Nederlandse Zorgautoriteit

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. van Rijn
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			244133/344988

Onderwerp
Aanbiedingsbrief monitor contractering wijkverpleging 2017

Datum
23 mei 2017

Mijnheer de Staatssecretaris,

Bijgaand treft u de 'Monitor contractering wijkverpleging 2017' aan. De monitor brengt de uitkomsten en ervaringen rond de zorginkoop van de wijkverpleging in kaart voor het jaar 2017. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in 2015 en 2016.

De bevindingen in deze monitor zijn grotendeels gebaseerd op enquêtes en interviews die we tussen december 2016 en februari 2017 hebben gehouden met relevante partijen.

Interpretaties van de uitkomsten en de daaruit voortvloeiende conclusies en acties staan beschreven in hoofdstuk 7, 'Conclusie en aanbevelingen'.

De wijkverpleging is een zorgsector waarin veel veranderingen zichtbaar zijn. Het is van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders inspelen op de veranderingen die gaande zijn in de sector. Om deze reden zullen wij de ontwikkelingen in deze zorgsector de komende tijd blijven monitoren.

Met vriendelijke groet,
de Nederlandse Zorgautoriteit

Dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Nederlandse Zorgautoriteit

Monitor

Contractering wijkverpleging 2017

mei 2017

Inhoud

* Samenvatting

1 Inleiding

2 Omvang inkoop wijkverpleging

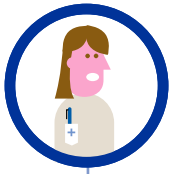
3 Ervaringen met de contractering

4 Inhoud contracten wijkverpleging

5 Inkoop van reguliere wijkverpleging voor 2017

6 Inkoop van specifieke zorgvormen in de wijkverpleging

7 Conclusie en aanbevelingen



Samenvatting

Met deze monitor brengen we de zorginkoop van wijkverpleging in kaart voor het jaar 2017. We kijken daarbij vooral naar de contractafspraken over het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het integrale tarief), de reguliere prestaties, beloning op maat (inclusief wijkgerichte zorg), casemanagement dementie, regionale beschikbaarheid van onplanbare zorg, verblijf en dagopvang bij intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Ook gaan we in op de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het inkoopproces.

De wijkverpleging is een zorgsector waar veel veranderingen zichtbaar zijn. Het aantal patiënten neemt toe doordat mensen langer thuis blijven wonen, ouder worden en minder lang in het ziekenhuis kunnen blijven. De zorgvraag is complexer dan voorheen.

Omvang inkoop wijkverpleging 2017

In totaal is er voor 2017 € 3,3 miljard aan wijkverpleging gecontracteerd en gereserveerd voor de niet-gecontracteerde zorg en zorg via het persoonsgebonden budget. Dit is ongeveer € 300 miljoen lager dan het beschikbare landelijke budget (het budgettair kader) voor de wijkverpleging. Dit is echter geen maat voor de hoeveelheid ingekochte zorg en of dit voldoende is om te voldoen aan de zorgplicht. Het geeft wel aan dat er nog ruimte is binnen het landelijke budget om eventuele tekorten voor wijkverpleging op te vangen in 2017.

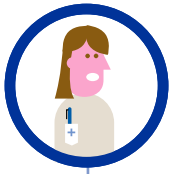
De contracteergraad van deze sector is niet exact te bepalen, maar ligt waarschijnlijk rond de 86%. Dit is vergelijkbaar met de contracteergraad van andere sectoren in de eerstelijnszorg (zoals fysiotherapie en huisartsenzorg). Verzekeraars kopen wijkverpleging vooral in bij aanbieders die zij in 2016 ook hadden gecontracteerd. Er worden wel contracten gesloten met aanbieders waar in 2016 nog geen contract mee was, maar dat gebeurt op kleine schaal.

Sommige zorgaanbieders van wijkverpleging kiezen er bewust voor om geen contract aan te gaan met (bepaalde) zorgverzekeraars. Zorgaanbieders geven als redenen hiervoor aan dat hun cliënten niet verzekerd zijn bij de betreffende zorgverzekeraar, of dat er geen overeenstemming is over het tarief of de gestelde voorwaarden.

Het is niet te zeggen of zorgaanbieders nu vaker, even vaak of minder vaak dan in voorgaande jaren bewust afzien van een contract. Een deel van de verzekeraars heeft hier naar eigen zeggen wel meer mee te maken dan in 2016, maar in de antwoorden van zorgaanbieders zien we dit niet direct terug. Dit is een ontwikkeling om te blijven volgen. Zorgverzekeraars spelen een grote rol in het borgen van de kwaliteit van de wijkverpleging, in de kostenbeheersing en bij het controleren of de zorgnota's kloppen. Als meer zorgaanbieders geen contract aangaan, vormt dit een risico voor deze onderdelen van het systeem.

Ervaringen met de contractering 2017

Zorgverzekeraars zijn meer tevreden over het inkoopproces dan in 2016. Zorgaanbieders zijn over het algemeen minder tevreden over het contracteerproces en de uitkomsten daarvan dan zorgverzekeraars. Deze bevinding past bij de signalen dat aanbieders weinig onderhandelingsruimte ervaren en dat verzekeraars meer invloed hebben op de contractering dan de aanbieders. Zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de ontevredenheid deels komt doordat zorgaanbieders de switch van AWBZ/Wlz naar Zvw-denken nog niet volledig hebben gemaakt.



Een behoorlijk deel van de aanbieders die de vragenlijst invulden is over het proces en de uitkomsten van de zorginkoop voor 2017 negatiever dan in 2016. De inkoop van 2017 is echter niet volledig vergelijkbaar met 2016, doordat er in 2017 op grote schaal is ingekocht in de vorm van een integraal tarief, en de registratie van doelgroepen aan de afspraken is toegevoegd. Deze wijzigingen hebben nieuwe discussies met zich meegebracht.

Inhoud contracten wijkverpleging 2017

Uit deze monitor wordt niet duidelijk in hoeverre maatwerk in de contracten wordt afgesproken. Bij de inkoop zijn standaardcontracten de regel. Bij een beperkt aantal zorgaanbieders wordt van deze standaard afgeweken. Ook in standaardcontracten kunnen afspraken gebaseerd worden op de specifieke situatie van de zorgaanbieder. Bovendien baseren alle verzekeraars het integraal uurtarief op de historie van de betreffende zorgaanbieder; hierbij gaat het per definitie om een vorm van maatwerk.

Zorgverzekeraars gaan actief om met het thema kwaliteit in de contracten en de controles daarop. De meeste verzekeraars spreken net als in 2016 een doorleverplicht af voor zowel bestaande als nieuwe cliënten, maar ook een doorleverplicht alleen voor bestaande cliënten komt regelmatig voor.

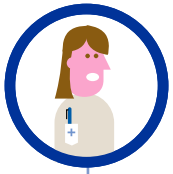
Inkoop reguliere wijkverpleging 2017

De inkoop van de patiëntgebonden wijkverpleging kan sinds 2016 op twee manieren plaatsvinden: via de reguliere prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven heeft vastgesteld, of via een integraal tarief. Bijna alle wijkverpleging (gemiddeld 93%) is in 2017 gecontracteerd via de integrale tarieven. Deze integrale tarieven bieden ruimte voor maatwerk. Meestal is dit in de vorm van een uurtarief; sommige verzekeraars spreken ook dag- of maandtarieven af met een beperkt aantal aanbieders. De hoogte van de integrale uurtarieven loopt uiteen van € 44,40 (met één uitschieter van € 36,00) tot € 79,92 per uur.

Alle verzekeraars berekenen het integrale uurtarief voor 2017 op basis van gegevens uit het verleden van de betreffende zorgaanbieder en een percentage van de NZa-maximumtarieven. Het percentage waarmee gerekend wordt, hangt af van de mate waarin de aanbieder de zorg doelmatig levert (de doelmatigheidsscore). Hier ontstaat mogelijk een risico, omdat de zorgvraag en –zwaarte toenemen. Een tarief gebaseerd op de historische productmix is dan mogelijk niet meer toereikend.

Bij zorgaanbieders zijn de meningen over het integrale tarief verdeeld. Sommigen vinden het samenvoegen van verpleging en persoonlijke verzorging een goede zaak en zien vooral de voordelen; andere aanbieders vrezen het inzicht in de verhouding tussen deze zorgvormen te verliezen. Het merendeel van de zorgaanbieders die onze vragenlijst invulde, heeft weinig keuzevrijheid ervaren om wel of niet een integraal tarief af te spreken. Ook als die keuzevrijheid er wel was, leidde dit overigens in de meeste gevallen tot een integraal tarief.

Veel zorgaanbieders ervaren nog geen verlichting in administratieve lasten door de invoering van het integrale tarief. De belangrijkste reden hiervoor is dat zorgaanbieders de aparte registratie van persoonlijke verzorging en verpleging in stand houden. Soms is dit op eigen initiatief, maar vaak is dit ook noodzakelijk omdat veel aanbieders om verschillende redenen niet alle zorg via het integrale tarief (kunnen) declareren.



In gemiddeld 7% van de contracten is geen gebruik gemaakt van het integrale tarief, maar zijn reguliere uurprestaties afgesproken. De verzekeraars baseren de tarieven op 2016, inclusief indexatie.

Inkoop specifieke wijkverpleging 2017

Bij wijkgericht werken, de beschikbaarheid van onplanbare zorg en ketenzorg dementie zijn samenwerking en regionale afstemming belangrijk. Zorgverzekeraars kopen deze zorgvormen op verschillende manieren in: vaak als onderdeel van de reguliere zorg (al dan niet via het integraal tarief), maar ook de specifieke prestaties voor deze zorgvormen worden hiervoor gebruikt.

Alle verzekeraars hebben wijkgericht werken ingekocht, meestal als onderdeel van het integrale uurtarief. Drie zorgverzekeraars maakten voor deze zorgvorm gebruik van de prestatie 'beloning op maat' en spraken hiervoor een bedrag af per patiënt. Zowel bij zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars verschilt men van mening over deze zorgvorm: bijvoorbeeld over wat standaard deel uitmaakt van de wijkverpleegkundige zorg en wat apart moet worden bekostigd. Deze verschillende inzichten kunnen leiden tot inhoudelijk verschillende afspraken, maar ook tot de inkoop van deze prestatie bij verschillende partijen in een regio.

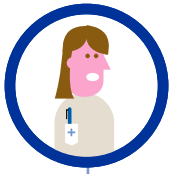
Ook de onplanbare zorg wordt op verschillende manieren ingekocht. Net als vorig jaar vergoeden de meeste zorgverzekeraars deze zorg via de prestaties oproepbare verzorging en oproepbare verpleging, al dan niet opgenomen in het integraal tarief. Vier verzekeraars gebruiken daarnaast de prestatie 'Regionale beschikbaarheid van onplanbare zorg' om de kosten voor beschikbaarheid van onplanbare zorg te vergoeden.

Casemanagement dementie en palliatief terminale zorg (ptz) worden door de meeste verzekeraars niet apart ingekocht, maar als onderdeel van de wijkverpleging. Zij kopen deze zorgvormen in bij alle gecontracteerde aanbieders, mits deze voldoen aan specifieke voorwaarden en kwaliteitseisen. Zorgaanbieders zijn hierover verdeeld: veel zorgaanbieders vinden dat deze specialistische zorgvormen niet als onderdeel van reguliere wijkverpleging kunnen worden gezien. Er zijn echter ook zorgaanbieders die vinden dat deze zorgvormen juist integraal onderdeel zijn van de wijkverpleging. Relevant hierbij is dat sommige zorgaanbieders een uurtarief vergoed krijgen dat lager of rond het uurtarief voor persoonlijke verzorging ligt.

Dit vormt voor casemanagement dementie mogelijk een risico, omdat voor deze zorgvorm een hoog deskundigheidsniveau vereist is. In integrale uurtarieven is de historische verhouding verpleging en persoonlijke verzorging en dus ook het aandeel casemanagement dementie, meegenomen in de tariefberekening. Zolang de vraag naar casemanagement dementie vergelijkbaar is met voorgaande jaren, is er geen probleem. Als de vraag naar deze zorg toeneemt kan dit risicovol zijn, omdat zorgaanbieders dan mogelijk niet het juiste deskundigheidsniveau kunnen inzetten.

Ook voor de gehele reguliere wijkverpleging gaat dit op. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer. Het risico bestaat dat een tarief gebaseerd op het verleden niet meer toereikend is als de zorgvraag zwaarder wordt.

Voor de zorg aan mensen met dementie is het mogelijk om in de contracten afspraken te maken over de regiefunctie en de coördinatie van deze zorg (via de zogenoemde prestatie 'ketenzorg dementie').



Sinds 2017 is dit een reguliere prestatie (in 2015 en 2016 was dit nog een experiment). De omvang van deze zorg (het gecontracteerde bedrag en de gedeclareerde zorg) daalde in 2016, deze trend zet zich door in 2017. Dezelfde zorgverzekeraars die deze zorg in 2016 inkochten, doen dit ook weer voor 2017, maar het aantal gecontracteerde aanbieders voor deze ketenzorg dementie is minder dan in 2016. Zorgverzekeraars geven als toelichting dat dit komt doordat bijvoorbeeld de samenwerking in de regio is veranderd, of doordat deze ketenzorg inmiddels is opgezet en deze aparte financiering van de regiefunctie niet meer nodig is.

Aanbevelingen

Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars inspelen op de veranderingen die gaande zijn in de sector. Beide partijen hebben de taak om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken en te houden. De beschikbaarheid van noodzakelijke informatie over de zorg is hierbij essentieel. De NZa roept zorgaanbieders van wijkverpleging op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten daarvan goed te onderbouwen. Aan verzekeraars doet de NZa de oproep om samen met de sector toekomstgerichte plannen te maken en tarieven af te spreken die hierbij aansluiten.

Ook over het proces rondom de inkoop en de gemaakte afspraken verschillen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van mening. Wij roepen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars op om elkaars signalen serieus te nemen en te werken aan herstel van wederzijds vertrouwen.

De NZa vindt het van belang dat de verschillende partijen in de wijkverpleging in gesprek blijven met elkaar over de kwaliteit van de wijkverpleging en de knelpunten die zij zien in de afspraken daarover. Gelukkig krijgt de NZa signalen dat dit al regelmatig gebeurt. Er zijn diverse overleggen waarbij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenvertegenwoordigers en wijkverpleegkundigen samen kijken naar ervaren knelpunten en mogelijkheden om die op te lossen, bijvoorbeeld via de inkoop van wijkverpleging.

De NZa vindt dit een goede ontwikkeling en zal blijven monitoren of er voldoende wijkverpleging beschikbaar blijft voor wie dat nodig heeft. Daarnaast gaat de NZa de resultaten uit deze monitor bespreken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en dan met name de onderdelen waarop deze partijen sterk van mening verschillen.

1. Inleiding

Met deze monitor brengt de NZa de zorginkoop van wijkverpleging in kaart voor het jaar 2017. We staan specifiek stil bij de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken over het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het integrale tarief), beloning op maat (inclusief wijkgerichte zorg), casemanagement dementie, regionale beschikbaarheid van onplanbare zorg, verblijf en dagopvang bij intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Ook inventariseren we de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het inkoopproces. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in 2015 en 2016.

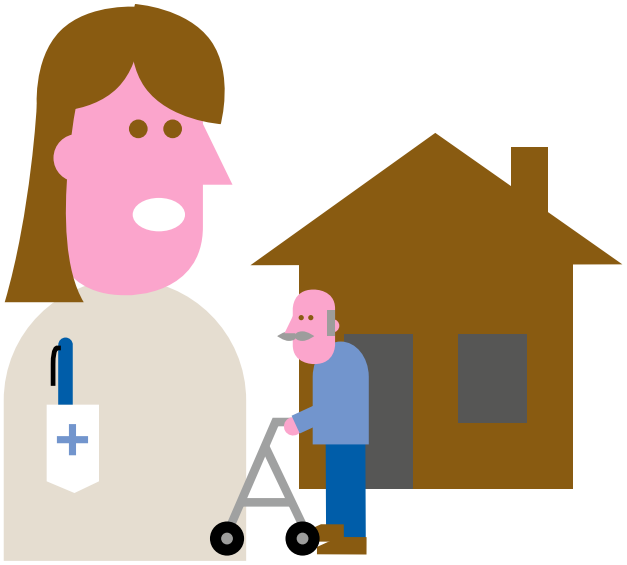
Zorgverzekeraars moeten in het geval van een natura-aanspraak voldoende goede zorg inkopen voor hun verzekerden. Zij maken daarvoor contractafspraken met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle zorgaanbieders contracten af te sluiten. Wel moeten zij voor de basisverzekerde zorg voldoen aan hun zorgplicht: voor hun naturaverzekerden moet er op tijd voldoende goede zorg beschikbaar zijn als dat nodig is.

De NZa monitort de zorginkoop van wijkverpleging, omdat er veel veranderd is in deze sector. De wijkverpleging is per 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ ('verpleging en verzorging aan huis'). Vanwege het beperkte tijdpad is de bekostiging destijds grotendeels vanuit de AWBZ overgenomen; de inkoop vond in representatie plaats. Sindsdien zijn er wijzigingen in de bekostiging doorgevoerd: in 2016 is meer ruimte voor zorgaanbieders gecreëerd om samen met zorgverzekeraars afspraken op maat te maken. De contractering voor 2016 verliep niet meer in representatie, met uitzondering van de inkoop van wijkgericht werken. Klik hier voor meer informatie over de contractonderhandelingen in 2016.

Voor 2017 kopen zorgverzekeraars de wijkverpleging volledig individueel in. Ook spraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders af om vanaf 2017 vooral gebruik te maken van een integraal uurtarief voor de wijkverpleging. De aparte prestatie voor wijkgericht werken is komen te vervallen, afspraken hierover kunnen voortaan gemaakt worden onder de prestatie beloning op maat. Het experiment ketenzorg dementie is beëindigd en vervangen door een reguliere prestatie ketenzorg dementie. Tenslotte zijn per 2017 twee nieuwe prestaties voor verblijf en verpleegkundige dagopvang bij intensieve kindzorg geïntroduceerd.

In deze monitor gaan we in hoofdstuk 2 allereerst in op de omvang van de inkoop van wijkverpleging voor 2017. We beschrijven de totaalbedragen die zijn ingekocht en de aantallen zorgaanbieders die zijn gecontracteerd. In hoofdstuk 3 beschrijven we de ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met het inkoopproces en met de uitkomsten van de inkoop. De inhoud van de contracten komen aan bod in hoofdstuk 4 en 5, waarbij we in hoofdstuk 4 met name ingaan op algemene aspecten van de inkoop. De inkoop van de reguliere wijkverpleging volgt in hoofdstuk 5, waarbij we onderscheid maken in het integrale tarief en de reguliere uurprestaties. Tenslotte gaan we in hoofdstuk 6 in op de inkoop van een aantal specifieke zorgvormen binnen de wijkverpleging, zoals wijkgericht werken en beschikbaarheid van onplanbare zorg.

Daar waar in deze monitor gesproken wordt over ‘zorgverzekeraars’, bedoelen we de tien verzekeraar-concerns zoals weergegeven in het document ‘Bronnen en methoden’ dat als bijlage bij deze monitor is gevoegd. In dit document is ook een overzicht te vinden van de verzekeraars die onder de verschillende concerns vallen. Waar wij spreken over ‘zorgaanbieders’, bedoelen we de zorgaanbieders die onze enquête hebben ingevuld. Zie hiervoor eveneens de bijlage ‘Bronnen en methoden’.



2. Omvang inkoop wijkverpleging 2017

Totaalbedragen zorginkoop 2017

In onderstaande tabel staat voor welk bedrag zorgverzekeraars in totaal aan wijkverpleging hebben ingekocht voor 2017. Naast de gecontracteerde zorg is een schatting te zien van de pgb-budgetten voor de wijkverpleging en de zorg die geleverd wordt zonder contractafspraken. Deze schattingen zijn door verzekeraars opgegeven.

Inschatting uitgaven wijkverpleging

	bedrag
Totaal gecontracteerde zorg	€ 2,9 miljard
Schatting pgb	€ 0,3 miljard
Schatting niet-gecontracteerde zorg	€ 0,09 miljard
Totaal	**€ 3,3 miljard**

Het totale landelijke budget (het macrokader) voor de wijkverpleging in 2017 is € 3,6 miljard. Het totaalbedrag van de gecontracteerde wijkverpleging en de schatting voor niet-gecontracteerde zorg inclusief pgb, ligt ruim € 300 miljoen onder het beschikbare landelijke budget voor 2017.

Bij een deel van deze bedragen gaat het om schattingen. Daarom kan het daadwerkelijke verschil met het landelijk budget uiteindelijk nog anders worden. Bovendien is de medisch-specialistische verpleging in de thuissituatie (msvt) opgenomen in het bedrag voor gecontracteerde zorg. Dit valt niet onder het landelijk budget voor de wijkverpleging (maar onder het landelijk budget voor medisch-specialistische zorg).

Het feit dat er nog ruimte is in het budgettair kader zorg, is geen maat voor de hoeveelheid ingekochte zorg en of dit voldoende is om te voldoen aan de zorgplicht. Wel laten de cijfers in de tabel zien dat er nog ruimte is binnen het landelijke budget om eventuele tekorten voor wijkverpleging op te vangen in 2017. Mogelijk reserveren zorgverzekeraars bewust lager dan het beschikbare kader, om later in het jaar te kunnen bijcontracteren.

Gecontracteerde zorgaanbieders

In totaal maakten zorgverzekeraars met 467 tot 505 zorgaanbieders van wijkverpleging contractafspraken voor 2017. Om iets te kunnen zeggen over de contracteergraad, is het totaal aantal aanbieders nodig dat wijkverpleging levert in Nederland. Het exacte aantal is niet bekend. Wel is bekend dat in 2015 588 unieke zorgorganisaties wijkverpleging leverden en declareerden (excl. zzp'ers).

We weten niet hoeveel unieke zorgaanbieders in Nederland zijn gecontracteerd. Echter, gezien de bandbreedte van het totaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders per verzekeraar is het aantal unieke gecontracteerde aanbieders minstens 505. Als we uitgaan van een totaal van 588 aanbieders, ligt de contracteergraad binnen de wijkverpleging rond de 86%. Dit komt overeen met andere eerstelijnssectoren, waar de contracteergraad over het algemeen hoog is.

Kleine versus grote aanbieders

Wij hebben 'kleine zorgaanbieders' gedefinieerd als aanbieders met een omzet van minder dan € 10 miljoen (bron: Actiz). Van de zorgaanbieders die de enquête invulden zijn 188 een kleine zorgaanbieder. 167 van deze kleine zorgaanbieders (89%) hebben een contract voor de prestaties wijkverpleging. Hieruit blijkt dat zowel grote als kleine zorgaanbieders worden gecontracteerd.

Wijzigingen gecontracteerde zorgaanbieders

De meeste verzekeraars hebben 'nieuwe' zorgaanbieders gecontracteerd, dat wil zeggen: zorgaanbieders met wie ze in 2016 geen contract hadden. Het gaat hier om kleine aantallen, hooguit acht. In alle gevallen ging het hier om kleine zorgaanbieders. Eén (kleine) zorgverzekeraar heeft in 2017 in het geheel geen nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd. Deze zorgverzekeraar contracteert bestaande zorgaanbieders vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg en vanuit kwaliteit van relatie en contractbeheer.

Eén grote zorgverzekeraar heeft alleen nieuwe aanbieders gecontracteerd voor specifieke zorgvormen, namelijk: intensieve kindzorg, dementiezorg en integrale woonzorgconcepten. Bij de overige verzekeraars gaat het bij nieuwe zorgaanbieders niet om een specifiek type zorg.

De meeste verzekeraars (negen van de tien) maakten voor 2017 met een aantal zorgaanbieders uit 2016 geen nieuwe contract-afspraken. Dit kwam meestal door faillissementen of fusies. Door één verzekeraar wordt ook fraude genoemd als reden om niet opnieuw een contract aan te gaan. Andere redenen zijn dat er geen overeenstemming werd bereikt over het tarief, of dat er geen verzekerden bij deze aanbieder in zorg zijn. De zorgverzekeraar die geen nieuwe zorgaanbieders in 2017 contracteerde, heeft met alle gecontracteerde zorgaanbieders uit 2016 opnieuw contracten gesloten voor in 2017.

Bewust afzien van een contract

De NZa ontving in 2016 signalen dat zorgaanbieders steeds vaker bewust geen contracten sluiten met zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld omdat zij ontevreden zouden zijn over het proces van contracteren. Maar ook omdat zij zonder contract een voldoende hoog tarief zouden kunnen rekenen voor de geleverde zorg.

Uit het onderzoek blijkt dat de meeste zorgverzekeraars (negen) bij de zorginkoop inderdaad te maken kregen met zorgaanbieders die voor 2017 bewust geen contracten afsluiten. Het is ons niet bekend hoe vaak dit voorkwam. Volgens de meeste van deze verzekeraars (zes) kwam dit even vaak voor als in 2016; drie verzekeraars menen dat dit vaker voorkwam dan in 2016. Als redenen voor het bewust niet afsluiten van een contract worden genoemd:

- de zorgaanbieder heeft tot dat moment geen verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar;
- er is geen overeenstemming over tarieven of andere voorwaarden;
- de zorgaanbieder heeft de vrijheid om hogere tarieven te declareren zonder volumebeperkingen (onbegrensde groei).

Van de zorgaanbieders die de vragenlijst invulden heeft 9% in het geheel geen contract in 2017 voor één van de prestaties van verpleging en verzorging. De helft hiervan koos hier bewust voor, en al deze aanbieders hadden ook in 2016 geen contract.

De overige 91% van de respondenten heeft wel een contract voor één van de prestaties van verpleging en verzorging. Hiervan koos 7% er bewust voor om niet met alle zorgverzekeraars een contract af te sluiten.

Als we kijken naar de volledige groep respondenten, dus de zorgaanbieders met en zonder contract, koos 12% van hen er bewust voor om met één of meerdere verzekeraars geen contract af te sluiten. Zij geven hiervoor dezelfde redenen als de verzekeraars: geen cliënten bij de betreffende verzekeraar, of geen overeenstemming met de verzekeraar over de hoogte van de tarieven of andere voorwaarden. Als voorbeelden van deze voorwaarden noemen de zorgaanbieders de verplichting tot een integraal tarief, de doelgroepenregistratie en het gestelde budgetplafond. Een aantal kleine aanbieders geeft ook aan dat de contractering zelf als administratieve last wordt ervaren: de tijd die dit kost vinden zij niet in verhouding met de grootte van de organisatie en het voordeel van een contract.

Uit de antwoorden van zorgaanbieders is niet op te maken in hoeverre zorgaanbieders dit jaar vaker, even vaak of minder vaak bewust afzien van een contract ten opzichte van vorig jaar. Dit is een ontwikkeling om te blijven volgen. Bewust afzien van een contract is onderdeel van de marktwerking en in die zin hoeft dit geen problemen op te leveren. Echter, verzekeraars spelen een grote rol in het borgen van de kwaliteit, in de kostenbeheersing en in het uitvoeren van controles. Als meer en meer zorgaanbieders geen contract aangaan, wordt ingeboet op deze onderdelen van het systeem. Het risico is dat de cliënt niet meer kan vertrouwen op de controlerende taak van de verzekeraars en dat het voor de cliënt minder duidelijk is bij welke zorgaanbieder hij/zij terecht kan.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars minder mogelijkheden om de kosten te beheersen als minder zorgaanbieders een contract met hen aangaan.

Conclusie

Het totaal aan gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg en pgb is in 2017 naar schatting € 3,3 miljard. Dit is ongeveer € 300 miljoen lager dan het totaal bkz.

De contracteergraad binnen de wijkverpleging is niet exact te bepalen, maar ligt rond de 86%. Dit is vergelijkbaar met andere eerstelijnssectoren. Ook kleine zorgaanbieders worden gecontracteerd. Ten opzichte van 2016 sluiten zorgverzekeraars in 2017 ook contracten met zorgaanbieders met wie zij in 2016 geen contract hadden, maar dat aantal is beperkt. Daarnaast worden ook zorgaanbieders uit 2016 niet opnieuw gecontracteerd.

12% van de zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld koos er bewust voor om met één of meerdere zorgverzekeraars geen contract af te sluiten. Het is niet duidelijk in hoeverre dit minder vaak, even vaak of vaker voorkwam dan in voorgaande jaren. Dit is een ontwikkeling om te blijven volgen, omdat zorgverzekeraars een grote rol spelen in het borgen van de kwaliteit, in de kostenbeheersing en in het uitvoeren van controles. Als meer en meer zorgaanbieders er bewust voor kiezen geen contract aan te gaan, wordt ingeboet op deze onderdelen van het systeem.

3. Ervaringen met de contractering 2017

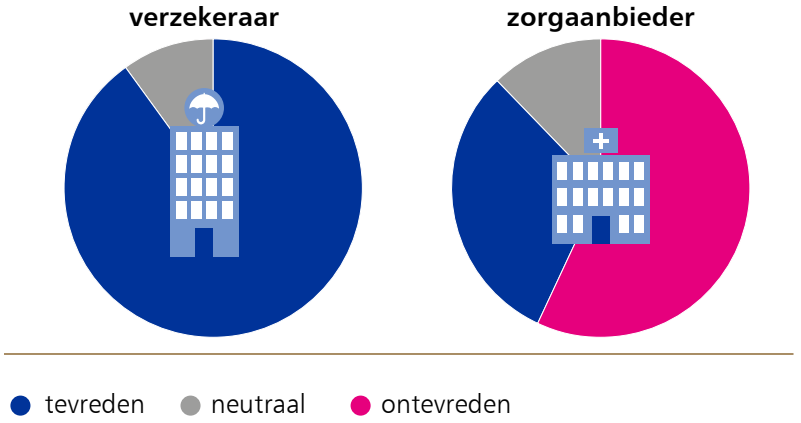
In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van verzekeraars en zorgaanbieders rondom de contractering voor 2017. We maken hierin een onderscheid in het *proces* en de *uitkomst* van contractering.

Ervaringen met het proces van contracteren

Er is een groot verschil te zien in tevredenheid over het contracteerproces tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Deze staat in onderstaande figuur weergegeven. In 2016 was het grootste deel van de zorgverzekeraars neutraal of tevreden over het contracteerproces. In 2017 is dit verbeterd: negen van de tien zorgverzekeraars zijn tevreden over het proces voor 2017. Als goede punten noemen zorgverzekeraars de gehaalde deadlines. Ook noemen vijf zorgverzekeraars mogelijkheden voor maatwerk, de gevoerde gesprekken en meer transparantie richting de aanbieders als goede punten in het proces.

Als minder goed punt noemen ze de late besluitvorming over veranderingen in de regelgeving voor 2017 ten opzichte van 2016. Hierdoor was er lang onduidelijkheid en moest het inkoopbeleid nog aangepast worden na 1 april, de datum waarop verzekeraars dit op hoofdlijnen moeten publiceren.

Tevredenheid over het contracteerproces



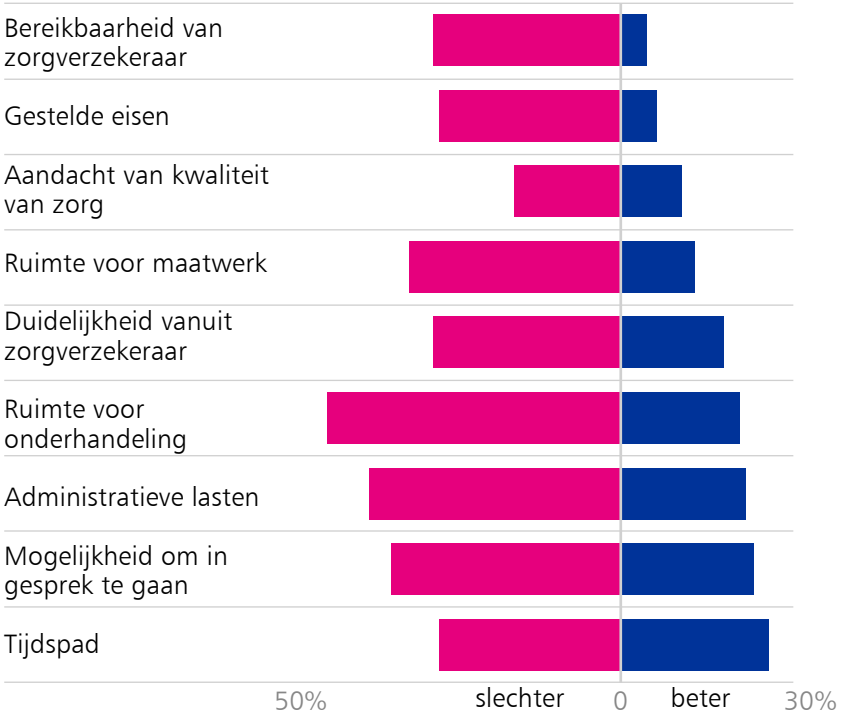
Zorgaanbieders zijn een stuk minder tevreden over het contracteerproces. In de Monitor Wijkverpleging 2016 bleek dat zorgaanbieders over het algemeen ontevreden waren over het contracteerproces 2016, en dat dit ten opzichte van 2015 niet was verbeterd. In de huidige monitor zien we dezelfde trend. Meer dan de helft van de respondenten die inkoopgesprekken hebben gevoerd, is ontevreden over het inkoopproces. Dit past bij signalen dat zorgaanbieders weinig onderhandelingsruimte ervaren en verzekeraars meer invloed hebben op de contractering dan zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de ontevredenheid deels komt doordat zorgaanbieders de switch van AWBZ/Wlz naar Zvw-denken nog niet volledig hebben gemaakt.

Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders van wijkverpleging die deelnamen aan dit onderzoek, beoordeelt het contracteerproces voor 2017 gelijk aan dat van 2016. Zo'n 12% van de zorg-aanbieders beoordeelt het proces rondom de contractering voor 2017 beter dan in 2016, en 34% beoordeelt dit proces slechter dan vorig jaar. Een kanttekening die we bij deze vergelijking moeten plaatsen, is dat de inkoop per 2017 veranderd is ten opzichte van 2016. Een belangrijke wijziging is de inkoop van het integrale tarief en de doelgroepenregistratie. Zonder deze wijzigingen verwachtten wij een verbetering ten opzichte van 2016. In 2016 is er immers voor het eerst niet meer in representatie ingekocht, wat een deel van de ontevredenheid destijds verklaarde. Deze eventuele verbetering is nu niet meetbaar doordat de beleidswijzigingen nieuwe discussies met zich mee hebben gebracht.

In de figuur hiernaast staat hoe aanbieders het inkoopproces van 2017 beoordelen ten opzichte van het inkoopproces van 2016. Van de onderdelen met de grootste uitslagen vinden de meeste respondenten dat deze beter of slechter gingen dan vorig jaar; de onderdelen met kleine uitslagen worden het vaakst als 'gelijk aan 2016' beoordeeld.

Uit de antwoorden blijkt dat zorgaanbieders de onderdelen van de inkoop vaker als negatiever dan positiever dan het jaar ervoor beoordelen. Dit komt overeen met het algemene oordeel over het contracteerproces in vergelijking met 2016, waar we zien dat meer aanbieders het slechter vinden gaan dan beter. Overigens lijken de slechte ervaringen bij zorgaanbieders niet tot effect te hebben dat veel zorgaanbieders afzien van een contract. Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om het contract niet aan te gaan, maar dit zien we niet terug in de antwoorden. Meer dan de helft van de zorgaanbieders die de vragenlijst invulden is ontevreden over het inkoopproces; voor ongeveer driekwart van hen hebben alle pogingen tot het sluiten van een contract desondanks geresulteerd in een contract.

Wat ging dit jaar beter en wat ging minder goed t.o.v. het inkoopproces 2016?



Hieronder lichten we er twee onderdelen uit, namelijk administratieve lasten en ruimte voor onderhandeling. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders beoordeelt deze aspecten bij de zorginkoop voor 2017 negatiever dan in 2016. Een aantal aanbieders geeft aan dat zij niet of moeilijk in gesprek komen met verzekeraars en er daardoor geen ruimte voor onderhandeling is. Dit speelt vooral bij kleinere zorgaanbieders. Bij de administratieve lasten geven verschillende zorgaanbieders aan dat dit vooral komt door de verschillen tussen verzekeraars. Er zijn verschillende contracten en zorgverzekeraars hanteren verschillende eisen en berekeningen. Ook de doelgroepenregistratie levert extra administratieve lasten op. Tevens ervaren enkele zorgaanbieders het als last dat het initiatief voor contact vanuit de aanbieder moet komen.

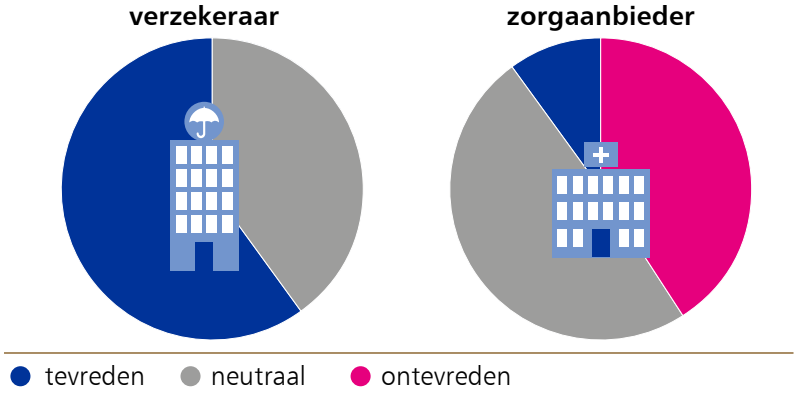
Tegelijkertijd worden de administratieve lasten en de ruimte voor onderhandeling ook vaak genoemd als beter dan in 2016. De meningen over deze onderdelen zijn dus sterk verdeeld.

Het onderdeel waarvan de meeste zorgaanbieders vinden dat dit beter ging dan in 2016, is het tijdpad. Verschillende aanbieders geven aan dat verzekeraars het tijdpad eerder bekend hebben gemaakt en dat dit over het algemeen duidelijk is. Een aantal aanbieders geeft hiernaast aan dat het tijdpad voor 2017 ruimer is dan dat voor 2016.

Ervaringen met de uitkomsten zorginkoop wijkverpleging 2017

In de figuur hiernaast staat weergegeven hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders de uitkomst van de zorginkoop voor 2017 beoordelen ten opzichte van 2016.

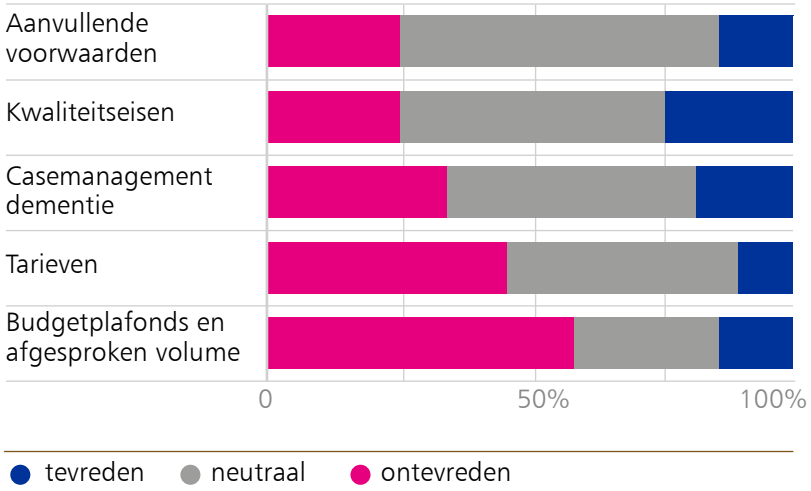
Beoordeling van de uitkomsten van de contractering 2017 t.o.v. 2016.



Zes verzekeraars beoordelen de uitkomsten van 2017 beter dan 2016, vier verzekeraars vinden deze hetzelfde. Veel zorgverzekeraars zijn tevreden over het afspreken van het integrale tarief met de meeste zorgaanbieders. Daarnaast noemt men kwaliteit en doelmatigheid als onderdelen van de afspraken waardoor de gemaakte afspraken beter zijn dan in 2016. Eén zorgverzekeraar geeft ook een minpunt, namelijk dat de vraag naar wijkverpleging nog niet goed voorspelbaar is en dat onvoldoende duidelijk is wat kostendekkende tarieven zijn voor de wijkverpleging.

De meeste zorgaanbieders (49%) beoordelen de algemene uitkomsten van het contracteerproces van 2017 gelijk aan 2016. 41% vindt de uitkomsten in 2017 slechter dan in 2016; 10% van de responderende zorgaanbieders vindt dat het resultaat van de zorginkoop in 2017 beter is dan in 2016.

Tevredenheid zorgaanbieders over de uitkomst van de contractering



Als we kijken waar de ontevredenheid van zorgaanbieders hem met name in zit, zien we dat zorgaanbieders het meest ontevreden zijn over de afgesproken tarieven voor de zorg in 2017 en de budgetplafonds (dit kan een maximumbedrag zijn maar ook een maximaal aantal zorguren). Over de budgetplafonds geven zij aan dat er geen groei mogelijk is, omdat de budgetplafonds veelal worden gebaseerd op 2016. Vaak komen alleen zorgaanbieders die volgens de verzekeraar de zorg doelmatig leveren, in aanmerking om meer zorg te mogen leveren in 2017.

Het tarief voor 2017 is volgens veel zorgaanbieders van wijkverpleging te laag. Zij geven aan dat de tarieven ver onder het maximumtarief van de NZa liggen. Dit komt volgens de zorgaanbieders onder andere doordat verzekeraars de stijging van de loonkosten vanuit de cao te beperkt hebben meegenomen in de gecontracteerde tarieven. Hierbij zijn grote verschillen te zien tussen verzekeraars, bij sommige is het tarief volgens aanbieders niet voldoende om te kunnen investeren in bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering. Bovendien vinden verschillende aanbieders dat er geen mogelijkheid is om hierover het gesprek aan te gaan. Zorgaanbieders zijn het vaakst tevreden over de gestelde kwaliteitseisen.

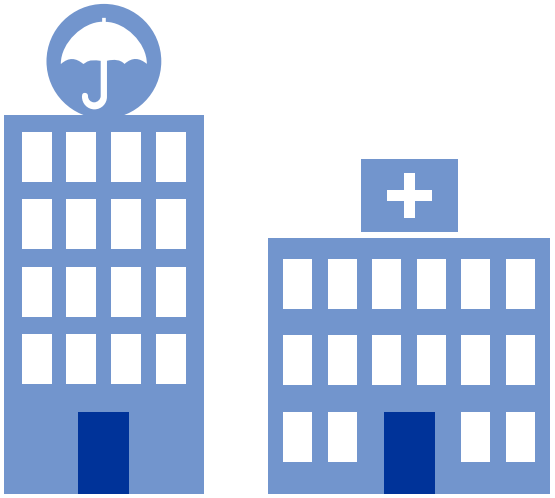
Conclusie

Zorgverzekeraars zijn over het algemeen meer tevreden over het proces en de uitkomsten van de zorginkoop voor 2017 dan zorgaanbieders. Dit beeld past bij de signalen dat sommige aanbieders weinig onderhandelingsruimte ervaren en dat verzekeraars meer invloed hebben op de contractering dan de aanbieders.

Zowel over het proces als de uitkomsten van de zorginkoop is een behoorlijke groep aanbieders negatiever dan in 2016. Een kanttekening die we bij deze vergelijking moeten plaatsen, is dat de inkoop per 2017 veranderd is ten opzichte van 2016. Een belangrijke wijziging is de inkoop van het integrale tarief en de doelgroepenregistratie. Zonder deze wijzigingen verwachtten wij een verbetering ten opzichte van 2016. In 2016 is er immers voor het eerst niet meer in representatie ingekocht, wat een deel van de ontevredenheid destijds verklaarde. Deze eventuele verbetering is nu niet meetbaar doordat de beleidswijzigingen nieuwe discussies met zich mee hebben gebracht.

Bij het zorginkoopproces zijn de meningen van zorgaanbieders over de administratieve lasten en de ruimte voor onderhandeling sterk verdeeld: deze werden het vaakst als ‘beter dan in 2016’, maar ook als ‘slechter dan in 2016’ beoordeeld. Het tijdpad ging dit jaar beter volgens een groot aantal zorgaanbieders.

Bij de uitkomst van de zorginkoop zijn zorgaanbieders het meest ontevreden over de afgesproken tarieven en de budgetplafonds.



4. Inhoud contracten wijkverpleging 2017

Volgbeleid

In 2016 maakte een groot deel van de zorgverzekeraars gebruik van wat we noemen 'volgbeleid': zij sloten aan bij afspraken tussen andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een bepaalde regio. Een groot deel van dit volgbeleid had betrekking op wijkgericht werken: zorgverzekeraars kochten deze zorgvorm in 2016 in representatie in. Per 2017 is dit representatiemodel komen te vervallen. Resultaat hiervan is dat minder zorgverzekeraars volgbeleid hanteren: bij de zorginkoop voor 2017 sloten nog maar twee zorgverzekeraars aan bij de afspraken tussen andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Maatwerk in de contracten voor wijkverpleging

Zorgverzekeraars gaven eerder aan dat zij bij de zorginkoop van wijkverpleging voor 2017 meer maatwerk wilden leveren. We zien dit terug bij acht van de tien zorgverzekeraars: zij zijn bij de zorginkoop van wijkverpleging afgeweken van hun standaard inkoopbeleid om maatwerk te leveren.

De meeste van hen doen dit echter bij enkele zorgaanbieders, en spreken dan met name een ander tarief af. Vooral voor de intensieve kindzorg wijken de zorgverzekeraars af van het standaard inkoopbeleid. Zij geven aan dat voor deze zorg een relatief hoge inzet van verpleegkundig personeel nodig is.

Eén zorgverzekeraar geeft aan regelmatig af te wijken van het standaard inkoopbeleid. Deze verzekeraar past naar eigen zeggen het tarief of het budget aan naargelang specifieke kenmerken van de aanbieder of de doelgroep.

Het is echter niet zo dat er alleen sprake kan zijn van maatwerk als zorgverzekeraars afwijken van het standaard beleid. Het is immers denkbaar dat vanuit het standaardbeleid afspraken gebaseerd worden op de specifieke situatie van de zorgaanbieder. Zorgverzekeraars wijken dan niet af van hun standaardbeleid, maar er wordt wel degelijk maatwerk afgesproken. Bovendien baseren alle verzekeraars het integraal uurtarief op de historie van de betreffende zorgaanbieder (zie hoofdstuk 5), wat een vorm van maatwerk is. Er wordt dus maatwerk afgesproken, maar uit dit onderzoek wordt niet duidelijk hoe vaak dit gebeurt en in welke vorm.

Kwaliteitseisen bij de zorginkoop van wijkverpleging

Zorgverzekeraars stellen eisen aan de kwaliteit van de wijkverpleging en controleren of zorgaanbieders zich aan die afspraken houden. Bij een derde van de zorgverzekeraars zijn de kwaliteitseisen voor 2017 aangepast naar aanleiding van de controles in 2016. Het gaat hier bijvoorbeeld om de verplichting van een geautomatiseerd classificatiesysteem of eisen aan de scholing van personeel. Eén zorgverzekeraar is strakker gaan sturen op de normen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt aan medicatieveiligheid. Dat zette de contractering voor enkele aanbieders wel op scherp, maar uiteindelijk is geen enkele aanbieder afgevallen, omdat de normen toch werden gehaald. Veel zorgverzekeraars controleren de kwaliteitscriteria ook op

dezelfde manier als vorig jaar. Wel is er landelijk gestart met het koppelen van de AGB-code van minimaal één zorgverlener (BIG-geregistreerd) aan de AGB-code van een zorgaanbieder. Dit staat nog in de kinderschoenen, maar heeft als doel een bijdrage te leveren aan het borgen van de kwaliteit van geleverde zorg doordat hiermee wordt geborgd dat er een BIG-geregistreerde zorgverlener betrokken is.

Vier zorgverzekeraars pasten het afgesproken volume aan wijkverpleging voor 2017 aan naar aanleiding van de controles op de kwaliteitseisen in 2016. Een zorgverzekeraar wijzigde het afgesproken tarief na deze controles. Deze zorgverzekeraar lichtte toe dat bij het bepalen van het tarief of budget wordt gekeken naar verschillende aspecten, waaronder het voldoen aan gestelde kwaliteitseisen. Wanneer een aanbieder (nog) niet voldoet aan één of meer van de gestelde eisen, kan dit leiden tot een lager tarief of budget dan voorheen.

Overigens gaven verzekeraars aan dat het in veel gevallen gaat om kwaliteitseisen op het gebied van structuur en proces, en veel minder over zorginhoudelijke kwaliteitseisen. Dit laatste komt volgens verzekeraars doordat relevante kwaliteitsgegevens binnen de wijkverpleging nog ontbreken.

Afspraken over doorleveren van zorg als het budgetplafond is bereikt

Vaak staan in de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken of zorgaanbieders zorg moeten blijven leveren aan nieuwe en/of aan bestaande cliënten, ook als het budgetplafond is bereikt. Dit noemen we een doorleverplicht. De meeste zorgverzekeraars (zes) hebben een doorleverplicht voor zowel bestaande als nieuwe cliënten opgenomen in hun contracten met de zorgaanbieders. Bij drie verzekeraars geldt de doorleverplicht alleen voor bestaande cliënten.

Bij één verzekeraar is de vorm van doorleverplicht afhankelijk van de contractvorm. Voorheen had deze verzekeraar één contractvorm met een doorleverplicht voor alle cliënten; dit jaar heeft deze verzekeraar verschillende vormen van doorleverplicht per contractvorm (voor alle of alleen bestaande cliënten). Bij de overige verzekeraars zijn de afspraken over de doorleverplicht in 2017 ongeveer hetzelfde als in 2016. Zo is bij twee verzekeraars de vorm van doorleverplicht ten opzichte van 2016 niet aangepast, maar zijn wel afspraken toegevoegd. Bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder tijdig aan de bel trekt als het budgetplafond bereikt wordt, of onder welke voorwaarden verhoging van het budgetplafond mogelijk is. Beide verzekeraars betrekken hierin overigens de doelmatigheidsscore van de aanbieder uit hun eigen benchmark.

Conclusie

In 2017 hanteren minder zorgverzekeraars een volgbeleid dan in 2016. Dit komt met name door het vervallen van de inkoop in representatie van wijkgericht werken. In deze monitor wordt niet duidelijk in hoeverre maatwerk wordt afgesproken. Bij de inkoop zijn standaardcontracten de regel; hier wordt maar met een beperkt aantal zorgaanbieders van afgeweken en het gaat dan met name om een ander tarief. Het is echter denkbaar dat vanuit het standaardbeleid afspraken gebaseerd worden op de specifieke situatie van de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar wijkt dan niet af van het standaardbeleid, maar er is wel degelijk sprake van maatwerk. Bovendien baseren alle verzekeraars het integraal uurtarief op de historie van de betreffende zorgaanbieder; dit is een vorm van maatwerk. Dit gaat om het merendeel van de contracten.

Zorgverzekeraars gaan actief om met het thema kwaliteit in de contracten en de controles daarop. Bij een derde van de zorgverzekeraars zijn de kwaliteitseisen voor 2017 aangepast naar aanleiding van de controles in 2016. Het gaat hierbij met name om kwaliteitseisen op het gebied van structuur en proces, en veel minder over zorginhoudelijke kwaliteitseisen, omdat volgens zorgverzekeraars relevante kwaliteitsgegevens nog ontbreken. Qua doorleverplicht is het beleid veelal gelijk aan dat van 2016, al hebben sommige verzekeraars wel afspraken toegevoegd. De meeste verzekeraars spreken een doorleverplicht af voor zowel bestaande als nieuwe cliënten, maar ook een doorleverplicht alleen voor bestaande cliënten komt regelmatig voor.

5. Inkoop van reguliere wijkverpleging voor 2017

In dit hoofdstuk staan wij stil bij de inkoop van de reguliere, patiëntgebonden wijkverpleging. Deze inkoop kan sinds 2016 op twee manieren plaatsvinden: via de reguliere prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven heeft vastgesteld of via het experiment bekostiging verpleging en verzorging.

Het experiment bekostiging verpleging en verzorging biedt de mogelijkheid om een vast bedrag per patiënt overeen te komen (een integraal tarief). Dit kan een bedrag per uur zijn, maar ook per dag, per week of per maand. Een doel van het integraal tarief is een vermindering in administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige, omdat in het integraal tarief het onderscheid tussen verpleging en verzorging wordt losgelaten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten het wel eens zijn over wat er aan zorg wordt geleverd en tegen welk tarief.

De mogelijkheid voor een integraal tarief bestaat sinds 2016. In 2016 werd deze zeer beperkt ingekocht. Voor 2017 heeft de Staatssecretaris met partijen afgesproken (brief aan de Tweede Kamer, kenmerk 980221-151954-CZ) dat de wijkverpleging in principe op grond van het experiment in de vorm van een integraal uurtarief wordt ingekocht. Wanneer partijen niet tot overeenstemming komen over een integraal tarief, kunnen partijen nog steeds gebruik maken van de reguliere prestaties voor verpleging en verzorging met bijbehorende uurtarieven. Deze prestaties worden ook gebruikt voor de niet-gecontracteerde zorg, waaronder het persoonsgebonden budget onder de Zvw.
In dit hoofdstuk brengen wij in beeld in hoeverre de inkoop via het integrale tarief heeft plaatsgevonden. Wij geven hiervoor eerst een totaaloverzicht van de inkoop en gaan daarna in op zowel de inkoop via het experiment bekostiging verpleging en verzorging, als via de reguliere prestaties.

Totaaloverzicht inkoop reguliere wijkverpleging

Alle verzekeraars hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid een integraal tarief af te spreken. In het overgrote deel van de gevallen gaat het hierbij om een integraal uurtarief: in 82% tot 98% van de gevallen is een integraal uurtarief afgesproken. Dit percentage verschilt per verzekeraar. Alle verzekeraars samen hebben gemiddeld met 93% van de gecontracteerde aanbieders een contract voor een integraal uurtarief.

Inkoop reguliere wijkverpleging

	Bandbreedte	
% contracten met integraal uurtarief	82%	98%
Totaal gecontracteerd integraal tarief		€ 2,3 miljard*
Totaal gecontracteerde reguliere prestaties		€ 349 miljoen**

* Bij enkele verzekeraars is de exacte verdeling van het gecontracteerde budget over de verschillende prestaties niet bekend. Hierbij is uitgegaan van een schatting.
** Het gaat hier om het totaal gecontracteerde budget voor de reguliere uurprestaties. Bij enkele verzekeraars is de exacte verdeling van het gecontracteerde budget over de verschillende prestaties niet bekend. Hierbij is uitgegaan van een schatting.

Het overgrote deel van de gecontracteerde wijkverpleging wordt in 2017 dus in de vorm van een integraal uurtarief bekostigd.

Overigens wordt niet-gecontracteerde zorg standaard via de reguliere prestaties bekostigd (schatting: € 93 miljoen). Het aandeel van reguliere prestaties binnen de totale wijkverpleging is dus hoger dan uit de tabel hierboven blijkt.

Contractafspraken experiment

Integraal uurtarief

De hoogte van de integrale uurtarieven loopt uiteen van € 44,40 (met één uitschieter van € 36,-) tot € 79,92 per uur. Alle verzekeraars berekenen het integrale uurtarief voor 2017 op basis van de afspraken uit het verleden over het aantal uren verzorging en verpleging van deze zorgaanbieder (de productmix) en een percentage van de NZa-maximumtarieven. Het percentage waarmee gerekend wordt, hangt af van de mate waarin de aanbieder de zorg doelmatig levert (de doelmatigheidsscore). Zo rekenen sommige verzekeraars bij een doelmatige aanbieder bijvoorbeeld met de tarieven die voor 2016 zijn afgesproken, inclusief indexatie voor 2017. Bij minder doelmatige aanbieders wordt in deze gevallen de indexatie achterwege gelaten.

Wij hebben geen informatie over de precieze systematiek die verzekeraars gebruiken om de doelmatigheid te bepalen, maar een bekende methodiek is het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt en de periode dat cliënten zorg krijgen. Overigens bleek uit interviews met zorgaanbieders dat de doelmatigheidsscore van een zelfde aanbieder per verzekeraar sterk kan verschillen als gevolg van verschillen tussen verzekeraars in de gehanteerde systematiek.
We hebben aan verzekeraars gevraagd wat het hoogst en het laagst afgesproken integrale uurtarief is. We zien op hoofdlijnen twee varianten van het hoogst afgesproken integrale tarief, welke even vaak voorkomen. Bij de eerste variant ligt de bovengrens op een 80/20 verhouding persoonlijke verzorging / verpleging (uitgaande van 100% van de maximum uurtarieven van deze prestaties). Deze verhouding is de landelijke historische productmix van persoonlijke verzorging en verpleging. Bij de tweede variant ligt de bovengrens rond het maximumtarief voor verpleging.

Het laagst afgesproken tarief is bij bijna alle verzekeraars ongeveer gelijk en varieert tussen de € 44 en € 47. Eén zorgverzekeraar hanteert een lager tarief (€ 36).

Wij kunnen niet vaststellen wat per verzekeraar de daadwerkelijke spreiding is van de afgesproken tarieven. Wij kunnen dus niet bepalen rond welk tarief het zwaartepunt ligt.

Samenvattend is de hoogte van het integrale tarief van een individuele aanbieder dus veelal afhankelijk van
- de historische verhouding van verpleging en verzorging;
- het tarief in 2016;
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar.

In 2016 heeft de NZa de productmix in 2015 geanalyseerd aan de hand van declaratiegegevens. Hieruit volgde een landelijk gemiddelde productmix van 80% persoonlijke verzorging en 20% verpleging. Dit betekent dat gemiddeld genomen 80% van de tijd wordt gedeclareerd als persoonlijke verzorging en 20% van de tijd als verpleging.

Verzekeraars baseren de uurtarieven op 2016 en nemen hierin onder andere de historische productmix mee. Aangezien de zorgvraag toeneemt en complexer wordt, zal een tarief gebaseerd op het verleden niet altijd toereikend zijn. Wij zien hier een risico dat de zorgaanbieder de kwaliteit niet kan garanderen als de zorgvraag verandert.

Keuzevrijheid integraal tarief vs. reguliere prestaties

Het merendeel van de zorgaanbieders was voorafgaand aan de contracteerronde op de hoogte van het integraal tarief.

84% van de respondenten heeft een integraal tarief afgesproken met één of meer zorgverzekeraars. Ongeveer een kwart van hen heeft tijdens de inkoopgesprekken een keuze ervaren tussen een integraal tarief en de reguliere prestaties; het grootste deel van de zorgaanbieders geeft aan dat deze keuze niet geboden werd. Volgens hen hebben zorgverzekeraars een duidelijke voorkeur voor een integraal tarief en sturen zij daar sterk op. Bijvoorbeeld omdat alle contracten met een integraal tarief waren opgesteld. Bij anderen was er wellicht wel een keuze, maar voelden zij deze keuze niet omdat zij door hun grootste verzekeraars een integraal tarief opgelegd kregen. Om overal dezelfde registratiesystematiek te kunnen hanteren, spraken deze zorgaanbieders vervolgens ook een integraal tarief af in de andere contracten.

Als een zorgaanbieder wil afwijken van het integraal tarief, moet deze volgens een aantal respondenten een duidelijke onderbouwing geven. Het kwam ook voor dat zorgaanbieders zelf aanstuurden op het integraal tarief: een aantal zorgaanbieders koos zelf bewust voor een integraal tarief in verband met de voordelen op het gebied van registratie en declaratie. Daarnaast zijn er ook zorgaanbieders die voorstander zijn van het integrale tarief, omdat zij de gehele wijkverpleging als één integrale zorgvorm zien.

Onderhandelingsruimte hoogte integraal tarief

Iets meer dan de helft van de respondenten heeft geen ruimte ervaren om over de hoogte van het integrale tarief te onderhandelen. Er zijn echter wel verschillen hoe de onderhandelingsruimte per verzekeraar wordt ervaren. Over het algemeen lijken grote aanbieders een voordeel te hebben ten opzichte van kleine aanbieders. Zij komen vaker tot een gesprek en ervaren vaker de ruimte om de hoogte van het tarief te beïnvloeden. Wel vinden alle aanbieders dat zij aan veel eisen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een hoger tarief en dat dit een hoge bewijslast met zich meebrengt. Ook geven verschillende aanbieders aan dat een hoger tarief niet altijd loont, omdat veelal een budgetplafond wordt afgesproken welke niet onderhandelbaar is.

Integraal tarief en administratieve lasten

Eén van de redenen om een integraal uurtarief in te voeren, is een (verwachte) verlichting van administratieve lasten van de wijkverpleegkundige. Wij maken hier een onderscheid in administratieve lasten tijdens het inkoopproces en de administratieve lasten in de registratie en declaratie van zorg.

72% van de zorgaanbieders die aan het onderzoek meewerkten vindt dat het integrale tarief niet zorgt voor een verlichting van de administratieve lasten bij het inkoopproces. Veelal wordt aangegeven dat het geen verschil maakt voor het inkoopproces. Een deel is zelfs van mening dat het integrale tarief tot extra werk tijdens het inkoopproces heeft geleid (dit zien we ook terug in de vergelijking met het inkoopproces van 2016 uit hoofdstuk 3).

De meest genoemde redenen hierbij zijn de verschillen tussen verzekeraars in de invulling van het integrale tarief, de nieuwe manier van tariefberekening, en de doelgroepenregistratie waar systemen op aangepast moesten worden (de doelgroepenregistratie is door verzekeraars aan het integrale tarief toegevoegd, om inzicht te krijgen in de geleverde zorg per doelgroep).

Een op de vijf respondenten vermoedt dat het integrale tarief een vermindering zal geven in de administratieve lasten in de registratie en declaratie van zorg. Zij geven aan dat het eenvoudiger is om slechts voor één prestatie de tijd te moeten registreren. Hierbij wordt door zorgaanbieders wel de kanttekening gemaakt, dat dit alleen geldt als de systematiek voor alle verzekeraars gelijk is.

Meer dan de helft van de respondenten vermoedt geen lastenverlichting in registratie en declaratie door het integrale tarief. Dit komt met name doordat registratie van de reguliere prestaties vooralsnog niet kan worden afgeschaft. Dit kent verschillende oorzaken:

- bij niet-gecontracteerde zorg, het pgb en Wlz-zorg wordt nog met de reguliere prestaties gewerkt;
- niet alle aanbieders hebben met alle verzekeraars een integraal tarief afgesproken, waardoor het declareren middels de reguliere prestaties naast het integrale tarief noodzakelijk is.

Daarnaast kiest een deel van de respondenten er bewust voor om naast het integraal tarief de reguliere prestaties te blijven registreren om inzicht te houden voor de interne bedrijfsvoering. Deze informatie biedt onder andere weer input voor de onderhandeling bij de contractering van 2018.

In de genoemde oorzaken schuilen ook twee van de redenen voor aanbieders om geen voorstander van het integrale tarief te zijn. Namelijk de angst dat het inzicht verloren gaat in de verhouding verpleging en verzorging voor de berekening van de hoogte van het tarief, en de extra lasten als gevolg van de dubbele systematiek. De werkwijze van registratie en declaratie is per 2017 dus op grote schaal veranderd, maar het is te vroeg om te zeggen of dit uiteindelijk voldoende bijdraagt aan het doel van lastenverlichting. De verwachtingen van partijen verschillen hierover, maar we merken dat hier toch veelal positief tegenaan wordt gekeken, zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgaanbieders.

Overige afspraken experiment

In plaats van een integraal tarief per uur, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook andere tariefafspraken maken op grond van het experiment. Hiermee is in 2017 € 68 miljoen gemoeid.

In totaal maken zes verzekeraars gebruik van het experiment voor andere afspraken dan het integraal uurtarief. Alle zes verzekeraars maakten voor 2017 afspraken over een maandtarief per patiënt. In totaal zijn hier twee aanbieders bij betrokken. De ene aanbieder heeft dit met alle zes de verzekeraars afgesproken, de ander met twee verzekeraars. Beide aanbieders hadden ook in 2016 met een deel van deze verzekeraars een afspraak over een maandtarief. Het is dus een voortzetting van de afspraken in 2016.

De tweede variant is een dagtarief, specifiek bedoeld voor palliatief terminale zorg. Deze variant komt bij twee aanbieders voor, waarbij ieder met één verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Ook deze afspraken zijn voortzettingen van afspraken in 2016.

Tot slot geeft één verzekeraar aan nog in gesprek te zijn met een aanbieder over een eventuele experiment afspraak.

Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het experiment ook wordt ingezet voor andere afspraken dan het integrale uurtarief, maar slechts bij een beperkt aantal aanbieders. Dit is begrijpelijk aangezien een maand of dagtarief verder afstaan van de reguliere bekostiging en afspraken in deze vorm voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders meer financiële risico's met zich meebrengen. Op kleine schaal experimenteren ligt hiermee meer voor de hand.

Inkoop wijkverpleging via reguliere prestaties

Zoals is beschreven in het begin van dit hoofdstuk is het merendeel van de wijkverpleging voor 2017 ingekocht in de vorm van een integraal uurtarief. Een klein deel van de contracten (2 - 18%) bevat nog tariefafspraken via de reguliere prestaties. Deze paragraaf bevat informatie over de afspraken bij dit deel van de contracten.

Het percentage van de contracten waarin reguliere prestaties zijn overeengekomen, verschilt per verzekeraar. Van de verzekeraars begrijpen wij dat dit komt door de verschillende werkwijzen en beleidskeuzes van verzekeraars. De ene verzekeraar lijkt makkelijker de reguliere prestaties overeen te zijn gekomen dan de ander. Zo heeft één verzekeraar aangegeven alleen reguliere uurprestaties te hebben afgesproken wanneer de aanbieder niet in staat was de administratie aan te passen voor de declaratie van het integrale tarief, bijvoorbeeld om technische redenen. Bij deze verzekeraar was onenigheid over de hoogte van het tarief geen argument om van het integrale tarief af te wijken. Een andere verzekeraar is wel tegemoet gekomen aan de wens van de zorgaanbieder om reguliere prestaties af te spreken als men niet tot overeenstemming kwam over de hoogte van het integrale tarief.

Hoogte tarieven reguliere prestaties wijkverpleging
De meeste verzekeraars gebruiken de gecontracteerde tarieven 2016 als startpunt voor de tarieven 2017, inclusief indexatie. Eén verzekeraar is daarnaast met de grootste zorgaanbieders van wijkverpleging in het werkgebied in gesprek gegaan over redelijke tarieven op basis van kostprijzen, en heeft daar de tarieven op gebaseerd.

In onderstaande tabel is weergegeven welke percentages van het NZa-tarief minimaal en maximaal zijn afgesproken voor de reguliere prestaties.

Gecontracteerde tarieven reguliere prestaties wijkverpleging

	Minimum	Maximum	NZa maximum tarief	Bandbreedte t.o.v. NZa-tarief
Persoonlijke verzorging	€ 43,92	€ 51,12	€ 53,33	82 – 96%
Oproepbare verzorging	€ 45,12	€ 53,00	€ 57,13	79 – 93%
Verpleging	€ 55,20	€ 77,96	€ 78,95	70 – 99%
Oproepbare verpleging	€ 55,20	€ 82,08	€ 84,56	65 – 97%
Gespecialiseerde verpleging	€ 58,80	€ 83,00	€ 85,49	69 – 97%
AIV	€ 58,80	€ 75,00	€ 78,95	75 – 95%

Deze tabel laat zien welke tarieven er zijn afgesproken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor de wijkverpleging, bij de contracten met reguliere prestaties. Het gaat hier dus om tariefafspraken bij gemiddeld 7% van de contracten. Bij verreweg de meeste contracten (93%) wordt er geen gebruik gemaakt van deze reguliere prestaties, maar van een integraal tarief voor de wijkverpleging.

Voor 2017 is het mogelijk om bij de tarieven voor deze reguliere prestaties ook een vergoeding te geven van maximaal 1,17% voor de gederfde rente als zorgaanbieders eigen vermogen investeren in de zorg. Dit noemen we de ‘vergoeding voor gederfd rendement eigen vermogen’ (VGREV). In geen enkel contract zijn hier afspraken over gemaakt.

Conclusie

De cijfers laten zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun contracten voor de wijkverpleging massaal zijn overgestapt op de integrale tarieven die zij kunnen afspreken via het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Alle verzekeraars hebben een sterke voorkeur voor het integrale tarief.

Slechts een klein deel (2 – 18%) van de contracten is nog op basis van de reguliere prestaties. Zorgaanbieders hebben ervaren dat verzekeraars een voorkeur hebben voor het integrale tarief: het merendeel van de respondenten heeft weinig keuzevrijheid ervaren rondom het wel of niet afspreken van een integraal tarief. Echter, ook in de situaties waar deze vrijheid wel is ervaren, heeft dit in de meeste gevallen toch tot een integraal tarief geleid. Er zijn ook zorgaanbieders met een voorkeur voor het integrale tarief.

De hoogte van de overeengekomen integrale tarieven varieert sterk en is afhankelijk van de historische productmix van de aanbieders. Binnen het integrale tarief wordt dus een individueel tarief afgesproken, passend bij de specifieke zorgaanbieder. Wij zien hier echter een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Aangezien de zorgvraag toeneemt en complexer wordt, zal een tarief gebaseerd op het verleden niet altijd toereikend zijn.

Het belangrijkste doel van het integrale tarief, een daling van de administratieve last voor de wijkverpleegkundige door de verantwoording ten behoeve van rechtmatige declaraties te vereenvoudigen, wordt nog niet volleidg behaald. Wijkverpleegkundigen die bij aanbieders werken die (deels) zijn overgestapt op het integrale tarief hoeven niet meer (altijd) een onderscheid te maken tussen persoonlijke verzorging en verpleging, wat in principe leidt tot een verlichting van administratieve lasten. Echter, dit is afhankelijk van de wijze waarop de zorgaanbieder de registratie inricht. Wanneer een zorgaanbieder ervoor kiest persoonlijke verzorging en verpleging apart te blijven registreren, verdwijnt het effect.

Daarnaast is het soms noodzakelijk om deze aparte registratie in stand te houden. Doordat veel aanbieders om verschillende redenen niet alle zorg via het integrale tarief (kunnen) declareren, is het noodzakelijk in ieder geval voor een deel van de patiënten de reguliere systematiek in de registratie te blijven hanteren.

De werkwijze van registratie en declaratie is per 2017 dus op grote schaal veranderd, maar het is te vroeg om te zeggen of dit uiteindelijk voldoende bijdraagt aan het doel van lastenverlichting. De verwachtingen van partijen verschillen hierover.

In die gevallen waar voor 2017 geen integraal tarief, maar de reguliere prestaties overeen zijn gekomen, hebben de meeste verzekeraars voor de tariefstelling aangesloten bij 2016, inclusief indexatie.

6. Inkoop van specifieke zorgvormen in de wijkverpleging

Wijkgericht werken

Binnen wijkgericht werken gaat het om de samenwerking met het sociale en medische domein, en om wijkgerichte activiteiten. In 2015 en 2016 bestond hiervoor een aparte prestatie. Deze prestatie voor wijkgericht werken is per 2017 komen te vervallen. In plaats daarvan kan de prestatie beloning op maat worden gebruikt om wijkgericht werken te belonen. Beloning op maat biedt de ruimte om aanvullende beloningsafspraken te maken in het kader van kwaliteit, uitkomsten, innovatie of voor het bedienen van een specifieke populatie.
Voor 2017 hebben alle verzekeraars afspraken gemaakt over de vergoeding van wijkgericht werken. Drie verzekeraars maakten hiervoor gebruik van de prestatie beloning op maat en spraken hiervoor een bedrag af per patiënt in zorg.

De meeste verzekeraars hebben er echter voor gekozen om de vergoeding voor wijkgericht werken op te nemen in het integrale uurtarief. Eén van de verzekeraars doet beide: bij sommige aanbieders is wijkgericht werken opgenomen in het integrale tarief, bij andere aanbieders wordt dit via beloning op maat vergoed.

Voor de controle of de gemaakte afspraken worden nagekomen, maken verzekeraars gebruik van evaluatie-/monitoringsgesprekken met aanbieders gedurende het jaar. Ook komt het voor dat er afspraken worden gemaakt over de wijze waarop het wordt verantwoord in het jaarverslag. Eén van de verzekeraars benoemt ook het monitoren van de zorgkosten op (sub)regioniveau in samenwerking met de gemeente als een vorm van controle op dit onderwerp.

Ervaringen bij de inkoop van wijkgericht werken

Van de zorgaanbieders die de vragenlijst invulden, had ruim een derde in 2016 afspraken met één of meerdere zorgverzekeraar(s) over wijkgericht werken. Iets minder dan de helft van deze respondenten heeft deze afspraken in 2017 gecontinueerd onder ‘Beloning op maat’. Van de overige zorgaanbieders geeft een aantal aan dat zij beloning op maat niet kennen, of dat deze optie niet werd aangeboden door de verzekeraar. Ook werd dit met ingang van 2017 bij sommige zorgaanbieders verwerkt via een opslag op het integrale tarief. Overigens gaf een aantal zorgaanbieders aan dat ten tijde van de dataverzameling de afspraken over dit onderdeel veelal nog niet waren afgerond.

Doordat verzekeraars de inkoop van wijkgericht werken op verschillende manieren invullen, heerst bij sommige zorgaanbieders onduidelijkheid over de inkoop van deze zorgvorm. Ook door een verzekeraar werd het verschil tussen verzekeraars in de inkoop van wijkgericht werken opgemerkt. Deze verzekeraar gaf aan dat verzekeraars van mening verschillen over wat als wijkgerichte zorg apart moet worden beloond en wat standaard onderdeel uit moet maken van de wijkverpleegkundige zorg. Deze verschillende inzichten kunnen volgens deze verzekeraar leiden tot inhoudelijk andere afspraken, maar ook tot de inkoop van deze prestatie bij verschillende partijen in een regio.

Beloning op maat

Vier van de tien verzekeraars maken ook voor andere afspraken dan wijkgericht werken gebruik van beloning op maat.

Bij de helft gaat het om afspraken in het kader van innovatie e-health en domotica. Eén zorgverzekeraar maakt gebruik van beloning op maat om afspraken te maken met zorgaanbieders over de zorggarantie in de regio (basis infrastructuur). Deze afspraken zijn bedoeld om de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie bij ontslag net voor het weekend te verbeteren. Een situatie waar nu regelmatig knelpunten bij optreden. Eén zorgverzekeraar maakt deze beloningsafspraken voor het verbeteren van doelmatigheid van een zorgaanbieder.

Net als bij de afspraken over wijkgericht werken is een deel van de vergoedingen in het kader van beloning op maat meegenomen in de hoogte van het integrale tarief. Andere vormen zijn een opslag op het tarief van de prestaties verpleging en verzorging (toegepast bij innovatie en zorggarantie in de regio), of het achteraf vergoeden van een opslag op het uurtarief (toegepast bij verbetering van de doelmatigheid in 2017 ten opzichte van 2016).
Net als bij de afspraken over de beloning van wijkgerichte zorg controleert een deel van de verzekeraars het naleven van de afspraken aan de hand van evaluatie-/monitoringsgesprekken met de betreffende zorgaanbieders. Daarnaast wordt de controle gebaseerd op verslaglegging, zorgkostenmonitoring of specifieke kwaliteitsafspraken die mee worden genomen in de nalevingscontroles van de verzekeraar.

In 2016 maakten twee verzekeraars gebruik van de prestatie beloning op maat, zo bleek uit de monitor 2016. In 2017 maken meer verzekeraars gebruik van deze ruimte, los van het toegevoegde onderdeel wijkgericht werken. Het totaal aantal aanbieders waarmee afspraken worden gemaakt voor beloning op maat is niet te bepalen, doordat verschillende verzekeraars hierover nog gesprekken voerden ten tijde van de uitvraag. De inkoopgesprekken die wel waren afgerond, lieten ten opzichte van 2016 al een stijging zien van het aantal aanbieders waarmee deze prestatie is afgesproken (55, versus 20 in 2016).

Beschikbaarheid van onplanbare zorg

Onplanbare zorg gaat gepaard met extra kosten in het kader van beschikbaarheid. Vanuit de bekostiging kan hier op verschillende manieren voor gecompenseerd worden. Namelijk met de prestaties oproepbare verpleging en verzorging, het integrale tarief of de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg. Met deze laatste prestatie kan niet de zorg zelf, maar eventuele gemaakte infrastructurele kosten in het kader van een regionale beschikbaarheidsvoorziening worden bekostigd.

Zorgverzekeraars kopen onplanbare zorg op verschillende manieren in. Net als vorig jaar vergoeden de meeste verzekeraars dit via de prestaties oproepbare verzorging en oproepbare verpleging, al dan niet opgenomen in het integrale tarief. Vier verzekeraars gebruiken daarnaast de prestatie ‘Regionale beschikbaarheid van onplanbare zorg’ om de kosten in het kader van beschikbaarheid van onplanbare zorg te vergoeden. Zij stellen hierbij als voorwaarde dat de voorziening beschikbaar en bereikbaar is in de regio. Eén verzekeraar stelt dat de zorgaanbieder moet aantonen dat de beschikbaarheid een knelpunt is in de regio om voor een aanvullende vergoeding in aanmerking te komen.

Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg

Voor verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg zijn per 2017 twee nieuwe prestaties vastgesteld. Intensieve kindzorg is verpleegkundige zorg aan kinderen waarbij behoefte is aan permanent toezicht of 24-uurszorg. De maximumtarieven voor deze zorg zijn vastgesteld op basis van kostenonderzoeken. Deze tarieven kunnen verhoogd worden met ten hoogste 10%, als zorgaanbieder en zorgverzekeraar dat overeenkomen (het max-max tarief).

In onderstaande tabel is te zien welke tarieven voor deze prestaties overeen zijn gekomen.

In de tabel is te zien dat verzekeraars voor beide zorgvormen tot aan het maximumtarief hebben gecontracteerd. Geen enkele verzekeraar heeft gebruik gemaakt van het max-max tarief. Daarnaast valt op dat de maximaal gehanteerde afslag bij de prestatie verblijf hoger is dan voor de prestatie dagopvang. Een verzekeraar vertelde ons dat, net als bij de inkoop van de reguliere wijkverpleging, voor intensieve kindzorg is aangesloten bij de vergoeding per dag in 2016. Voor verblijf lag de vergoeding in 2016 verder onder het maximumtarief voor 2017 dan voor dagopvang. Mogelijk geldt dit voor meer verzekeraars.

Inkoop prestaties intensieve kindzorg

	Aantal gecontracteerde zorgaanbieders	Minimum	Maximum	NZa maximum tarief	Bandbreedte t.o.v. NZa-tarief
Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg	4 – 14	€ 296,78	€ 317,26	€ 317,26	94 – 100%
Verblijf intensieve kindzorg	9 – 15	€ 590,45	€ 696,30	€ 696,30	85 – 100%

Ervaringen met de inkoop dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg

Acht zorgaanbieders die de vragenlijst invulden, hebben een contract voor de prestaties verpleegkundige dagopvang en/of verblijf bij intensieve kindzorg. Zij ervaren de inkoop van deze zorg verschillend. Vier zorgaanbieders zijn neutraal, drie zijn ontevreden en één zorgaanbieders is tevreden over het afgesproken tarief.

Een aantal van de zorgaanbieders heeft weinig ruimte ervaren voor het voeren van een gesprek over de hoogte van de tarieven. Wanneer er wel ruimte wordt geboden, ervaart de aanbieder een grote bewijslast, waardoor het veel tijd kost. De tevreden zorgaanbieder geeft aan dat er door de meeste verzekeraars redelijke tarieven worden geboden voor deze zorg.

Een kanttekening die drie van de respondenten plaatsten, is dat niet alle verzekeraars een goed beeld lijken te hebben van de zorg die de aanbieders leveren. Zij zijn van mening dat het voor de inkoop zou helpen als verzekeraars beter op de hoogte zouden zijn van deze zorg en ontwikkelingen die spelen.

Farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie

De inzet van farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie wordt sinds 2015 gedeclareerd via de reguliere prestaties verpleging en verzorging (mits hier een overeenkomst met de verzekeraar aan ten grondslag ligt). Per 2016 is in de regelgeving opgenomen dat de uren ter vergoeding van deze zorgvormen apart inzichtelijk moeten zijn in de declaratie.

In 2016 hadden alle verzekeraars, met uitzondering van één grote verzekeraar, afspraken gemaakt over een vergoeding voor farmaceutische telezorg en/of beeldschermcommunicatie. In 2017 geven minder verzekeraars aan hier apart afspraken over te hebben gemaakt, namelijk de helft van alle verzekeraars. Mogelijk is deze zorg opgenomen in het integraal tarief.
De gemaakte afspraken betreffen vooral het declareren van extra uren als compensatie voor het inzetten van deze zorgvormen, en afspraken over het opnemen in het integrale tarief. Andere afspraken hebben betrekking op de evaluatie van deze zorgvormen, en de inzet ter bevordering van doelmatigheid.

Dementiezorg

Casemanagement dementie

Alle verzekeraars hebben casemanagement dementie ingekocht. De meeste verzekeraars hebben dit bij alle gecontracteerde aanbieders ingekocht, waarbij zij aangeven dat casemanagement onderdeel uitmaakt van het integrale uurtarief, dan wel van de reguliere prestaties verpleging en verzorging.

Veel verzekeraars nemen specifieke voorwaarden voor de levering van casemanagement dementie op in het contract. Eén verzekeraar heeft casemanagement dementie alleen ingekocht bij specifieke aanbieders, waarbij als voornaamste eis geldt dat de zorgaanbieder deel uitmaakt van een regionale dementieketen. Deze zorgverzekeraar heeft casemanagement dementie in de vorm van een geoormerkt budget ingekocht. Een andere verzekeraar geeft aan deze zorg alleen geoormerkt te hebben ingekocht indien de betreffende zorgaanbieder fungeert als kassier voor casemanagers bij andere zorgaanbieders.
Aan de verzekeraars die casemanagement dementie niet geoormerkt hebben ingekocht, stelden we de vraag hoe – zonder oormerk- de verzekeraar borgt dat voldoende van deze

zorg is ingekocht. Hierop antwoorden de meeste verzekeraars dat dit geborgd is door een inkoop bij alle gecontracteerde zorgaanbieders, waardoor alle in het land beschikbare capaciteit voor deze zorg wordt benut. Ook wordt het volgen van landelijke ontwikkelingen (zoals deelname aan het 'Actieplan casemanagement dementie') in dit kader genoemd.

Opvallend is dat bijna alle verzekeraars casemanagement dementie als integraal onderdeel van wijkverpleging inkopen, maar dat een deel van de aanbieders een integraal uurtarief of uurtarief voor verpleging vergoed krijgt dat lager of rond het tarief van persoonlijke verzorging ligt. Casemanagement dementie wordt geleverd door een HBO-verpleegkundige. Dit deskundigheidsniveau kan alleen ingezet worden bij een voldoende kostendekkende vergoeding voor de geleverde zorg. In integrale uurtarieven is de historische verhouding verpleging en persoonlijke verzorging, en dus ook het aandeel casemanagement dementie, meegenomen in de tariefberekening. Bij zorgaanbieders met een uurtarief dat lager of rond het tarief van persoonlijke verzorging ligt, maakt verpleging (en dus casemanagement dementie) een klein deel uit van de totale zorg. Zolang de vraag naar casemanagement dementie vergelijkbaar is met voorgaande jaren, is er geen probleem. Echter, als de vraag toeneemt, ontstaat mogelijk een probleem. Aangezien het tarief voor persoonlijke verzorging niet kostendekkend is wanneer er regelmatig een HBO-verpleegkundige moet worden ingezet, zien wij hierbij een risico dat aanbieders met dergelijke tarieven niet voldoende casemanagement kunnen leveren en dat de kwaliteit niet gegarandeerd kan worden.

De zorgaanbieders die de vragenlijsten invulden, zijn ook hier verdeeld over de vraag of zij tevreden zijn met het tarief. Het grootste deel (48%) is neutraal, 33% is ontevreden. De overige zorgaanbieders zijn tevreden. Zorgaanbieders geven aan dat zij de manier waarop zij deze zorg in rekening kunnen brengen, onduidelijk vinden. Het is immers geen aparte prestatie, maar de zorg wordt gedeclareerd als verpleging. Andere zorgaanbieders vinden juist dat deze zorg een integraal onderdeel is van de wijkverpleging en dat er dus terecht geen aparte prestatie voor bestaat.

Ketenzorg dementie

De prestatie ketenzorg dementie faciliteert de bekostiging van netwerkstructuren voor ketenzorg dementie, zoals de regiefunctie en coördinatie. Voor deze prestatie geldt dat er een overeenkomst moet bestaan tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

In 2015 en 2016 was sprake van een experiment ketenzorg dementie. Op aanvraag van zorgverzekeraar en zorgaanbieder gaf de NZa al dan niet een beschikking af voor de experiment-overeenkomst. Met ingang van 2017 is de experiment-status van deze zorgvorm vervallen en is het als reguliere prestatie opgenomen in de regelgeving.

Van 2015 naar 2016 was een dalende trend te zien, zowel in het aantal afgegeven beschikkingen, als in het totaal gecontracteerde bedrag. Doordat het ingekochte bedrag bij veel verzekeraars nu integraal onderdeel uitmaakt van het totale bedrag aan wijkverpleging kunnen we geen inzage geven in het totaal gecontracteerde bedrag in het kader van ketenzorg dementie.

Het aantal verzekeraars dat ketenzorg dementie heeft ingekocht, is gelijk gebleven t.o.v. 2016 (zes van de tien), en het gaat hierbij

om dezelfde verzekeraars. Al deze verzekeraars geven aan in 2017 geen nieuwe aanbieders te hebben gecontracteerd voor ketenzorg dementie. Wel hebben twee van deze verzekeraars een aantal aanbieders uit 2016 niet opnieuw gecontracteerd. Het totaal aantal gecontracteerde aanbieders voor ketenzorg dementie is dus lager dan in 2016. De dalende trend lijkt zich dus voort te zetten. De reden van deze verzekeraars om een aantal zorgaanbieders niet opnieuw te contracteren is praktisch van aard: de samenwerking in de regio is veranderd, of men kwam tot overeenstemming dat de keten inmiddels is opgezet en de gelden niet meer nodig waren om de keten in stand te houden.

De verzekeraars die de prestatie ketenzorg dementie hebben ingekocht, doen dit via een lumpsumbedrag. Veelal zijn de voorwaarden gelijk aan de voorwaarden zoals die golden onder het experiment ketenzorg dementie, en is het tarief op dezelfde manier berekend als voorheen.

Bij ketenzorg, maar ook bij wijkgericht werken en beschikbaarheid van onplanbare zorg, zijn samenwerking en regionale afstemming van belang. Verzekeraars gaan in de inkoop op verschillende manieren om met deze zorgvormen. Het risico bestaat dat de samenwerking tussen zorgaanbieders en/of domeinen in een regio verloren gaat als deze functies op verschillende manieren en bij veel verschillende partijen worden ingekocht. Het risico bestaat dat te veel versnippering optreedt, wat de samenwerking en ook doelmatige inzet van de beschikbare capaciteit (en dus de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg) niet ten goede komt.

Palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg (ptz) is een specialistische zorgvorm die valt onder de reguliere prestaties van de wijkverpleging. Deze specialistische zorgvorm kent geen eigen prestaties, maar kent wel een specifieke doelgroep waarvoor voldoende zorg moet zijn ingekocht.

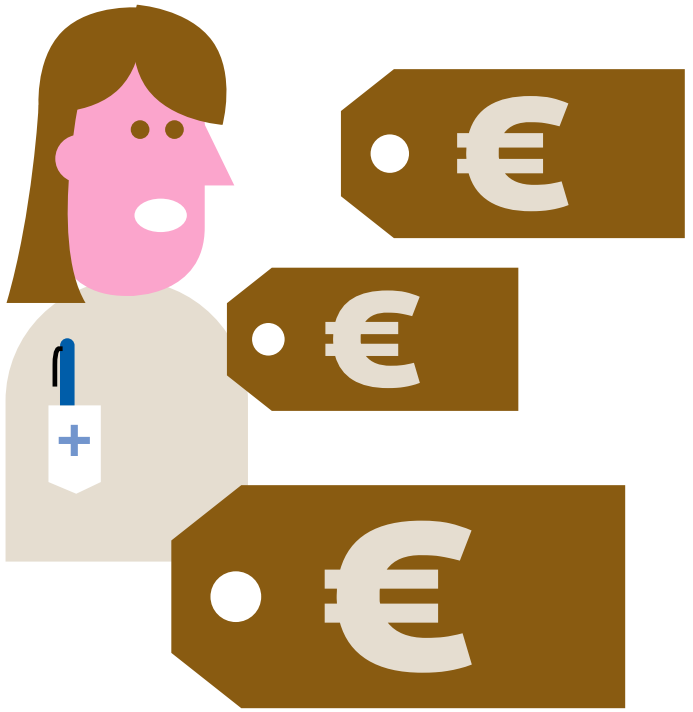
De meeste verzekeraars geven aan dit bij alle gecontracteerde aanbieders te hebben ingekocht. Zij geven hierbij aan dat alle aanbieders geacht worden deze zorg te leveren, mits zij voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Op deze manier moet voldoende inkoop geborgd zijn. Sommige verzekeraars geven aan bij palliatief terminale zorg geen budgetplafond te hanteren, of een groeipercentage te hebben meegenomen in de inkoop. Zij doen dit om te voorkomen dat het leveren van ptz, veelal een intensieve vorm van zorg, leidt tot tekorten op het budget.

Sommige zorgaanbieders stellen kritische kanttekeningen bij het beleid rondom ptz. Zij geven aan dat sommige verzekeraars dezelfde voorwaarden hanteren als de reguliere wijkverpleging en dat dit niet past voor ptz. Daarnaast is men kritisch over een budgetplafond voor dit type zorg.

Complexe wondzorg

De prestatie ‘Regiefunctie complexe wondzorg’ is bedoeld voor het traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. In 2016 werd deze zorg door het merendeel van de verzekeraars niet apart ingekocht, met als reden dat hiervoor geen voorstel voor werd ontvangen, of dat de verzekeraar van mening was dat deze zorg onderdeel is van de reguliere prestaties.

Ook in 2017 wordt deze prestatie door een minderheid van de verzekeraars afgesproken: vier van de tien verzekeraars spreekt deze prestatie apart af bij een totaal van 58 instellingen (NB: dit zijn niet per definitie unieke aanbieders). Bij drie van deze verzekeraars gaat het hierbij om een pilot rondom de complexe wondzorg. Twee van deze pilots zijn al in 2016 gestart en lopen door in 2017. In deze pilots worden afspraken gemaakt over inzet van verpleegkundigen en hoe de zorg wordt vormgegeven. Eén verzekeraar geeft aan ook afspraken te hebben gemaakt over de wondzorg met andere typen aanbieders, zoals ziekenhuizen en hulpmiddelenleveranciers.



Conclusie

De wijkverpleging kent een aantal specifieke zorgvormen waarbij samenwerking en regionale afstemming van belang zijn: wijkgericht werken, beschikbaarheid van onplanbare zorg en ketenzorg dementie. Verzekeraars kopen deze zorgvormen op verschillende manieren in: meestal als onderdeel van de reguliere zorg (al dan niet via het integrale tarief), maar ook de specifieke prestaties voor deze zorgvormen worden hiervoor gebruikt. Door deze verschillende manieren van inkoop bestaat het risico dat te veel versnippering optreedt, wat de samenwerking en ook doelmatige inzet van de beschikbare capaciteit (en dus de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg) niet ten goede komt.

Bij de nieuwe prestaties voor intensieve kindzorg valt op dat voor verblijf een grotere afslag ten opzichte van het NZa tarief wordt gehanteerd dan voor dagopvang. De reden hiervoor lijkt dat verzekeraars aansluiten bij het tarief van 2016. In lijn hiermee wordt ook geen gebruik gemaakt van het verhoogde maximumtarief.

Casemanagement dementie wordt door alle verzekeraars ingekocht, en de meeste doen dit door het bij alle gecontracteerde zorgaanbieders onderdeel te laten zijn van de reguliere wijkverpleging. Dit zelfde geldt voor de palliatief terminale zorg. Opvallend bij casemanagement dementie is dat sommige verzekeraars een uurtarief afspreken dat dicht bij het uurtarief voor persoonlijke verzorging ligt. Gezien het hoge deskundigheidsniveau dat vereist is voor casemanagement dementie, bestaat het risico dat deze zorgaanbieders niet voldoende casemanagement dementie kunnen leveren of de kwaliteit niet kunnen garanderen.

Veel zorgaanbieders zijn kritisch over de inkoop van casemanagement dementie en palliatief terminale zorg. Zorgaanbieders menen dat dit specialistische zorgvormen zijn, die niet onder de reguliere verpleging geschaard kunnen worden. Doordat er geen aparte prestaties bestaan, is er tot nog toe beperkt tot geen inzicht in inzet van deze zorgvormen.

Complexe wondzorg is net als in 2016 een prestatie die slechts door een minderheid van de verzekeraars wordt afgesproken.

7. Conclusie en aanbevelingen

De wijkverpleging is een zorgsector waar veel veranderingen zichtbaar zijn. Het aantal patiënten neemt toe doordat mensen langer thuis blijven wonen, ouder worden en minder lang in het ziekenhuis kunnen blijven. De zorgvraag is complexer dan voorheen. Een goed functionerende wijkverpleegkundige verpleegt en verzorgt niet alleen in het kader van bestaande klachten, maar werkt nadrukkelijk ook aan het behouden of verbeteren van gezondheid. Preventie en signaleren maken dan ook onlosmakelijk deel uit van deze zorg.

Tegelijkertijd dreigt er binnen de sector een tekort aan wijkverpleegkundigen om deze zorgvraag op te vangen. Er ligt dus een enorme uitdaging voor het veld, waarbij gezocht moet worden naar manieren waarop er zo doelmatig mogelijk wordt omgegaan met de beschikbare capaciteit.

Hieronder sommen wij de belangrijkste conclusies uit deze monitor op. De contracteergraad binnen de wijkverpleging is hoog. In totaal gaat er in de wijkverpleging naar schatting € 3,3 miljard om in 2017 (gecontracteerde zorg plus een schatting van niet-gecontracteerde zorg en pgb). Dit is ongeveer € 300 miljoen lager dan het beschikbare landelijke budget van € 3,6 miljard.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken vanaf 2017 massaal met het integrale uurtarief: bij gemiddeld 93% van de contracten maken zij hierover afspraken op maat. Zowel voor het integrale uurtarief als voor de tarieven van de reguliere prestaties baseren zorgverzekeraars zich op de tarieven van 2016. Voor het bepalen van de hoogte van het integraal uurtarief worden daarbij ook de historische productmix en de doelmatigheid van de betreffende aanbieder betrokken.

De afgesproken integrale uurtarieven variëren tussen de € 44,40 en € 79,95 per uur (met één uitschieter van € 36). Voor de wijkverpleging waar in de contracten nog wordt gewerkt met de reguliere prestaties voor persoonlijke verzorging en verpleging (ongeveer 7% van de contracten), verschillen de afgesproken tarieven per zorgvorm. De afgesproken tarieven variëren van 65-99% van de maximumtarieven.

De overstap naar integrale tarieven leidt volgens de zorgaanbieders nog niet tot een verlichting van de administratieve lasten. Vaak komt dit omdat de aanbieders de zorg ook nog als de reguliere prestaties voor persoonlijke verzorging en verpleging registreren. Soms is dit een eigen keuze, maar vaak is dit ook noodzakelijk, omdat bepaalde zorg nog niet via het integrale tarief kan worden gedeclareerd (Wlz-zorg, zorg via het pgb en zorg waarvoor geen contractafspraken zijn).

Zorgaanbieders zijn over het algemeen minder tevreden over het contracteerproces en de uitkomsten ervan dan zorgverzekeraars, en zij beoordelen deze ook negatiever dan in 2016. Zorgaanbieders zijn met name ontevreden over de ruimte voor onderhandeling, de

gestelde tarieven en de budgetplafonds. Zorgverzekeraars zijn over het inkoopproces meer tevreden dan in 2016.

Zorgverzekeraars nemen vaak een doorleverplicht op in de contracten, veelal voor zowel bestaande als nieuwe cliënten. Ook een doorleverplicht voor alleen bestaande cliënten komt voor.

Casemanagement dementie wordt door alle verzekeraars ingekocht, meestal als onderdeel van de reguliere wijkverpleging. Het zelfde geldt voor de palliatief terminale zorg.

Voor de specifieke zorgvormen wijkgericht werken, beschikbaarheid van onplanbare zorg en ketenzorg dementie zijn samenwerking en regionale afstemming van belang. Verzekeraars kopen deze zorgvormen op verschillende manieren in: meestal als onderdeel van de reguliere zorg (al dan niet via het integrale tarief), maar ook de specifieke prestaties voor deze zorgvormen worden hiervoor gebruikt.

Zorgverzekeraars stellen eisen aan de kwaliteit van de wijkverpleging en controleren of zorgaanbieders zich aan die afspraken houden. Bij een derde van de zorgverzekeraars zijn de kwaliteitseisen voor 2017 aangepast naar aanleiding van de controles in 2016. Het gaat hier bijvoorbeeld om de verplichting van een geautomatiseerd classificatiesysteem of eisen aan de scholing van personeel.

Zorgverzekeraars gaven aan dat het in veel gevallen gaat om kwaliteitseisen op het gebied van structuur en proces, en veel minder over zorginhoudelijke kwaliteitseisen. Dit laatste komt volgens verzekeraars doordat relevante informatie over de kwaliteit van de wijkverpleging nog ontbreekt.

Aanbevelingen

Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook in hun contracten inspelen op de veranderingen die gaande zijn in de sector. Beide partijen hebben de taak om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken en te houden. De beschikbaarheid van noodzakelijke informatie over de zorg is hierbij essentieel.

Zorgverzekeraars moeten voldoende kwalitatief goede wijkverpleging inkopen voor hun naturaverzekerden. Zonder de juiste informatie kunnen zij deze sturende rol niet goed uitvoeren. De NZa roept zorgaanbieders van wijkverpleging op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten daarvan goed te onderbouwen.
Hier is een start mee gemaakt met doelgroepenregistratie, maar dit kan verder worden uitgebouwd, bijvoorbeeld door goed inzichtelijk te maken wat voor personeel zorgaanbieders in dienst hebben (deskundigheidsniveau) en wat dat kost.

De continuïteit en kwaliteit van de wijkverpleging is mede afhankelijk van de financiële positie van aanbieders. We vrezen dat (te) scherp inkopen ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en de deskundigheid van het personeel. Zo kan een aanbieder alleen personeel van een hoog deskundigheidsniveau aantrekken en behouden wanneer ze hiervoor voldoende kostendekkende tarieven hebben.

Een concreet voorbeeld hiervan is casemanagement dementie. Sommige zorgaanbieders ontvangen een uurtarief dat lager of rond het maximumtarief voor persoonlijke verzorging ligt. Casemanagement dementie wordt geleverd door een HBO-

verpleegkundige. Zolang de vraag naar casemanagement dementie vergelijkbaar is met voorgaande jaren, is er geen probleem. Echter, er ontstaan mogelijk problemen als de vraag toeneemt. Aangezien het tarief voor persoonlijke verzorging niet kostendekkend is wanneer er regelmatig een HBO-verpleegkundige moet worden ingezet, is de kans groot dat aanbieders met dergelijke tarieven weinig tot geen casemanagement kunnen leveren en dat de kwaliteit van deze zorg niet kan worden gegarandeerd.

Overigens geldt dit niet alleen voor casemanagement dementie; ook voor de gehele reguliere wijkverpleging gaat dit op. Verzekeraars baseren de tarieven op 2016 en nemen hierin onder andere de historische productmix mee. Aangezien de zorgvraag toeneemt en complexer wordt, bestaat het risico dat een tarief gebaseerd op het verleden niet meer toereikend is. De NZa roept zorgverzekeraars op om samen met de sector toekomstgerichte plannen te maken en tarieven af te spreken die hierbij aansluiten. De informatie uit het recent uitgevoerde kostenonderzoek binnen de wijkverpleging ('Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging') kan hierin bruikbaar zijn.

Voor veel zorgaanbieders geldt de plicht om zorg te blijven leveren, ook als het budgetplafond is bereikt. Deze doorleverplicht is goed voor de toegankelijkheid van zorg, maar voor de zorgaanbieders betekent het een onzekerheid of zij deze zorg vergoed krijgen. Hierover krijgen wij verschillende signalen. Volgens zorgverzekeraars is ophoging van het budgetplafond mogelijk; zij vragen zorgaanbieders tijdig aan de bel te trekken als zij in de problemen dreigen te komen. Zorgaanbieders vinden echter dat het moeilijk is om daadwerkelijk een budgetophoging te krijgen. Ook over het contracteerproces verschillen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van mening. Wij roepen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars op om de signalen serieus te nemen en te werken aan herstel van wederzijds vertrouwen.

Een ander aspect van kwalitatief goede wijkverpleging is de organisatie van een aantal specifieke zorgvormen waarbij samenwerking en regionale afstemming van belang zijn: wijkgericht werken, beschikbaarheid van onplanbare zorg, en ketenzorg dementie. We constateren dat verzekeraars in de inkoop op verschillende manieren omgaan met deze zorgvormen. Wij maken ons zorgen dat de samenwerking tussen zorgaanbieders en/of domeinen in een regio verloren gaat als deze functies op verschillende manieren en bij veel verschillende partijen worden ingekocht. Het risico bestaat dat te veel versnippering optreedt, wat de samenwerking en ook doelmatige inzet van de beschikbare capaciteit (en dus de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg) niet ten goede komt.

Concluderend zien we aan de ene kant scherpe tariefstellingen en budgetplafonds gebaseerd op realisaties uit het verleden, aan de andere kant is er de verschuiving naar een zwaardere zorgvraag en bestaat er nog ruimte in het macrokader. Wanneer er niet voldoende wordt ingespeeld op de ontwikkelingen van de zorgvraag zien wij voor de toekomst een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Wij zien een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars om deze risico's zo veel mogelijk te verkleinen. Aan zorgaanbieders doen we de oproep om inzichtelijk te maken welke zorg geleverd wordt en welke overige activiteiten rondom de wijkverpleging worden ontplooid. Breng de kwaliteit in kaart en maak transparant welke kosten hiermee gemoeid zijn. Zorgverzekeraars roepen

we op om toekomstgericht in te kopen: maak samen met de sector toekomstgerichte plannen en spreek tarieven af die hierbij aansluiten.

Van belang is dat partijen in gesprek zijn over knelpunten in de wijkverpleging en mogelijke oplossingen daarvoor. Bijvoorbeeld met betrekking tot de zorgvormen waar samenwerking en regionale afstemming van belang is. Gelukkig krijgen we vanuit het veld signalen dat dit al op regelmatige basis gebeurt: er lopen diverse overleggen waarbij zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenvertegenwoordigers en de beroepsgroep gezamenlijk kijken naar ervaren knelpunten om zo te komen tot oplossingen, onder andere op het gebied van de inkoop. Wij vinden dit een goede ontwikkeling. Als NZa zullen we, mede op basis van de uitkomsten van deze monitor, toezicht houden of er voldoende wijkverpleging beschikbaar blijft en zullen we het proces van contracteren nauwlettend volgen. Daarnaast gaan we de resultaten uit deze monitor met zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars bespreken, met name de onderdelen waarover deze partijen sterk van mening verschillen.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Taluut