10.2.e

Doc. 26

Van: [redacted]
Aan: [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted] [redacted]@venvn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted] (Brancheverenigingen BTN); [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl; [redacted]
Onderwerp: Rapport keuzevrijheid
Datum: vrijdag 9 februari 2018 17:19:32
Bijlagen: image001.png
image002.png
Eindrapport Keuzevrijheid wijkverpleging v0.1 180209.docx

Dag allen,
Hierbij volgens afspraak het eerste concept eindrapport. Graag ontvangen we tekstuele wijzigingen en kleine op- en aanmerkingen per mail terug. Woensdag zullen we het gehele document per hoofdstuk met elkaar doorlopen en stilstaan bij de grotere vraagstukken die jullie hebben.
Hiervoor bij voorbaat alvast de vraag om, omwille van de tijd, enkel in te gaan op de inhoud van het rapport en niet de onderliggende discussies te voeren.
Met vriendelijke groet,

[redacted]

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

Loosdrechtse Bos 5
1213 RH Hilversum
www.arteriaconsulting.nl

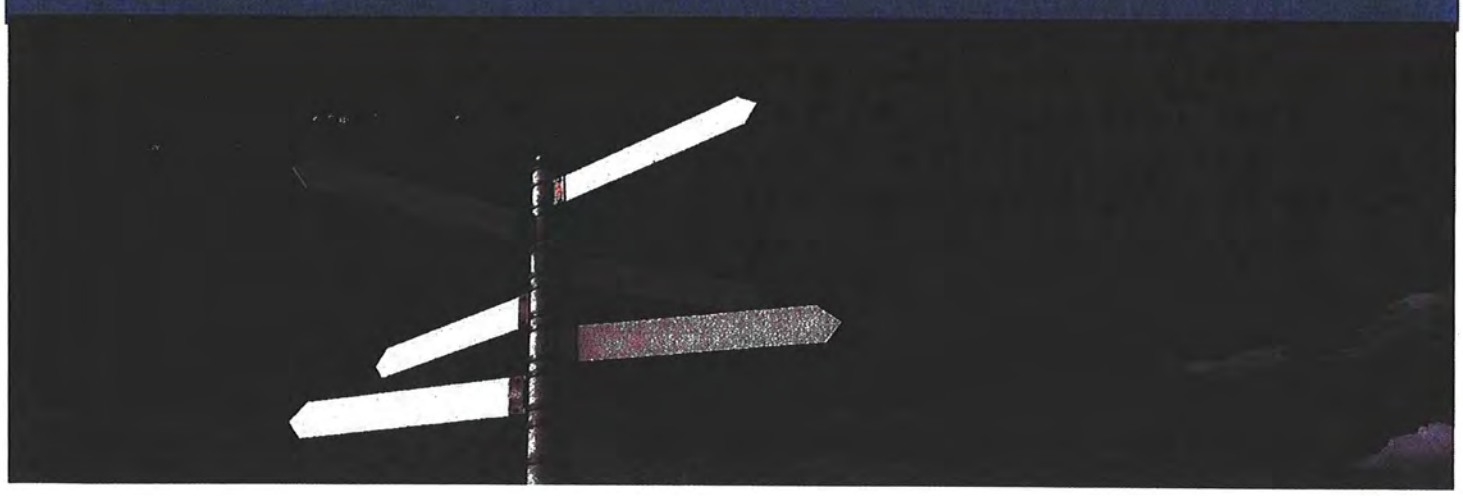
Doc. 26.1

alleen 10.2.e

Arteriaconsulting

Keuzevrijheid in de wijkverpleging

Onderzoek naar ervaren knelpunten



- Datum: 9 februari 2018
- Versie: 0.8
- Auteur: [redacted]

Inhoudsopgave

Management samenvatting ---------- 3

1. Aanleiding ---------- 5

2. Doel ---------- 6

3. Aanpak ---------- 7
3.1. Bureau onderzoek ---------- 7
3.2. Kwalitatief onderzoek ---------- 7

4. Zorgproces Wijkverpleging ---------- 8

5. Cliënt perspectief ---------- 10
5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg ---------- 10
5.2. Keuze in wijkverpleegkundige zorg ---------- 10
5.3. Aspecten van kwaliteit van zorg ---------- 11
5.4. Beperkingen in keuzevrijheid ---------- 12
5.5. Cliënt tevredenheid ---------- 13

6. Regionale zorgketens ---------- 15
6.1. Hilversum ---------- 15
6.2. Rotterdam ---------- 19
6.3. Almelo ---------- 21

7. Knelpunten voor keuzevrijheid ---------- 24
7.1. Cliëntenstop door budgetplafond ---------- 24
7.2. Tekort aan personeel ---------- 24
7.3. Versnipperde zorgnetwerk ---------- 25
7.4. Andere knelpunten ---------- 26

8. Perspectief keuzevrijheid ---------- 29

9. Contact ---------- 32

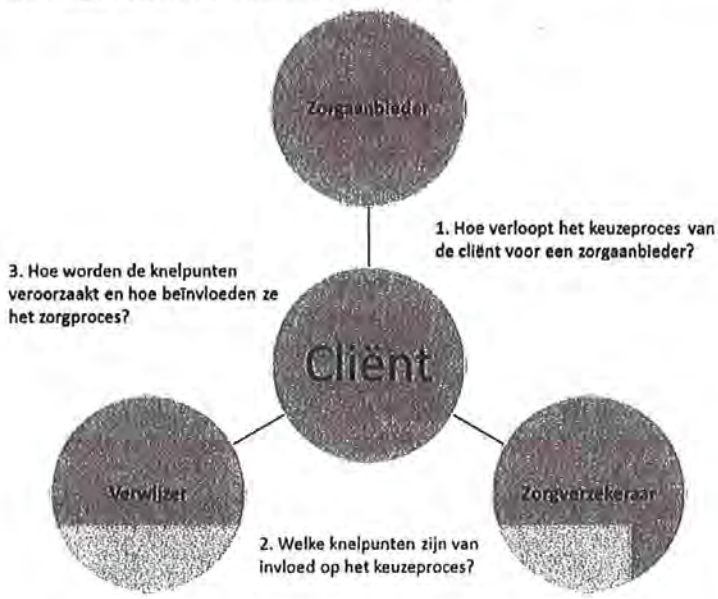
10. Bijlagen ---------- 33

Management samenvatting

Aanleiding en Doel

Partijen van de Begeleidingscommissie Wijkverpleging ontvangen signalen over knelpunten die keuzevrijheid van cliënten in de wijkverpleging in de weg staan en willen deze in gezamenlijk oppakken.
Het doel van dit rapport is inzicht te krijgen in knelpunten die cliënten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun zorgvraag. Ook de oorzaken en gevolgen voor het zorgproces van de knelpunten worden meegenomen. De uitkomsten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Door de begeleidingscommissie is 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. Onderstaande vragen staan centraal in het onderzoek.



Figuur 1 Hoofdvragen onderzoek keuzevrijheid (Arteria, 2018)

Aanpak

Vragen zijn beantwoord middels een bureau onderzoek en een kwalitatief onderzoek. Het bureau onderzoek is gebruikt om het cliënt perspectief weer te geven. Hiervoor is gebruik gemaakt van recente onderzoeken waarin cliënten zijn geïnterviewd. In het kwalitatieve deel is in de drie regio's gesproken met zorgprofessionals. Per regio zijn 9 zorgprofessionals betrokken zoals; wijkverpleegkundigen, transferverpleegkundigen, huisartsen en klantadviseurs bij zorgaanbieders en revalidatiecentra. Verder is per regio een zorgverzekeraar betrokken, waarvan gesproken is met een klantadviseur.

Hoe verloopt het keuzeproces van de cliënt voor een zorgaanbieder?

Uit onderzoek van de PFN (2016) blijkt dat de zorgprofessional met wie cliënten het eerst spreken over de inzet van wijkverpleegkundige zorg vaak een medewerker uit het ziekenhuis (38%) of de huisarts (19%) is. De zorgprofessional ook meestal betrokken. In afstemming met de cliënt wordt een zorgaanbieder benaderd. Om tot de keuze voor aan zorgaanbieder te komen heeft 82% van de cliënten geen organisaties vergeleken. Zij wisten direct bij welke organisatie zij zorg wilden, of hebben de zorg laten regelen door een zorgprofessional.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van anderen met de organisatie bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%).

In de interviews met zorgprofessionals die in het huidige onderzoek zijn bevraagd wordt dit beeld bevestigd. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten, wanneer zij een voorkeur hebben, dit meestal baseren op mond-tot-mond reclame. Verder wordt vooral de ervaring van de verwijzer, in combinatie met diens kennis over beschikbaarheid van zorg gebruikt om tot een keuze te komen.

Welke knelpunten zijn van invloed op het keuzeproces?

Het tekort aan personeel is meest genoemde knelpunt die van invloed is op de keuzevrijheid van de cliënt. Daarnaast worden ook cliëntenstops door budgetplafonds en de versnippering van het zorgnetwerk genoemd als knelpunten.

Hoe worden de knelpunten veroorzaakt en hoe beïnvloeden ze het zorgproces?

Doordat cliënten langer thuis blijven wonen, stijgt de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Daarbij worden de zorgvragen in de wijkverpleging complexer doordat ook de doorstroom naar intramurale zorg door de ambulantisering minder vanzelfsprekend is. De groei van de zorg gaat niet gelijk op met de groei van personeel in de wijkverpleging. Er is een groot tekort aan zorgprofessionals en ook de aanwas van nieuwe verzorgenden en verpleegkundigen blijft uit.

Hoe complexer de zorgvraag, hoe langer de zoektocht van de verwijzers duurt. Ook cliënten die aan de rand van een zorggebied wonen zijn moeilijk plaatsbaar. Zij drukken zwaar op de tijd in de toch al overvolle routes. Door het tekort aan personeel is het inzetten van een extra route vaak niet mogelijk. Hierdoor ontvangen cliënten soms pas om 11 of 12 uur de ochtendzorg. Door de inzet van flex-medewerkers wordt de vraag tijdelijk opgevangen, maar dit betekent meer gezichten aan bed van de cliënt. Zowel de tijd, als de vaste groep medewerkers zijn juist factoren die cliënten erg belangrijk vinden in de zorg die zij ontvangen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat de kwaliteit van de zorg niet altijd op het niveau is dat zij zouden willen.

Door de grote vraag naar wijkverpleegkundige zorg groeit het aantal zorgaanbieders. Dit biedt meer mogelijkheid in het vinden van een plek, maar vraagt het ook kennis over kwaliteit van al deze aanbieders en inzicht in typen zorg die ze leveren. Voor verwijzers en cliënten is dit lastig. Met het opzetten van kleine zorgnetwerken wordt geprobeerd de zoektocht naar passende zorg te vereenvoudigen. Tegelijkertijd wordt hiermee sneller voorbij gegaan aan andere zorgaanbieders en wordt de keuzevrijheid van de cliënt beperkt.

Wanneer zorgaanbieders hun budgetplafond dreigen te overschrijden dienen ze daar in overleg met de zorgverzekeraar een oplossing voor te vinden. De zorgaanbieders meegenomen in dit onderzoek geven aan wel overschrijdingen te hebben gehad van hun plafond, maar zij hebben hier in overleg met de zorgverzekeraar afspraken over kunnen maken. Slechts één zorgaanbieder gaf aan een periode rekening te hebben gehouden met het aannemen van nieuwe cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar omdat het budgetplafond was bereikt. Wel zijn er bij de zorgaanbieders en bij de zorgverzekeraars vermoedens van andere zorgaanbieders in de regio die grotere zorgvragen weigeren omdat deze drukken op het budget, of cliënten doorverwijzen omdat zij hun budgetplafond hebben bereikt.

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 en/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 traject zijn verbeterthema's vastgesteld[2]. 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 traject 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 over knelpunten die keuzevrijheid in de weg staan 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.

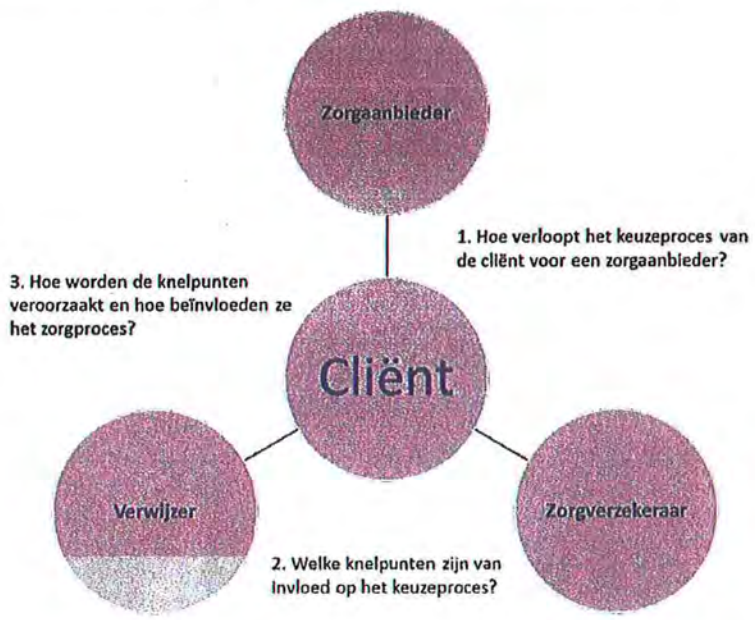
---

[1] Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.
[2] Zie Common Eye traject; https://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?documentid=20654

2. Doel

Het doel is inzicht te krijgen of cliënten knelpunten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun wijkverpleegkundige zorgvraag. Voor de benoemde knelpunten wordt uitgevraagd welke oorzaak eraan ten grondslag ligt. Zo kunnen de knelpunten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Het huidige onderzoek is gericht op 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 door een zorgaanbieder. Door de begeleidingscommissie is 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. Onderstaande vragen staan centraal in het onderzoek.



Er is in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen toegankelijkheid van zorg en keuzevrijheid. Hierbij zijn de onderstaande definities gehanteerd.

- Toegankelijkheid van zorg: Personen die zorg nodig hebben, weten op tijd en zonder 'grote drempels' toegang tot zorgverlening te verkrijgen.
- Keuzevrijheid: De mate waarin de cliënt zelf kan kiezen van wie en hoe de zorg aan hem wordt verleend, gekaderd binnen hiervoor gecertificeerde zorgaanbieders.

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 geven[3]. Daarbij geeft ook het eerder uitgebrachte onderzoeksrapport van Arteria Consulting[4] informatie betreffende de cliënt en zijn keuzeproces. Omdat het, zeker bij de onderzoeken van de PFN, grote populatiegroepen betreft is gekozen om het cliënt perspectief op deze onderzoeken te baseren. De onderzoeken zijn 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 gezocht naar aanvullende literatuur 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 bevraagd zijn, zijn de volgende:

- **Zorgverzekeraars**
  Per geselecteerde regio is de zorgverzekeraar bevraagd 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**
  Voor de categorie verwijzers zijn revalidatiecentra, huisartsenpraktijken en ziekenhuizen betrokken bij het onderzoek.

In totaal zijn er 27 interviews afgenomen, in tabel 1 is de verdeling per regio vermeld.

Geïnterviewden per regio	#	Opmerking	Interviewmethode
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	1	1 per regio	Persoonlijk
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk of Telefonisch
Verwijzers (Huisarts/ POH/ transferverpleegkundige/ medewerker zorgbemiddeling revalidatiecentrum)	4	Gesitueerd in de betreffende regio	Persoonlijk of Telefonisch
Totaal:	**9**		

Tabel 1: Overzicht aantal en soort geïnterviewden per regio (Arteria, 2018).

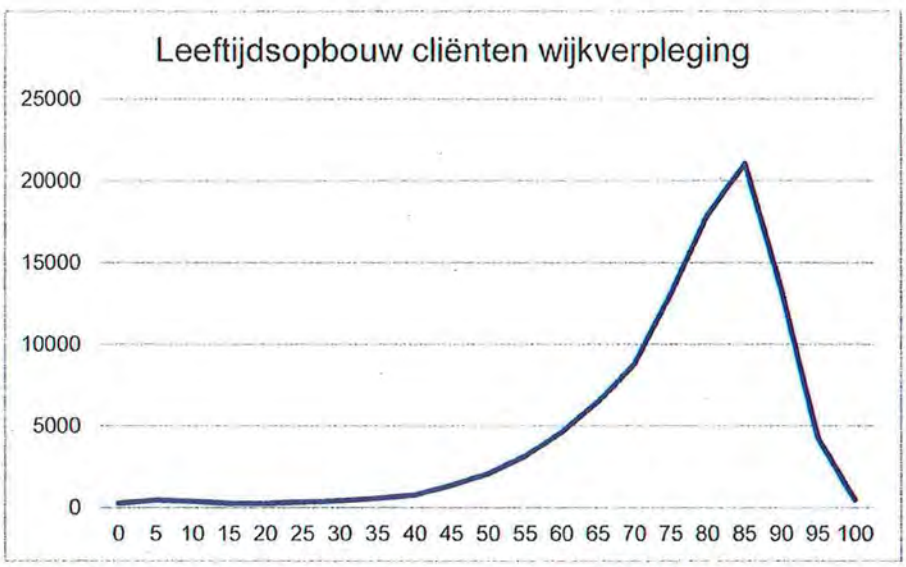
[3] Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "Meldactie verpleging en/of verzorging thuis" (2016)
[4] (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek (2017)

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 de cliënten is 75 jaar. Het merendeel van de groep, 63% bestaat uit vrouwen[5]. 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.

Doc. 26.1

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, cliëntondersteuner of mogelijk een zorgaanbieder waar al contact mee is in verband met een andere hulpvraag (revalidatiecentrum, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie).

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. Verder ontvangt de cliënt basale informatie die aan de directe zorg is gelinkt, zoals verzorgingstijden, contactgegevens, noodnummer, etc.

Figuur 2: Procesflow aanvraag wijkverpleegkundige zorg (Arteria, 2017)

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 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.

Doc. 26.1

5. Cliënt perspectief

5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg

Van de cliënten die wijkverpleegkundige zorg 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 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 casemanagers of medewerkers van de gemeente. Zie hiervoor de onderstaande grafiek.

Figuur 3: Eerste professional voor wijkverpleegkundige aanvraag (PFN, 2016).

In 69% van de gevallen heeft de professional uit bovenstaand figuur de wijkverpleegkundige zorg aangevraagd. In 17% van de gevallen kon deze professional de zorg niet regelen. Dit betrof voornamelijk professionals vanuit 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 hebben vergeleken. Het overgrote deel van de respondenten (82%), geeft aan geen organisaties te hebben vergeleken. Van de overige respondenten geeft 14% aan wel zorgaanbieders te hebben vergeleken en 4% weet dit niet meer.

De respondenten die zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van anderen met de organisatie 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.

Doc. 26.1

Figuur 4: 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 een 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 cliënten is dat de zorg op gezette tijden wordt geleverd. Het maken en nakomen van afspraken is hierbij essentieel. 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. Woorden die hiervoor gebruikt worden zijn klik, aanvoelen, zorgzaam en toewijding. De cliënten verkeren in een kwetsbare situatie, waarbij vertrouwen nodig is. Dit kan alleen gerealiseerd worden als er een vaste groep medewerkers de zorg verleent. De grootte van de groep is minder belangrijk. Zowel de gezette tijden, als een vast team zijn keuzefactoren die 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 cruciale kwaliteitsaspecten van zorg gelden, zijn signalering en deskundigheid. Deskundigheid gaat over het totaalbeeld van kennis, handelingen. 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.

Over het belang van andere kwaliteitsaspecten van zorg, zoals informatie verstrekking, samenwerking tussen professionals en bevordering van zelfredzaamheid, zijn cliënten meer verdeeld. Maar over het algemeen vonden de cliënten deze aspecten minder belangrijk.

Doc. 26.1

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.

5.4. Beperkingen in keuzevrijheid

Aanmeldingen komen bij zorgaanbieders binnen via zorgprofessionals of de cliënt/zijn naasten. Op het moment van aanmelden wordt een inschatting van de zorg gemaakt en bekeken of deze zorg geleverd kan worden. Hierop volgt een indicatiestelling en intakegesprek. Dit gesprek vindt plaats tussen een wijkverpleegkundige, de cliënt en zijn eventuele naasten. Dit 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 direct leveren van zorg noodzakelijk is en de administratieve handelingen later volgen. Bij spoed is beschikbaarheid op korte termijn een extra aandachtspunt. Niet alle zorgaanbieders kunnen direct zorg leveren en de keuze voor een zorgaanbieder is daarmee veelal gebaseerd op beschikbaarheid. Dit draagt, ondanks goede intenties en noodzakelijkheid, bij aan een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt.

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 breed gedragen probleem binnen de zorg.

Naast personele problematiek, kunnen financiën de oorzaak zijn dat er geen zorg geleverd wordt. Eind 2016 hebben verschillende zorgaanbieders de noodklok geluid en aangegeven geen cliënten meer aan te nemen.[6] De met de zorgverzekeraar overeengekomen budgetten waren niet meer toereikend, waardoor zij de geleverde zorg niet meer vergoed dreigden te krijgen. Dit werkt beperkend op de keuzevrijheid van de cliënt. Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 respondenten 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. Er is in het onderzoek niet uitgevraagd of deze stop financiële of personele gronden had.

Budgetplafond

Voor de wijkverpleegkundige zorg is een macrokader opgesteld. In 2018 betreft dit ruim 3,7 miljard euro. Om de uitgaven te beheersen maken zorgverzekeraars afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders over omzet- en budgetplafonds. Dit zijn afspraken over maximale vergoedingen die aan de zorgaanbieder worden uitbetaald. Naast deze plafonds, worden afspraken gemaakt over de consequenties bij een dreigende overschrijding van de plafonds. Zorgaanbieders dienen bijvoorbeeld een melding te maken bij het bereiken van 70% van het plafond of de overeengekomen tarieven worden aangepast. Ook kan een doorleverplicht van zorg gevraagd aan de zorgaanbieders.

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

[6] Zorgen Actiz over budget en volume wijkverpleging, Actiz 2016

Doc. 26.1

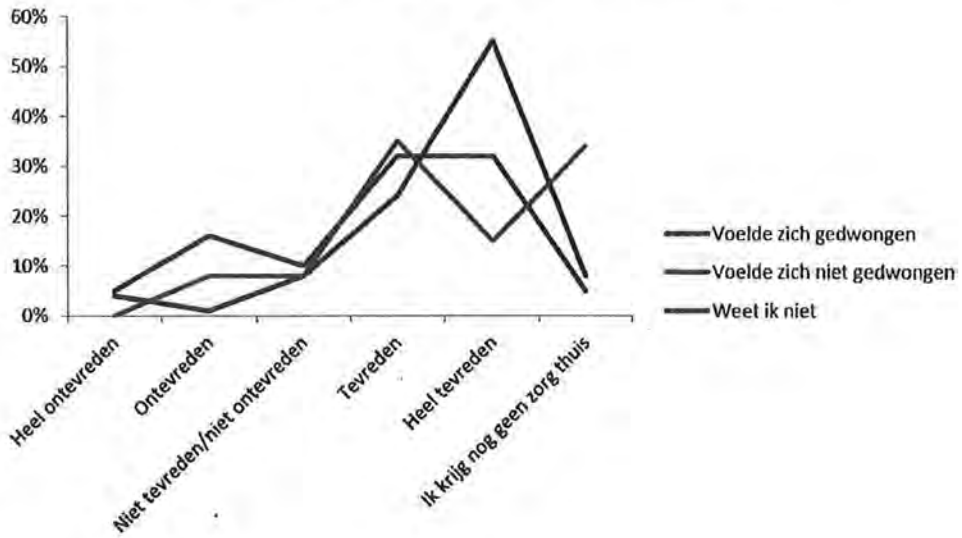
cliënt, gekeken worden welke zorgaanbieders er beschikbaar zijn en welke type zorg zij leveren. Naast kennis van het netwerk, is een goede samenwerking hierbij helpend. Uit onderzoek van Nivel (2017) blijkt dat de ervaringen met samenwerking tussen de wijkverpleging en huisartsen veelal positief zijn. De samenwerking met wijkteams en de gemeente wordt door wijkverpleegkundigen verschillend beoordeeld. In 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 hoog percentage cliënten aan tevreden te zijn met de zorg die zij ontvangen (93%). Hierbij wordt aangegeven dat de zorgprofessional 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 zorgprofessionals in de wijkverpleging die bij de cliënten zorg leveren een 8.3. De meeste cliënten zouden hun zorgaanbieder aanbevelen aan bekenden.

Wanneer het aankomt op verbeterpunten worden ook in dit onderzoek dezelfde punten aangehaald die eerder van belang zijn genoemd (onderzoek van PFN 2016 is meegenomen in hun resultaten). 'Zorg op gezette tijden' en 'een vast team', zijn verbeterpunten die genoemd worden. Andere aandachtspunten die worden genoemd zijn 'meer tijd' en 'informeren'. Bijvoorbeeld het informeren van de cliënt wanneer de zorgprofessional niet op de afgesproken tijd langs kan komen.

In het onderzoek van PFN (2016) is aandacht voor de tevredenheid van de cliënten over de wijkverpleegkundige zorg die zij ontvangen. Hieruit blijkt dat het merendeel tevreden of heel 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. Citaten die het rapport hierbij geeft om een beeld te geven zijn bijvoorbeeld; "*Er werd gewoon medegedeeld welke organisatie zou komen, zonder enige inspraak*" en "*omdat er geen keuze mogelijk was, omdat moeder uit het ziekenhuis werd ontslagen.*"



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

Doc. 26.1

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 zorgprofessionals die bij de cliënten thuis komt.

Doc. 26.1

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 kunnen uit de gehele cliëntenreis knelpunten worden verzameld.

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

De beschreven bevindingen van verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn indicatief en kunnen niet breder getrokken worden als geldend in heel Nederland. Ze bieden wel een eerste inzicht in knelpunten die mogelijk op landelijk niveau van invloed zijn op keuzevrijheid in de wijkverpleging en de mogelijke oorzaken van deze knelpunten.

De antwoorden zijn door individuele zorgprofessionals opgetekend en anoniem verwerkt.

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

Nederland: Een aantal cijfers op een rij (2016) [7].

- 17,02 miljoen inwoners (CBS)
- 311 per 10.000 verzekerden ontvangt wijkverpleging
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld €191,- per jaar
- Kosten per cliënt in de wijkverpleging zijn gemiddeld €6000,- euro per jaar
- 80% van de zorg in de Zvw wordt in Nederland door 915 zorgaanbieders geleverd

6.1. Hilversum

Gemeente Hilversum: Een aantal cijfers op een rij (2016) [8].

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

De cijfers van gemeente Hilversum liggen wat onder het landelijk gemiddelde. Volgens een zorgaanbieder zijn in regio Hilversum grote verschillen in sociaal economische status (SES) zichtbaar. Volgens cijfers van een gemeente Dashboard [9] heeft Hilversum in vergelijking met het

[7] Cijfers van Vektis, zorgprismapubliek.nl
[8] Cijfers van Vektis, zorgprismapubliek.nl
[9] waarstaatjegemeente.nl (dashboard Hilversum)

gemiddelde van Nederland een grotere groep met hogere SES. Of deze groep minder gebruik maakt van voorzieningen is niet vast te stellen. Maar zorgverleners geven aan dat deze groep wel vaak meer mogelijkheden heeft om zelf meer te voorzien in extra ondersteuning, naast de zorg die zij leveren.

Verwijzers

Transferverpleegkundigen vanuit het ziekenhuis merken dat de zorgaanbieders in de regio vol zitten. Sinds afgelopen zomer is de druk enorm toegenomen. Voor de verpleegkundigen brengt dit meer werk per cliënt met zich mee. Met de cliënt wordt besproken welke zorg er thuis nodig is en welke zorgaanbieder hun voorkeur heeft voor het leveren van de zorg. Hierbij worden verwachtingen direct gemanaged. Niet alle zorgaanbieders in de regio bieden namelijk alle typen zorg en niet alle zorgaanbieders hebben ruimte om nieuwe cliënten op te nemen. Dit laatste is het grootste ervaren knelpunt volgens de transferverpleegkundige. "*Er wordt allereerst gebeld naar de voorkeursaanbieder van de cliënt, maar veelal moet er uitgeweken worden naar een andere organisatie.*" Doordat het vinden van zorg langer duurt, kan het zijn dat cliënten langer in het ziekenhuis blijven liggen.
De zorg die nodig is voor de cliënten in de thuissituatie, wordt steeds complexer. Dit maakt de werkdruk bij de transferverpleegkundigen hoger. De samenwerking in de regio en met de zorgverzekeraar wordt wel als positief bestempeld. *"Er is nog nooit een cliënt geweest waarvoor de zorg uiteindelijk niet geregeld kon worden."*
Huisartsen werken veel samen met de zorgaanbieders in de regio, voornamelijk met een aantal grote en bekende partijen. In de regio zijn er veel partijen actief, dit maakt de zorgketen niet altijd even overzichtelijk is. Verwijzers kunnen zich voorstellen dat dit voor cliënten maakt dat het moeilijk is een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Het aanwijzen van een geschikte zorgaanbieder laten ze vaak aan de huisarts. Met een aantal eerstelijnspartijen zijn samenwerkingsverbanden opgezet. Op deze manier is snel schakelen en overleggen mogelijk. *Voor betrokken partijen is dit een flinke investering geweest, "maar nu probeer je met elkaar de zorg rond te krijgen."*

Zorgaanbieders

In regio Hilversum zit een grote diversiteit aan sociale klassen[10]. In de zorg is dit merkbaar in de bekwaamheid en behoefte om mee te denken in het zorgproces. Zorgaanbieders merken dit al bij aanmeldingen die zij ontvangen. In alle wijken worden cliënten voornamelijk door huisartsen aangemeld. Maar in de wijken met inwoners met een hogere SES is het aandeel cliënten die zelf aangeeft een zorgvraag te hebben wel groter dan in wijken met inwoners met een lage SES. Deze cliënten maken meestal zelf de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. Deze keuze is volgens de zorgaanbieders vaak gebaseerd op mond-tot-mond reclame, eerdere eigen ervaringen met een zorgaanbieder of op een lidmaatschap die cliënt heeft bij een zorgaanbieder. Wanneer een aanmelding via een verwijzer binnen komt, is dit volgens de zorgaanbieders vaak gebaseerd op de ervaringen van de verwijzer met de betreffende zorgaanbieder.

Een aantal zorgaanbieders heeft te maken gehad met een overschrijding van hun budgetplafond. Een zorgaanbieder geeft aan soms te sturen op het onderbrengen van een nieuwe cliënt bij een andere zorgaanbieder, *"maar een cliënt mag nooit zonder zorg zitten door een financiële drempel."* Een andere zorgaanbieder geeft aan dat er met de zorgverzekeraar een oplossing is gevonden voor de overschrijding. Een zorgaanbieder die geen problemen heeft gehad met een plafond, geeft aan dat het tekort aan personeel eerder een reden zou zijn om

[10] Waarstaatjegemeente.nl (dashboard Hilversum)

Doc. 26.1

geen zorg meer te leveren. In de gehele regio is het personeelstekort een groot probleem. Een zorgaanbieder geeft aan dat personeel soms zelfs wordt weggekocht door de concurrentie. Er is met name een tekort aan verpleegkundigen niveau 4 en 5. Dit zorgt ervoor dat teams niet altijd op volle sterkte zijn, waardoor er, zeker bij complexe zorgvragen, gekeken moet worden of deze zorg geleverd kan worden. De wijkverpleegkundigen geven aan dat de kwaliteit van de zorg wel eens lijdt onder het personeelstekort. Zo kan zorg niet altijd geleverd worden op voorkeurstijden en wordt er gehaaster gewerkt. Door het tekort aan personeel wordt bovendien veel gewerkt met flex-medewerkers. Dit zorgt ervoor dat meer gezichten bij de cliënt komen, dan soms wenselijk zou zijn.

De samenwerking tussen verwijzers en de zorgaanbieders verloopt goed, er zijn regionale overleggen en voor casuïstiekbespreking en afstemming liggen de lijnen goed. Ervaringen met de gemeente verschillen per zorgaanbieder. Op het moment van indicatiestelling wordt door de wijkverpleegkundige ook gekeken welke voorzieningen van de WMO ingezet dienen te worden bij de cliënt. De WMO-adviseur neemt deze indicatie niet over, maar maakt zelf een inschatting. Hierin worden de voorstellen van de wijkverpleegkundigen veelal in twijfel getrokken. "*De indicatiestelling van de WMO is meer financieel gedreven, er is te weinig aandacht voor de zorginhoud.*" Daarbij is de doorlooptijd lang, waardoor zorg pas later wordt geleverd. Cliënten krijgen door dit alles niet de zorg op het moment dat dit nodig is, en niet altijd de hoeveelheid zorg die nodig wordt geacht door de wijkverpleegkundige.

De doorstroom naar de Wet langdurige zorg (Wlz) is een ander knelpunt dat genoemd wordt door de zorgaanbieders. De Wlz regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De zorg kan zowel in een instelling, als bij de cliënt thuis worden gegeven. Om in aanmerking te komen voor de Wlz dient een cliënt blijvende zorg nodig te hebben en permanent toezicht, dan wel 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig te hebben. Deze complexe zorgvragen komen volgens de wijkverpleegkundigen steeds vaker voor. Dit doordat cliënten met een Wlz-indicatie een vermogensafhankelijke eigen bijdrage dienen te betalen zijn zowel cliënten als wijkverpleegkundigen geneigd zorg vanuit de Zvw te blijven geven. Voor wijkverpleegkundigen is het gesprek over een Wlz-indicatie lastig, omdat naast de eigen bijdrage er vaak minder zorg geboden wordt. Bovendien kunnen/willen zij zorg niet ontzeggen op het moment dat de cliënt aangeeft geen Wlz-indicatie te willen aanvragen. Een ander probleem wat hierdoor speelt is de doorstroom naar verpleeg- en/of verzorgingshuizen. Om op een wachtlijst geplaatst te worden voor deze huizen dient een cliënt een Wlz-indicatie te hebben. Doordat men het stellen van een indicatie uitstelt, komt het vaak voor dat een spoedplaatsing na een incident noodzakelijk is. Bij een dergelijke spoedaanmelding wordt gekeken naar beschikbare plekken voor opvang en kan geen rekening worden gehouden met voorkeuren. Hierdoor worden cliënten soms zelfs in andere regio's geplaatst.

Zorgverzekeraar
In juli 2017 is voor de regio Hilversum bij de zorgverzekeraar gemeld dat geen van de zorgaanbieders capaciteit heeft om de benodigde zorg te leveren. Reden hiervoor is het personeelstekort, waar veel zorgaanbieders mee te kampen hebben. Vanaf dat moment is er veel afstemming en bemiddeling in de regio geweest. Ook in andere regio's in Nederland zorgt het tekort aan personeel ervoor dat het aannemen van nieuwe cliënten lastig is. Dit zorgt ervoor dat kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder vaak niet aan de orde is, maar het überhaupt kunnen leveren van zorg aan de cliënt het eerste doel is. Door de grote hoeveelheid vragen rondom wijkverpleging is er sinds een half jaar een zorgcoach die zich enkel bezig houdt met bemiddeling in de wijkverpleging. *"Wij zijn als zorgcoach de stem van de klant, binnen onze organisatie. Dit betekent dat de casuïstiek die wij tegenkomen, de knelpunten in de praktijk*

Doc. 26.1

blootlegt. Door deze knelpunten naar de afdelingen beleid en inkoop te communiceren, worden ze meegenomen om zo verbeteringen door te voeren."

Naast het personeelstekort kunnen budgetplafonds een belemmering vormen in het aannemen van nieuwe cliënten. Zorgaanbieders dienen tijdig bij de zorgverzekeraar aan te geven wanneer zij hun budgetplafond dreigen te bereiken. Zo kan in samenspraak met zorginkoop naar een oplossing worden gezocht. In regio's waarbij bekend is dat de vraag groot is, is het aanpassen van het plafond veelal geen probleem. Zorgaanbieders zonder contract in regio's waar een grote vraag is aan wijkverpleegkundige zorg kunnen met zorginkoop onderhandelen over een contract. "*De afstemming met de afdeling zorginkoop is belangrijk. Alleen door signalen aan ons door te geven, kunnen wij beoordelen of er voldoende zorg is ingekocht.*" Dergelijke casuïstiek wordt door de zorgcoaches intern doorgezet. Zo wordt voorkomen dat de zorgbehoevenden de dupe wordt van beleid. Er wordt geprobeerd een zo passend mogelijke oplossing te vinden. Wanneer een cliënt zorg wordt geweigerd, dient een zorgaanbieder altijd een weigerprocedure te doorlopen. Hierin wordt de weigering met argumentatie gemeld aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar probeert dan met de zorgaanbieder tot een oplossing te komen. Hierbij wordt de zorgaanbieder altijd gewezen op zijn acceptatieplicht en zorgplicht.

Zorg in de Wijk pilot

Zilveren Kruis is in 2016 gestart met de eerste pilots 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.
In 2018 zijn nieuwe pilots in Amsterdam, Hoogeveen en Almere gestart. 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 zijn hierbij meewegende factoren. Per cliënt is er een vast budget. Op deze manier wil Zilveren Kruis de kwaliteit van de zorg verbeteren en de zorg beter organiseren.

Zilveren Kruis heeft met de 'zorg in de wijk pilots' een verandering van contractering aangebracht binnen de wijkverpleging. Deze vorm van contracteren heeft volgens hen geen impact op de keuzevrijheid van de cliënt, omdat cliënten wel bij alle zorgaanbieders in de regio zorg kunnen aanvragen. Wel geven ze aan dat cliënten meer risico dragen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en het proces voor de cliënt lastiger kan zijn. Hierover wordt de cliënt door de zorgverzekeraar geïnformeerd. Verzekerden ontvangen altijd informatie over zorgaanbieders in de regio die gecontracteerd zijn, dit gebeurt zowel binnen als buiten de pilot regio's.

Doc. 26.1

6.2. Rotterdam

Gemeente Rotterdam: Een aantal cijfers op een rij (2016) [11].

- 638.179 inwoners (CBS)
- 295 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 18.502
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld € 210,- per jaar
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 9 zorgaanbieders geleverd [6]

Rotterdam is meegenomen in het onderzoek om het includeren van een hoog stedelijk gebied. De cijfers van Rotterdam komen redelijk overeen met de gemiddelden van Nederland. De grijze druk (verhouding tussen aantal 65+ en aantal 20-64 jarigen) is in Rotterdam lager dan het gemiddelde in Nederland[12]. Hierdoor zou een lager aantal zorgbehoeftigen mogelijk lijken. Echter heeft Rotterdam te maken met een grote groep inwoners met een lage SES en een allochtone achtergrond. Deze groepen hebben gemiddeld genomen een slechtere gezondheid.

Verwijzers
In Rotterdam zijn veel zorgaanbieders actief in de wijkverpleging. Dit maakt het voor verwijzers lastig de zorgkaart volledig in beeld te krijgen. Daarnaast leveren alle zorgaanbieders verschillende pakketten van zorg. Wat correct verwijzen nog ingewikkelder maakt. Veel zorgaanbieders proberen korte lijnen te onderhouden met de huisartsen, maar voor de huisartsen is het lastig met alle partijen het contact warm te houden. In een aantal wijken zijn wijkmanagers aangesteld. Aan hen de taak om in een desbetreffende wijk huisartsen te ondersteunen bij het organiseren van gestructureerde, wijkgerichte zorg binnen een netwerk van zorgprofessionals. Dat dit de keuzevrijheid voor de cliënt inperkt is niet het geval, want *"de cliënt staat altijd centraal in het maken van een keuze. Maar als je zorg nodig hebt, moet je wel bekend zijn in het aanbod en dat zijn veel mensen niet. Mensen leunen daarom vaak toch op de huisarts."*
Een uitzondering hierop in de mond-tot-mond reclame. Wanneer een cliënt een zorgaanbieder kent en zorg wil ontvangen van deze partij, wordt deze altijd als eerste benaderd.
De transferverpleegkundige beaamt dit, echter is het vaak zo dat beschikbaarheid bepalend is. *"De buitenwereld is op slot, dus meestal geldt, waar plaats is, is plaats."* Het afstemmen van een geschikte zorgaanbieder gebeurt vaak in samenspraak met de arts. Zeker wanneer er over een voorkeursaanbieder van de patiënt twijfels bestaan over het niveau van de geleverde zorg. Dit is met name in geval van specifieke medische handelingen nodig. *"Er zijn soms maar een paar partijen in de regio die een bepaalde handeling aanbieden, wij willen de patiënt hier in ieder geval over informeren."*
De transferverpleegkundigen merken ook dat er veel (kleine) zorgaanbieders zijn in de regio. Het voordeel hiervan is een groot aanbod, nadeel is dat niet van alle zorgaanbieders inzicht is in de kwaliteit van de zorg. Soms zijn de transferverpleegkundigen genoodzaakt uit te wijken naar deze onbekende partijen. Patiënten kunnen niet onnodig een bed bij hen bezet houden. Niet alle cliënten zijn blij met een onbekende zorgaanbieder, omdat zij deze niet van naam kennen. *"Maar wanneer er een keuze gemaakt moet worden tussen uit bed gehaald worden bij een bekende zorgaanbieder om 12 uur, of bij een onbekende om 9 uur zijn ze vaak wel bereid deze zorgaanbieder een kans te geven."*

[11] Cijfers van Vektis: zorgprismapubliek.nl
[12] Gezondheid in kaart 2014 – Rotterdam in cijfers

Zorgaanbieders

Net als de eerdergenoemde wijkmanagers, is er eerder een pilot geweest met zichtbare schakels. Hier werden wijkverpleegkundigen als 'spil in de wijk' ingezet. Deze wijkverpleegkundigen waren organisatie onafhankelijk, wat de objectiviteit bij het aanvragen van zorg groter maakte, volgens een klantadviseur. *"Dit betekent niet dat het huidige indiceren niet goed gaat, maar wel dat samenwerking minder vanzelfsprekend is."* Een klantadviseur van een andere organisatie is van mening dat er geen beperking is in objectiviteit. *"De lijnen zijn nu ontzettend kort, waardoor er snel gehandeld wordt en de cliënt snel zorg krijgt."*
Wanneer een zorgaanbieder de gevraagd zorg niet kan leveren, zal er toch uitgeweken worden naar een andere zorgaanbieder. Daarmee komt iedere cliënt alsnog bij de juist zorgaanbieder terecht. *Bovendien vindt er zo een natuurlijke selectie plaats van zorgaanbieders en blijven de besten over,* aldus een wijkverpleegkundige. Dat er krapte is in de wijkverpleegkundige zorg beamen alle zorgaanbieders. Er is een groot tekort aan personeel, waardoor het lastig is in alle zorgbehoeften te voorzien. Met name cliënten met een complexe zorgvraag en cliënten woonachtig in buitengebieden zullen hierdoor een langere zoektocht ervaren. Routes zitten erg vol en ook al is het beleid om elke cliënt aan te nemen, is dit in de praktijk lastig. Wel wordt er altijd meegekeken in het bieden van een oplossing. Cliënten leveren volgens wijkverpleegkundigen in op keuzevrijheid bij zowel de keuze voor een zorgaanbieder, als de keuze voor de tijd van het zorgmoment.

De samenwerking met de gemeente verloopt bij de meeste zorgaanbieders via de klantadviseurs. Deze vraagt op verzoek van de wijkverpleegkundige een WMO zorg aan. Het samenwerken en overleggen tussen de zorgaanbieders en de WMO gaat goed. Wel duurt het aanvragen van WMO zorg lang, waardoor in de tussentijd een oplossing gezocht dient te worden door de wijkverpleegkundige. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het smeren van een boterham of er kan een bedlift nodig zijn. *"Er zijn situaties denkbaar waarbij je de afweging moet maken of het Arbo technisch wel verantwoord is om handelingen te verrichten. Maar geen zorg leveren is eigenlijk geen optie."* Soms wordt het netwerk van de cliënt ingezet, soms kan in overleg met de zorgverzekeraar tijdelijk meer zorg geleverd worden.

Zorgverzekeraar

DSW vermoedt dat verzekerden hun keuze voor een zorgaanbieder voornamelijk maken op basis van naamsbekendheid. Echter merken zij dat met de huidige schaarste op de markt verzekerden minder kritisch zijn en het voornamelijk erg fijn vinden wanneer er zorg geleverd kan worden. "*Wij spreken cliënten vaak op het moment dat zij zelf al alles hebben geprobeerd. Zij willen alleen nog maar dat er een oplossing wordt gevonden."*

De schaarste is volgens DSW geen gevolg van budgetplafonds, hierover zijn bij hen geen meldingen binnen gekomen van zorgaanbieders. Het personeelstekort bij zorgaanbieders is het grootste knelpunt in de wijkverpleging, waardoor mensen niet alle vrijheid hebben voor de keuze van een zorgaanbieder. DSW vindt keuzevrijheid voor de cliënt erg belangrijk. Zij voelen zich daarmee mede verantwoordelijk voor het vervullen van de zorgvraag van de cliënt. *"We noemen de zorgplicht naar zorgaanbieders die we spreken, maar voelen ons zelf mede verantwoordelijk voor onze verzekerden. In onze regiogebieden merken we dat een samenwerking met zorgaanbieders via kortere lijnen loopt dan in regio's waar wij minder verzekerden hebben."* Dit heeft niet direct invloed op de keuzevrijheid van de zorg, maar maakt wel dat ze voor deze groep soms sneller tot een oplossing komen.

6.3. Almelo

Gemeente Almelo: Een aantal cijfers op een rij (2016) [13].

- 72.594 inwoners (CBS)
- 453 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging in Almelo
- Totaal cliënten is: 3.271
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld € 325,- per jaar
- 80% van de zorg in de Zvw wordt door 11 zorgaanbieders geleverd[6].

De cijfers van gemeente Almelo wijken behoorlijk af van het landelijk gemiddelde. Wanneer gekeken wordt naar de gezondheid van de gemeente draagt dit mogelijk bij aan een verklaring. Volgens een gezondheidsverkenning, uitgevoerd door de GGD[14] heeft Almelo in vergelijking met Nederland een relatief hoog percentage lager opgeleiden. Dit gaat gepaard met een slechtere gezondheid blijkt uit de verkenning. Hierdoor zijn er meer chronisch zieken en worden de inwoners van Almelo ten opzichte van het landelijk gemiddelde minder oud. Almelo en de gehele regio Twente vergrijst sneller dan het Nederlandse gemiddelde, waardoor het percentage ouderen hoger ligt dan in andere regio's.

Verwijzers
De samenwerking met zorgaanbieders in de regio is goed georganiseerd, vooral de grote zorgaanbieders in de regio worden aangemerkt als samenwerkingspartner. Er zijn veel regionale overlegmogelijkheden en de lijnen zijn kort.
Een POH (Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg) heeft alle ouderen van de praktijk in kaart gebracht en monitort hun welzijn. De samenwerking met zorgaanbieders is hierin belangrijk, met name de klantadviseurs worden gevonden als sparringpartner. Er worden geen problemen ervaren met het aanvragen van zorg voor cliënten, "*Ik kom geen 'nee' tegen in de regio.*" Ook de transferverpleegkundige geeft aan geen problemen met verwijzen te ervaren. In samenspraak met de cliënt (en diens naasten) wordt een voorkeursaanbieder geselecteerd. De zorg kan bijna altijd door deze zorgaanbieder worden geleverd. Er is geen zicht op eventuele onderlinge herschikkingen tussen zorgaanbieders. Dit wordt niet als verantwoording van het ziekenhuis gezien.

Er wordt door de zorgaanbieders in kleine zorgteams gewerkt, waardoor de cliënt zo min mogelijk gezichten ziet. Wel is hierdoor een groot verschil van expertise per team zichtbaar. Waar het ene team de zorgvraag direct zelf op kan pakken, geeft een ander team aan dit niet zelf te kunnen. De cliënt zelf merkt hier weinig van, omdat altijd wel een oplossing wordt gevonden. Voor de verwijzer maakt dit het lastiger om cliënten direct goed te plaatsen.
De cliënt geeft volgens de verwijzer weinig sturing in het keuzeproces, "*De cliënt hoopt vooral dat je meehelpt de juiste zorg te regelen.*" Volgens alle verwijzers speelt de mentaliteit van de mensen in de regio mee. Veel mensen respecteren de meningen van artsen en vertrouwen op hun expertise. Daarnaast is er een groep die geen inzicht heeft hoe de zorg geregeld dient te worden, bijvoorbeeld oudere allochtonen. Deze groepen leunen sterk op de hulpverlening. *"In de zorg benadruk ik het belang van zelfredzaamheid, dat vind ik erg belangrijk." Uitgangspunt in zorg dient altijd te zijn te kijken wat mensen nog wel kunnen doen."*

In de samenwerking met de gemeente is nog een inhaalslag te maken volgens de huisartsen. De WMO-afdeling sluit bij weinig overleggen aan en is hierdoor weinig zichtbaar voor de

[13] Cijfers van Vektis; zorgprismapubliek.nl
[14] Twentse gezondheidsverkenning, Almelo (GGD Twente, 2013)

zorgprofessionals. Hierdoor is samenwerken lastig en zijn er een aantal keuzes gemaakt die een goede zelfredzaamheid van de cliënt in de weg staat, zoals een beperking op vervoer.

Zorgaanbieders

Aanmeldingen komen veelal binnen via de verwijzers in de omgeving. Hierin zit echter direct een verschil tussen de twee geïnterviewde zorgaanbieders. Waar de ene zorgaanbieder als grote partij in de omgeving op het netvlies staat bij veel verwijzers, is dit voor de andere zorgaanbieder een belangrijk aandachtsgebied waar zij op moeten investeren. Zij geven aan dat verwijzers een aantal grote organisaties in de omgeving benaderen en de aanmeldingen bij hen niet doorkomen.

De klantadviseurs van de grotere zorgaanbieders ondersteunen de verwijzer, cliënt en wijkverpleegkundigen bij het inzetten van de benodigde zorg. Zo leggen zij huisbezoeken af, vragen zij WMO voorzieningen aan en zoeken zij naar passende zorg voor de cliënt wanneer zij dit als organisatie zelf niet kunnen bieden. Hierin zien zij een toename aan complexiteit van hulpvragen.

Door een tekort aan personeel is het lastig om aan alle vraag te voldoen, maar het beleid is om zorg altijd aan te nemen. Wanneer het wijkteam de vraag niet kan vervullen, kan worden uitgeweken naar andere teams binnen de organisatie.

De kleinere zorgaanbieder ervaart geen problemen met personeelstekort en kan alle vragen aannemen. Hiervoor geldt bij beide organisaties dat vooraf wel een inschatting van de complexiteit van de zorgvraag plaatsvindt en beoordeeld wordt of hiervoor de juiste expertise binnen het team aanwezig is. Wanneer de zorgvraag complex is wordt hier een specialistisch team voor ingezet. De ene zorgaanbieder heeft deze binnen de organisatie, de ander is deze aan het opzetten, waardoor momenteel nog niet aan deze vraag kan worden voldaan door henzelf. Het vermoeden is dat andere zorgaanbieders in de regio complexe vragen uit de weg gaan. Niet omdat zij de zorg niet kunnen leveren, maar omdat zij deze niet willen leveren in verband met de druk op het budgetplafond. De organisaties ervaren zelf geen problemen met plafonds. *'Er is in de media een beeld geschetst van een probleem, waar wij ons niet in kunnen vinden'*. Wel geeft de kleinere zorgaanbieder aan het vreemd te vinden dat het slechts een aantal zorgaanbieders lukt goede afspraken te maken wanneer het plafond is bereikt. "*Zeker wanneer er in de regio zorgaanbieders zijn die nog niet aan hun plafond zitten.*"

Voor de spoedaanmeldingen buiten kantooruren en in de weekenden is in de regio met een aantal partijen een samenwerkingsverband opgezet. Op deze manier wordt gezorgd voor bereikbaarheid en het inzetten van snelle zorg. Cliënten geven bij de aanvraag een top 3 van voorkeursaanbieders aan en gekeken wordt of deze zorgaanbieder de zorgvraag direct op kan pakken. Het zijn wel meestal de zorgaanbieders die aangesloten zijn bij het samenwerkingsverband die de zorgvraag vervullen.

De ene zorgaanbieder geeft aan zelf veel geïnvesteerd te hebben in samenwerking met verwijzers in de regio, dit zorgt voor korte lijnen en een goede vindbaarheid en samenwerking. De andere zorgaanbieder is hierin aan het investeren. Zij zien hierin op het moment wel een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt, omdat verwijzers mogelijk hun eigen voorkeuren laten spreken en cliënt hierdoor geen volledig beeld krijgt van de mogelijkheden aan zorg. "*Lijkt de Twentse mentaliteit te zijn, waarin veel ontzag voor en vertrouwen bij de zorgprofessional gelegd wordt.*"

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar Menzis geeft aan dat er dreigingen van cliëntenstops geweest zijn, maar geen enkele zorgaanbieder naar hen heeft uitgesproken geen zorg meer te leveren. Of dit in de praktijk wel gebeurd is, weten zij niet. Gezien het feit dat budgetplafonds wel degelijk zijn overschreden in een aantal gevallen, gaan zij uit dat zorg door geleverd wordt. *"Bij bijvoorbeeld*

Doc. 26.1

veel nieuwe cliënten of palliatieve zorg of wanneer er in de regio meer tekorten zijn, wordt er gekeken in hoeverre een dreigende overproductie wordt aangevuld. Hierbij wordt ook de doelmatigheid van de zorgaanbieder betrokken."

De productexpert geeft aan dat een te grote keuze niet persé bijdraagt aan een goede keuzevrijheid voor de cliënt. Een keuze maken op doelmatigheid en kwaliteit is daarbij wel belangrijk. Het is daarbij aan de zorgverzekeraar hier zijn verzekerde over te informeren.

Cliënten die voor informatie bellen worden middels de zorgvinder begeleid in hun keuze. Meestal bellen cliënten naar de zorgverzekeraar wanneer zij al in zorg zijn. Dit betreft vragen over de zorglevering, de intensiteit, maar soms ook klachten over de zorgaanbieder. Hierin pakt de zorgaanbieder de bemiddelende rol, echter kunnen zij zorgaanbieders niet sturen in inhoudelijke vraagstukken.

De zorgverzekeraar wordt voor een bemiddelende rol gevraagd bij het overdragen van zorg naar andere domeinen. Hierin ontbreekt het hun echter aan zeggenschap over plaatsing, waardoor zij, net als de cliënt, afhankelijk zijn van het zorgnetwerk dat betrokken is. Een goede afstemming tussen de zorgprofessionals achten zij hierbij cruciaal. Voorbeelden van overdrachten zijn; ouderen die vanuit het ziekenhuis terug moeten naar huis of in een verzorgingshuis geplaatst dienen te worden. Door gebrek aan beschikbaarheid is dit vaak lastig te realiseren op korte termijn. Zij proberen hierin wel mee te denken en in ieder geval uitleg te geven over het proces.

Doc. 26.1

7. Knelpunten voor keuzevrijheid

Met het in kaart brengen van de zorgketen zijn knelpunten in deze keten naar boven gekomen. Er is met name stil gestaan bij knelpunten die de keuzevrijheid van de cliënt beperken. Dit zijn een drietal knelpunten die hieronder verder zijn uitgewerkt. Daarnaast zijn uit de interviews nog knelpunten naar boven gekomen die niet direct de keuzevrijheid van de cliënt in de wijkverpleging beperken, maar wel invloed hebben op zorg direct gerelateerd aan de wijkverpleging. Deze knelpunten komen in 7.4 aan de orde.

7.1. Cliëntenstop door budgetplafond

Een aantal zorgaanbieders in dit onderzoek hebben te maken gehad met overschrijdingen van hun budgetplafond. Meestal werd in overleg met de zorgverzekeraars een oplossing gevonden. Hierdoor was het niet nodig een cliëntenstop toe te passen. Wel geeft een zorgaanbieder aan dat zij een kritischer beleid voerden voor het aannemen van nieuwe cliënten van de zorgverzekeraar waarvoor het budgetplafond was bereikt. De zorgverzekeraars geven aan in overleg met een zorgaanbieder een oplossing te vinden wanneer er problemen worden ervaren. Zij hebben wel vermoedens dat sommige zorgaanbieders geen zorg leveren op moment dat hun budgetplafond is bereikt, maar ontvangen zelf niet direct deze informatie. Verwijzers hebben wel informatie over cliëntenstops, maar de achterliggende reden van de stop wordt hen niet altijd duidelijk gemaakt

Oorzaak

Met de zorgverzekeraars worden afspraken gemaakt over het budget dat elke zorgaanbieder jaarlijks uit kan geven om zorg te leveren. Wanneer zorgaanbieders meer zorg leveren en dit budget dreigen te overstijgen dient er overleg plaats te vinden. Vaak zijn er op voorhand al afspraken gemaakt over consequenties voor het overschrijden van het budgetplafond. Zorgaanbieders krijgen hierdoor vaak een deel van de gemaakte kosten niet vergoed van de zorgverzekeraar, voor zorg die wel geleverd is. Het is daarom voor de zorgaanbieder minder aantrekkelijk om cliënten aan te nemen die bij deze zorgverzekeraar zijn verzekerd in zorg te nemen.

Gevolg voor zorgproces

De zorgaanbieders die hun plafond bereiken nemen cliënten niet altijd in zorg en verwijzen hen door naar een andere zorgaanbieder. Hierdoor kan een cliënt soms niet bij zijn voorkeursaanbieder terecht. De zorgaanbieders meegenomen in dit onderzoek geven aan soms wel het vermoeden te hebben dat andere zorgaanbieders in de regio grotere zorgvragen niet aannemen, omdat deze teveel drukken op het budget. Ook zorgverzekeraars geven aan dergelijke signalen wel eens te ontvangen. De verwijzers geven aan soms een langer en moeizamer proces te doorlopen bij complexe zorgvragen. Dit kost de verwijzers extra werk en in geval van opname is het mogelijk dat de cliënt later naar huis kan.

7.2. Tekort aan personeel

Het tekort aan personeel is het meest genoemde knelpunt in de afgenomen interviews. Dit knelpunt wordt in alle regio's door alle zorgprofessionals genoemd. Zowel de zorgverzekeraars, de verwijzers als de zorgaanbieders zelf, geven aan dat er een groot tekort is aan verpleegkundig en verzorgend personeel. In de regio Almelo wordt het tekort ook benoemd, maar is de situatie niet zo nijpend dat zorgaanvragen geweigerd worden. Daar kunnen momenteel nog oplossingen gevonden worden door de wijkverpleegkundige teams om de

Doc. 26.1

gevraagde zorg te leveren. Verwijzers in de regio Almelo ervaren geen problemen met het aanmelden van cliënten bij zorgaanbieders.

Oorzaak
Er worden meerdere oorzaken aangedragen voor het tekort aan personeel. De vraag naar wijkverpleegkundige zorg groeit, doordat mensen langer thuis blijven wonen. Ondersteuning in de thuissituatie is gewenst en daarbij zijn de zorgvragen complexer geworden. Hierdoor dienen de zorgmomenten langer en meermaals per dag plaatsvinden.
Doordat wijkverpleegkundigen zelf de indicatie op zich nemen en hier veel administratieve handelingen bij nodig zijn, gaat tijd verloren. Dit betekent niet dat wijkverpleegkundigen het zelf indiceren onwenselijk vinden. Het draagt naar hun mening wel bij aan betere afstemming en bijsturing. Echter zou de verantwoording en administratie eenvoudiger kunnen, waardoor meer tijd overblijft voor zorgen. Dit geldt ook voor de registratie van andere zorgmomenten.
Verder wordt als oorzaak de instroom van nieuwe verpleegkundigen vanuit school genoemd. Deze groep is niet groot genoeg om in de vraag te voorzien. Bovendien is het niveau van afgestudeerden niet dusdanig dat zij direct zelfstandig aan het werk kunnen. Praktijkervaring mist en bovendien mist er goede bezetting om hen goed in te werken.

Gevolg voor zorgproces
De gevolgen zijn in de gehele zorgketen merkbaar. Zo zijn verwijzers langer bezig om een geschikte plek te vinden voor cliënten, wat hun werkdruk vergroot. Wanneer cliënten opgenomen zijn in het ziekenhuis betekent dit soms een langere opname, omdat de zorg thuis niet geregeld is. Een ander gevolg voor de cliënt is een beperking in de keuze voor aan zorgaanbieder. Wanneer cliënten een voorkeursaanbieder aangeven, kunnen zij hier lang niet altijd terecht. De wijkverpleegkundigen moeten creatieve oplossingen bedenken om cliënten in te kunnen passen in routes en om aan de vraag te kunnen voldoen. Hierbij is het beleid dat er geen cliënten zonder zorg het weekend in gaan en elke zorgvraag opgepakt dient te worden. Aanmeldingen van cliënten die ver buiten de route liggen, of hele complexe zorgvragen hebben zijn het lastigst te plaatsen en te voorzien van zorg.

Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van cliënten voor tijden waarop de zorg wordt geleverd, maar hieraan tegemoet komen gaat vaak niet. Routes zijn lang, waardoor cliënten soms pas om 12 uur gewassen kunnen worden. Wel wordt de groep zorgprofessionals die bij cliënten thuis komt zo klein mogelijk gehouden. Flex-medewerkers worden vaak wijk gebonden ingedeeld, waardoor de flexibele schil niet zorgt voor en grote variatie aan zorg professionals bij de cliënten thuis.

Een aantal wijkverpleegkundigen geeft aan dat zij door de hoge werkdruk niet altijd zorg kunnen leveren op de manier waarop ze dat zouden willen. Cliënten merken dit in hun gehaaste werken, wat de kwaliteit van de zorg niet altijd ten goede komt.
Een ander gevolg betreft de hoge uitval onder medewerkers. De hoge werkdruk zorgt ervoor dat medewerkers uitvallen met klachten, waardoor de druk voor de collega's nog hoger wordt.

7.3. Versnipperde zorgnetwerk

Cliënten hebben in de onderzochte regio's een ruim aanbod aan zorgaanbieders. Zo zijn er in de regio Rotterdam 80 zorgaanbieders die wijkverpleging leveren. Hierbij wordt 80% van de zorg in de regio geleverd door 11 zorgaanbieders. Inzicht in de zorgkaart ontbreekt, ook bij verwijzers. Wat hierbij meespeelt is dat niet alle zorgaanbieders alle typen zorg verlenen, waardoor het bij complexe zorgvragen een nog gerichtere zoekactie vraagt.

Doc. 26.1

Oorzaak
Door de vele nieuwe zorgaanbieders actief in de wijkverpleging is het lastig voor cliënten en verwijzers om overzicht te houden. Er zijn geen centrale aanmeldpunten waar makkelijk informatie vandaan gehaald kan worden. Ook transferverpleegkundigen geven aan te googelen naar zorgaanbieders wanneer de bij hen bekende zorgaanbieders een zorgvraag niet aannemen.

Gevolg voor het zorgproces
Het zoeken naar een zorgaanbieder vraagt veel tijd van verwijzers en cliënten. Bovendien is er geen centraal punt waarin alle zorgaanbieders vermeld staan met het type zorg wat zij bieden. Hierdoor worden wijkverpleegkundigen en grote bekende zorgaanbieders vaak door verwijzers benaderd met vragen over mogelijkheden voor plaatsing. Dit beïnvloedt de toegankelijkheid van zorg.
In een aantal wijken in de geïncludeerde regio's zijn kleine zorgnetwerken ontstaan. Hier wordt met een aantal huisartsen en zorgaanbieders samengewerkt om de doorstroom te verbeteren. Zorgaanbieders die niet in zo'n netwerk zijn aangesloten vinden dat dit de keuzevrijheid van de cliënt beperkt, omdat verwijzers daardoor eerder bij de aangesloten zorgaanbieders terecht komen en minder objectief zijn. De cliënt houdt altijd de mogelijkheid voor een eigen keuze, maar wanneer de toegankelijkheid voor de zorg beperkt is, zal de cliënt vaak afgaan op het advies van de verwijzer.

7.4. Andere knelpunten

Uit de interviews van dit onderzoek zijn nog een aantal knelpunten naar voren gekomen. Deze knelpunten zijn meerdere malen genoemd. De knelpunten hebben geen invloed op de keuzevrijheid van de cliënt in de wijkverpleegkundige zorg, maar zijn wel van invloed op zorg direct gerelateerd aan wijkverpleging.

7.4.1. Overgang Zvw naar Wlz
Wijkverpleegkundige zorg wordt uit de Zvw gefinancierd. De cliënt betaalt hiervoor geen eigen bijdrage. Wanneer een cliënt meer zorg nodig heeft, wat niet past binnen de kaders van de Zvw, kan een indicatie vanuit de Wlz nodig zijn. Vaak is dit omdat de cliënt naar een verpleeg- of verzorgingshuis dient te gaan, of omdat thuis 24-uur zorg in de nabijheid nodig is. In de Wlz wordt een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd en zijn de uren zorg die ontvangen worden lager. Hierdoor wordt de overstap van de Zvw naar de Wlz vaak uitgesteld.

Oorzaak
De inkomensafhankelijke bijdrage in de Wlz zorgt dat wijkverpleegkundigen en cliënten minder snel geneigd zijn een Wlz-indicatie aan te vragen. Het gesprek hierover aangaan is voor een wijkverpleegkundige lastig, omdat mensen moeten gaan betalen voor hun zorg en het aantal zorguren vaak lager is dan in de Zvw. Daarbij komt dat de wachtlijsten in verpleeg- en verzorgingshuizen lang is. Waardoor op het moment dat de indicatie binnen is, cliënten vaak niet direct opgenomen kunnen worden, maar al wel een eigen bijdrage gaan betalen. In de tussentijd wordt de wijkverpleegkundige zorg ook geleverd vanuit de Wlz. Echter kunnen alleen zorgaanbieders die 24-uurs zorg leveren deze zorg leveren, waardoor soms een overstap van zorgaanbieder noodzakelijk is.

Sommige zorgaanbieders adviseren cliënten dan ook nog geen Wlz-indicatie aan te vragen. Sommige cliënten maken zelf de beslissing de aanvraag van een Wlz-indicatie uit te stellen.

Doc. 26.1

Gevolg voor zorgproces
Cliënten blijven langer in de Zvw doordat zij de aanvraag van de Wlz-indicatie uitstellen. Wanneer zij geen Wlz-indicatie hebben, kunnen zij niet op een officiële wachtlijst worden geplaats voor een verpleeg- of verzorgingshuis.
Op het moment dat er een incident plaats vindt en er een spoedplaatsing gedaan dient te worden, staat de cliënt nergens op een wachtlijst. Hierdoor wordt op dat moment geen rekening gehouden met een voorkeursplek en wordt de cliënt geplaatst waar er plek is. Door het grote gebrek aan bedden, kan dit soms in een geheel andere regio zijn.

Sommige zorgaanbieders bieden een oplossing met het bijhouden van schaduwwachtlijsten. Hier worden cliënten op geplaatst die op termijn opgenomen dienen te worden. De indicatie wordt dan pas aangevraagd op het moment dat er plek is voor hen bij hun voorkeurslocatie. Een dergelijke lijst is niet toegestaan en de cliënt kan hier dan ook geen recht aan ontlenen.

Wanneer een cliënt geen Wlz indicatie aanvraagt, terwijl de wijkverpleegkundige inschat dat deze zorg nodig is, kan geen 24 uur zorg in de nabijheid geleverd worden. Hierdoor ontvangt de cliënt mogelijk minder zorg dan noodzakelijk wordt geacht. Deze cliënten hebben veel zorgmomenten nodig, maar deze kunnen niet geboden worden binnen de Zvw.

7.4.2. Samenwerking WMO

Cliënten kunnen naast de wijkverpleegkundige zorg vanuit de Zvw ook een indicatie voor de WMO nodig hebben. Voor zorg als begeleiding, voorzieningen (vervoer, hulpmiddelen) of huishoudelijke hulp is het nodig een indicatie vanuit de WMO aan te vragen. Welke zorg waar thuis hoort is soms een grijs gebied voor de wijkverpleegkundigen. Hierdoor is afstemming belangrijk, maar ook lastig.

Oorzaak
De verdeling van zorg is bij wet geregeld. Hierbij zijn de laatste jaren overhevelingen geweest, die nieuwe samenwerking noodzakelijk maakt. Doordat de scheidslijnen dun zijn, is afstemming soms lastig. Zorg wordt afgeschoven en indicaties niet overgenomen. Deze dienen opnieuw te worden vastgesteld binnen de eigen wetten. Dit maakt het proces log, volgens wijkverpleegkundigen.
Bovendien is de aanvraag van wijkverpleegkundige zorg in gevallen van spoed binnen een dag geregeld, maar worden aanvragen in gemeenten afgehandeld met termijnen van 6-8 weken.

Gevolg voor zorgproces
Opvallend is dat van alle samenwerkingspartners de gemeente het meest genoemd wordt als partner met wie er weinig afstemming is. Daarbij waren kleine omliggende gemeenten de positieve uitzonderingen. Daar zijn wel kortere lijnen en snellere afstemming mogelijk. In sommige van deze gemeenten gaat de WMO-adviseur mee op indicatie gesprek als van tevoren duidelijk is dat de hulpvraag breder is dan wijkverpleegkundige zorg. Ook worden daar indicaties van wijkverpleegkundigen sneller overgenomen. Hun inschatting wordt op waarde geschat, wat volgens de wijkverpleegkundigen ook de samenwerkingsrelatie ten goede komt.

Doordat de indicatie in de WMO langer duurt in vergelijking met de wijkverpleging, kunnen voorzieningen niet op een zelfde moment starten als de wijkverpleegkundige zorg. Dit betekent dat een beroep op het netwerk van de cliënt wordt gedaan om in de tussentijd te voorzien in de benodigde zorg. Ook wordt in samenspraak met de zorgverzekeraar soms de Zvw indicatie tijdelijk opgehoogd.

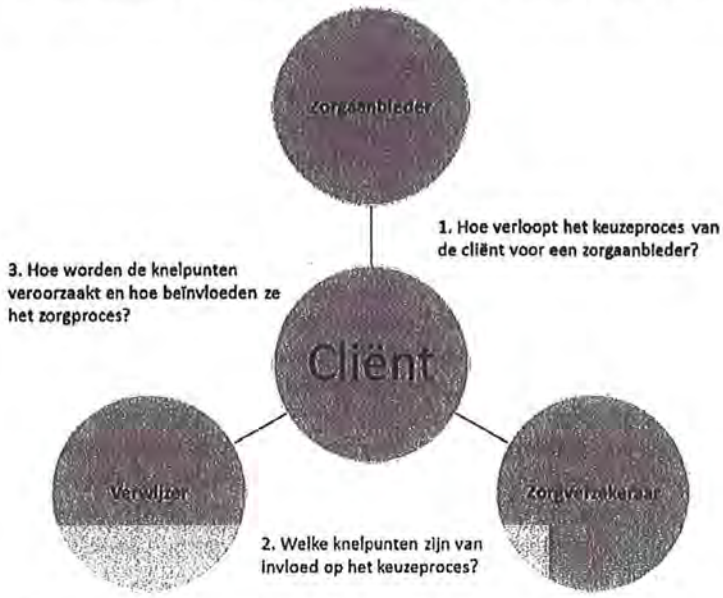
Doc. 26.1

Wijkverpleegkundigen geven aan dat met name het ontbreken van hulpmiddelen lastig op te vangen is. Dit vraagt soms om Arbo technisch onverantwoorde handelingen van de wijkverpleegkundigen of er wordt tijdelijk minder zorg geleverd. Dit is niet wenselijk en komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede. Het probleem is wel bekend bij gemeenten. Bij een aantal gemeenten lopen pilots voor versnelde afgiftes van indicaties.

Doc. 26.1

8. Perspectief keuzevrijheid

Onderstaand figuur is gebruikt om de gehele zorgketen rondom de cliënt te bevragen. De antwoorden op de hoofdvragen van dit onderzoek worden hieronder uitgeschreven.



Figuur 5: Hoofdvragen onderzoek keuzevrijheid (Arteria, 2018)

1. Hoe verloopt het keuzeproces van de cliënt voor een zorgaanbieder?
Uit onderzoek van de PFN (2016) blijkt dat de zorgprofessional met wie cliënten het eerst spreken over de inzet van wijkverpleegkundige zorg in 38% van de gevallen een medewerker uit het ziekenhuis is. Daarna volgt de huisarts met 19%.

Bij het aanvragen van de wijkverpleegkundige zorg is de zorgprofessional ook meestal betrokken. In afstemming met de cliënt wordt een zorgaanbieder benaderd. Om tot de keuze voor aan zorgaanbieder te komen heeft 82% van de cliënten geen organisaties vergeleken. Zij wisten direct bij welke organisatie zij zorg wilden, of hebben de zorg laten regelen door een zorgprofessional.
De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van anderen met de organisatie bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%).

In de interviews met zorgprofessionals die in het huidige onderzoek zijn bevraagd wordt dit beeld bevestigd. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten, wanneer zij een voorkeur hebben, dit meestal baseren op mond-tot-mond reclame. Verder wordt vooral de ervaring van de verwijzer, in combinatie met diens kennis over beschikbaarheid van zorg gebruikt om tot een keuze te komen.
Bij ziekenhuizen en revalidatiecentra geven cliënten vaak 1 of 2 voorkeursaanbieders aan. Wanneer deze niet zijn ingevuld, of wanneer deze zorgaanbieders de zorg niet kunnen leveren, is het aan de transferverpleegkundigen om een passende zorgaanbieder te selecteren.

2. Welke knelpunten zijn van invloed op het keuzeproces?

Knelpunten die zijn aangedragen en van invloed zijn op het keuzeproces zijn cliëntenstops door budgetplafonds, het tekort aan personeel en het versnipperde zorgnetwerk. De knelpunten werden in alle drie de regio's genoemd, alhoewel in Almelo de situatie niet zo ernstig wordt beoordeeld als in de regio's Rotterdam en Hilversum. Verwijzers en zorgaanbieders geven aan dat de problemen de laatste jaren zijn verergerd.

3a. Hoe worden de knelpunten veroorzaakt

Een cliëntenstop door het bereiken van het budgetplafonds wordt veroorzaakt wanneer geen akkoord tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder over vergoeding van zorg geleverd boven het budgetplafond wordt bereikt. Door zorgverzekeraars wordt doelmatigheid meegenomen om te bezien of het leveren van teveel uren per cliënt de oorzaak is van de overschrijding of dat de zorgvraag in de regio groter is dan verwacht. De zorgaanbieders meegenomen in dit onderzoek geven aan wel overschrijdingen te hebben gehad van hun plafond, maar zij hebben hier in overleg met de zorgverzekeraar afspraken over kunnen maken. Slechts één zorgaanbieder gaf aan een periode rekening te hebben gehouden met het aannemen van nieuwe cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar.
Echter is het knelpunt wat het meest urgent genoemd wordt, het tekort aan personeel. Dit komt in alle betrokken regio's voor. Doordat cliënten langer thuis blijven wonen, stijgt de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Daarbij worden de zorgvragen in de wijkverpleging complexer doordat ook de doorstroom naar intramurale zorg door de ambulantisering minder vanzelfsprekend is. De groei van de zorg gaat niet gelijk op met de groei van personeel in de wijkverpleging. Er is een groot tekort aan zorgprofessionals en ook de aanwas van nieuwe verzorgenden en verpleegkundigen blijft uit.
Net afgestudeerde wijkverpleegkundigen missen volgens een zorgaanbieder praktijkervaring. Daarbij is er bij de zorgaanbieders een tekort aan getraind personeel die de net afgestudeerde kunnen opleiden.
Bij cliënten en verwijzers mist een goed overzicht van het zorgnetwerk. Door de groei aan zorgaanbieders, die inspelen op de vraag in de markt, is het zorgnetwerk erg toegank
d. Bovendien levert elke zorgaanbieder andere typen zorg, waardoor cliënten niet voor alle zorgvragen bij elke zorgaanbieder terecht kunnen.

3b. Hoe beïnvloeden ze het zorgproces?

Het verwijzen van cliënten naar wijkverpleegkundigen is lastig. Verwijzers zijn veel tijd kwijt met het vinden van een geschikte zorgaanbieder voor hun cliënt. Daarbij biedt het versnipperde aanbod van zorgaanbieders een mogelijkheid in het vinden van een plek, maar vraagt het ook kennis over kwaliteit van al deze aanbieders en inzicht in typen zorg die ze leveren. Voor verwijzers en cliënten is dit lastig en beïnvloedt het de toegankelijkheid van de zorg. Met het opzetten van kleine zorgnetwerken wordt geprobeerd de zoektocht naar passende zorg te vereenvoudigen. Tegelijkertijd wordt hiermee sneller voorbij gegaan aan andere zorgaanbieders en wordt de keuzevrijheid van de cliënt beperkt.

In Almelo kan nog worden voorzien in de zorgvraag, maar in de andere regio's zorgt het personeelstekort ervoor dat cliënten niet kunnen worden aangenomen. Hoe complexer de zorgvraag, hoe langer de zoektocht van de verwijzers duurt. Ook cliënten die aan de rand van een zorggebied wonen zijn moeilijk plaatsbaar. Zij drukken zwaar op de tijd in de toch al overvolle routes. Door het tekort aan personeel is het inzetten van een extra route vaak niet mogelijk. Hierdoor ontvangen cliënten soms pas om 11 of 12 uur de ochtendzorg. Door de inzet van flex-medewerkers wordt de vraag tijdelijk opgevangen, maar dit betekent meer gezichten aan bed van de cliënt. Zowel de tijd, als de vaste groep medewerkers zijn juist factoren die

Doc. 26.1

cliënten erg belangrijk vinden in de zorg die zij ontvangen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat de kwaliteit van de zorg niet altijd op het niveau is dat zij zouden willen.

Doc. 26.1

9. Contact

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

[redacted] | 06 [redacted] | [redacted]@arteriaconsulting.nl
[redacted] | 06 [redacted] | [redacted]@arteriaconsulting.nl
[redacted] | 06 [redacted] | [redacted]@arteriaconsulting.nl

Doc. 26.1

10. Bijlagen

- Bronnenlijst
- Interviewleidraden

Doc. 26.1

Bronnenlijst

- Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis (PFN, 2015)
- Rapport meldactie Verpleging en/of Verzorging Thuis (PFN, 2016)
- Niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Arteria, 2017)
- Uw route naar zorg thuis (PFN, 2017)
- Evaluatie van de wijkverpleging (Nivel, 2017)
- Zorgen Actiz over budget en volume wijkverpleging, Actiz 2016
- Zorgprisma publiek (Vektis, 2017)
- CBS.nl
- Rijksoverheid.nl
- Twentse gezondheidsverkenning, Almelo (GGD Twente, 2013)
- Waarstaatjegemeente.nl (dashboard per gemeente)
- Gezondheid in kaart 2014 – Rotterdam in cijfers

Doc. 26.1

Interviewleidraden

Verwijzers

Overdracht

- Kunt u een beschrijving geven van het proces van doorverwijzen naar de wijkverpleging?
- Verschilt deze manier van verwijzen met andere zorgsectoren?
- Hoeveel cliënten (percentage?) draagt u over naar wijkverpleging
- Welke type cliënten zijn dit/ welke zorg is nodig?
- Wat zijn partijen in regio waar u contact mee legt?
- Specifieke volgorde/keuze voor zorgaanbieder?
- Waar let u op bij combineren van zorgaanbieder/cliënt
- specifiek type cliënt naar specifieke zorgaanbieder?
- In hoeverre in samenspraak met cliënt/mantelzorger
- Welke wensen uitten cliënt?
  - welke vragen stellen ze?
- kan er altijd worden voldaan aan de wensen/eerste keus van cliënt/ uzelf?
  - Waarom wel/niet?
  - Wat doet u wanneer de cliënt niet terecht kan bij de eerste keus
  - komt dit vaak voor
- Komt lange zoektocht bij specifieke doelgroep vaker voor?
- Bij wie kan u hiervoor terecht voor advies?

Netwerk

- Zijn er verschillen tussen verwijzers/verzekeraars in de samenwerking?
- Ervaart u bij uzelf en de netwerkpartijen voldoende kennis over het zorgnetwerk?
- Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met netwerkpartijen in de regio?
- Hoe verwijst u cliënten die niet in de regio wonen?
- Ervaart u dit als veel anders (lastiger?)

Knelpunten

- Zijn er specifieke knelpunten te benoemen in 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?
- Loopt u tegen problemen aan met doorverwijzen?
  - zo ja, welke?
  - Wat is de oorzaak?
  - Wat zou een oplossing kunnen zijn volgens u?
  - Bemerkt u knelpunten bij het keuzeproces van de cliënt?
- In hoeverre is het budgetplafond van invloed op toelaten van cliënten?
- Hoe wordt hier mee omgegaan door organisaties in de regio?
  - Wat zijn consequenties voor u/ cliënten
  - Wat zou een oplossing kunnen zijn volgens u?
- Zijn er in de regio wachttijden?
  - zo ja, waar is dit volgens u afhankelijk van (personeel, budget)?
- Zijn er (andere) knelpunten die regio gebonden zijn?

Doc. 26.1

Zorgaanbieders

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 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?

Zorgverzekeraars

Klantcontact

- Wie vragen bij jullie om informatie over de keuze voor een zorgaanbieder?
- Op welk moment nemen zij contact op?
- Welke typen vragen worden er gesteld?
- Welke vragen zou u zelf stellen, maar worden niet tot nauwelijks door de verzekerden gesteld?
- Waar baseren verzekerden volgens u hun keuze voor zorgaanbieder op?
- In hoeverre komt het voor dat verzekerde niet bij zijn gewenste zorgaanbieder terecht kan?
  - Wat zijn redenen hiervoor?
  - Welke oplossingen dragen jullie voor?
  - Zijn zij tevreden met de geboden oplossing?
- Welke afdelingen binnen uw zorgverzekeraar krijgen te maken met dergelijke vraagstukken?
- Welke rol spelen jullie in informeren/adviseren?
  - van verzekerden
  - van zorgaanbieder/verwijzer?

Knelpunten

- Welke vraagstukken worden bij verpleegkundig adviseurs neergelegd rondom keuzevrijheid/verwijzing?
- Welke andere knelpunten in keuzevrijheid voor cliënten zie je?
  - Wat is de oorzaak?
  - Wat is de oplossing?
- Is keuzevrijheid een onderwerp wat in klantenpanels wordt besproken?
  - Welke belemmeringen worden genoemd?
- Hoe ziet u zorgplicht van zorgverzekeraars?
  - Hoe valt dit samen met keuzevrijheid van cliënt
- Hoe ziet u zorgplicht van zorgaanbieder?
  - Hoe valt dit samen met keuzevrijheid van cliënt
- Welke vraagstukken rondom keuzevrijheid spelen er bij zorginkopers?
  - Hoe zorgen zij dat keuzevrijheid wordt gewaarborgd?
  - Hebben budgetplafonds invloed op keuzevrijheid van nieuwe cliënten?
  - Zijn er consequenties voor bestaande cliënten?
  - En voor de zorgaanbieders?
  - Heeft inkoop van kwaliteit/doelmatige zorg invloed op keuzevrijheid?

Regio

- Zijn er verschillen te benoemen tussen regio's wat betreft knelpunten in keuzevrijheid?
- Zijn er met zorgaanbieders uit de regio gesprekken over budgetplafonds?
- Zijn er grote personeelstekorten bij zorgaanbieders in de regio?
  - Ziet u verschil in regio's waar u groter/kleiner aandeel van de markt beheert?
  - Wat is volgens u oorzaak van die verschillen?
  - Welke oplossingen ziet u hiervoor?
  - Welke partijen zijn hiervoor nodig?

Doc. 26.1

Wijkverpleegkundigen

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 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
  - 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 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?
- Wat zou bijdragen aan een oplossing van de genoemde knelpunten?

Regio

- Zijn er verschillen tussen verwijzers in de regio op het gebied van doorverwijzen?
- Zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars op het gebied van medewerking bij problemen rondom cliënt?
- Ervaart u bij alle netwerkpartijen voldoende kennis over het netwerk hebben?
- Hoe verloopt de doorstroom naar jullie en vanaf jullie?

10.2.e

Doc. 27

Van: [redacted] (Branchevereniging BTN)
Aan: [redacted]@patientenfederatie.nl; [redacted]@venvn.nl; [redacted]@zn.nl; [redacted]@actiz.nl; [redacted]@actiz.nl; [redacted]@btn.nl
Onderwerp: FW: eindrapport keuzevrijheid
Datum: maandag 19 februari 2018 13:01:47
Bijlagen: image001.png
image002.png
Eindrapport Keuzevrijheid wijkverpleging v1.0 180219 (def.).pdf

---

Dag allemaal,
Hierbij het eindrapport van Arteria over het onderzoek "keuzevrijheid wijkverpleging".
Voor het vervolg is mijn voorstel dat de berichtgeving aan de Tweede Kamer in nauwe afstemming gaat met de partijen van het Bestuurlijk Akkoord.
Ik stel tevens voor om dit rapport te betrekken bij het vervolgtraject (voorstellen ter verbetering van de contractering) van de BA-partijen, waartoe [redacted] vorige week het initiatief heeft genomen.
Hartelijke groet,
[redacted]

Van: [redacted] [mailto[redacted]@arteriaconsulting.nl]
Verzonden: maandag 19 februari 2018 08:28
Aan: [redacted] (Branchevereniging BTN)
CC: [redacted]
Onderwerp: eindrapport keuzevrijheid

Dag [redacted]
Hierbij het definitieve eindrapport, ik heb je wijzigingen opgenomen in het rapport.
Graag horen we wanneer het document openbaar wordt gemaakt, zodat wij ook alle deelnemende partijen daarvan op de hoogte kunnen stellen.
Ik ben morgen vanaf 12 uur goed bereikbaar, is er dan een tijdstip dat het jou goed uitkomt om nog even te bellen?
Met vriendelijke groet,

[redacted]

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

10.2.e

Doc. 28

Van: [redacted]
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.
Datum: dinsdag 20 februari 2018 12:26:26
Bijlagen: image001.png

[redacted]

Hieronder even antwoorden op je vragen. [redacted] is er morgen weer. Ik denk dat zij ook nog even naar de vragen en mijn antwoorden kijkt morgen.

[redacted]

Van: [redacted] [mailto [redacted] @vektis.nl]
Verzonden: dinsdag 20 februari 2018 11:53
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Dag [redacted]

Een collega en ik hebben even samen gekeken naar de tabel van de wijkverpleging en nog wel wat vragen:

- Voor 2017 hebben we geen inzicht in verpleging en verzorging. Dus kunnen we 1 tabel opleveren, of is alleen 2016 genoeg? Alleen 2016 is genoeg voor de verpleging en verzorging. Als wij voor de GGZ twee jaar hebben dan lijkt het ons wel nuttig om 2016 en 2017 te krijgen. Maar dan moet het wel een volledig jaar betreffen.
- In 2016 hebben we verpleging, verzorging en overig (zoals Advies, instructie en voorlichting (AIV) of Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk. Wat doen we met overig? In de eerste analyses zijn deze prestatiecodes zijn uitgesloten). Volgens mij kun je in je in de tabel de codes wederom weglaten.
- HKG moet we nog checken of we die beschikbaar hebben. Dat wachten we dan af
- Korter dan 3 maanden: wij gaan nu uit van een aangesloten periode, is dat goed? Of tel je bij 3 losse maanden in het jaar ook mee? Een aangesloten periode is goed.
- In t-1 GEEN wijkverpleging, wat wordt hier precies mee bedoelt? Gaat het om de mensen die in 2016 wel verzorging hebben, maar in 2015 niet? En dan alleen verzorging? Of ook geen verpleging? Het gaat om de mensen die als je in 2016 kijkt in 2015 ook verpleging en verzorging genoten.
- Uitstroom Wlz in t; dat gaat om mensen die bv in 2016 verzorging hadden en dan daarna in 2016 naar de Wlz gaan?
- Verdieping naar Wlz: dat is wel erg veel werk, voorstel om dat niet te doen in deze korte periode? Ook de vorige vraag. Als het veel werk is dan moeten wij dit nog even laten wachten. Ik denk dat het interessant is om te kijken, hoeveel mensen doorstromen naar de WLZ. Volgens mij is je benadering correct. Dus hoeveel mensen stromen door naar de WLZ vanuit de gecontracteerde zorg en ongecontracteerde zorg. Is dat bij ongecontracteerde zorg hoger dan bij niet – gecontracteerde zorg of andersom. De periode waar je het over kijkt is dan minder relevant.

Ik ben nu afwezig, maar mijn collega [redacted] leest zijn mail wel.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Onderzoeker

vektis

BUSINESS INTELLIGENCE CENTRUM VOOR DE ZORG
Bekijk ons filmpje waarin we uitleggen wat we voor jou en de zorg doen.

T _ 030 [redacted]
E _ [redacted] @vektis.nl

Sparrenheuvel 18 – 3708 JE ZEIST
Postbus 703 – 3700 AS ZEIST

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @minvws.nl]
Verzonden: dinsdag 20 februari 2018 10:24
Aan: [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>
CC: [redacted] @minvws.nl>; [redacted] @minvws.nl>
Onderwerp: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

[redacted]

Hierbij met dank aan [redacted] de lege tabellen. Dit zijn zowel de tabellen voor de GGZ als de wijkverpleging.

Mocht je nog vragen hebben dan horen wij het graag.

[redacted]

Prioriteit	Kenmerk	Leeftijd	Aantal gebruikers: gecontracteerd	Aantal gebruikers: NIET-gecontracteerd	Gemiddelde kosten verzorging: gecontracteerd	Gemiddelde kosten verzorging: NIET gecontracteerd	totale kosten verzorging: gecontracteerd	totale kosten verzorging: NIET-gecontracteerd
ja	Totale populatie	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	DKG>0	0-4						
	Ten minste 1 positieve DKG-klasse	5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	HKG>0	0-4						
	Ten minste 1 positieve HKG-klasse	5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						

		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	Korter dan 3 mnd wijkverpleging in jaar t	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	In t-1 GEEN wijkverpleging	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						

ja	Uitstroom naar WLZ in t	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	Indien uitstroom WLZ: ZZP en sector	VV4						
	Nu alleen voor V&V en LG weergegeven	VV5						
	Andere sectoren wellicht ook relevant	VV6						
		VV7						
		VV8						
		VV9						
		VV10						
		LG1						
		LG2						
		LG3						
		LG4						
		LG5						
		LG6						
		LG7						
		Rest						
Nee	Regio	1						
	Bijv. naar de WLZ-regio's of provincies	2						
		3						
		4						
		5						
		6						
		7						
		8						
		9						
		10						
		11						
		12						

Prioriteit	Kenmerk	Leeftijd	Aantal gebruikers: gecontracteerd	Aantal gebruikers: NIET-gecontracteerd	Gemiddelde kosten verpleging: gecontracteerd	Gemiddelde kosten verpleging: NIET gecontracteerd	totale kosten verpleging: gecontracteerd	totale kosten verpleging: NIET-gecontracteerd
ja	Totale populatie	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	DKG>0	0-4						
	Ten minste 1 positieve DKG-klasse	5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	HKG>0	0-4						
	Ten minste 1 positieve HKG-klasse	5-9						
		10-14						
		15-19						

		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	Korter dan 3 mnd wijkverpleging in ja:	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	In t-1 GEEN wijkverpleging	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						

		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	Uitstroom naar WLZ in t	0-4						
		5-9						
		10-14						
		15-19						
		20-24						
		25-29						
		30-34						
		35-39						
		40-44						
		45-49						
		50-54						
		55-59						
		60-64						
		65-69						
		70-74						
		75-79						
		80-84						
		85-89						
		90+						
ja	Indien uitstroom WLZ: ZZP en sector	VV4						
	Nu alleen voor V&V en LG weergegev	VV5						
	Andere sectoren wellicht ook relevant	VV6						
		VV7						
		VV8						
		VV9						
		VV10						
		LG1						
		LG2						
		LG3						
		LG4						
		LG5						
		LG6						
		LG7						
		Rest						
Nee	Regio	1						
	Bijv. naar de WLZ-regio's of provincies	2						
		3						
		4						
		5						
		6						
		7						

		8						
		9						
		10						
		11						
		12						

Prioriteit	Aanbieder	Behandeling	Diagnose	Aantal gebruikers: gecontracteerd	Aantal gebruikers: NIET-gecontracteerd	Gemiddelde kosten: gecontracteerd	Gemiddelde kosten : NIET gecontracteerd	totale kosten : gecontracteerd	totale kosten : NIET-gecontracteerd
ja	Totaal	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Vrijgevestigde psychiaters	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Zelfstandige behandelcentra	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						

			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Geintegreerde instelling	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	PAAZ/PUK	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Verslavingszorg	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						

			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Ambulant	Alles	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Totaal	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						

			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Vrijgevestigde psychiaters	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Zelfstandige behandelcentra	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Geintegreerde instelling	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						

			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	PAAZ/PUK	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Verslavingszorg	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						

			Basis GGZ: Chronisch						
ja	Ambulant	Zonder verblijf	000 - Behandeling kort						
			000 - Crisis						
			000 - Diagnostiek						
			000 - Geen behandeling						
			000 - Indirect						
			001 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen						
			003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen						
			004 - Restgroep diagnoses						
			005 - Aanpassingsstoornissen						
			006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn						
			007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen						
			008 - Aan alcohol gebonden stoornis						
			009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen						
			010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen						
			011 - Depressieve stoornissen						
			012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen						
			013 - Angststoornissen						
			014 - Persoonlijkheidsstoornissen						
			015 - Somatoforme stoornissen						
			016 - Eetstoornissen						
			017 - Overige stoornissen in de kindertijd						
			Basis GGZ: Kort						
			Basis GGZ: Middel						
			Basis GGZ: intensief						
			Basis GGZ: Chronisch						

10.2.e tenzij anders vermeld

Doc. 29

Van: [redacted]
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.
Datum: dinsdag 20 februari 2018 18:07:44
Bijlagen: image003.png

Beste [redacted]

Dank voor de lege tabel.
Ik ga met het GGZ deel aan de slag.

Wat betreft de eerste aanvullende vraag van [redacted]:
Met de uitkomsten van de te vullen tabel is ook onderstaande grafiek te maken, waarbij de x-as wordt gevuld met jaren 2014-2016.

Vorig jaar hebben we gekeken naar 2014-2016. Voor 2017 is nog maar beperkt DBC-informatie binnen. Bovendien is de contractinformatie uit medio 2017. Op dat moment liepen er mogelijk nog wat contractonderhandelingen. Dat zijn twee redenen die er voor zorg dat analyse op de huidige 2017-data niet wenselijk is.

Merk op:
De grafiek is denk ik interessanter door op de x-as de verschillende diagnoses en basis ggz-prestaties te zetten, voor een of meerdere jaren. Of per type aanbieder, of een combinatie van die twee. Dat alles is met de lege tabel te doen.

Merk op 2:
Gisteren hebben we nog een paar andere zaken besproken. Die zien we als zaken van lagere prioriteit (en pakken we niet op).
Genoemd zijn nog:
- Aantal behandelminuten
- Aantal DBC's per patiënt
- Kun je iets zeggen over doorbehandelen (aantal DBC's per patiënt serieel). Proxy: verhouding initieel / vervolg
- Verklarende variabelen (zoals zorgvraagzwaarte in 2016)

Nog te regelen:
- Formele toestemming van verzekeraars dat we de contractgegevens nog een keer mogen gebruiken
- Formele opdrachtbevestiging tussen VWS en Vektis. [redacted]

10.1.c

Aan beide gaan we (Vektis) deze week verder werken.

Wat betreft de tweede aanvullende vraag van [redacted]:

10.1.c

[redacted]

Keep it simple is belangrijk om een en ander snel te kunnen opleveren.

Op dit moment kan ik nog geen planning afgeven. Maar de wens van 7 maart is genoteerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Senior Onderzoeker

vektis

BUSINESS INTELLIGENCE CENTRUM VOOR DE ZORG

Bekijk ons filmpje waarin we uitleggen wat we voor jou en de zorg doen.

T _ 030 [redacted]
M _ 06 [redacted]
E _ [redacted] @vektis.nl

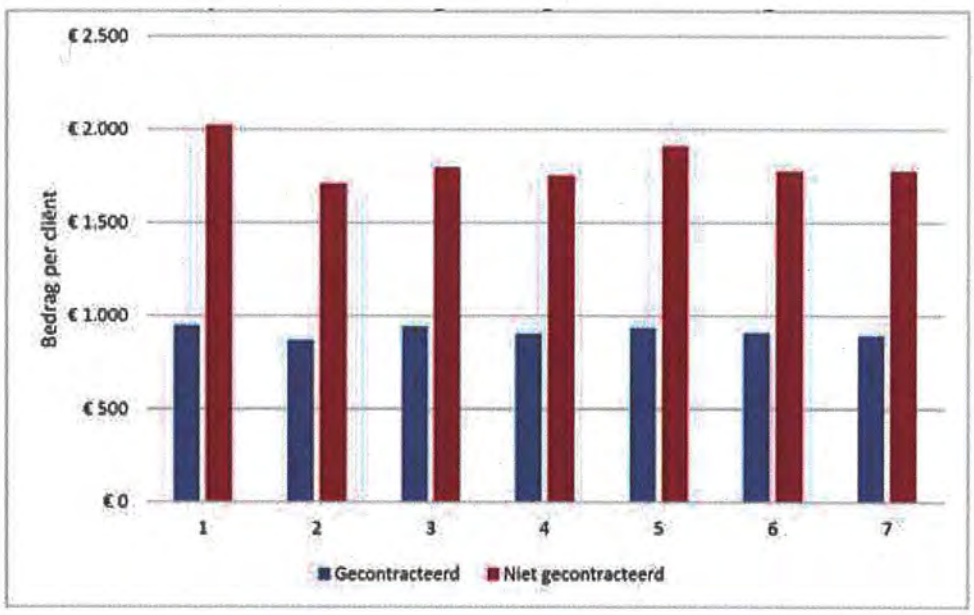
Sparrenheuvel 18 – 3708 JE ZEIST
Postbus 703 – 3700 AS ZEIST

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

Van: [redacted] [mailto [redacted] @minvws.nl]
Verzonden: dinsdag 20 februari 2018 10:42
Aan: [redacted] @minvws.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>
CC: [redacted] @minvws.nl>
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

In aanvulling hierop zouden we ook graag nog de tabel ontvangen over de kosten per cliënt voor de GGZ, zoals die ook voor de wijkverpleging is gemaakt (zie hieronder). Zoals eerder besproken.
Groeten van [redacted]



dubbel met document 28

[redacted]

dubbel met document 28

Doc. 29

[redacted]

10.2.
e

Doc. 30

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.
Datum: woensdag 21 februari 2018 10:04:10
Bijlagen: image001.png

Beste allen,

Hieronder nog iets toegevoegd,

Groeten [redacted]

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 20 februari 2018 12:26
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

[redacted],

Hieronder even antwoorden op je vragen. [redacted] is er morgen weer. Ik denk dat zij ook nog even naar de vragen en mijn antwoorden kijkt morgen.

[redacted]

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @vektis.nl]
Verzonden: dinsdag 20 februari 2018 11:53
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Dag [redacted]

Een collega en ik hebben even samen gekeken naar de tabel van de wijkverpleging en nog wel wat vragen:

- Voor 2017 hebben we geen inzicht in verpleging en verzorging. Dus kunnen we 1 tabel opleveren, of is alleen 2016 genoeg? Alleen 2016 is genoeg voor de verpleging en verzorging. Als wij voor de GGZ twee jaar hebben dan lijkt het ons wel nuttig om 2016 en 2017 te krijgen. Maar dan moet het wel een volledig jaar betreffen. **DBC's in de GGZ staan lang open, dus vrees dat 2017 nog (lang) niet uitgedeclareerd is. Als data niet volledig is, dan liever niet analyseren. Je zou dan evt naar 2015 kunnen kijken, als de tijd het toelaat.**
- In 2016 hebben we verpleging, verzorging en overig (zoals Advies, instructie en voorlichting (AIV) of Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk. Wat doen we met overig? In de eerste analyses zijn deze prestatiecodes zijn uitgesloten). Volgens mij kun je in je in de tabel de codes wederom weglaten. **Het**

gaat wrsch om weinig geld, zou je het niet kunnen toevoegen aan de kosten wijkverpleging? (daar lijkt het inhoudelijk het meest bij te passen)

- HKG moet we nog checken of we die beschikbaar hebben. Dat wachten we dan af
- Korter dan 3 maanden: wij gaan nu uit van een aangesloten periode, is dat goed? Of tel je bij 3 losse maanden in het jaar ook mee? Een aangesloten periode is goed.
- In t-1 GEEN wijkverpleging, wat wordt hier precies mee bedoelt? Gaat het om de mensen die in 2016 wel verzorging hebben, maar in 2015 niet? En dan alleen verzorging? Of ook geen verpleging? Het gaat om de mensen die als je in 2016 kijkt in 2015 ook verpleging en verzorging genoten. **Bedoel met wijkverpleging verpleging & verzorging, dus als 2016 het analysejaar is, dan is t-1 2015, en kijk je naar mensen die in 2015 verpleging en/of verzorging hebben gehad.**
- Uitstroom Wlz in t; dat gaat om mensen die bv in 2016 verzorging hadden en dan daarna in 2016 naar de Wlz gaan? **Ja!**
- Verdieping naar Wlz: dat is wel erg veel werk, voorstel om dat niet te doen in deze korte periode? Ook de vorige vraag. Als het veel werk is dan moeten wij dit nog even laten wachten. Ik denk dat het interessant is om te kijken, hoeveel mensen doorstromen naar de WLZ. Volgens mij is je benadering correct. Dus hoeveel mensen stromen door naar de WLZ vanuit de gecontracteerde zorg en ongecontracteerde zorg. Is dat bij ongecontracteerde zorg hoger dan bij niet – gecontracteerde zorg of andersom. De periode waar je het over kijkt is dan minder relevant.

Ik ben nu afwezig, maar mijn collega [redacted] leest zijn mail wel.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Onderzoeker

vektis

BUSINESS INTELLIGENCE CENTRUM VOOR DE ZORG
Bekijk ons filmpje waarin we uitleggen wat we voor jou en de zorg doen.

T _ 030 [redacted]
E _ [redacted] @vektis.nl

Sparrenheuvel 18 – 3708 JE ZEIST
Postbus 703 – 3700 AS ZEIST

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

[redacted]

dubbel met
document 28

Doc. 30

[redacted]

Van: [redacted]
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.
Datum: donderdag 1 maart 2018 16:49:13
Bijlagen: image001.png
image002.png
image003.png

Sorry dat ik jullie aan het spammen ben. [redacted] komt 11.30-12.30 bij VWS.

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 1 maart 2018 16:47
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Ter aanvulling. Ik begrijp net van [redacted] dat [redacted] vrijdag 16 maart om 12.30 bij VWS aanwezig kan zijn om over de uitkomsten door te spreken. De sessies met de wetenschappers zijn dus na elkaar. Het zou dus fijn zijn als jullie (of een van jullie) vrijdag 16 naar Den Haag kunnen komen. Hoor graag of dat mogelijk is.

Groeten [redacted]

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 1 maart 2018 16:35
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Beste [redacted] c.s.,

Prima zo. Als aantal uren niet zonder haken en ogen is, dan zou de periode 'in zorg' misschien nog iets kunnen zeggen: hoeveel maanden iemand wijkverpleging krijgt, vanaf start tot einde zorgtraject.

We hebben ondertussen een telefonische afspraak met [redacted] kunnen maken om de resultaten door te spreken: vrijdag 16 maart om 10.30. Het lijkt ons goed als jullie daar ook bij aanwezig zijn. Liefst zouden we al om 10.00 uur met jullie om de tafel willen zitten om de resultaten door te spreken, om vervolgens om 10.30 uur [redacted] te bellen. Is dat haalbaar voor

jullie? Lukt dat bij VWS of bij Vektis?

Groeten [redacted].

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @vektis.nl]
Verzonden: woensdag 28 februari 2018 14:52
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Dag [redacted],

We zullen wel/geen FKG toevoegen. We zullen ook kijken of we wel/geen MHK kunnen toevoegen.

Wat betreft de somatische kosten (punt 6) denk ik niet dat een voorlopige conclusie gerechtvaardigd zou zijn. Het is heel goed mogelijk dat lagere somatische kosten in de groep gecontracteerd in een goed opgezet onderzoek na correctie juist hogere kosten blijken te zijn. Ik vind het vanuit professioneel oogpunt dan ook niet verantwoord om de overige kosten zo toe te voegen.
Eigenlijk vermeng je hier 2 onderzoeksvragen. Namelijk naar verschillen in de populaties gecontracteerd/ongecontracteerd en naar de relatie tussen de hoeveelheid wijkverpleging en de kosten voor 2e-lijnszorg. Die laatste relatie is in principe onafhankelijk van gecontracteerd/niet-gecontracteerd. Het al dan niet hebben van een contract is niet van invloed op kosten in de 2e-lijn. Het krijgen van meer of minder wijkverpleging mogelijk wel. We willen graag meedenken over hoe we dat laatste zouden kunnen onderzoeken.

Het aantal uren geleverde zorg per cliënt is eigenlijk wat we oorspronkelijk wilde weergeven, maar we waren niet zeker of dat helemaal goed ging. Daarom hebben we toen kosten als proxy voor het aantal uren gemeten. We zullen hier nog even naar kijken als Lisette terug is. Omdat het uurtarief bij ongecontracteerd lager ligt onderschatten we met kosten overigens het verschil in aantal uren.

Vriendelijke groeten,

[redacted]
vektis
T _ 030 [redacted]
M _
E _ [redacted] @vektis.nl

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @minvws.nl]
Verzonden: dinsdag 27 februari 2018 12:15
Aan: [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>
CC: [redacted] @minvws.nl>; [redacted] @minvws.nl>

Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Hoi [redacted],

Dank voor je snelle reactie. Hierbij reactie op jouw punten.

1. OK
2. Fijn. Zien jullie mogelijkheid om ook nog de FKG's (geen FKG – ten minste 1 FKG) mee te nemen? We krijgen de reactie van aanbieders dat ongecontracteerde zorg veel verzorging betreft, en dat deze mensen vaak geen ziekenhuisopname hebben gehad, en dus niet in een DKG vallen. FKG's zijn gebaseerd op extramuraal faramciegebruik en zou dit argument weerleggen. Als de tijd het toelaat, zou ook nog MHK somatische betrokken kunnen worden (geen MHK – wel MHK).
3. OK
4. OK
5. OK
6. Klopt dat dit ingewikkeld is. Maar als overige somatische kosten bij gecontracteerde groep lager zijn dan ongecontracteerde groep, dan kun je wel voorlopige conclusie trekken dat de substitutie niet bijzonder groot zal zijn.
7. Ja, palliatieve zorg kan worden uitgesloten.
8. Prima om kosten weer te geven per maand. Wellicht is aantal uren geleverde zorg per cliënt ook nog interessante toevoeging.

Mocht het nodig zijn om te prioriteren, geef dan prioriteit aan 2 (FKG's, MHK somatisch) boven 6.

Vriendelijke groeten [redacted].

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @vektis.nl]
Verzonden: maandag 26 februari 2018 14:03
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Beste [redacted],

Hieronder onze reactie, met nog 2 extra punten waar we voor de wijkverpleging rekening mee moeten houden:

1. We hebben afgelopen zomer ook gekeken naar medisch specialistische revalidatiezorg (MSR). De reden dat we daar niet verder mee zijn gegaan was dat de kosten voor deze zorg vooral bij grote instellingen zit en dat het al dan niet contracteren van een grote instelling door een (grote) zorgverzekeraar voor grote fluctuatie zorgt waardoor het niet eenvoudig was om iets zinnigs te zeggen over de ontwikkeling. Bij de MSR gaat het vooral om een vervaging van de grens tussen

fysiotherapie en MSR en om die in beeld te brengen zou veel specifieker gekeken moeten worden. Daarvoor hebben we niet genoeg detailkennis.

2. De HKG's zijn wel beschikbaar voor de uitsplitsing van de wijkverpleging

3. Wij hebben geen gegevens over de samenstelling van het huishouden

4. We hebben geen standaard onderscheid naar type aanbieder van wijkverpleging. Dat zou afzonderlijk uitgezocht moeten worden dus is mogelijk iets voor een verdieping later.

5. Aanbieders die deels gecontracteerde en deels ongecontracteerde zorg leveren zouden een interessante subgroep kunnen zijn. Maar we vermoeden dat dit complexer is dan het op het eerste gezicht lijkt. We delen de markt nu eenvoudig in naar wel/geen contract. Maar in werkelijkheid kan een contract betrekking hebben op een deel van de zorg. Dat inzicht hebben we niet. Het is goed mogelijk dat dit meer speelt bij zorgaanbieders die bij een deel van de zorgverzekeraars een contract heeft. Het lijkt ons daarom riskant om deze vergelijking te maken zonder verder te verdiepen. Bovendien gaat dit om een kleine groep aanbieders waardoor een vergelijking lastig wordt.

6. De mate waarin wijkverpleging leidt tot reductie van kosten in de 2^{e} lijn is zeker interessant. Maar we denken dat dit een onderzoek op zich is. Simpelweg de kosten voor overige Zvw kosten toevoegen lijkt veel te kort door de bocht. Onze ervaring met onderzoek naar substitutie is dat dit een bijzonder taaie onderzoeksmaterie is. Om dit te onderzoeken zouden we moeten kijken hoe we de verschillende groepen vergelijkbaar maken. Een interessant onderwerp voor vervolgonderzoek.

7. In de figuren in het rapport van Arteria is palliatieve zorg uitgesloten omdat bekend is dat dit de belangrijkste modifier is voor de hoeveelheid geleverde zorg. We hebben het hier afgelopen week niks specifiek over afgesproken, maar als we er niets mee doen gaat dit door de resultaten heen spelen. Ons voorstel zou zijn om deze zorg weer uit te sluiten. We hebben palliatieve zorg eerder gedefinieerd als zorg die is geleverd in de laatste 3 maanden voor de overlijdensdatum.

8. De kosten wijkverpleging hebben we eerder per kalendermaand weergegeven. Daar was een reden voor: we zagen dat het aandeel ongecontracteerde zorg in 2016 gedurende het jaar toenam. Als we, zoals nu in de Excel is aangegeven, de kosten per jaar weergeven dan heeft dat een sterk verstorend effect: omdat ongecontracteerde zorg gedurende het jaar toenam gaat het om zorg die een kleiner deel van het jaar is geleverd. Dit leidt tot een onderschatting van de kosten per persoon voor ongecontracteerde zorg. Iets dergelijks speelt overigens ook bij palliatieve zorg: die wordt ook niet gedurende heel 2016 geleverd. Ons voorstel is om de kosten te delen door het aantal kalendermaanden dat er zorg is genoten. Dat levert een eerlijker vergelijk.

Tot slot hebben we voor de indicator 'korter dan 3 maanden wijkverpleging' afgestemd dat we kijken naar een aaneengesloten periode. Dan moeten we vaststellen wat 'aaneengesloten' betekent. We gaan er van uit dat zorg niet meer aaneengesloten is wanneer er een periode van meer dan 2 weken tussen zit. Dat lijkt op basis van de data een pragmatische oplossing. Wellicht is het ook beter de indicator anders te noemen: 'minder dan 3 maanden aangesloten wijkverpleging' bijvoorbeeld. Dat voorkomt misverstanden achteraf.

Groeten,

[redacted]

[redacted]

vektis

T _ 030 [redacted]
M _
E _ [redacted] @vektis.nl

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @minvws.nl]
Verzonden: vrijdag 23 februari 2018 17:47
Aan: [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>; [redacted] @vektis.nl>
CC: [redacted] @minvws.nl>; [redacted] @minvws.nl>
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Beste [redacted],

Heb nog een paar vragen die ik graag met jullie wil delen.

1. Tijdens het overleg noemden jullie dat jullie in eerste instantie ook geriatrische revalidatiezorg hebben onderzocht, maar 'dat daar niets uitkwam'. We vroegen ons af wat dat betekent, was de vergelijking niet goed te maken bijv. vanwege gebrek of de kwaliteit van de data, of was er geen verschil te zien tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg? Zijn er nog meer sectoren waar toename ongecontracteerde zorg zou kunnen spelen?
2. Eerder gaven jullie aan dat de HKG's bij de wijkverpleging mogelijk niet geanalyseerd kunnen worden. Als dat zo is, zouden jullie dan wel de FKG's en MHK somatische zorg mee kunnen nemen?
3. Uit onderzoek gedaan in het kader van de risicoverevening blijkt dat eenpersoonshuishouden een indicatie is voor hogere kosten wijkverpleging (immers, geen mantelzorger aanwezig in huishouden). Heeft Vektis deze data, en zo ja, zou dat nog meegenomen kunnen worden?
4. Bij de GGZ maken we in de tabel onderscheid tussen type aanbieder (vrijgevestigd, instelling etc). Is een dergelijk onderscheid ook te maken bij de wijkverpleging? Zo ja, is dat interessant?
5. Voor zowel GGZ als wijkverpleging: er zijn aanbieders die deels gecontracteerde zorg, deels niet-gecontracteerde zorg leveren. Geldt specifiek voor deze aanbieders dat er een verschil is tussen niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg in gemiddelde kosten per cliënt? Zeker als de casemix dan hetzelfde is van cliënten die gecontracteerde zorg als ongecontracteerde zorg ontvangen, heb je een aanwijzing dat er 'minder geknepen' wordt bij de niet-gecontracteerde zorg.
6. Wijkverpleging is eerstelijnszorg, en vanuit macroperspectief zou je kunnen zeggen dat zwaardere eerstelijnszorg efficiënt kan zijn als er kosten in de tweedelijn voorkomen kunnen worden. We zouden hiervan een vingerwijzing kunnen krijgen als jullie in de tabel voor verpleging&verzorging ook kolommen 'somatische kosten excl wijkverpleging' op zouden nemen (de selectie van patiënten in de tabel blijft hetzelfde).

Ik ben me ervan bewust dat punten 3-6 extra zijn tov wat we nu al vragen. Hoor graag wat mogelijk is en/of wat jullie ook interessant vinden.

[redacted], eens met jouw onderstaande opmerkingen.

Groeten [redacted].

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster eigen betalingen
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

dubbel met document 29

[redacted]

dubbel met document 29

Doc. 32

[redacted]

[redacted]

Doc. 32.1

Prioriteit	Aanbieder	Behandeling
ja	Totaal	Alles
ja	Vrijgevestigde psychiaters	Alles

ja	Zelfstandige behandelcentra	Alles
ja	Geintegreerde instelling	Alles

Doc. 32.1

ja	PAAZ/PUK	Alles
ja	Verslavingszorg	Alles

ja	Ambulant	Alles
ja	Totaal	Zonder verblijf

Doc. 32.1

ja	Vrijgevestigde psychiaters	Zonder verblijf
ja	Zelfstandige behandelcentra	Zonder verblijf

Doc. 32.1

ja	Geintegreerde instelling	Zonder verblijf
ja	PAAZ/PUK	Zonder verblijf

Doc. 32.1

ja	Verslavingszorg	Zonder verblijf
ja	Ambulant	Zonder verblijf

Diagnose
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen

017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen

015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen

013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis

009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses
005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch
000 - Behandeling kort
000 - Crisis
000 - Diagnostiek
000 - Geen behandeling
000 - Indirect
001 - Overige stoornissen in de kindertijd
002 - Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003 - Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004 - Restgroep diagnoses

005 - Aanpassingsstoornissen
006 - Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
007 - Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
008 - Aan alcohol gebonden stoornis
009 - Overige aan een middel gebonden stoornissen
010 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
011 - Depressieve stoornissen
012 - Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
013 - Angststoornissen
014 - Persoonlijkheidsstoornissen
015 - Somatoforme stoornissen
016 - Eetstoornissen
017 - Overige stoornissen in de kindertijd
Basis GGZ: Kort
Basis GGZ: Middel
Basis GGZ: intensief
Basis GGZ: Chronisch

Doc. 32.1

Aantal gebruikers: gecontracteerd	Aantal gebruikers: NIET-gecontracteerd	Gemiddelde kosten: gecontracteerd

Doc. 32.1

Gemiddelde kosten : NIET gecontracteerd	totale kosten : gecontracteerd	totale kosten : NIET-gecontracteerd

10.2.e tenzij anders vermeld

Doc. 33

Van: [redacted]
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.
Datum: maandag 12 maart 2018 23:16:27
Bijlagen: image006.png
image007.png
image008.png
image001.png
20180308 - Tabel niet gecontracteerde zorg GGZ V3 zonder detail-bron.xlsx

---

Hoi [redacted]

Bijgevoegd de brontabel, waarbij de kleine aantallen per cel (aantal gebruikers tussen 1 en 9) zijn vervangen door "<10".

De tabbladen met analyses gebaseerd op de ongeschoonde tabel zitten er in, met uitzondering van het tabblad met analyses per diagnose en instellingtype.

De uitkomsten in het word document van jl week komen uit deze tabbladen.

PS. Ik zal nog met [redacted] en [redacted] afstemmen over het tijdstip dat we vrijdag in Den Haag zijn.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Senior Onderzoeker
[redacted]
BUSINESS INTELLIGENCE CENTRUM VOOR DE ZORG
Bekijk ons filmpje waarin we uitleggen wat we voor jou en de zorg doen.

T _ 030 [redacted]
M _ 06 [redacted]
E _ [redacted] @vektis.nl

Sparrenheuvel 18 – 3708 JE ZEIST
Postbus 703 – 3700 AS ZEIST

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

Mvg, [redacted]

Van: [redacted] [mailto [redacted] @minvws.nl]
Verzonden: maandag 12 maart 2018 16:37
Aan: [redacted] @vektis.nl>
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Hoi [redacted], thanks! Ben benieuwd naar de tabel, lukt het nog om die te sturen? Kunnen we ter voorbereiding op de sessie van as vrijdag alvast wat analyses rondsturen.

[redacted]
Min VWS, Directie Zorgverzekeringen, cluster risicoverevening, cluster zorginkoop
tel 070 - [redacted] / 06 - [redacted]

NB: op woensdag afwezig

Van: [redacted] [mailto: [redacted] @vektis.nl]
Verzonden: donderdag 8 maart 2018 18:37
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: lege tabellen voor vergelijking ongecontracteerde-gecontracteerde zorg.

Beste [redacted]

Voor de GGZ een concept rapport met een aantal interessante bevindingen.
De tabel met uitkomsten heb ik hiervoor gebruikt, maar daar moeten de kleine aantallen nog uit weggehaald worden.
Die komt volgende week nog.

In de GGZ was het zoeken naar de hot spots, maar die hebben we nu gevonden.
- Verslaving
- Restgroep diagnoses
- Somatorforme stoornissen.

Ook daar wordt blijkbaar (veel) meer zorg per patiënt geleverd dan door gecontracteerde aanbieders.
Verder wordt er in de verslavingszorg door niet gecontracteerden meer opgenomen (maar gemiddeld iets lagere kosten per patient)

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Senior Onderzoeker
[redacted]
BUSINESS INTELLIGENCE CENTRUM VOOR DE ZORG
Bekijk ons filmpje waarin we uitleggen wat we voor jou en de zorg doen.

T _ 030 [redacted]
M _ 06 [redacted]
E _ [redacted] @vektis.nl

Sparrenheuvel 18 – 3708 JE ZEIST
Postbus 703 – 3700 AS ZEIST

KvK Utrecht 30230118

www.vektis.nl

[redacted]

dubbel met document 32

Doc. 33

dubbel met document 32

Doc. 33

Doc. 33

Doc. 33

Doc. 33

dubbel met document 32

Doc. 33

Doc. 33

dubbel met doucument 29

dubbel met document 29

Doc. 33

dubbel met document 29

[redacted]

[redacted]

alleen
10.2.e

Doc. 33.1

Rapport

Niet gecontracteerde zorg in de ggz

Verdiepend onderzoek

Auteur:
Vektis, [redacted]

Status:
Concept ter bespreking

Datum:
8 maart 2018

Inhoudsopgave

1. Achtergrond Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.1. Paragraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
1.1.1. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
1.1.2. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
1.1.3. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
2. Achtergrond Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1. Paragraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
2.1.1. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
2.1.2. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
2.1.3. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
3. Achtergrond Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1. Paragraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
3.1.1. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
3.1.2. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
3.1.3. Subparagraafkop **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1. Overzicht niet gecontracteerde zorg ggz

1.1. Het aandeel niet gecontracteerde zorg neemt toe

Het kostenaandeel niet gecontracteerde zorg stijgt van 2,9% in 2014 naar 4,6% in 2016. Het aandeel is groter – gestegen van 4,8% tot 6,6% - in de ambulante zorg (DBC's zonder verblijf en basis ggz). In de klinische zorg is het aandeel laag: 0,4% in 2014 en 1,8% in 2016.

Het patiënten-aandeel van de niet gecontracteerde zorg is hoger dan het kostenaandeel. Dit is het sterkst bij de ambulante zorg, en daardoor ook in het totaal zichtbaar.

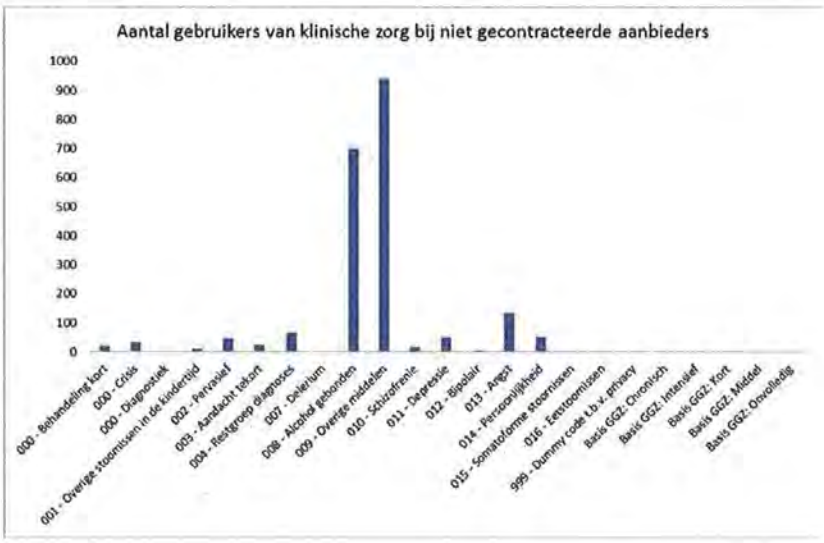
Dit is een signaal dat de gemiddelde kosten per patiënt in de niet gecontracteerde zorg lager zijn dan in de gecontracteerde zorg.

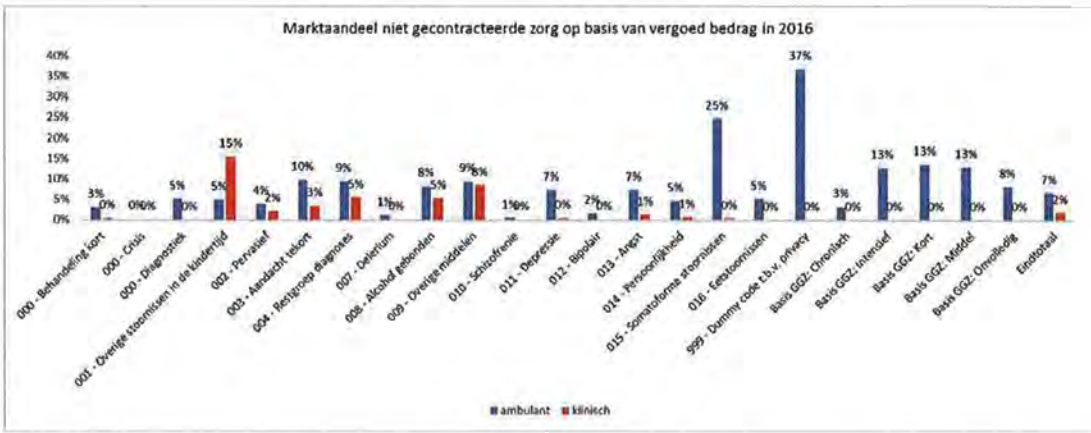
Over alle zorg heen is dat verklaarbaar. De gemiddelde kosten per gebruiker zijn ongeveer 40% lager, omdat dure verblijfs-DBC's vooral bij gecontracteerde aanbieders zitten. Maar ook bij de ambulante zorg zijn de kosten per gebruiker 10 tot 14% lager.

1.2. Waardoor worden de verschillen veroorzaakt?

Aangezien we nu over de hele ggz hebben gekeken, waarin er grote variatie bestaat tussen patiënten en de zorg die zij krijgen, is het verstandig om een verdieping aan te brengen naar diagnosehoofdgroep en naar de basis ggz.

Om te beginnen kijken we per diagnose naar de verblijfs-dbc's. Deze zijn klein, behalve voor verslaving.





In de bovenstaande figuur is 2016 is jaar genomen. Het gemiddelde marktaandeel van niet gecontracteerde aanbieders is bovengemiddeld bij de volgende diagnosehoofdgroepen:

- Somatoforme stoornissen – ambulant (25%)
- Basis ggz: kort, middel en intensief (13%)

- Aandacht tekort (10% ambulant en 3% klinisch)
- Restgroep diagnoses (9% ambulant en 5% klinisch)
- Verslaving overige middelen (9% ambulant en 8% klinisch)
- Verslaving alcohol (8% ambulant en 5% klinisch)
- Opvallend is het aandeel van 37% van niet gecontracteerde zorg bij DBC's met privacy-verklaringen (999-code).

Bij patiëntgroepen die in het algemeen zwaardere zorg vragen is het aandeel kleiner dan gemiddeld. Zie bijvoorbeeld bij 007-Delirium en dementie, 010-schizofrenie, 012-bipolair.

Conclusies:
Niet gecontracteerde zorg wordt bovengemiddeld geleverd aan patiënten met:

1. Verslaving (alcohol en overige middelen)
2. Basis ggz
3. Patiënten met hoofdgroepen waarvan de diagnose wat minder goed te duiden is: (aandacht tekort, restgroep diagnoses, somatoforme stoornissen of de diagnose wordt verborgen om privacy-redenen).

4. Niet gecontracteerde aanbieders hebben in het algemeen weinig verblijfs-dbc's, behalve voor verslaving. Daar wordt juist relatief veel klinisch behandeld.

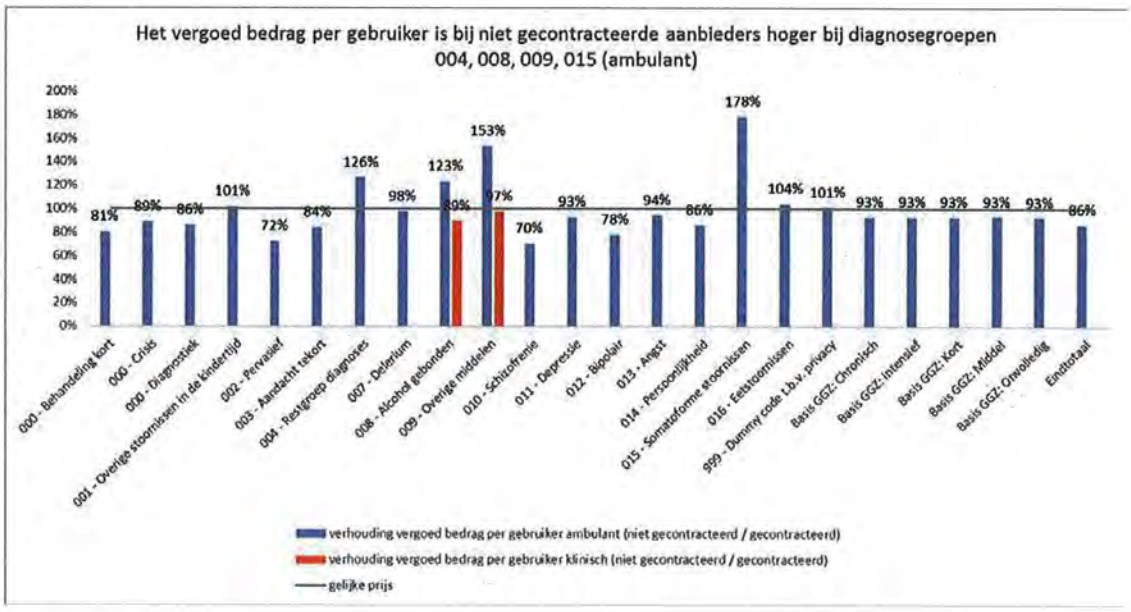
5. Voor de diagnosehoofdgroepen Aandacht tekort en Restgroep diagnoses wordt weinig opgenomen, maar is het aandeel in de klinische dbc's van niet gecontracteerden bovengemiddeld.

1.3. Hoe zit het dan met geleverde zorg / prijsverschillen?

In de groepen 004-restgroep diagnoses, 008-alcohol, 009-overige middelen, 015-somatoforme stoornissen, waar bovengemiddeld veel door niet gecontracteerden zorg wordt geleverd, is het gemiddelde vergoed bedrag per gebruiker die ambulant wordt behandeld **veel hoger** dan bij gecontracteerde aanbieders. Het verschil per gebruiker is ongeveer 25% hoger bij aandacht tekort en alcoholverslaving, ruim 50% hoger bij verslaving aan overige middelen en zelfs 78% hoger bij somatoforme stoornissen.

In de basis ggz zijn de gemiddelde vergoede bedragen 7% lager dan bij gecontracteerde aanbieders. Dit wordt mogelijk verklaard door kortingen op het tarief.

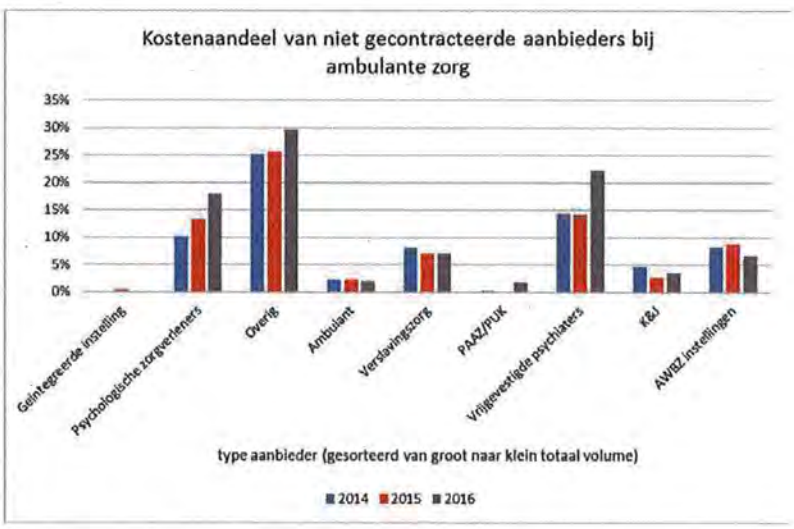
Kortingen op het tarief kunnen ook een verklaring zijn dat de gemiddelde kosten van niet gecontracteerde aanbieders lager zijn bij andere diagnosegroepen, maar het verschil kan ook verklaard worden door een verschil in productmix (lichtere zorgvraag bij niet gecontracteerde aanbieders dan bij gecontracteerde aanbieders).



1.4. Verschillen tussen typen zorgaanbieders

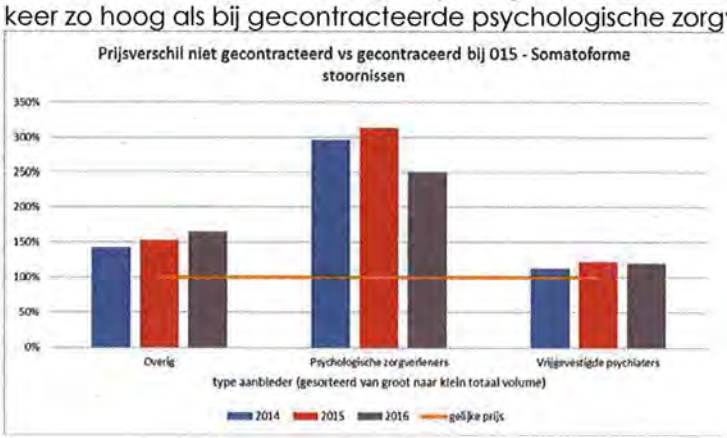
De ambulante zorg wordt voor een groot deel geleverd door geintegreerde instellingen, die allemaal gecontracteerd zijn door de verzekeraars. Ook een groot aandeel van de groep ambulante instellingen en PAAZ/PUK's zijn overwegend gecontracteerd.

Niet gecontracteerde aanbieders bevinden zich voor een groot deel onder de vrijgevestigde psychologen en psychiaters en "overige" instellingen. De verslavingszorg is grotendeels gecontracteerd en 7% niet gecontracteerd.



1.5. Verschillen in vergoed bedrag per ambulant behandelde patiënt tussen niet gecontracteerde aanbieders en gecontracteerde aanbieders bij de top 4 diagnoses, naar instellingstype

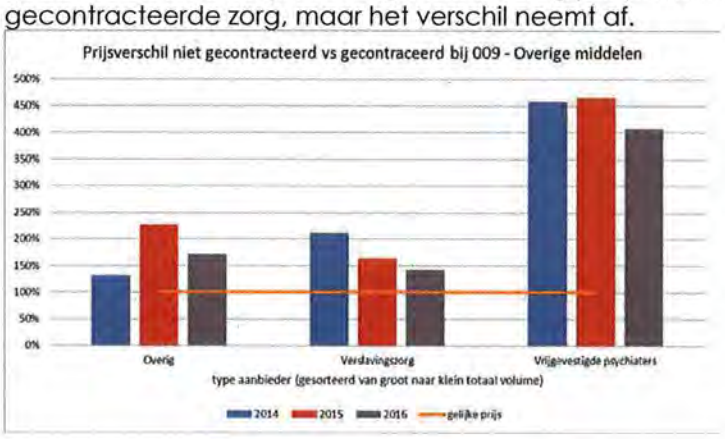
Somatoform:
De groep overige aanbieders omvat het grootste volume aan niet gecontracteerde zorg. Daar is het vergoed bedrag bij niet gecontracteerden 50% hoger dan bij gecontracteerden.
Het verschil in vergoed bedrag is bij niet gecontracteerde psychologische zorgverleners 3 keer zo hoog als bij gecontracteerde psychologische zorgverleners.

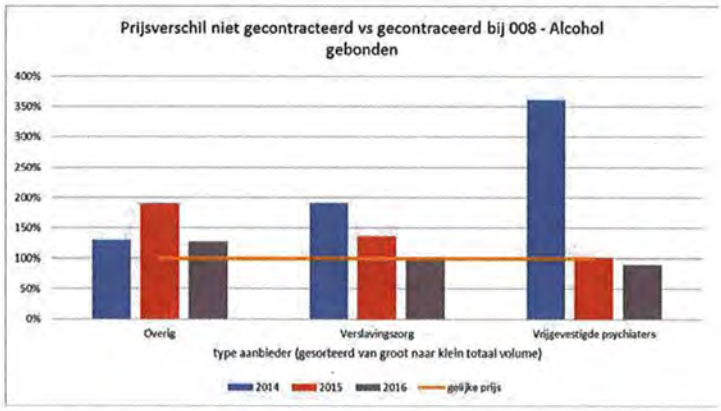


Verslavingszorg, zowel alcohol als overige middelen :

Bij vrijgevestigde psychiaters is het verschil in vergoed bedrag zeer groot (4 tot 4,5 keer zo hoog bij niet gecontracteerden). Bij alcohol is het verschil alleen in 2014 heel groot. Het volume bij niet gecontracteerde psychiaters is klein: het gaat om tientallen patienten per jaar.

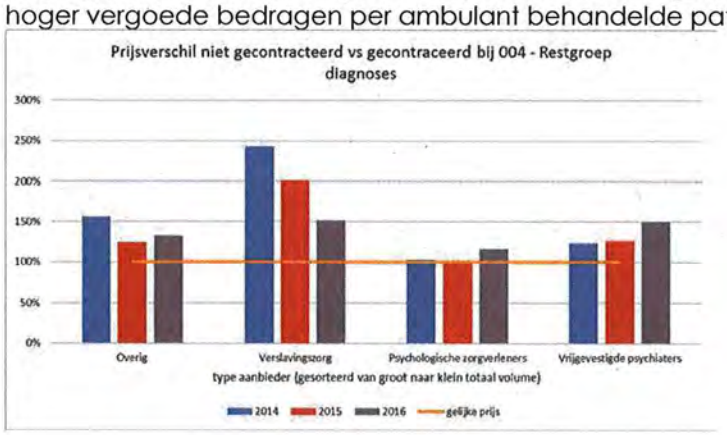
Bij de overige aanbieders en verslavingszorginstellingen zit de bulk aan niet gecontracteerde zorg. Het vergoede bedrag per patiënt is hoger dan bij gecontracteerde zorg, maar het verschil neemt af.





Restgroep diagnoses:

Bij 4 groepen zorgaanbieders komen veel patiënten (meer dan 200 patiënten per groep in 2016) voor die niet gecontracteerde zorg ontvangen. Opvallend is het verschil in vergoed bedrag per patiënt bij niet gecontracteerde verslavingszorgaanbieders (in 2016 nog 50% hoger vergoede bedragen per ambulant behandelde patiënt).



2. Methode

2.1. Wie is gecontracteerd?

Van de meeste verzekeraars heeft Vektis contractinformatie ontvangen.

Uitgesloten in de analyse zijn de verzekeraars a.s.r., DSW, ENO, ONVZ, Zorg en Zekerheid. Deze hebben een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer 10% (nog verifiëren). Hun contractgegevens waren van mindere kwaliteit, waardoor ze in 2017 niet in de analyses betrokken zijn. Om dezelfde redenen hebben we ze nu weer uitgesloten.

3. Vervolgonderzoek (optioneel)

Het is nog interessant om te kijken naar de verhouding tussen niet gecontracteerde aanbieders en gecontracteerde aanbieders op het niveau van prestatiecode.