10.08

Opmerking: in de GMT-offset hierboven is geen rekening gehouden met correcties voor
de zomertijd.

+~+~+~+~+~+~+~+~+~+

Goedemorgen,

Op verzoek van [REDACTED] en [REDACTED] nodig ik u uit voor het overleg:

"Onderzoek ongecontracteerde zorg".

Dit is op maandag 12 februari van 08.45-09.45 uur, bij VWS in de A-10.08.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

Min. van VWS

Dir. Zorgverzekeringen

Tel: 070 340 [REDACTED]

Verdiepend onderzoek ongecontracteerde zorg

Vraag: is casemix verklaring voor hogere kosten ongecontracteerde zorg?

Uit onderzoek Talma/Vektis blijkt het volgende:

GGZ

- Uitgaven ongecontracteerde zorg zijn gegroeid van 2,7% in 2014 naar ruim 5% in 2016
- Groei is het grootst bij vrijgevestigde psychiater en gezondheidspsychologen, veel beperkter bij instellingen
- M.n. hoge SES blijkt gebruik te maken van ongecontracteerde zorgaanbieders

Wijkverpleging

- Gemiddeld zijn behandelkosten 60% hoger voor niet-gecontracteerde verpleegkundige zorg en 10% voor niet-gecontracteerde wijkverzorging
- Over samenhang met patiëntgroepen: niet-gecontracteerden leveren iets minder palliatieve zorg en leeftijd patiënten is jonger
- Het is denkbaar dat niet-gecontracteerden verpleeghuisopnamen voorkomen door intensief te blijven behandelen => moet nader onderzocht worden

Om inzicht te krijgen in de vraag of de casemix een verklaring is voor het verschil in kosten zullen in aanvulling hierop nog een aantal analyses gedaan moeten worden.

Vraag aan Vektis: Kan Vektis onderstaande analyses uitvoeren? En mag Vektis dat ook (privacywetgeving)?

GGZ

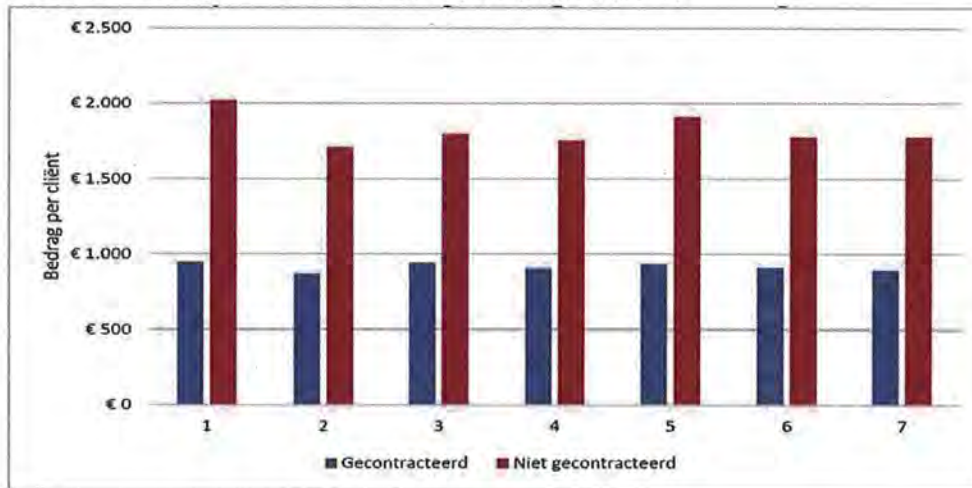
- Variabelen die gebruikt worden voor de risicoverevening GGZ kunnen gebruikt worden om na te gaan of gebruikers van gecontracteerde zorg hierop anders scoren dan gebruikers van ongecontracteerde zorg. We denken daarbij aan farmaciekostengroepen GGZ, diagnosekostengroepen GGZ, meerjarige hoge kosten GGZ, indien beschikbaar zorgvraagzwaarte. Ook type polis (natura, restitutie) en regio kan een rol spelen. Per kenmerk kan de gemiddelde duur van de behandeling/gemiddelde kosten bekeken worden, en of deze verschilt tussen de gecontracteerde / niet gecontracteerde zorg.
- Per diagnosegroep zou de gemiddelde behandeltijd vergeleken kunnen worden tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders (indien relevant rekening houdend met mogelijke verschillen in geregistreerde 'type zorg' in de DBC). Hypothese is immers dat niet-gecontracteerde aanbieders cliënten met vergelijkbare problematiek langer behandelen (bijv. door hen 'net over het drempeltje te helpen' van de behandeltijd van de GGZ-DBC, zie ook onderzoek van het CPB hierover).

Wijkverpleging

- Variabelen die gebruikt worden voor de risicoverevening somatische zorg kunnen gebruikt worden om na te gaan of gebruikers van gecontracteerde zorg hierop anders scoren dan gebruikers van ongecontracteerde zorg. We denken daarbij aan farmaciekostengroepen, diagnosekostengroepen, meerjarige hoge kosten, hulpmiddelenkostengroepen. Daarnaast zouden de gebruikers van ongecontracteerde zorg vooral jonge, gehandicapten kunnen zijn (hypothese Rafael): heeft Vektis mogelijkheden om dat te onderzoeken? Per kenmerk kan ook de gemiddelde duur van de behandeling/kosten bekeken worden, en of deze verschilt tussen de gecontracteerde / niet gecontracteerde zorg.
- Is ZZP-zwaarte bij instroom in Wlz verschillend, en een mogelijke verklaring?

Andere vraag aan Vektis

Kan Vektis de tabel kunnen maken over de kosten per cliënt voor de GGZ, zoals die ook voor de wijkverpleging is gemaakt (zie hieronder).

Kosten per cliënt per maand voor de wijkverpleging (2017)Verdere onderbouwing bij het rapport van het Talma instituut

De conclusies tav de verschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg uit het rapport zijn nog onvoldoende onderbouwd. Temeer omdat de verschillen tussen gecontracteerde zorg en niet gecontracteerde zorg erg beperkt zijn. Vragen die daarbij opkomen zijn bijvoorbeeld: Gaat het om dezelfde soort cliënten wat betreft leeftijd, zorgduur, soort zorg. Om hoeveel geld gaat het. Bij hoeveel % zou een besparing te zijn realiseren, omdat de gecontracteerde zorg goedkoper is. Wellicht hoeven daarvoor niet echt nieuwe gegevens verzameld te worden, maar moeten alleen de conclusies beter onderbouwd worden.

Ter illustratie:

1. Onder de tabel wordt gezegd dat de groei vooral bij de vrijgevestigde psychiaters zit. Maar dezelfde groei of verschillen zie je ook bij psychiaters en instellingen. Daarna wordt op basis van 5% SES verschillen gesuggereerd dat deze psychiaters de markt afkomen naar de hoogste inkomens. Kun je dat op basis van dit soort kleine verschillen onderbouwen? Er zijn wellicht ook andere verklaringen mogelijk. Misschien hebben hoge SES wel meer burn-out gerelateerde klachten en worden deze meer behandeld door deze groep psychiaters. En mensen die werken of gewerkt hebben hebben ook een hoger inkomen.
2. Uit het rapport van Arteris blijkt dat de leeftijdsopbouw bij ongecontracteerde zorg wezenlijk anders is dan bij gecontracteerde zorg. Minder ouderen bij de ongecontracteerde zorg. Hierbij wordt gesuggereerd dat ouderen duurder zijn dan de jongeren en dat de ongecontracteerde zorg feitelijk nog duurder is; maar klopt dat wel? Een specifieke groep jongeren (bijv. de zelfstandig of thuiswonende gehandicapten) is een hele dure groep. Misschien kiest deze jongere populatie bewuste voor een ongecontracteerde aanbieder omdat die wellicht een flexibel zorgaanbod kan leveren. Uiteraard is deze groep die langdurig zorg nodig heeft een stuk duurder dan mensen die na behandeling in een ziekenhuis kortdurend zorg nodig hebben. Uit het rapport kom ook naar voren dat bij de meer vergelijkbare ouderen de gemiddelde zorguitgaven ongeveer gelijk zijn tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg.

Vragen aan Vektis

- Hoe kunnen we soortgelijke gevallen met elkaar vergelijken en hoe kunnen we zorgen dat we een zo eerlijk mogelijke vergelijking maken? Dit geldt zowel voor de GGZ als de Wijkverpleging.
- Voor de GGZ is in onderstaande tabel en in de bijgevoegde spreadsheet op basis van Zorgprisma, de gemiddelde bijdrage voor dezelfde diagnose en de dezelfde behandeling naast elkaar gezet. Als je op een gedetailleerd niveau kijkt, zie je niet zulke grote verschillen tussen de type instellingen. Vrijgevestigde psychiaters zijn per patiënt in zijn algemeenheid vaak wat goedkoper. In het rapport van Talma wordt niet duidelijk wat er wordt bedoeld met duurdere en goedkopere zorg. Kan Vektis een p x q onderbouwing maken?
- Voor de wijkverpleging een soortgelijke vraag. In grafiek 6 (Eindrapport (niet-gecontracteerde wijkverpleging) is de verdeling per leeftijd weergegeven. Het verschil per cliënt is voornamelijk heel groot in de leeftijdscategorie tot 75 jaar. Daarna is deze bijna gelijk. Worden hier wel dezelfde groepen vergeleken? Kunnen hier nog extra gegevens aan toegevoegd worden om een betere vergelijking mogelijk te maken? Bijvoorbeeld, heeft iemand langdurig zorg (meer dan een jaar) of gaat het om een relatief beperkte periode.
- Kunnen CBS en VEKTIS elkaar nog aanvullen wat betreft de soort gegevens. Voor de GGZ is bijvoorbeeld de SES toegevoegd, is dit ook nuttig voor de wijkverpleging. Wordt in wijken met een hoge SES, gemiddeld inkomen, meer ongecontracteerde zorg afgenomen?
- Kan Vektis een duiding van de impact geven? Om hoeveel geld gaat het. Wat zijn de verschillen in kosten. Hoeveel zou er bespaard kunnen worden, wat betekent dit macro? Hoe hard groeit het?

Diagnose	Behandeling	Totaal	Vrijgestelde	Zelfstandig Behandelcentra	Geïntegreerde instelling	PA&Z/Puk	Verslavings Ambulant
000 - Behandeling kort	S-GGZ z vbf	534	449	560	416	416	542
011 - Depressieve stoornissen	S-GGZ z vbf	3.424	2.072	3.306	4.141	3.198	3.405
013 - Angststoornissen	S-GGZ z vbf	3.666	2.221	3.448	4.244	2.940	3.488
014 - Persoonlijkheidsstoornissen	S-GGZ z vbf	4.133	2.336	3.585	4.788	3.930	4.327
000 - Diagnostiek	S-GGZ z vbf	783	429	711	838	577	782
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.342	1.853	3.039	3.299	2.543	3.854
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.041	1.994	3.575	4.095	2.470	2.897
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.506	2.249	3.641	4.200	3.561	3.459
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	S-GGZ z vbf	3.601	1.925	4.115	4.300	3.501	3.595
015 - Somatoforme stoornissen	S-GGZ z vbf	3.663	2.036	3.847	4.314	2.978	3.369
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	S-GGZ z vbf	2.667	2.457	3.086	3.803	2.599	2.242
008 - Aan alcohol gebonden stoornis	S-GGZ z vbf	3.748	1.541	3.894	3.651	2.757	3.191
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen	S-GGZ z vbf	4.650	3.524	4.138	3.831	3.372	4.293
016 - Eetstoornissen	S-GGZ z vbf	4.674	2.791	3.817	4.484	3.595	5.062
001 - Overige stoornissen in de kindertijd	S-GGZ z vbf	3.263	1.854	3.831	3.286	2.197	-

En verder: onderzoek NZa

De NZa gaat onderzoek doen naar een aantal (ongcontracteerde) wijkverpleging aanbieders. ZK heeft de NZa laten zien op welke manier zij de onrechtmatigheid vinden. ZK vindt die vooral door via detailcontroles de medische dossiers te onderzoeken. Een onderzoeksbureau heeft mogelijk geen wettelijke basis om dossieronderzoek te doen. Daarmee wordt het lastig om verschil te ontdekken tussen gecontracteerde en ongecontracteerde aanbieders. Naar het idee van ZK zou het goed zijn als de NZa medisch-inhoudelijk onderzoek doet en deze inzichten ook worden opgenomen in het plan van aanpak.

Diagnose	Behandeling	Totaal
000 - Behandeling kort	Alles	1.265
011 - Depressieve stoornissen	Alles	8.393
013 - Angststoornissen	Alles	8.947
014 - Persoonlijkheidsstoornissen	Alles	9.814
000 - Diagnostiek	Alles	1.067
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	Alles	7.040
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	Alles	9.171
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	Alles	12.059
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Alles	11.241
015 - Somatoforme stoornissen	Alles	7.326
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Alles	10.843
008 - Aan alcohol gebonden stoornis	Alles	9.143
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen	Alles	9.797
016 - Eetstoornissen	Alles	10.648
001 - Overige stoornissen in de kindertijd	Alles	7.511

Diagnose	Behandeling	Totaal
000 - Behandeling kort	S-GGZ z vbf	534
011 - Depressieve stoornissen	S-GGZ z vbf	3.424
013 - Angststoornissen	S-GGZ z vbf	3.666
014 - Persoonlijkheidsstoornissen	S-GGZ z vbf	4.133
000 - Diagnostiek	S-GGZ z vbf	783
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.342
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.041
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	S-GGZ z vbf	3.506
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	S-GGZ z vbf	3.601
015 - Somatoforme stoornissen	S-GGZ z vbf	3.663
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	S-GGZ z vbf	2.667
008 - Aan alcohol gebonden stoornis	S-GGZ z vbf	3.748
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen	S-GGZ z vbf	4.650
016 - Eetstoornissen	S-GGZ z vbf	4.674
001 - Overige stoornissen in de kindertijd	S-GGZ z vbf	3.263

Diagnose	Behandeling	Totaal
000 - Behandeling kort	Overig/met v	3.955
011 - Depressieve stoornissen	Overig/met v	23.377
013 - Angststoornissen	Overig/met v	19.658
014 - Persoonlijkheidsstoornissen	Overig/met v	24.673
000 - Diagnostiek	Overig/met v	1.488
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	Overig/met v	12.484
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	Overig/met v	30.265
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	Overig/met v	34.370
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Overig/met v	39.007
015 - Somatoforme stoornissen		13.934
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Overig/met v	34.508
008 - Aan alcohol gebonden stoornis	Overig/met v	20.566
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen	Overig/met v	20.847
016 - Eetstoornissen	Overig/met v	24.685
001 - Overige stoornissen in de kindertijd	Overig/met v	37.243

Vrijgestigde	Zelfstandig Behandelcentra	Geïntegreerde instelling	PAAZ/Puk	Verslavingss: Ambulant	
441	570	2.664	1.385	3.303	542
2.302	5.506	16.062	12.274	17.056	4.080
2.441	6.415	15.196	10.055	16.123	5.469
2.736	9.065	16.569	8.305	9.135	4.641
507	857	1.617	1.410	1.455	964
1.981	10.254	12.089	9.957	13.443	3.980
2.227	3.469	19.828	10.884	15.390	-
2.273	8.861	22.367	9.688	14.718	3.803
1.871	4.563	23.786	11.381	20.113	-
2.208	6.162	15.990	10.353	3.369	-
2.270	3.086	22.342	8.166	38.054	2.242
1.541	10.350	13.104	6.505	12.912	-
3.524	14.457	10.501	6.426	12.768	-
2.791	15.348	14.776	12.720	13.840	4.181
1.864	3.851	21.255	2.197	-	

Vrijgestigde	Zelfstandig Behandelcentra	Geïntegreerde instelling	PAAZ/Puk	Verslavingss: Ambulant	
449	560	626	416	614	542
2.072	3.306	4.161	3.198	3.405	4.080
2.221	3.448	4.244	2.940	3.488	5.469
2.336	3.595	4.788	3.930	4.327	4.641
429	711	898	577	782	964
1.853	3.039	3.299	2.543	3.854	3.980
1.994	3.575	4.089	2.470	2.897	
2.249	3.641	4.385	3.561	3.459	3.803
1.925	4.115	4.805	3.501	3.595	-
2.036	3.947	4.118	2.978	3.369	
2.457	3.086	3.803	2.599	-	2.242
1.541	3.894	3.861	2.757	3.991	-
3.524	6.639	3.831	3.372	4.293	-
2.791	5.637	4.484	3.595	5.062	4.181
1.864	3.851	5.266	2.197	-	

Vrijgestigde	Zelfstandig Behandelcentra	Geïntegreerde instelling	PAAZ/Puk	Verslavingss: Ambulant	
429	559	4.210	2.690	9.436	-
2.650	5.561	31.821	20.875	29.840	
2.881	5.666	30.678	17.396	25.887	-
3.535	7.796	30.876	13.154	19.348	-
662	891	2.255	2.227	2.192	-
2.236	5.112	29.670	17.371	23.033	-
2.694	3.255	33.719	19.352	27.802	
2.322	5.716	40.835	21.943	25.978	-
1.761	5.460	42.052	19.604	36.846	
2.551	8.487	23.026	16.690		
1.897		39.235	13.990	39.597	
	14.175	21.169	9.735	21.801	
	17.861	20.528	9.023	22.154	
	14.555	35.360	21.846	14.414	
		37.243			