

# **(Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging**

Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek



- Datum: 13 december 2017
- Versie: 1.0
- Auteurs: Lisanne Puijk, Nico Baas, René Meijer

## Management samenvatting

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

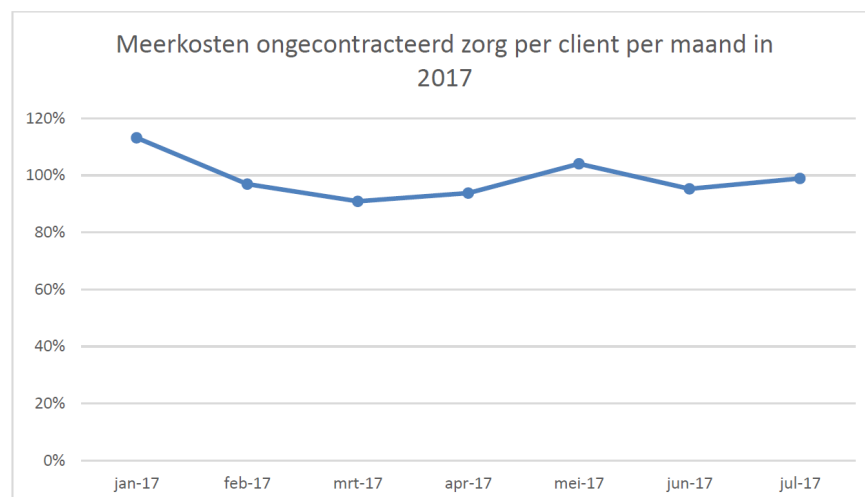
### Kwantitatief

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

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

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

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



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

### Kwalitatief

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

<sup>1</sup> Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

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

### Zorgaanbieders

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

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

### Wijkverpleegkundigen

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

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

### Cliënten

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

### Zorgverzekeraars

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

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

## Inhoudsopgave

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

## 1. Aanleiding

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

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

De betrokken branchepartijen van het Bestuurlijk Overleg Wijkverpleging<sup>4</sup> zien de groei van de niet-gecontracteerde zorg als onwenselijk. Bestuurlijke afspraken over het macrokader staan onder druk door de sterke groei van niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast ondervinden de verschillende partijen specifieke nadelen. Zo hebben zorgverzekeraars minder controle op de geleverde zorg wat betreft kwaliteit en doelmatigheid. Zorgaanbieders krijgen niet dezelfde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg. Toch lijken deze nadelen niet altijd op te wegen tegen de voordelen van het afsluiten van een contract, getuigt de sterke groei van de niet-gecontracteerde zorg.

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

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

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

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

## 2. Doel onderzoek

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

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

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

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



Figuur 1: Schematische weergave onderzoeksvragen (Arteria, 2017)

### 3. Aanpak onderzoek

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

#### 3.1. Definiëren (niet-)gecontracteerde zorg

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

#### 3.2. Kwantitatief onderzoek

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

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

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

#### 3.3. Kwalitatief onderzoek

Het BegeleidingsOverleg Wijkverpleging heeft kenbaar gemaakt dat zij vanuit verschillende perspectieven inzicht wil verkrijgen<sup>5</sup>. Gekozen is voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders (gecontracteerd en niet-gecontracteerd), wijkverpleegkundigen en cliënten. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd aan de hand van gestructureerde interviews op basis van de door de BegeleidingsOverleg Wijkverpleging opgestelde vragenlijst. De interviewleidraden zijn weergegeven in de bijlage. In verband met de privacy van de deelnemende partijen en het bieden van maximale ruimte om open en eerlijk te antwoorden, weten de deelnemende

<sup>5</sup> Zie: Onderzoeksopzet 'ongcontracteerde zorg', 21 juli 2017



organisaties van het BegeleidingsOverleg Wijkverpleging niet welke individuele partijen bij het onderzoek zijn betrokken. De onderzoekspopulatie is als volgt;

- **Zorgaanbieders**
  - Interviews op locatie: 14 zorgaanbieders.
  - Rekening houdend met categorisering (groot/middel/klein<sup>6</sup>) en regionale spreiding.
  - Geïnterviewd: Medewerkers verantwoordelijk voor de zorginkoop
- **Zorgverzekeraars**
  - Interviews op locatie: 7 zorgverzekeraars.
  - Geïnterviewd: Medewerkers zorginkoop en de medisch adviseur.
- **Wijkverpleegkundigen**
  - Telefonische interviews: 21 wijkverpleegkundigen
  - ZZP'ers en wijkverpleegkundigen in dienst bij (niet-)gecontracteerde aanbieder
- **Cliënten**
  - Telefonische interviews: 28 cliënten

---

<sup>6</sup> Klein: tot EUR 500.000 omzet; Middel: van EUR 500.000 tot EUR 5.000.000 omzet; Groot: vanaf EUR 5.000.000 omzet.

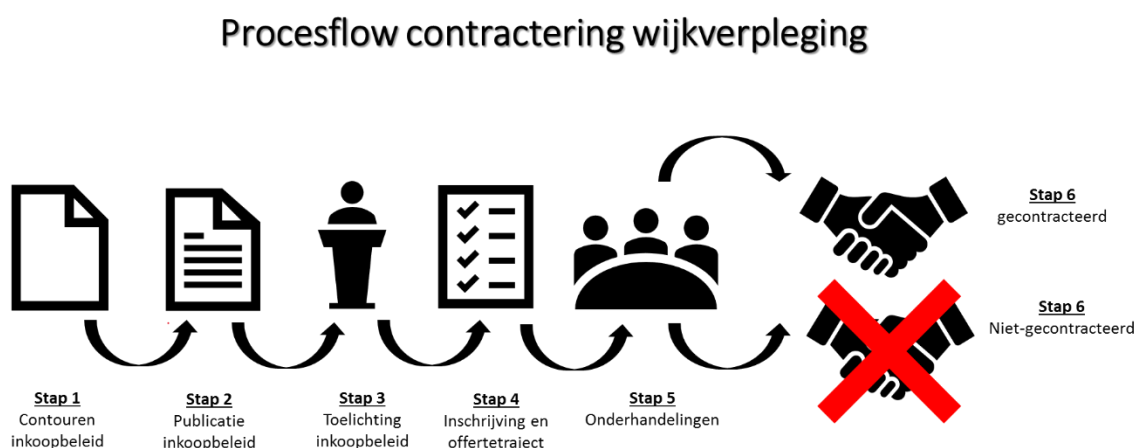


## 4. Wijkverpleegkundig zorgproces

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

### 4.1. Contract onderhandelingen

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



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

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

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

tarief voor nieuwe zorgaanbieders. Ook voor een zorgaanbieder met een kleine omzet wijkverpleging wordt veelal een standaard contract en tarief voorgesteld. De contractering met deze zorgaanbieder loopt meestal via een digitale standaardprocedure<sup>7</sup>. Hierbij is geen tot beperkt sprake van onderhandeling, zorgaanbieders kunnen alleen instemmen met de voorwaarden van een zorgverzekeraar. Grotere zorgaanbieders hebben vaker individuele afstemming over een contract en tarieven met een zorgverzekeraar.

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

### **Contractering van ZZP'ers**

Voor ZZP'ers is het niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk om een contract af te sluiten<sup>8</sup>. Een aantal zorgverzekeraars heeft in het inkoopbeleid 2017 opgenomen enkel ZZP'ers te contracteren die zich als coöperatie of samenwerkingsverband aanmelden. Voor de andere ZZP'ers geldt dat zij direct zijn aangewezen op niet-gecontracteerde zorg.

### **Contractering 'Zorg in de wijk' regio's**

Eén zorgverzekeraar hanteert in bepaalde 'Zorg in de wijk' regio's een geheel andere inkoop aanpak. In 2016 zijn de eerste pilots hiervoor van start gegaan in Utrecht, Zwolle en Ommen/Hardenberg. De zorgverzekeraar heeft in deze steden een wijkbudget vastgesteld, gebaseerd op de uitgaven van 2015. De steden zijn in meerdere gebieden verdeeld en per gebied zijn een aantal voorkeursaanbieders gecontracteerd. Deze voorkeursaanbieders zijn in een wijk verantwoordelijk voor het budget en de inrichting van de wijkverpleging. Wanneer een partij geen voorkeursaanbieder is en wel wijkverpleging levert, krijgt het van de zorgverzekeraar 75 procent van het NZa<sup>9</sup>-tarief. De zorg die wordt gedeclareerd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaat van het wijkbudget af. Een voorkeursaanbieder geeft aan dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg leveren per cliënt. Zo worden minder cliënten bediend van het beschikbare wijkbudget en houden de voorkeursaanbieders minder wijkbudget over.

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

## **4.2. Zorgverlening**

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

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

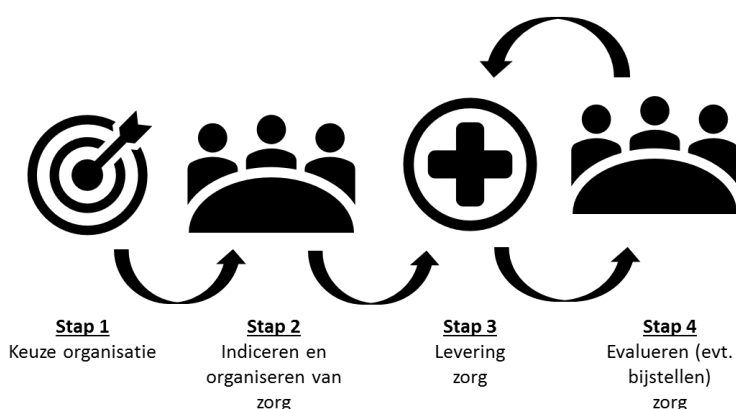
<sup>8</sup> Zie ook: 'Compacte vergelijking inkoopbeleid wijkverpleging 2018', Arteria, mei 2017.

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

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

Voor het indiceren en organiseren van de zorg dient de wijkverpleegkundige te voldoen aan de normen opgesteld door de beroepsgroep<sup>10</sup>. Tevens gelden de algemene beroepsnormen zoals beschreven in de beroepsprofielen, de beroepscode en in professionele richtlijnen en standaarden. Voor de overgangperiode zijn afspraken vastgelegd door V&VN, BTN en Actiz.<sup>11</sup> De procesflow van de zorgverlening staat hieronder weergegeven in figuur 3.

## Procesflow zorgverlening wijkverpleging



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

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

### Zorglevering door onderaannemers

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

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

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

### 4.3. Declaratie en controle

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

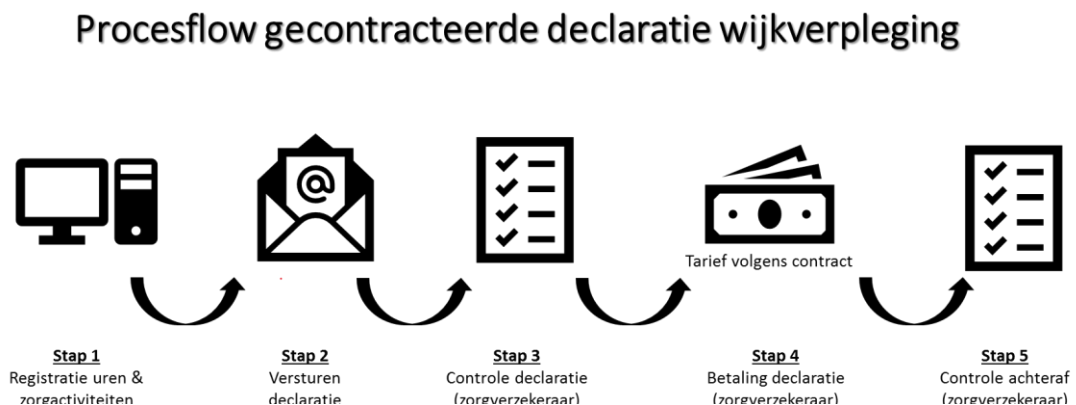
	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Zorg in natura	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor cliënt.	Aanbieder ontvangt 75% van gemiddeld gecontracteerd tarief verzekeraar <sup>12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

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

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

#### 4.3.1. Gecontracteerde zorgproces

De zorgverlener registreert verpleegkundig inhoudelijke (zorgplan<sup>16</sup> en zorgactiviteiten) en financiële informatie (geleverde zorg in minuten) in een cliëntensysteem. Declaraties worden door



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

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

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

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

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

<sup>16</sup> Is een overkoepelende term voor onder andere het verpleegplan, zorgleefplan en behandelplan.

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

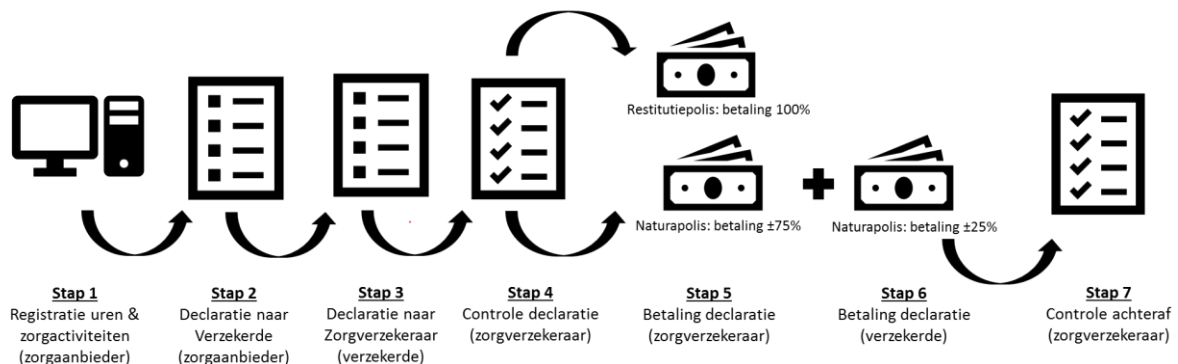
De tariefafspraken die zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden gedeclareerd per tijdseenheid overeenkomstig met de Vektis prestatiecodelijst. Dit tarief is leidend, ongeacht het type verzekering dat de cliënt heeft afgesloten. Het afgesproken tarief is maximaal 100% van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

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

#### 4.3.2. Niet-gecontracteerde zorgproces

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

### Procesflow niet-gecontracteerde declaratie wijkverpleging



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

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

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

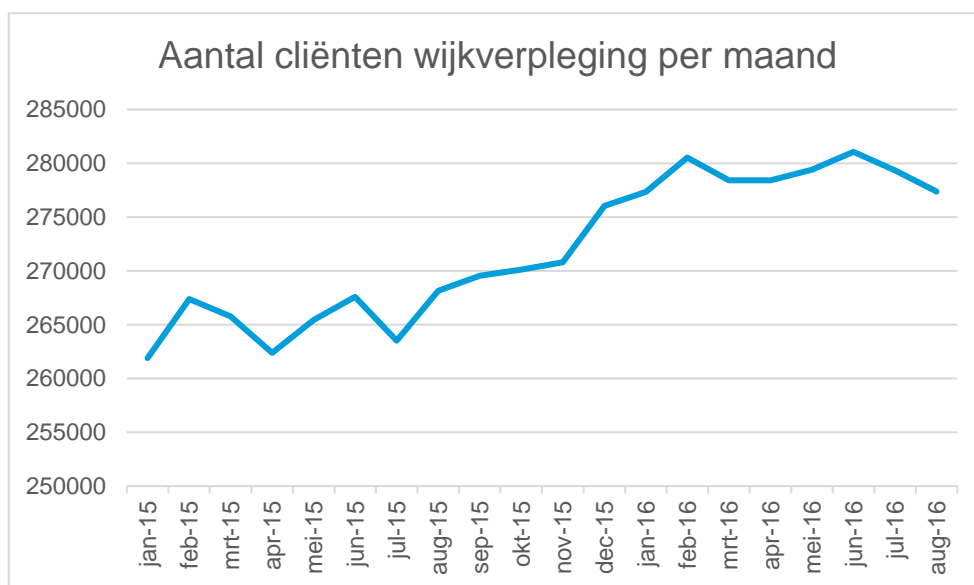
## 5. Kwantitatief

De aanspraak op wijkverpleging maakt sinds 2015 deel uit van de Zorgverzekeringswet. In de onderstaande paragrafen worden de kwantitatieve feiten vanaf 2015 uiteengezet. De onderstaande cijfers zijn afkomstig van Vektis<sup>17</sup> en Zorgverzekeraars Nederland<sup>18</sup>.

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

### 5.1. Omvang wijkverpleging

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



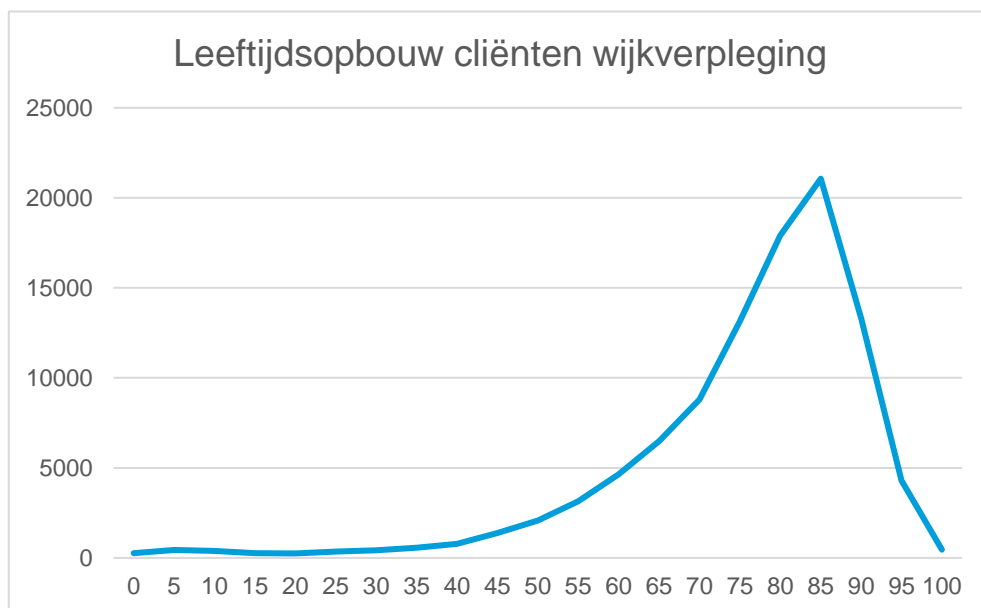
Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

### 5.2. Cliënten binnen wijkverpleging

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

<sup>17</sup> Zie ook: [www.zorgprismapubliek.nl](http://www.zorgprismapubliek.nl)

<sup>18</sup> Verdieping inzicht in niet-gecontracteerde zorg wijkverpleging, 9 oktober 2017



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

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

Sinds 2017 is het voor gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk de zorgprestaties te registreren voor verschillende doelgroepen<sup>19</sup>. Uit de cijfers van Vektis blijkt dat in 2017 in 72% van de gedeclareerde zorg een doelgroep terugkomt. De resterende 28% van de gedeclareerde zorg bevat geen doelgroepinformatie. In tabel 2 is een procentuele onderverdeling gemaakt (op basis van gedeclareerde zorg), naar de doelgroepen onder de gecontracteerde zorg. Voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging worden geen doelgroepen geregistreerd.

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

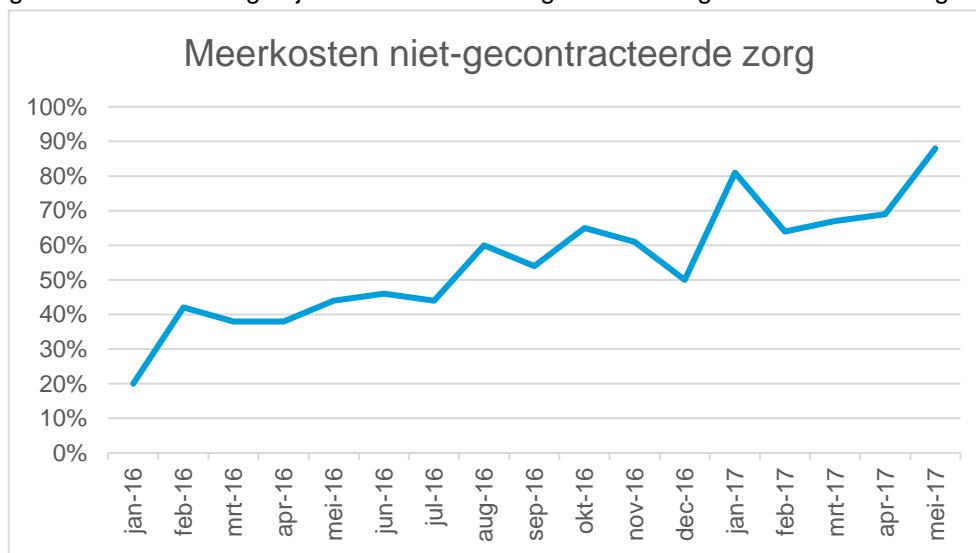
Tabel 3: Onderverdeling doelgroep wijkverpleging gecontracteerde zorg (Vektis, 2017)

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



### 5.3. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging

Het Talma Instituut van de VU heeft in augustus 2017 met ondersteuning van Vektis een rapportage opgesteld met als doel inzicht te geven in de omvang van de niet-gecontracteerde zorg<sup>20</sup>. Het rapport concludeert dat de niet-gecontracteerde zorg groeit, terwijl de gecontracteerde zorg in omvang gelijk blijft. Het Talma Instituut noemt met name de groeiende meerkosten per cliënt opvallend. De term 'meerkosten' wordt gehanteerd voor het verschil tussen de kosten van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze meerkosten zijn waarschijnlijk niet toe te wijzen aan een steeds zieker wordende bevolking. Het instituut concludeert dat de snelle groei van zorgkosten een gevolg is van de prikkels voor zorgaanbieders en cliënten, en de beperkte mogelijkheden van zorgverzekeraars om de groei te beheersen. In grafiek 3 zijn de meerkosten weergegeven van niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van gecontracteerde zorg. Ter illustratie: De kosten per cliënt zijn voor niet-gecontracteerde zorg in januari 2017 80% hoger dan voor gecontracteerde zorg.



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

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

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

<sup>20</sup> Uitgavengroei niet-gecontracteerde GGZ en wijkverpleging, Talma Instituut, augustus 2017

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

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

### 5.3.1. Verdieping cijfers 2016

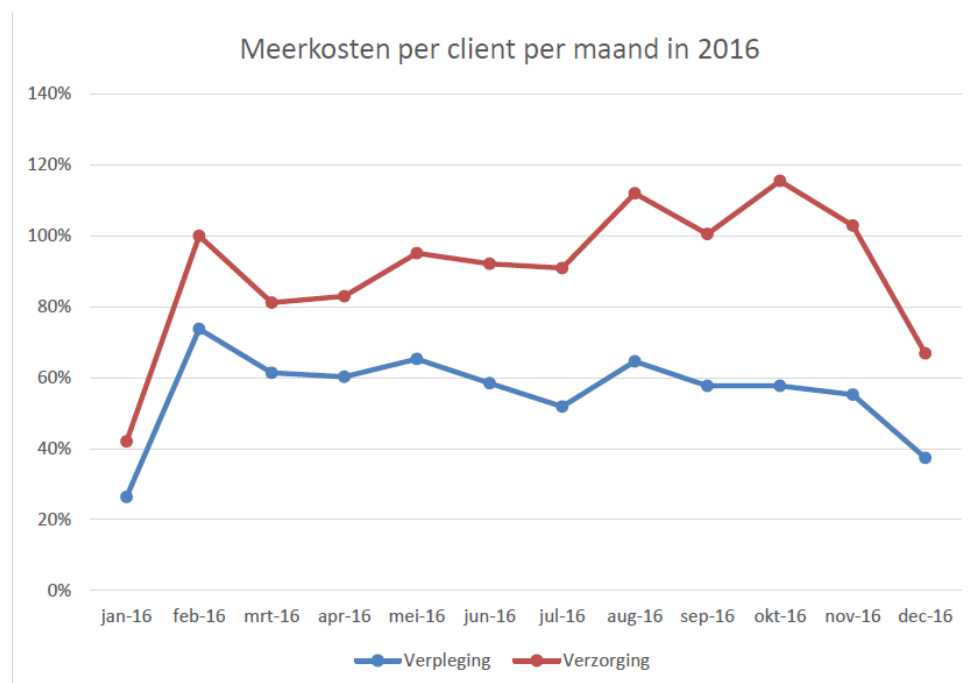
#### Onderscheid verpleging en verzorging

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

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

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

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



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

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

<sup>21</sup> Eén kleine zorgverzekeraar is uitgesloten.

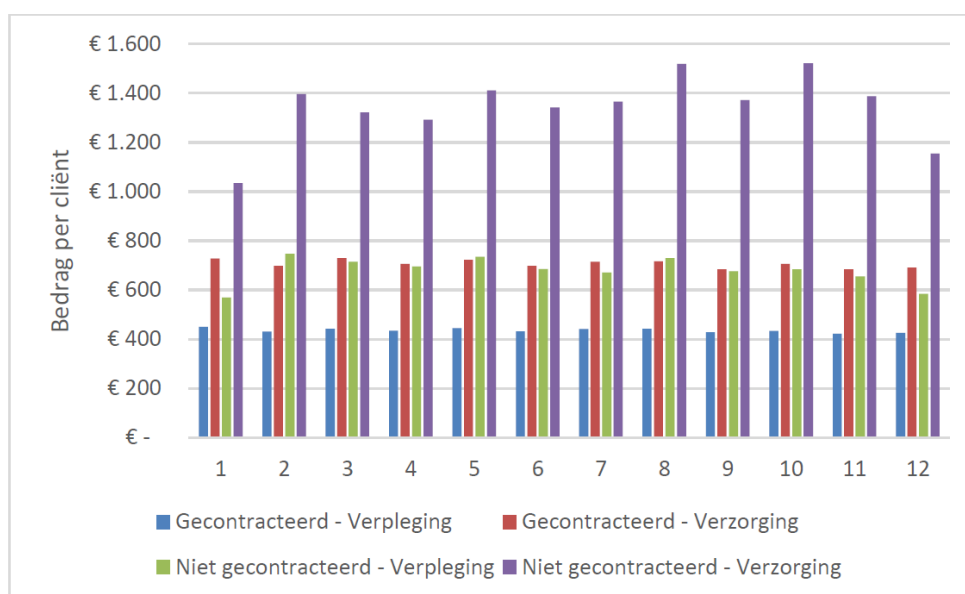
<sup>22</sup> De analyse van 2017 bevat de declaraties tot en met augustus 2017. Twee zorgverzekeraars (één kleine en één grote) hebben geen gegevens aangeleverd.

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

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

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

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



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

### Onderscheid naar zorgaanbieder

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

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

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

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

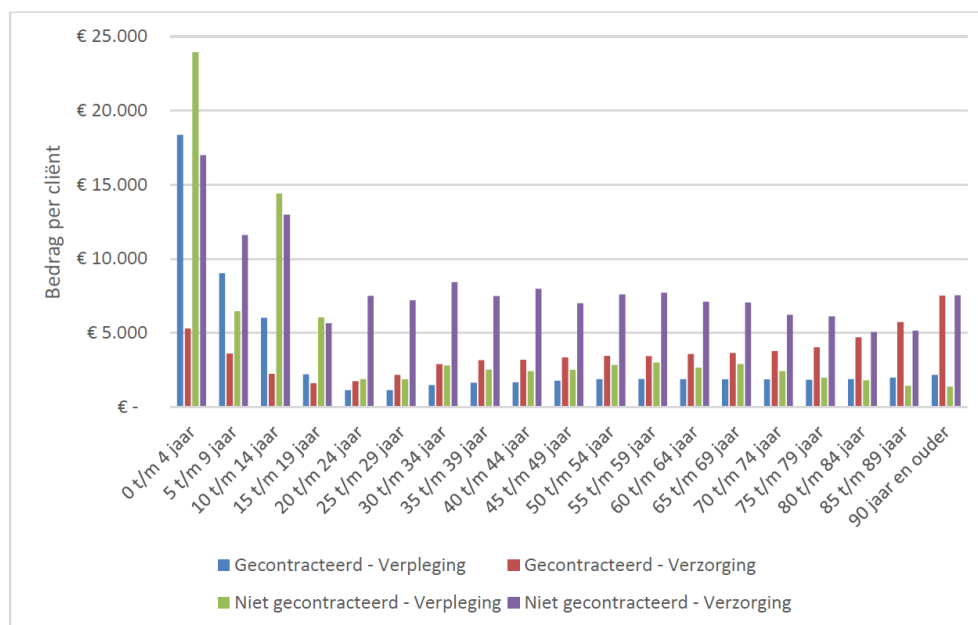
In tabel 7 zijn de gedeclareerde bedragen per cliënt onderscheiden naar verpleging en verzorging. Wat opvalt is dat niet alle zorgaanbieders verpleging en verzorging leveren. Ongeveer 33% van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders levert geen verpleging. Doordat niet alle zorgaanbieders verpleging en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

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

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

### Onderscheid naar leeftijdsopbouw

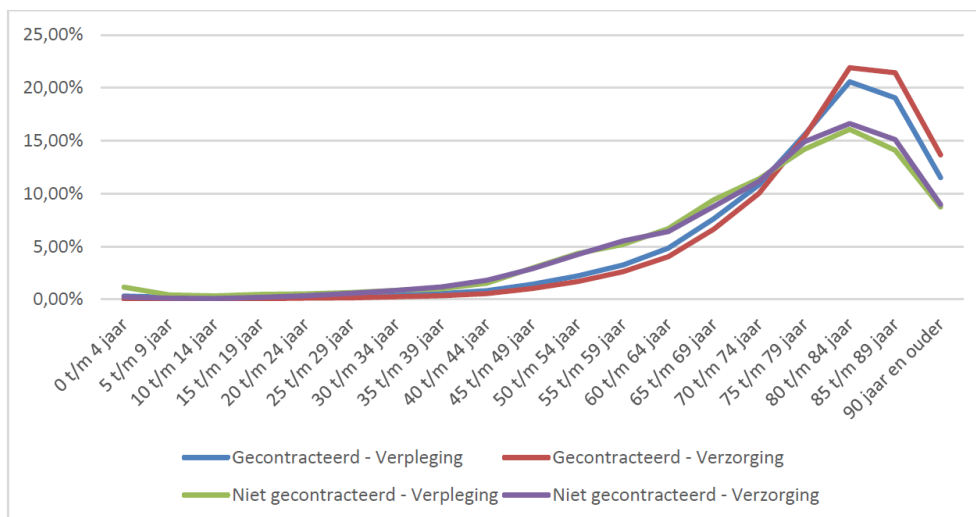
Naast het inzichtelijk maken van de meerkosten van het totaal aantal cliënten, heeft Vektis ook een verdere analyse uitgevoerd naar de kosten van verpleging en verzorging gekoppeld aan de leeftijdsklasse van een cliënt. De uitkomst is dat de kosten per cliënt voor kinderen hoger liggen dan bij de oudere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



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

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

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



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

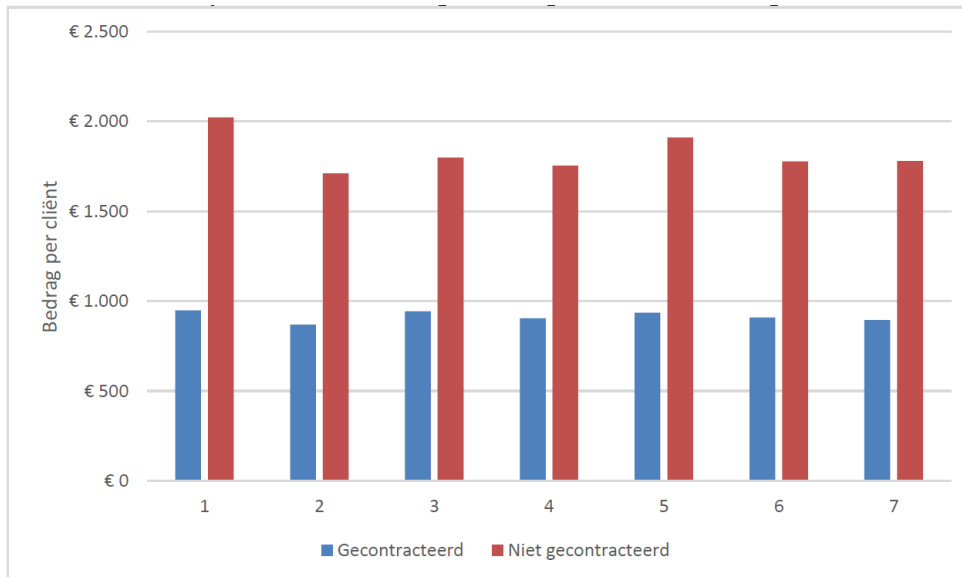
### 5.3.2. Verdieping cijfers 2017

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

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

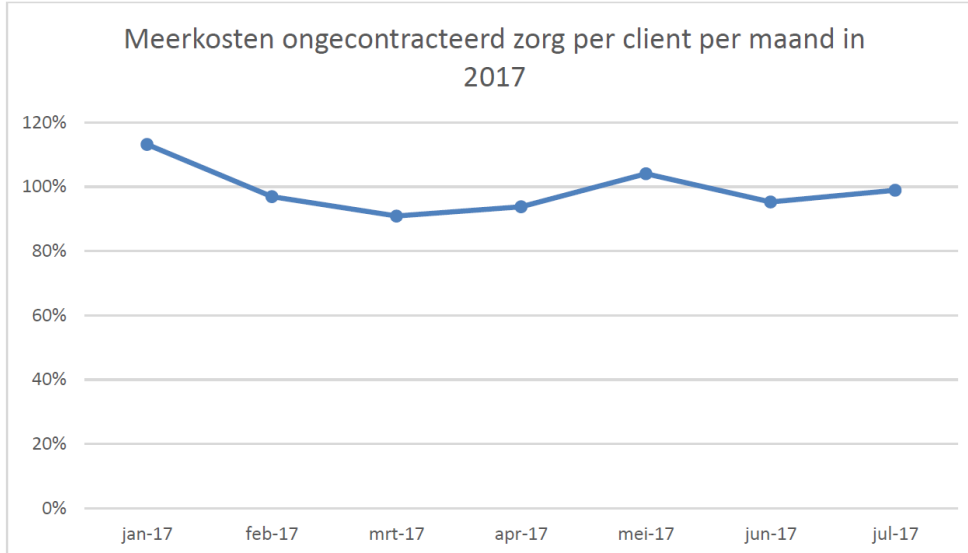
Tabel 8: Onderscheid (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2017 (tot augustus) (Vektis, 2017)

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



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

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



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

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

## 6. Kwalitatief

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

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

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

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

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

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

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

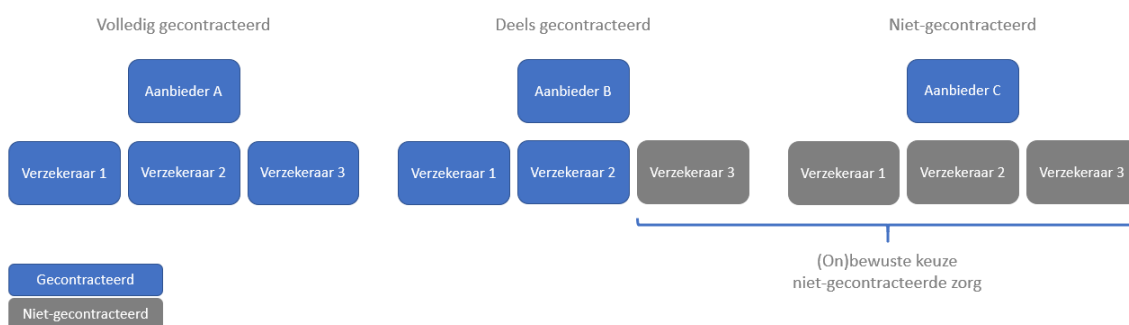
De onderstaande paragrafen tonen de uitkomsten van de interviews. In de eerste paragraaf worden de verbanden en afwijkingen per onderzoeksgroep uiteengezet. In de tweede paragraaf staan een aantal onderwerpen centraal die bij alle onderzoeksgroepen zijn uitgevraagd. Hierdoor worden onderwerpen vanuit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



## 6.1. Perspectieven onderzoekspopulatie

### 6.1.1. Zorgaanbieders

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



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

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

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

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

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

De zorgaanbieders beschrijven in de interviews veelal twee soorten cliënten. Een grote meerderheid van de cliënten is kwetsbaar en vindt het belangrijk een aanbieder te kunnen vertrouwen. Een kleiner deel van de cliënten is zich meer bewust van de mogelijkheden van

zorg. Deze groep kan gaan 'shoppen' voor zorg, waarbij zij bij meerdere zorgaanbieders informeren hoeveel zorg zij kunnen ontvangen.

### 6.1.2. Zorgverzekeraars

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

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

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

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

### 6.1.3. ZZP'ers

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

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

- Garanderen continuering zorg naar cliënten;
- Hebben ze toegang tot een niveau 5 verpleegkundigen indien zij dit zelf niet zijn;

- Kunnen ze als coöperatie bij sommige zorgverzekeraars wel een contract krijgen;
- Kunnen ze vakinhoudelijk afstemmen.

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

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

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

#### 6.1.4. Wijkverpleegkundigen in loondienst

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

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

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

#### 6.1.5. Cliënten

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

Wanneer zorg onverwachts ingezet moet worden, word er eerst gehandeld door de zorgaanbieders, alvorens de regelzaken worden gedaan. Veelal loopt bij dergelijke trajecten de informatieverstrekking minder goed. Dit kan resulteren in onverwachte declaraties naar cliënten die bij een zorgverzekeraar zitten waar geen contract mee is. Veelal zijn het echter de

zorgaanbieders die het verlies nemen door het tarief van zorg aan te passen aan het tarief wat zij ontvangen van de zorgverzekeraar. Zo betaalt de cliënt uiteindelijk niets extra's voor niet-gecontracteerde zorg.

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

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

## 6.2. Vergelijking van perspectieven

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

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

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

### 6.2.1. Ervaring met niet-gecontracteerde zorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Een deel van de zorgverzekeraars wil juist zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren.
- Een ander deel is meer terughoudend en stelt aanvullende eisen.
- Alle zorgverzekeraars geven aan dat een groot deel van de zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract, niet voldoen aan minimale eisen, zoals het hebben van een hbo-wijkverpleegkundige.

- Een aantal zorgverzekeraars vindt het opvallend dat zij weinig contractaanmeldingen van nieuwe zorgaanbieders krijgen voor het aankomend jaar, dit terwijl zij wel via de brancheorganisaties te horen krijgen dat bepaalde zorgaanbieders zich willen contracteren.

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

### 6.2.3. Voordelen niet-gecontracteerde zorg

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

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

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

### 6.2.4. Nadelen niet-gecontracteerde zorg

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

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

Terwijl sommige wijkverpleegkundigen de administratie rondom niet-gecontracteerde zorg eenvoudiger noemt, is er ook een groep wijkverpleegkundigen die het declareren ingewikkelder noemt. Bijvoorbeeld doordat op elke factuur een handtekening van de cliënt moet staan, of er niet elektronisch gefactureerd mag worden. Geïnterviewde cliënten die op dit moment niet-gecontracteerde zorg ontvangen zien deze nadelen niet. Zij geven aan geen declaraties thuis te



krijgen en betalen niks voor de zorg die zij krijgen. Er is hierdoor voor hen geen prikkel om bewust voor het één of het ander te kiezen.

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

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

#### 6.2.5. Verschil kwaliteit (niet-)gecontracteerde zorg

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

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

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

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

Wat veel wijkverpleegkundigen missen is vertrouwen op hun expertise. Vanuit hun expertise zijn zij degene die een beoordeling maken. "Verantwoording hierover afleggen is prima, maar meer



vertrouwen in onze professie is gewenst". Zij moeten als beroepsgroep meer uitdragen dat zij serieus genomen dienen te worden en dat de zorg die zij indiceren ook de zorg is die nodig is.

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

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

#### **6.2.6. Verschil doelmatigheid (niet-)gecontracteerde zorg**

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

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

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

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

Zorgverzekeraars zien dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld meer zorg leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Veel van de casussen die bij de materiële controles naar

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

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

#### 6.2.7. Keuzevrijheid voor gecontracteerde zorg

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

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

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

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

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

vrijheid hebben voor het niet aannemen van een contract. Bijvoorbeeld doordat zij voldoende cliënten hebben met een restitutiepolis en een contract daarom financieel niet voordelig is.

### 6.2.8. Informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg

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

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

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

Zorgverzekeraars hebben het gevoel dat een aantal (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders de verzekerden informeert over het nemen van een restitutiepolis. Dit vermoeden wordt onderbouwd doordat een aantal zorgverzekeraars een stijging zien van het aantal restitutiepolissen in de wijkverpleging. Informeren is volgens een paar zorgverzekeraars niet toegestaan, omdat zorgaanbieders een verzekerde niet mogen informeren over een financieel product. Sommige geïnterviewde wijkverpleegkundigen geeft aan inderdaad te informeren. Het grootste deel geeft aan dat een juist balans tussen cliënten zorgt dat het gemiddelde tarief op een gewenst niveau blijft. Maar vindt de doelgroep die ze bedienen te kwetsbaar om iemand op basis van een polis te weigeren, noch dat het aan hen is om advies te geven op financieel gebied<sup>24</sup>.

### 6.2.9. Financiering van niet-gecontracteerde zorg

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

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

Afhankelijk van de polis vergoeden zorgverzekeraars niet-gecontracteerde zorg gemiddeld met een percentage tussen 60% en 75% van het gemiddeld door hen gecontracteerde tarief. Hierbij ligt het gemiddeld gecontracteerde tarief onder het maximale NZa tarief. Het kan voorkomen dat

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

het restitutietarief gelijk is aan het maximale NZa tarief en daarmee hoger dan de gemiddelde gecontracteerde tarieven. Het feit dat niet-gecontracteerde zorg daarbij niet te maken heeft met budgetplafonds zorgt voor voldoende financiële ruimte voor niet-gecontracteerde aanbieders.

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

- Betaalafpraak;
- Akte van cessie.

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

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

#### **6.2.10. Verwachte ontwikkeling (niet-)gecontracteerde zorg**

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

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

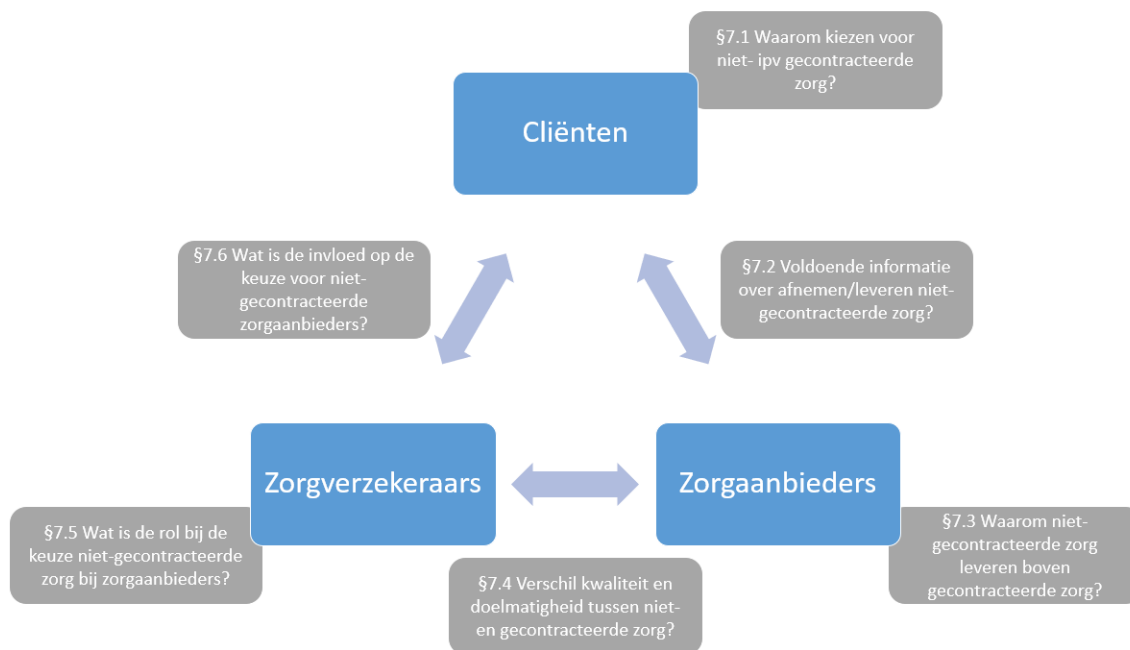
Enkele zorgaanbieders verwachten dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg afneemt. Dit als gevolg van strengere regels die niet-gecontracteerde zorg verhinderd en/of dat cliënten overstappen naar gecontracteerde zorgaanbieders.

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

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

## 7. Perspectief (niet-)gecontracteerde zorg

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



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

### 7.1. Waarom kiezen cliënten voor niet-gecontracteerde zorg?

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

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

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

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

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

### 7.3. Waarom leveren zorgaanbieders niet-gecontracteerde zorg?

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

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

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

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

### 7.4. Wat is het verschil in kwaliteit en doelmatigheid?

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

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

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



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

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

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

### **7.6. Hebben zorgverzekeraars invloed op de keuze van cliënten?**

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

## 8. Hoe verder?

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. De begeleidingscommissie is in het Common Eye traject wijkverpleging al bezig om knelpunten te analyseren en tot verbeteringen te komen in de sector. Ook dit onderzoek zal hier een bijdrage aan leveren. Dit rapport geeft inzicht in de achtergronden en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. Uit het onderzoek komen wel een aantal punten naar voren die in het Common Eye traject kunnen helpen om focus te leggen, bijvoorbeeld:

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

## 9. Contact

### Arteria Consulting

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

Lisanne Puijk		06 206 403 20		<a href="mailto:lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl">lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl</a>
Nico Baas		06 133 109 63		<a href="mailto:nico.baas@arteriaconsulting.nl">nico.baas@arteriaconsulting.nl</a>
René Meijer		06 228 128 11		<a href="mailto:rene.meijer@arteriaconsulting.nl">rene.meijer@arteriaconsulting.nl</a>

## Bijlage: Interviewleidraden

### Interviewleidraad zorgaanbieders

#### Organisatie

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

#### Leveren wijkverpleging

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

#### Relatie zorgverzekeraars

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

### **Relatie cliënten**

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

## Interviewleidraad zorgverzekeraars

### Type contract

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

### Relatie verzekerde

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

### Relatie zorgaanbieder

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

## Interviewleidraad wijkverpleegkundigen

### *Kennismaking*

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

### *Relatie met zorgaanbieder*

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

### *Relatie met cliënten*

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



## Interviewleidraad ZZP- wijkverpleegkundigen

### *Kennismaking*

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

### *Relatie met zorgverzekeraar*

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

### *Relatie met cliënten*

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

## Interviewleidraad cliënten

### Leefsituatie

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

### Relatie met zorgaanbieder

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

### Type contract

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