

**Monitor**

# **Wijkverpleging**

Contracteerproces 2016

28 juni 2016



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>4</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Algemeen</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doel	7
1.3 Scope	7
1.4 Onderzoeksaanpak en -methode	8
1.5 Respons enquêtes	8
1.6 Leeswijzer	9
<b>2. Contracteerproces 2016</b>	<b>10</b>
2.1 Inleiding	10
2.2 Algemeen inkoopbeleid wijkverpleging	10
2.3 Speerpunten verzekeraars	11
2.4 Zorginkoopproces	11
2.5 Zorginkoop binnen en buiten kernwerkgebied	12
2.6 Voldoende gecontracteerde zorg	12
2.7 Volgbeleid	13
2.8 Contractvormen	14
<b>3. Uitkomsten contracteerproces 2016</b>	<b>16</b>
3.1 Inleiding	16
3.2 Bestaande prestaties	17
3.3 Nieuwe prestaties	19
3.4 Specialistische zorg	21
3.5 Overige afspraken	24
<b>4. Ervaringen met contracteerproces 2016</b>	<b>28</b>
4.1 Inleiding	28
4.2 Ervaringen verzekeraars	28
4.3 Ervaringen zorgaanbieders	29
4.4 Ervaringen patiënten	31
<b>5. Bijcontracteren 2015</b>	<b>32</b>
5.1 Inleiding	32
5.2 Uitkomsten	32
5.3 Ervaringen	33
<b>6. Conclusie en beleidsadviezen</b>	<b>34</b>
6.1 Conclusies	34
6.2 Beleidsadviezen	35
<b>Bijlage: respons aanbieders</b>	<b>37</b>

## Vooraf

Voor u ligt de monitor 'Wijkverpleging: contracteerproces 2016'. Deze monitor gaat in op het contracteerproces tussen verzekeraars en aanbieders van wijkverpleging. We laten zien hoe het proces in het jaar 2016 is verlopen, en wat daarbij de uitkomsten en ervaringen zijn van de verschillende partijen. Ook het bijcontracteerproces in het jaar 2015 komt aan bod.

Voor deze monitor is een online enquête uitgezet onder zorgaanbieders en verzekeraars in Nederland. Daarnaast hebben we interviews gehouden met een aantal zorgaanbieders van wijkverpleging en verzekeraars om een betere indruk te krijgen van de contractering en inkoop van wijkverpleging. Deze monitor geeft de resultaten van het onderzoek weer.

Ik bedank iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze monitor.

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter raad van bestuur

## Managementsamenvatting

Per 1 januari 2015 is de wijkverpleging overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet. In 2016 kopen verzekeraars deze zorg voor het eerst voor hun eigen verzekerden in. In deze monitor staan we stil bij het verloop van het proces, de inhoudelijke afspraken en de ervaringen met het contracteerproces voor het jaar 2016. Daarnaast komt ook het bijcontracteerproces in 2015 aan bod.

### *Uitkomsten 2016*

Verzekeraars kopen de zorg op concernniveau in. Daarbij maken ze geen onderscheid tussen natura- en restitutiepolissen. Bijna de helft van de concerns maakt voor de inkoop wel een onderscheid tussen een kernwerkgebied en de rest van Nederland. Eind 2015 was het inkoopproces voor het contractjaar 2016 bij alle concerns afgerond.

Verzekeraars kopen de zorg op een verschillende wijze in, zowel met betrekking tot de inrichting van het proces als de inhoudelijke afspraken. In het proces zijn er verschillen in planning en werkwijze, bijvoorbeeld in de manier waarop zorgaanbieders informatie moeten aanleveren voor de contractering. Inhoudelijk zijn er verschillen als het gaat om welke prestaties er worden ingekocht en welke aanvullende eisen er worden gesteld in het kader van bijvoorbeeld kwaliteit en kostenbeheersing. Met name bij de meer op regie en infrastructuur gerichte prestaties, zoals wijkgericht werken, ketenzorg dementie, de regiefunctie complexe wondzorg en de beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg zijn er verschillen in visie tussen verzekeraars. Een aantal verzekeraars koopt deze prestaties in. Alhoewel dit veelal in beperkte mate is. Andere verzekeraars zijn van mening dat voor deze zorgonderdelen geen aparte bekostiging nodig is, maar dat de zorg integraal onderdeel uitmaakt van verpleging en verzorging. Zij kopen deze prestaties dan ook niet in.

In alle contracten worden afspraken gemaakt over de prestaties verpleging en verzorging. Daarnaast maakt ook een groot deel van de verzekeraars afspraken over wijkgericht werken en e-health. De meerderheid van de verzekeraars hanteert de afspraken uit 2015 als uitgangspunt voor 2016. De nieuwe prestaties beloning op maat, beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg en het experiment bekostiging verpleging en verzorging worden zeer beperkt ingekocht. Dit geldt ook voor de prestaties ketenzorg dementie, regiefunctie complexe wondzorg en het experiment regelarme instellingen. Deze prestaties worden bij enkele (tientallen) aanbieders ingekocht. Verzekeraars hanteren diverse afslagen op de tarieven voor de prestaties in de bekostiging van verpleging en verzorging. Responderende aanbieders geven aan dat de gehanteerde tarieven variëren van 69-96% van het maximumtarief.

Bij de inkoop van specialistische zorgvormen, zoals palliatief terminale zorg en intensieve kindzorg, hanteren verzekeraars aanvullende eisen voor de levering van zorg. De kwaliteitseisen sluiten grotendeels op elkaar aan. Verzekeraars geven aan dat er geen wachtlijsten zijn voor wijkverpleging, noch voor de specialistische vormen van zorg.

### *Ervaringen 2016*

Patiëntenfederatie NPCF heeft eind 2015 een meldactie uitgezet om ervaringen van patiënten met wijkverpleging te verzamelen. Hier kwamen weinig reacties op binnen.

Daarnaast hebben patiënten weinig inzicht in de positionering van wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet en het onderscheid met de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg. Hierdoor is het onduidelijk waar men terecht kan en welke keuzes men zelf heeft.

Een groot deel van de zorgaanbieders is net als in 2015 ontevreden over (een deel van) het inkoopproces van verzekeraars. Het algemene beeld is dat het proces arbeidsintensief is door slechte bereikbaarheid en de verschillen tussen verzekeraars. Daarbij ervaren aanbieders dat eisen van verzekeraars soms tegenstrijdig zijn en dat er weinig onderhandelingsruimte is. Dit leidt bij een deel van de aanbieders tot lagere tarieven dan het jaar ervoor; één van de oorzaken van afnemende financiële posities. In sommige regio's is er geen dominante verzekeraar. Dit maakt onderhandelingen over innovaties en regionale functies lastig. Voor een aanbieder is het mogelijk om zich te onderscheiden bij een verzekeraar, maar dit kost veel inzet en tijd.

Verzekeraars hebben het inkoopproces in 2016 positiever ervaren dan in 2015. Belangrijke factoren hierin waren het feit dat er meer duidelijkheid was over het beleid en dat verzekeraars zelf vorm konden geven aan hun eigen inkoopbeleid. Wel zijn er nog knelpunten, waaronder het gebrek aan inzicht in doelgroepen/zorgzwaarte en discussies over de hoogte van tarieven.

#### *Bijcontracteerproces 2015*

In de loop van 2015 kondigden een aantal aanbieders een tijdelijke patiëntenstop aan. Bij deze aanbieders was het overeengekomen budgetplafond (bijna) bereikt. In de media is hier veel aandacht voor geweest. Aanbieders geven aan dat verzekeraars zich te afwachtend hebben opgesteld. Verzekeraars waren daarentegen van mening dat aanbieders te laat met een duidelijk signaal kwamen. Uiteindelijk hebben verzekeraars daar waar nodig aanvullende zorg ingekocht. Er zijn geen signalen binnengekomen van patiënten die daadwerkelijk te maken hebben gehad met een patiëntenstop/wachlijst.

# 1. Algemeen

## 1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2015 is de extramurale verpleging en verzorging (hierna: wijkverpleging) overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De effecten van deze transitie hebben we geanalyseerd in de 'Monitor Transities eerstelijnszorg 2015'<sup>1</sup>, waarin we hebben gekeken naar de inhoud van contracten. De bekostiging is in 2015 vanwege het beperkte tijdspad voor de overheveling grotendeels vanuit de AWBZ overgenomen. Per 2016 is er in de bekostiging meer ruimte gecreëerd voor zorgaanbieders om samen met verzekeraars afspraken op maat te maken.

## 1.2 Doel

Het doel van deze monitor is inzicht te krijgen in de effecten van de transitie vanuit de AWBZ en van de aanpassingen in de regelgeving in 2016 op de contractering van de wijkverpleging. We kijken naar het effect op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De bekostiging voor wijkverpleging in het jaar 2016 verschilt op een aantal punten van de bekostiging in het jaar 2015. Voor afspraken op maat tussen zorgaanbieders en verzekeraars zijn drie nieuwe prestaties aan het bekostigingsmodel toegevoegd, te weten:

- 'beloning op maat', bedoeld voor het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg;
- 'regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg', bedoeld voor de infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio;
- 'experiment bekostiging verpleging en verzorging', welke het mogelijk maakt om voor de individueel toewijsbare zorg af te wijken van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging en een vast bedrag per patiënt overeen te komen.

Daarnaast is de wijze van inkoop veranderd ten opzichte van 2015. In 2015 vond inkoop in representatie plaats; per 2016 wordt de wijkverpleging door de individuele verzekeraars voor eigen verzekerden ingekocht<sup>2</sup>.

## 1.3 Scope

In deze monitor bekijken we de effecten van bovengenoemde wijzigingen op het contracteerproces wijkverpleging en maken we een vergelijking met de situatie in 2015. Naast het contracteerproces voor het jaar 2016, kijken we ook naar de ervaringen en uitkomsten met het bijcontracteerproces in 2015. We betrekken (waar mogelijk) de resultaten uit de 'Monitor Transities eerstelijnszorg 2015'.

---

<sup>1</sup> Monitor Transities eerstelijnszorg 2015, juni 2015.  
[https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor\\_Transities\\_eerstelijnszorg\\_2015\\_met\\_beleidsbrief.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Transities_eerstelijnszorg_2015_met_beleidsbrief.pdf)

<sup>2</sup> Een uitzondering hierop is de prestatie 'wijkgericht werken' die in 2016 ook nog in representatie is ingekocht.

Een verschil met de monitor uit 2015 is dat we in de huidige monitor, naast het perspectief van de verzekeraar, ook het perspectief van de zorgaanbieders meenemen. We kijken naar wat er daadwerkelijk is afgesproken en hoe dit proces door partijen is ervaren.

De monitor kent zowel een kwalitatief als een kwantitatief karakter. De gegevens worden zo veel mogelijk cijfermatig geanalyseerd en onderbouwd. Niet alles leent zich echter voor een cijfermatige onderbouwing, zoals bijvoorbeeld de individuele contractafspraken en het zorginkoopbeleid. Deze onderwerpen zijn kwalitatief in beeld gebracht.

## 1.4 Onderzoeksaanpak en bronnen

De periode half maart 2016 tot mei 2016 is gebruikt voor de informatieverzameling, aan de hand van de volgende bronnen:

- *Enquêtes*: er is een enquête voor zorgaanbieders en een enquête voor zorgverzekeraars opgesteld. Beide enquêtes kennen de thema's: contracteerproces, contractsoorten, bijcontracteren voor 2015, inhoud van de contracten, en kwaliteit. De enquêtes zijn ter consultatie voorgelegd aan de brancheverenigingen Actiz, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK), VWS en een interne klankbordgroep bij de NZa. De definitieve enquête voor verzekeraars is uitgezet bij alle verzekeraar-concerns. De enquête voor zorgaanbieders is actief toegestuurd aan de leden van BTN, BMKT en een aantal zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) binnen de wijkverpleging. Daarnaast is de enquête op de website van de NZa gepubliceerd en via Actiz onder haar leden verspreid.
- *Interviews*: in aanvulling op de enquêtes hebben we gesprekken gevoerd met twee verzekeraars en vier zorgaanbieders. Om het patiënten perspectief te belichten, is ook gesproken met Patiëntenfederatie NPCF.
- *Signalen*: via het Meldpunt van de NZa ontvangen we regelmatig signalen over de zorg. Voor deze monitor is gekeken welke signalen betrekking hebben op de (contractering van) wijkverpleging. Dit leverde zes signalen op. Drie van de signalen hadden betrekking op de contracteerkeuze in relatie tot de keuzevrijheid van verzekerden. De andere drie signalen hadden specifiek betrekking op de regels en tarieven die verzekeraars vaststellen voor het PGB. Deze signalen zijn meegenomen in de analyses en interpretaties.
- *Overig*: de overige informatie in deze monitor is afkomstig van deskresearch, informatie uit het veld en andere marktscans en monitors.

De resultaten van de monitor worden in de eerste fase met een interne klankbordgroep van de NZa besproken. Daarna worden de resultaten extern geconsulteerd bij de eerder genoemde branchepartijen.

## 1.5 Respons enquêtes

Van de tien verzekeraars (concerns) hebben negen verzekeraars de enquête ingevuld. Dit levert een representatief beeld op van het perspectief van de verzekeraars.



De respons van de aanbieders is relatief een stuk lager. We hebben van de aanbieders in totaal 32 ingevulde enquêtes retour ontvangen. Hiervan waren zeven enquêtes van ZZP'ers. In de bijlage is een beschrijving opgenomen van de respons. De helft van de responderende aanbieders heeft een jaaromzet van minder dan 1 miljoen euro. Hierdoor zijn de antwoorden grotendeels afkomstig van kleinere zorgaanbieders op de markt van wijkverpleging. Daarnaast is het aantal responderende aanbieders dat specialistische vormen van zorg, zoals intensieve kindzorg en complexe wondzorg, levert beperkt. De antwoorden geven daarom niet op alle onderwerpen een representatief beeld. De antwoorden in het hoofdstuk over ervaringen (4) corresponderen wel grotendeels met de beelden die we hebben gehoord in interviews.

## **1.6 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 gaan we eerst in op het contracteerproces 2016. Dit hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op informatie vanuit verzekeraars. In hoofdstuk 3 komen de inhoudelijke uitkomsten van de contractering 2016 aan de orde. De ervaringen met het contracteerproces, zowel vanuit verzekeraars, zorgaanbieders als patiënten bezien, worden beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 kijken we terug naar 2015 en gaat het specifiek over het proces van bijcontracteren. Tenslotte geven we in hoofdstuk 6 een conclusie met bijbehorende beleidsadviezen.

## 2. Contracteerproces 2016

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het contracteerproces van wijkverpleging voor het jaar 2016 vanuit de verzekeraar. De informatie is gebaseerd op de ingevulde enquêtes van negen concerns, zoals weergegeven in onderstaande tabel. De Friesland Zorgverzekeraar is apart benaderd, omdat zij binnen het concern Achmea de wijkverpleging voor de regio Friesland zelfstandig inkopen. Eén (klein) concern heeft de enquête niet retour gezonden. Op basis van marktaandeel maken we in de monitor onderscheid tussen grote en kleine verzekeraars.

**Tabel 1. Benaderde concerns en de bijbehorende verzekeraars**

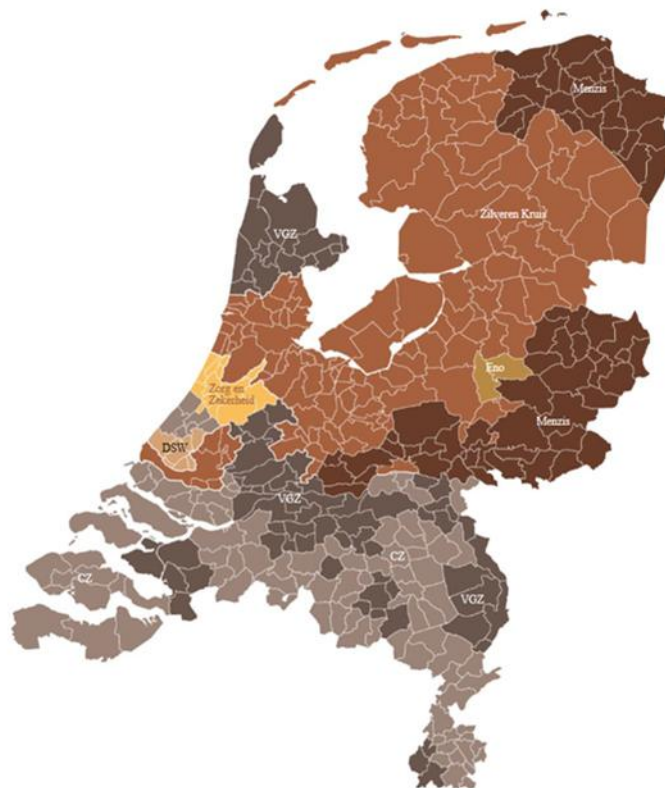
Concern	Verzekeraars
Achmea	Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. De Friesland Zorgverzekeraar N.V. FBTO Zorgverzekeringen N.V. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. OZF Zorgverzekeringen N.V. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. OHRA Zorgverzekeringen N.V. OWM CZ Groep Zorgverzekeringen U.A.
DSW-SH	OWM DSW Verzekeraar U.A. Stad Holland Verzekeraar O.W.M. U.A.
Eno	Eno Verzekeraar N.V.
Menzis	Anderzorg N.V. Azivo Verzekeraar N.V. Menzis Verzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
VGZ	IZA Verzekeraar N.V. IZZ Verzekeraar N.V. N.V. Univé Zorg N.V. Verzekeraar UMC V GZ Verzekeraar N.V. N.V. VGZ Cares
Z&Z	OWM Verzekeraar Zorg en Zekerheid UA

### 2.2 Algemeen inkoopbeleid wijkverpleging

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, zodat iedere patiënt de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Het inkoopbeleid vormt de basis voor de wijze waarop zij contracten afsluiten met aanbieders. Alle verzekeraars hanteren voor de inkoop van wijkverpleging concern breed hetzelfde beleid. Hierbij maken ze geen onderscheid tussen naturapolissen (polissen met recht op zorg) en restitutiepolissen (polissen met recht op vergoeding van kosten van zorg).

Bijna de helft van de verzekeraars maakt bij de inkoop van wijkverpleging onderscheid tussen het kernwerkgebied en de rest van Nederland. De overige vijf verzekeraars maken dit onderscheid niet. In onderstaand figuur is het kernwerkgebied per verzekeraar weergegeven.

**Figuur 1. Marktleider zorgverzekeraars per gemeente 2016**



Bron: Vektis, 2016

### 2.3 Speerpunten verzekeraars

De meeste verzekeraars noemen kwaliteit en doelmatigheid als speerpunten voor hun inkoopbeleid. Verder genoemde speerpunten zijn:

- opbouwen van een constructieve relatie met zorgaanbieders;
- zorg die aansluit op andere zorg die een verzekerde ontvangt en die aansluit bij de behoefte van de verzekerde (passende zorg);
- stabiliteit/continueren afspraken 2015 naar 2016;
- innovatie/best practices;
- substitutie;
- samenwerking sociaal medisch domein.

Daarnaast benoemen verzekeraars ook specifieke zorgvormen, zoals:

- e-health;
- specialistische zorg (intensieve kindzorg, palliatief terminale zorg, ketenzorg dementie, wondzorg);
- integratie wijkgericht werken en patiëntgebonden zorg;
- invoering van beloning op maat (voor wondzorg en stomazorg).

### 2.4 Zorginkoopproces

Bij alle verzekeraars start het externe inkoopproces vanaf publicatie van het inkoopbeleid (uiterlijk 1 april t-1). Twee verzekeraars schrijven daarnaast de zorgaanbieders actief aan en voeren gesprekken met belangenorganisaties van zorgaanbieders.

Vijf verzekeraars, waaronder de vier grootsten, organiseren na publicatie van het inkoopbeleid een bijeenkomst voor zorgaanbieders waarin het nieuwe beleid wordt gepresenteerd. De doorlooptijd van het inkoopproces voor wijkverpleging zag er voor het contractjaar 2016 als volgt uit:

- Op 1 november 2015 was gemiddeld 80% van de contracten afgesloten;
- Op 1 januari 2016 was gemiddeld 99% van de contracten afgesloten;
- Op 1 maart 2016 was geen enkele verzekeraar nog in onderhandeling over een contract.

## **2.5 Zorginkoop binnen en buiten kernwerkgebied**

Vier verzekeraars, waaronder één grote, maken bij het afsluiten van contracten met zorgaanbieders van wijkverpleging onderscheid in binnen en buiten kernwerkgebied. Zij vullen dit op verschillende manieren in. Eén verzekeraar hanteert twee type contracten: één met een omzetplafond en één met een tariefafspraken. De omvang van de schadelast van een zorgaanbieder bepaalt welk type overeenkomst wordt aangeboden. Veel aanbieders in het kernwerkgebied komen vanwege de hoge schadelast in aanmerking voor een overeenkomst met omzetplafond. Aanbieders buiten het kernwerkgebied krijgen een contract met een tariefafspraken, zonder omzetplafond.

Bij andere verzekeraars krijgen aanbieders binnen het kernwerkgebied de mogelijkheid om aanvullende afspraken te maken. Eén verzekeraar hanteert voor zorgaanbieders binnen het kernwerkgebied andere tarieven en afspraken over de productiemix verpleging en verzorging. Bij een andere verzekeraar krijgen zorgaanbieders binnen het kernwerkgebied de mogelijkheid om op een aantal differentiatie criteria te scoren. De best scorende zorgaanbieders (maximaal drie per regio) krijgen uitgebreide inkoopgesprekken en de mogelijkheid om aanvullende afspraken te maken op experimentbesteding, beloning op maat of anders. Van deze zorgaanbieders wordt wel verwacht dat zij kennis en kunde voor de gehele regio inzetten.

## **2.6 Voldoende gecontracteerde zorg**

Een verzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Verzekeraars geven aan te borgen dat zij voldoende zorg hebben ingekocht door de zorg breed te contracteren, te monitoren en bij te contracteren indien dit nodig is. Bij een groot deel van de verzekeraars krijgen de gecontracteerde aanbieders in 2015, ook voor 2016 een contract aangeboden. Zorgaanbieders moeten hierbij wel aan de voorwaarden in het contract voldoen. In regio's waar zorgaanbieders geen contract wilden tekenen, is gekeken naar alternatieve aanbieders die de zorg konden bieden. Twee verzekeraars geven aan dat 99% van de benaderde zorgaanbieders een contract heeft getekend. Verzekeraars kopen de zorg vaak in op basis van de geleverde zorg in jaar t-1, waarbij rekening wordt gehouden met voldoende keuze in het aanbod.

Voor de inkoop van specialistische zorgvormen hanteren verzekeraars aanvullende werkwijzen om te borgen dat zij voldoende zorg inkopen. Zo hanteren verzekeraars voor intensieve kindzorg vaak geen omzetplafond. Ook geven verzekeraars aan actief te sturen op signalen over specialistische zorgvormen en hierover in contact te blijven met de brancheorganisaties.

Ten aanzien van ketenzorg dementie, casemanagement dementie en complexe wondzorg geven verzekeraars aan te borgen dat zij voldoende zorg hebben ingekocht door de afspraken hierover mee te laten lopen met de budgetten voor reguliere patiëntgebonden prestaties.

In onderstaande tabel is het aantal gecontracteerde aanbieders per verzekeraar weergegeven. Twee concerns (5 en 6) kennen dezelfde aantallen, omdat zij de zorg voor een groot deel via inkoopcombinatie Multizorg inkopen.

**Tabel 2. Aantal gecontracteerde aanbieders<sup>3</sup>**

Verzekeraar	1 <sup>4</sup>	2	3	4	5	6	7	8 <sup>5</sup>	9
Instellingen, waarvan:	11	429	474	476	493	493	502	513	535
<i>IKZ</i>	1	429	25	25	19	19	28	3	27
<i>PTZ</i>	0	429	236	218	493	493	204	30	535
<i>Ketenzorg dementie</i>	1	0	204	160	0	0	7	30	13
<i>Complexe wondzorg</i>	0	0	0	7	0	0	2	0 <sup>6</sup>	0
ZZP'ers, waarvan:	1	0	0	14	0	0	0	0	4
<i>IKZ</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>PTZ</i>	1	0	0	0	0	0	0	0	4
<i>Ketenzorg dementie</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	4
<i>Complexe wondzorg</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>12</b>	<b>429</b>	<b>474</b>	<b>490</b>	<b>493</b>	<b>493</b>	<b>502</b>	<b>513</b>	<b>539</b>

Opvallend is dat van de negen verzekeraars er maar drie contracten hebben afgesloten met individuele ZZP'ers. Uit interviews met twee verzekeraars komt naar voren dat ZZP'ers vaak niet gecontracteerd worden, omdat de continuïteit van zorg niet kan worden gegarandeerd. Daarmee komt de kwaliteit van zorg in gevaar. Om dit op te lossen wordt de vorming van coöperaties door verzekeraars gestimuleerd. Verder is aangegeven dat ZZP'ers vaak niet voldoen aan de eisen die de verzekeraar stelt aan het opleidingsniveau.

Bij één verzekeraar (concern 2) zit ook een deel van de gespecialiseerde zorg in de afspraak verpleging en verzorging. Er wordt van zorgaanbieders met een contract wijkverpleging verwacht dat zij alle zorg vallend onder de aanspraak die nodig is voor de klant kunnen leveren (bv via onderlinge dienstverlening).

## 2.7 Volgbeleid

Een groot deel van de verzekeraars, waaronder drie grote, maakt bij de inkoop van wijkverpleging gebruik van het volgbeleid. Hierbij volgen zij (voor een deel van de prestaties) de afspraken tussen andere verzekeraars en aanbieders. Een aantal kleine verzekeraars volgen de afspraken van verzekeraars, waarmee zij een inkoopcombinatie vormen.

<sup>3</sup> Peildatum 1/3/2016

<sup>4</sup> aantallen gelden alleen voor kernwerkgebied

<sup>5</sup> Totaal aantal instellingen is binnen en buiten kernwerkgebied; de aantallen bij de specialistische vormen van zorg zijn alleen van toepassing op het kernwerkgebied.

<sup>6</sup> Nog niet; men kan plannen indienen voor wondzorg en stomazorg binnen afgesproken budget.

Andere verzekeraars volgen elkaar op een deel van de prestaties. We hebben geen informatie van verzekeraars over hoe vaak dit voorkomt.

Ook aan zorgaanbieders is gevraagd in hoeverre verzekeraars de inhoud van het contract van anders verzekeraars volgen. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat het contract met de verzekeraar waarmee de meest omvangrijke productieafspraken is gemaakt (deels) door andere verzekeraars wordt gevolgd. In onderstaande tabel is op basis van de gegevens van de responderende aanbieders in volgorde van voorkomendheid aangegeven bij welke zorgvormen door verzekeraars wordt gevolgd. Hierbij merken we op dat de prestatie wijkgericht werken nog in representatie wordt ingekocht. Het volgebeleid is voor deze prestatie dus niet van toepassing.

**Tabel 3. Volgebeleid per zorgvorm**

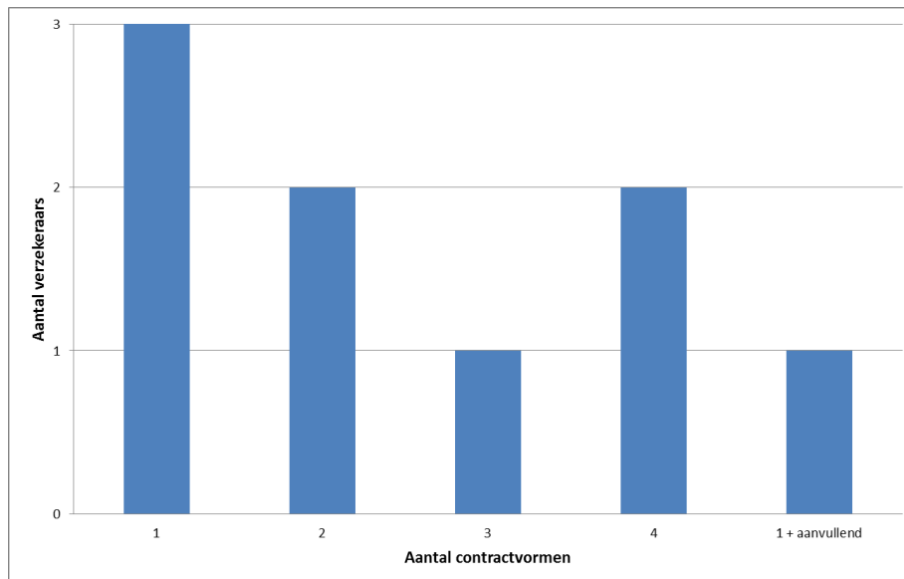
Nummer	Zorgvorm
1	Persoonlijke verzorging
2	Verpleging
3	Palliatieve terminale zorg
4	Advies, instructie en voorlichting (AIV)
5	Gespecialiseerde verpleging, oproepbare verpleging, oproepbare verzorging
6	Complexe wondzorg, medische specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT)
7	Ketenzorg dementie, regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg

Bij ongeveer de helft van de zorgaanbieders betreft de meest omvangrijke productieafpraak met één verzekeraar 50-75% van de totale productieafpraak van de zorgaanbieder. Uit interviews met aanbieders blijkt dat zij het soms lastig vinden om met verzekeraars in gesprek te gaan, wanneer het marktaandeel gelijkmatig over meerdere verzekeraars verdeeld is.

## 2.8 Contractvormen

Verzekeraars hanteren voor de inkoop van wijkverpleging verschillende contractvormen. Hierbij zijn er verschillen tussen verzekeraars in het aantal contractvormen en de basis waarop het onderscheid tussen contractvormen wordt gemaakt. Figuur 2 geeft een overzicht van het aantal contractvormen naar het aantal verzekeraars. Dit varieert van één tot vier contractvormen. Daarnaast hanteert één verzekeraar één contractvorm met aanvullende addenda.

**Figuur 2. Overzicht aantal contractvormen**



Ook het onderscheid tussen contractvormen binnen een verzekeraar verschilt. Een deel van de verzekeraars maakt een onderscheid op basis van tarieven. Een deel doet dit op basis van zorginhoudelijke gronden. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan specialistische zorgvormen versus basiszorg en aanvullende kwaliteitsafspraken.

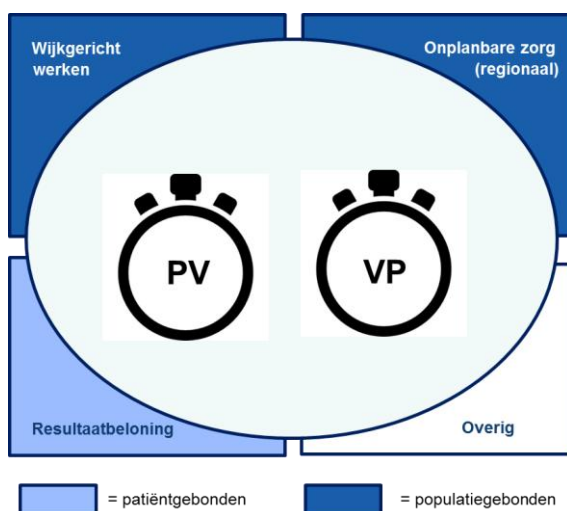
Een beperkt deel (28%) van de responderende aanbieders heeft met verzekeraars maatwerkafspraken gemaakt. Deze extra afspraken gingen vaak over het budget, en daarnaast ook over kwaliteit en/of het te hanteren tarief.

### 3. Uitkomsten contracteerproces 2016

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk laten we zien wat zorgaanbieders en verzekeraars voor het jaar 2016 hebben afgesproken in de contracten. Deze informatie is voor een groot deel gebaseerd op de enquêtes die we bij partijen hebben uitgezet. Daar waar mogelijk maken we een vergelijking tussen 2015 en 2016. In figuur 3 is de bekostiging van wijkverpleging in 2016 schematisch weergegeven.

**Figuur 3. Bekostiging wijkverpleging 2016**



De basis van het bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging wordt gevormd door de declaratie van uren met door de NZa gemaximeerde tarieven. Het gaat hierbij om de prestaties verpleging (VP), persoonlijke verzorging (PV), oproepbare verpleging, oproepbare verzorging, advies, instructie en voorlichting (AIV), gespecialiseerder verpleging en medische specialistische verpleging thuis (MSVT). Aanvullend bestaat het model uit de prestaties wijkgericht werken, regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg, beloning op maat en de regiefunctie complexe wondzorg. Ook zijn er verschillende experimenten van toepassing. Dit zijn het experiment ketenzorg dementie, het experiment bekostiging verpleging en verzorging en het experiment regelarme instellingen.

In het Regeerakkoord is voor het jaar 2016 een intensivering van de wijkverpleging van € 80 miljoen overeengekomen. Hiermee komt het kader in 2016 uit op € 3.346 miljard ten opzichte van € 3.167 miljard in 2015. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat rekening wordt gehouden met de extramuralisering en daarmee een hoger beroep op de extramurale zorgverlening. Tevens wordt rekening gehouden met demografische groei door vergrijzing.

In de navolgende paragrafen worden de uitkomsten voor inkoop van de verschillende prestaties nader uitgewerkt. Hierbij maken we onderscheid tussen bestaande prestaties en nieuw ingevoerde prestaties per 2016.



De omschrijving van de patiëntgebonden prestaties zijn terug te vinden in de beleidsregel 'Verpleging en verzorging'<sup>7</sup>.

De omschrijving van de prestatie 'MSVT' is terug te vinden in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'<sup>8</sup>.

## 3.2 Bestaande prestaties

### 3.2.1 Patiëntgebonden prestaties

Onder de categorie patiëntgebonden prestaties vallen de tijdsgebonden prestaties verpleging, persoonlijke verzorging, oproepbare verpleging, oproepbare verzorging, AIV, gespecialiseerde verpleging en MSVT<sup>9</sup>.

Een groot deel van de verzekeraars maakt bij de inkoop van wijkverpleging geen volumeafspraken op prestatie niveau. Verzekeraars die wel op prestatieniveau afspraken maken, geven bij een omzetplafond aan dat substitutie tussen deze prestaties mogelijk is. We hebben niet van iedere verzekeraar een bedrag ontvangen van de omvang van de productieafspraken. Om deze reden kunnen we ons geen beeld vormen van het totaalbedrag. We zien wel dat een groot deel van de verzekeraars in 2016 een hoger bedrag heeft afgesproken dan in 2015. Verder reserveren verzekeraars verschillende bedragen voor niet-gecontracteerde zorg, variërend van 1-5% ten opzichte van het budget voor gecontracteerde zorg. Eén grote verzekeraar geeft aan geen budget te hebben gereserveerd voor niet-gecontracteerde zorg.

Uit de enquêtes van de responderende zorgaanbieders blijkt dat meer dan de helft van de zorgaanbieders met een contract in 2016 lagere productieafspraken heeft gemaakt dan in 2015. De positieve mutatie op verzekeraarsniveau levert dus niet alle aanbieders een hogere productieafpraak op. Ruim een derde van de aanbieders geeft hierbij aan dat de afgesproken tarieven in 2016 lager zijn dan in 2015 en bijna 40% geeft aan dat dit per prestatie verschilt. Verzekeraars sturen bij het maken van contractafspraken (productieafpraak =  $p \cdot q$ ) zowel op het volume ( $q$ ) als op het tarief ( $p$ ).

Alle responderende aanbieders met een contract, hebben afspraken gemaakt over de prestaties verpleging en persoonlijke verzorging. Over de overige patiëntgebonden prestaties worden niet altijd afspraken gemaakt in het contract. Deze zorgaanbieders geven ook aan niet altijd belangstelling te hebben voor andere prestaties dan verpleging en verzorging. Voor oproepbare verzorging en gespecialiseerde verpleging is de minste belangstelling getoond. Hier zijn ook de minste contracten voor afgesloten. De verhouding van het aantal afgesloten contracten voor deze prestaties verschilt sterk tussen verzekeraars. Hierbij is duidelijk een verschil te zien in inkoopbeleid.

Er zijn een paar zorgaanbieders die geen contract hebben afgesloten met een verzekeraar. De reden hiervoor is dat de zorgaanbieder niet aan de eisen van de verzekeraar voldeden.

In tabel 4 is op basis van de gegevens van responderende aanbieders de spreiding van de tariefafspraken per prestatie weergegeven.

<sup>7</sup> BR/CU-7138, te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>8</sup> AL/BR-0046, te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>9</sup> De prestatie regiefunctie complexe wondzorg is ook patiëntgebonden. Deze wordt besproken bij specialistische zorg.

**Tabel 4. Tariefafspraken**

Prestatie	Minimum	Maximum	NZa maximum tarief	Bandbreedte t.o.v. het NZa tarief
Persoonlijke verzorging	€ 38,89	€ 46,74	€ 50,84	76-92%
Oproepbare verzorging	€ 46,00	€ 50,04	€ 54,45	84-92%
Verpleging	€ 56,00	€ 72,00	€ 75,25	74-96%
Oproepbare verpleging	€ 70,00	€ 77,40	€ 80,61	87-96%
Gespecialiseerde verpleging	€ 72,00	€ 77,67	€ 81,49	88-95%
AIV	€ 56,40	€ 71,88	€ 75,25	75-96%
MSVT	€ 56,00	€ 75,48	€ 81,49	69-93%

### 3.2.2 Wijkgericht werken

De prestatie wijkgericht werken wordt in het jaar 2016, net als in 2015, in representatie ingekocht. Alleen de grote verzekeraars in een regio kopen deze prestatie dus in. De activiteiten binnen deze prestatie zijn niet direct te koppelen aan een individueel zorgtraject van een patiënt, en zijn te kenschetsen als het verbinden van het medische en sociale domein waarbij signaleren, regisseren en coördineren de kern vormen.

In het jaar 2016 hebben zeven verzekeraars deze prestatie bij 236 aanbieders ingekocht. Niet alle verzekeraars (2) geven aan welk bedrag ze hiervoor gereserveerd hebben; de overige vijf verzekeraars hebben een totaalbedrag opgegeven van meer dan € 38 miljoen.

De meerderheid van de verzekeraars hanteert de afspraken uit 2015 als uitgangspunt voor 2016. De inhoud van de overeenkomsten zijn gelijk. Twee kleine verzekeraars hebben een groter aantal aanbieders gecontracteerd, mits een aanbieder aan de voorwaarden voldeed. In de contracten zijn onder andere afspraken gemaakt over de kaders waarbinnen de prestatie kan worden ingezet. Zo kan de prestatie niet gedeclareerd worden voor zorg zoals een huisarts pleegt te bieden, of voor zorg/ondersteuning die onder de Wmo valt.

Bijna de helft (47%) van de responderende aanbieders heeft geen belangstelling getoond voor de prestatie wijkgericht werken. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze groep voor een groot deel uit kleine aanbieders bestaat. Van de aanbieders die belangstelling hebben getoond, heeft ongeveer 80% een contract afgesloten. Bijna 78% van deze aanbieders geeft aan dat de totale productieafspraken voor wijkgericht werken gelijk zijn in 2016 t.o.v. 2015. De andere 22% geeft aan dat de productieafspraken in 2016 t.o.v. 2015 zijn toegenomen.

De responderende zorgaanbieders noemen verschillende redenen voor het niet afsluiten van een contract voor wijkgericht werken. De meest genoemde zijn:

- We hadden geen belangstelling;
- Er worden alleen afspraken gemaakt met bestaande aanbieders;
- Als kleine organisatie hebben we daar geen menskracht voor;
- Dit behoort (nog) niet tot onze activiteiten.

### 3.2.3 E-health

Alle verzekeraars, op één grote verzekeraar na, maken in de contracten met een deel van de aanbieders afspraken over e-health.

Dit betreffen tariefafspraken voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg<sup>10</sup>. De ruimte die hiervoor is geboden met de prestatiebeschrijvingen en declaratiebepalingen binnen de NZa regelgeving zijn hiervoor leidend. Deze extra uren dienen sinds 2016 apart inzichtelijk te zijn op de factuur. Drie verzekeraars continueren hierbij de afspraken in 2015, al was de zorg toen nog niet apart inzichtelijk. Voor het overige deel van de verzekeraars zijn de afspraken nieuw. Eén verzekeraar maakt alleen afspraken over farmaceutische telezorg, waarbij aanbieders een vast aantal uren per aangesloten patiënt kunnen declareren om kosten voor infrastructuur te dekken.

Slechts 16% van de responderende aanbieders geeft aan in het contract afspraken te hebben gemaakt over e-health. Deze afspraken zijn gelijk aan de gemaakte afspraken in 2015. Een groot deel van de responderende aanbieders is klein in omvang, waaronder ook een aantal ZZP'ers. Voor deze groep ligt het maken van afspraken over e-health mogelijk minder voor de hand.

### **3.2.4 Experimenten regelarme instellingen**

In 2015 hebben we twee individuele beschikkingen afgegeven voor het experiment regelarme instellingen. In 2016 is één experiment voortgezet, waarvoor wij een beschikking hebben afgegeven<sup>11</sup>.

## **3.3 Nieuwe prestaties**

### **3.3.1 Beloning op maat**

Per 2016 kunnen zorgaanbieders met verzekeraars aanvullend afspraken maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van deze zorg. Dit kan door middel van de nieuwe prestatie 'beloning op maat'.

Het merendeel van de verzekeraars maakt nog geen afspraken over beloning op maat. Slechts twee grote verzekeraars hebben in totaal met 20 zorgaanbieders een afspraak gemaakt over deze nieuwe prestatie. Deze afspraken gaan onder andere over doelmatige inzet van zorg, inzet van beeldzorg, het gebruik van een vaste mix aan prestaties, substitutie van COPD patiënten en digitaal communicatieplatform. Eén verzekeraar geeft aan dat er gedurende het jaar 2016 nog plannen door zorgaanbieders ingediend kunnen worden. Indien deze goedgekeurd worden, kan de zorg binnen de productieafpraak worden geleverd.

Ongeveer een kwart van de responderende aanbieders met een contract heeft belangstelling getoond voor een afspraak over beloning op maat. Een derde van deze aanbieders heeft met maximaal twee verzekeraars een contract afgesloten. Er zijn afspraken gemaakt over innovatie, kwaliteit en over een geriatrisch expertise centrum. Aanbieders zonder contract geven hiervoor de volgende redenen aan:

- We hadden geen belangstelling;
- De prestatie is niet aangeboden;
- Verzekeraars reageren niet of nauwelijks op verzoeken om hier afspraken over te maken;
- Het maakt de financiering en rechtmatigheid complexer.

---

<sup>10</sup> Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg. Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een medicijndispenser.

<sup>11</sup> Bron: NZa, peildatum 16 juni 2016.

### 3.3.2 Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg

Per 2016 is ook de prestatie 'Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' ingevoerd. Met deze prestatie worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio, voor zover deze niet bekostigd wordt binnen de uren verpleging en verzorging. Om gebruik te maken van deze prestatie moet hierover een overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar zijn gesloten. Een meerderheid van verzekeraars maakt geen aparte afspraken over deze nieuwe prestatie. Zij bekostigen de onplanbare zorg met de prestaties oproepbare persoonlijke verzorging en oproepbare verpleging.

Drie grote verzekeraars hebben deze prestatie bij 33 aanbieders ingekocht. Met deze zorgaanbieders wordt een lumpsumbudget afgesproken. Zorgaanbieders met een afspraak in het contract worden geacht de zorg in hun werkgebied te organiseren, ongeacht waar de verzekerde voor zijn reguliere (planbare) thuiszorg in zorg is en zonder daarvoor extra kosten te rekenen richting de desbetreffende zorgaanbieder.

Van de responderende aanbieders heeft bijna 20% belangstelling getoond voor een afspraak over de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg. De helft van deze aanbieders heeft een contract afgesloten. Ook voor deze uitkomst geldt de kanttekening dat de groep respondenten vooral uit kleine aanbieders bestaat. Dit blijkt voor een deel ook uit de argumenten waarom responderende aanbieders geen contract hebben:

- We hadden geen belangstelling;
- Deze prestatie is niet aangeboden;
- Alle verzekeraars houden vast aan de bestaande contracten uit het voorgaande jaar;
- We voldeden niet aan de eisen van de verzekeraar (bijvoorbeeld de eisen aan bezetting van personeel).

### 3.3.3 Experiment bekostiging verpleging en verzorging

In 2016 bestaat de mogelijkheid tot een experiment bekostiging verpleging en verzorging. Het experiment biedt zorgaanbieders en verzekeraars de mogelijkheid voor de individueel toewijsbare verpleging en verzorging af te wijken van de reguliere bekostiging en een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie af te spreken. Het kan hierbij gaan om een bedrag per uur, per dag, per maand et cetera. Ook kan er voor worden gekozen alleen bij bepaalde doelgroepen te experimenteren. Om gebruik te maken van het experiment moet hierover een overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar zijn gesloten.

In het kader van de evaluatie van het experiment hebben we bij verzekeraars de gemaakte afspraken opgevraagd. Drie van de tien verzekeraars zijn experimenten overeen gekomen. In totaal zijn hierbij zeven zorgaanbieders betrokken<sup>12</sup>. Inhoudelijk zien we de volgende afspraken op grond van het experiment:

- Budget per patiënt per maand voor alle verzekerden met een geldige indicatie V&V;
- Tarief per uur of per vier weken voor alle verzekerden met een geldige indicatie V&V. Bij iedere declaratie wordt geregistreerd onder welke doelgroep de patiënt valt (zorg na

<sup>12</sup> Bron: NZa, peildatum 15 mei 2016.

- ziekenhuisopname, kwetsbare ouderen, chronisch zieken, palliatief terminale zorg, dementerenden);
- Tarief per dag voor palliatief terminale zorg thuis;
- Tarief per dag voor palliatief terminale zorg thuis met verschillende tarieven voor de eerste week ten opzichte van de weken hierna. Vanaf de tweede week is er tevens een onderscheid in tarief voor met/zonder beademing.

### 3.4 Specialistische zorg

Verzekeraars maken bij de inkoop van wijkverpleging vaak aparte afspraken over de specialistische vormen van zorg: intensieve kindzorg (IKZ), palliatief terminale zorg (PTZ), dementie en complexe wondzorg. In deze paragraaf beschrijven we de uitkomsten van de inkoop van deze specialistische vormen van zorg.

#### 3.4.1 Intensieve kindzorg

In 2016 mag een aanbieder van IKZ, naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging en verzorging, ook kosten voor verblijf of dagopvang in rekening brengen met de prestaties verpleging en verzorging. De overeengekomen tarieven (en volumes) die betrekking hebben op IKZ zijn ondergebracht onder de productieafspraken verpleging en verzorging.

Alle verzekeraars hanteren een standaardcontract voor de inkoop van IKZ, waarbij het grootste deel van de verzekeraars aanvullende eisen stelt aan de zorgverlening. Dit gebeurt in de vorm van een aangepast standaardcontract of met een bijlage bij het standaardcontract. De kleine verzekeraars hebben de eisen op elkaar afgestemd.

Aanvullende eisen zijn in overleg met de branchevereniging VGVK vastgesteld. De inhoud is grotendeels gelijk aan de voorwaarden voor het jaar 2015. In de contracten zijn onder andere afspraken gemaakt over de toegang, kwaliteit en deskundigheid van de zorgverlening en de rol van de naaste omgeving. Hieronder staan een aantal van deze voorwaarden verder uitgewerkt:

- De zorgaanbieder werkt samen met de bij de IKZ betrokken disciplines, zoals het ziekenhuis, kinderarts, huisarts, fysiotherapeut, consultatiebureau, centra voor thuisbeademing, medische kinderdagverblijven, kinderthuiszorg en hospices;
- De zorg dient verankerd te zijn in het zorgplan. De zorg richt zich op het toewerken naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders en/of verzorgers;
- Er is een cliëntenraad/ouderenraad;
- De zorg wordt geleverd door verpleegkundigen die speciaal voor deze zorg zijn opgeleid en 24 uur per dag beschikbaar zijn op afspraak en op afroep;
- Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Van de responderende aanbieders heeft een zeer beperkt deel een contract afgesloten voor IKZ. Belangrijke reden voor aanbieders om geen contract af te sluiten, is dat ze geen IKZ leveren of dat ze niet kunnen voldoen aan de eisen van de verzekeraars. De responderende aanbieders met een contract geven aan dat de productie- en tariefafspraken voor 2016 gelijk zijn aan het jaar 2015.

### 3.4.2 Palliatief terminale zorg

Ook voor PTZ hanteren de verzekeraars een standaardcontract, waarbij het grootste deel van de verzekeraars aanvullende eisen stelt aan de zorgverlening. Deze eisen maken onderdeel uit van het standaardcontract, of een bijlage daarvan. De overeengekomen tarieven (en volumes) die betrekking hebben op PTZ zijn onder gebracht onder de productieafspraken verpleging en verzorging.

De voorwaarden zijn ten opzichte van 2015 vrijwel onveranderd. Slechts één verzekeraar geeft aan de kwaliteitseisen te hebben aangescherpt.

Hieronder staan een aantal van deze voorwaarden verder uitgewerkt:

- De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een netwerk PTZ;
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar ervaring met de levering van PTZ en levert regelmatig zorg aan verzekerden in de laatste fase van hun leven;
- De zorgaanbieder werkt volgens bestaande zorgpaden en richtlijnen;
- De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden;
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich aantoonbaar scholen gericht op palliatieve zorg.

Van de responderende aanbieders met een contract, heeft ruim driekwart belangstelling getoond voor een contract voor PTZ. Bijna al deze aanbieders hebben een contract afgesloten. Vaak maken de afspraken voor PTZ onderdeel uit van de totale productieafspraken voor wijkverpleging. De responderende aanbieders zonder contract voor PTZ geven aan dat deze zorg niet behoort niet tot de activiteiten die ze leveren of dat ze geen aanbod hebben ontvangen van de verzekeraars.

### 3.4.3 Dementie

Ketenzorg dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Bij ketenzorg dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de zorg. Ketenzorg dementie kan via de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw worden bekostigd.

In 2015 zijn voor 70 experiment-overeenkomsten individuele beschikkingen afgegeven. Dit staat gelijk aan een totaal bedrag van ongeveer €6 miljoen<sup>13</sup>. De 70 overeenkomsten staan voor een voortzetting van 42 verschillende netwerken van ketenzorg dementie.

Uit de contracten en gesprekken die we dit jaar in het kader van deze monitor met verzekeraars hebben gevoerd, komt naar voren dat verzekeraars de contractafspraken met een groot deel van de bestaande aanbieders uit 2015 hebben gecontinueerd. De meerderheid van de verzekeraars hanteert de afspraken uit 2015 als uitgangspunt voor 2016 en contracteert voor de specifieke zorgvorm ketenzorg dementie geen nieuwe aanbieders in 2016.

Voor 2016 zijn voor 30 experiment-overeenkomsten individuele beschikkingen afgegeven.

---

<sup>13</sup> Bron: NZa, peildatum 1 april 2015.

Het totaal bedrag hierbij is ongeveer €2,8 miljoen<sup>14</sup>. De 30 experiment-overeenkomsten staan gelijk aan de voortzetting van 30 verschillende netwerken. In alle gevallen is er een overeenkomst gesloten met een hoofdaannemer die het budget beheert en zorg draagt voor de verspreiding hiervan onder de andere aangesloten ketenpartijen. Niet alleen zijn er in 2016 minder netwerken van ketenzorg dementie via experiment-afspraken bekostigd, ook zijn de productieafspraken per keten gemiddeld gedaald. In 2015 bedroeg de gemiddelde budgetafpraak €161.965,- per netwerkketen. In 2016 bedroeg de gemiddelde budgetafpraak €92.721,- per netwerkketen.

Ruim 40% van de responderende aanbieders heeft belangstelling getoond voor contractafspraken over ketenzorg dementie. Meer dan 70% van deze aanbieders heeft een contract gekregen. Vanuit de responderende aanbieders komt een overeenkomstig geluid naar voren dat zij ervaren dat verzekeraars steeds minder aparte afspraken willen maken over ketenzorg dementie. Eén van de redenen die de aanbieders hiervoor van verzekeraars vernemen is dat verzekeraars ketenzorg dementie niet zien als iets dat apart moet worden bekostigd, maar als onderdeel zien van reguliere zorgprestaties. Een andere reden is dat zij hier in 2015 ook geen contractafspraken over hadden. Hierdoor is het voor die aanbieders onmogelijk gebleken om aan alle contracteisen te voldoen en hebben zij voor 2016 geen contract gekregen.

De contracteisen voor ketenzorg dementie wijken af van de standaard eisen. Er gelden specifieke afspraken of aanvullende eisen ten aanzien van de levering, het totale budget of de declaratie. Het oormerken van het budget wordt vaak als reden genoemd om wel gebruik te maken van de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw. De voornaamste reden voor verzekeraars om geen aparte afspraken te maken onder de Beleidsregel ketenzorg dementie is dat zij geen behoefte hebben aan of geen noodzaak zien tot het apart oormerken van gelden. Naast de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw, maken verzekeraars en aanbieders ook afspraken over casemanagement dementie. Deze afspraken vallen onder de reguliere prestaties verpleging en verzorging. Sommige verzekeraars stellen aanvullende eisen voor de zorgverlening van casemanagement dementie. De overige verzekeraars zien deze zorg als onderdeel van het reguliere werk van wijkverpleegkundigen.

#### **3.4.4 Complexe wondzorg**

Op basis van de beleidsregel 'Regiefunctie complexe wondzorg' kunnen zorgaanbieders de prestatie 'regiefunctie complexe wondzorg' declareren<sup>15</sup>. Deze prestatie is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Per patiënt kan de prestatie eenmaal per 12 maanden in rekening worden gebracht ongeacht de inhoud of frequentie van de behandeling.

Het merendeel van de verzekeraars koopt deze zorg niet apart in. Hiervoor worden verschillende redenen benoemd. Sommige verzekeraars hebben nog geen voorstellen ontvangen van zorgaanbieders. Andere verzekeraars volgen de ontwikkelingen van de dominante verzekeraar in de regio. Zij hebben nog geen verzoeken ontvangen om de overeenkomst van een dominante verzekeraar te volgen. Andere verzekeraars zijn van mening dat coördinatie en regievoering onderdeel uitmaakt van het reguliere verpleegkundige handelen.

---

<sup>14</sup> Bron: NZa, peildatum 20 april 2016.

<sup>15</sup> BR/CU-7106, te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twee grote verzekeraars hebben met een deel van de aanbieders pilots opgezet. In deze pilots zijn onder andere afspraken gemaakt over het niveau van de ingezette medewerker, het monitoren van de wonden, het toepassen van een stepped care model over samenwerking en de inzet van verband- en hulpmiddelen. Met het overige deel van de aanbieders worden standaardafspraken gemaakt.

Van de responderende aanbieders met een contract, heeft nog geen 10% belangstelling getoond voor een afspraak over de prestatie regiefunctie complexe wondzorg. De responderende aanbieders met belangstelling hebben hier ook een contract voor afgesloten. Hierbij is het volgebeleid toegepast. Aanbieders zonder contract geven aan dat afspraken alleen met bestaande aanbieders gemaakt worden of dat deze zorg wordt uitbesteed aan gespecialiseerde teams.

### **3.5 Overige afspraken**

In de volgende paragrafen beschrijven we de afspraken in het contract over kostenbeheersing, kwaliteit, toegankelijkheid, samenwerking met andere partijen en de declaratie- en registratiebepalingen.

#### **3.5.1 Kostenbeheersing**

Begin 2014 hebben aanbieders en verzekeraars in het onderhandelaarsresultaat 'transitie verpleging en verzorging'<sup>16</sup> een afspraak gemaakt over het realiseren van een taakstelling. Hierbij zijn partijen met elkaar een samenhangende inspanningsverplichting overeengekomen. De inspanningsverplichting houdt kortweg in dat partijen zich bij de zorginkoop en –levering tot het uiterste inspannen om overschrijdingen op het vooraf afgesproken financiële kader te voorkomen. In het onderhandelaarsresultaat is opgenomen dat de taakstelling in het algemeen via een reductie van het zorgvolume wordt gerealiseerd. ZN heeft deze afspraak in de landelijke inkoopgids overgenomen, waarbij ze aangeven dat het de intentie van verzekeraars is de taakstelling te realiseren via reductie van het zorgvolume per verzekerde in zorg. Uitzondering hierop zijn de zorgaanbieders IKZ en afspraken rondom ketenzorg dementie, of PTZ. Voor hen geldt een andere basis voor inkoopafspraken.

In de contracten voor 2016 hanteren verzekeraars diverse afspraken rondom kostenbeheersing. Vier kleine verzekeraars maken in het contract afspraken over prijs en doelmatigheid. De overige vijf verzekeraars hanteren combinatieafspraken over volume, prijs en plafond. De systematiek rondom kostenbeheersing is voor een groot deel vergelijkbaar met 2015. Als gevolg van individuele inkoop zijn er wel verschillen tussen verzekeraars.

Bij de afspraken over prijs en doelmatigheid wordt door twee van de vier verzekeraars geen zorgkostenplafond gehanteerd, omdat het aandeel verzekerden bij een zorgaanbieder gering is en ze vanwege afwezigheid van een zorgkantoor niet over historische cijfers beschikken. De andere twee verzekeraar met afspraken over prijs en doelmatigheid hanteert alleen buiten het kernwerkgebied geen zorgkostenplafond. Binnen het kernwerkgebied afspraken maken zij wel afspraken over prijs, volume en plafond.

---

<sup>16</sup> Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging, 2014 tot en met 2017, Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ. .



Bij de verzekeraars met combinatieafspraken over volume, prijs en plafond, hebben aanbieders de vrijheid om het budget te verdelen over verschillende prestaties voor verpleging en verzorging. Voor een aantal prestaties, zoals ketenzorg en de regionale beschikbaarheidsfunctie, spreken verzekeraars een lumpsumbedrag af. Slechts drie verzekeraars hebben een contract met ZZP'ers afgesloten. Zij hanteren hierbij dezelfde afspraken als voor instellingen; combinatie van prijs, volume en plafond

Wanneer de declaraties het overeengekomen budget overschrijden, dan wordt het totale bedrag van de eventuele overschrijding verrekend. Voor het terugvorderen van budget van de zorgaanbieder naar verzekeraar hanteren verzekeraars verschillende methoden. Het grootste deel van de verzekeraars geeft aan dat de aanbieder alle zorg declareert en de verzekeraar het teveel betaalde bedrag terugvordert. De procedure voor de opbrengstverrekening wordt momenteel in ZN verband nader uitgewerkt. Twee verzekeraars hanteren hiervoor een andere methode, namelijk door het teveel betaalde bedrag te verrekenen met de tarieven in het jaar 2017 of de betalingen van declaraties te stoppen, zodra het maximaal overeengekomen bedrag is bereikt.

### **3.5.2 Kwaliteit**

Alle verzekeraars hebben in de contracten kwaliteitseisen opgenomen. Bij zes verzekeraars zijn de kwaliteitseisen gelijk aan de eisen in het contractjaar 2015. Alle verzekeraars volgden toen de toelatings- en minimumeisen uit de inkoopgids van ZN, waaronder de indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5, het zorgplan en de kwaliteitsbeoordeling. Een aantal verzekeraars had daarnaast nog aanvullende (differentiatie) eisen gesteld, bijvoorbeeld om in aanmerking te komen voor een contract, voor tariefdifferentiatie of voor het leveren van specialisaties IKZ, PTZ en ketenzorg dementie.

Drie kleine verzekeraars geven aan de kwaliteitseisen op een aantal punten te hebben aangepast. Eén verzekeraar verwijst meer naar de normen van de beroepsgroep. Twee andere verzekeraars stellen minder eisen dan in 2015 door de eerste representant gebruikelijk was. Zij kiezen voor een minimale set aan kwaliteitseisen, omdat ze uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om aan de in de branche gebruikelijke kwaliteitseisen te voldoen. Daarnaast is een beperkt aantal afspraken gemaakt, waaronder de indicatiestelling door verpleegkundigen niveau 5, het werken volgens het V&VN Normenkader en het uitvoeren van een jaarlijkse zelfevaluatie door de aanbieder van de bereikte kwaliteit en publicatie van de uitkomsten hiervan op de website.

Alle verzekeraars controleren of de afgesproken kwaliteitseisen zijn behaald. Dit doen zij onder andere aan de hand van materiële controles waarbij aanbieders zelf ook informatie aanleveren, vragenlijsten, inkoop /monitoringsgesprekken, controles op de website van zorgaanbieders, signalen van klanten, melding CQ uitkomst, controles op juistheid van cliënt informatie over bijvoorbeeld toegang tot zorg of bijvoorbeeld tijdens marktconsultatie sessies.

Ruim 80% van de responderende aanbieders geeft aan dat zij op basis van de kwaliteitscriteria van verzekeraars in aanmerking kwamen voor een contract. Van de overige 20% van de aanbieders geldt dit voor een deel van de verzekeraars.

Kwaliteitseisen waar zorgaanbieders niet aan konden voldoen hebben betrekking op 24-uurs zorg, BIG-registratie en het hebben van een cliëntenraad.

### 3.5.3 Toegankelijkheid

Een groot deel van de verzekeraars maakt in het contract afspraken over een doorleverplicht van zorg, waarbij de aanbieders verplicht worden om zorg te leveren aan alle cliënten die zich bij hen melden. Hierbij wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen cliënten in zorg en nieuwe cliënten.

#### *Doorleverplicht*

Bij twee verzekeraars is de doorleververplichting niet van toepassing omdat zij geen zorgkostenplafond hanteren. Alle overige verzekeraars hanteren een onbeperkte doorleververplichting voor bestaande cliënten, waarbij er wordt aangegeven dat zorgaanbieders altijd in gesprek kunnen gaan wanneer het plafond dreigt te worden overschreden of wanneer al sprake is van een overproductie. Van de zeven verzekeraars geven vier verzekeraars aan dat de doorleverplicht niet van toepassing is op nieuwe cliënten. Voor de overige drie verzekeraars geldt dat aanbieders ook voor deze nieuwe cliënten een gesprek kunnen aanvragen.

#### *Wachlijsten*

Bijna een kwart van de responderende aanbieders geeft aan in 2015 wachlijsten, dan wel cliëntenstops, dan wel verminderde instroom te hebben gehad voor verpleging en persoonlijke verzorging. Er zijn aanbieders die gedurende het jaar 2015 cliënten hebben overgedragen aan andere zorgaanbieders.

Volgens alle verzekeraars zijn er op dit moment<sup>17</sup> geen wachlijsten voor verpleging en verzorging. Bij twee verzekeraars zijn wachlijsten niet aan de orde, omdat zij geen zorgkostenplafond hanteren. Zij ontvangen hier dus geen meldingen en/of signalen over. De overige verzekeraars monitoren de wachlijsten aan de hand van meldingen van verzekerden en/of aanbieders. Daarnaast is de toegankelijkheid van zorg een agendapunt in de monitorgesprekken tussen aanbieders en verzekeraars en worden wachlijsten bijgehouden via de zorgbemiddelingslijn van een verzekeraar. Wanneer er wachlijsten ontstaan, gaan verzekeraars vaak in gesprek met aanbieders over de oorzaak van de wachlijst en proberen ze gezamenlijk, in overleg met de cliënt, naar een oplossing te zoeken. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld cliënten bemiddelen naar een alternatieve aanbieder. Dit hangt onder andere af van de ruimte die er nog is in de regio om de zorg bij een andere aanbieder te ontvangen. Een andere oplossing is het ophogen van het zorgkostenplafond, zodat de cliënt alsnog bij de aanbieder naar keuze terecht kan. Twee grote verzekeraars geven aan dit alleen te doen bij aanbieders die het beste scoren op kwaliteit en kosteneffectiviteit.

#### *Financiële posities*

Meer dan de helft van de responderende aanbieders geeft aan dat de financiële positie van eind 2015 verslechterd is ten opzicht van 2014. De andere aanbieders geven aan dat de financiële positie gelijk is gebleven (38%) of is verbeterd (9%). Een derde geeft de verwachting aan dat de financiële positie in 2016 verder zal verslechteren, een derde verwacht een gelijkblijvende stand en 13% verwacht een verbetering. Het overige deel van de aanbieders kan hier geen inschatting van maken.

De verwachting van de financiële positie hangt veelal samen met het uitgangspunt van de gemaakte budgetafspraken in jaar t-1.

---

<sup>17</sup> Peildatum april 2016

Als uitgangspunt kan de productie 2015 zijn genomen, zonder overproductie. Een ander uitgangspunt is de productie van 2015 met overproductie. Als een aanbieder in 2015 is geconfronteerd met een overproductie en de productie van 2015 zonder overproductie is als uitgangspunt genomen, dan zien we dat de aanbieder een slechtere verwachting heeft van de financiële positie in 2016. Overige redenen die zijn aangedragen door de responderende zorgaanbieders voor de verwachting van een slechtere financiële positie in 2016 zijn hogere kosten door de inzet van hoger deskundigheidsniveau van personeel, door lagere tarieven dan het jaar ervoor en door doelmatig werken neemt de tijd per cliënt af.

#### **3.5.4 Samenwerking met andere partijen**

Zes verzekeraars maken geen afspraken over wijkverpleging met andere partijen, zoals huisartsen, gemeenten en ziekenhuizen. De overige drie verzekeraars, waarvan twee kleine, maken onder andere afspraken over zorgadvies transferpunten, onderlinge samenwerking in de zorgverlening en afbakening van zorg (met name op het vlak van persoonlijke verzorging). Bij de inkoop van huisartsenzorg en wijkverpleging zijn bijvoorbeeld wederzijdse voorwaarden in de contracten opgenomen, waarbij overlap zoveel mogelijk voorkomen moet worden.

#### **3.5.5 Declaratie- en registratiebepalingen**

De regelgeving voor de declaratie- en registratiebepalingen is vastgelegd in de nadere regel 'Verpleging en verzorging'<sup>18</sup>. In deze regeling is onder andere de voorwaarde opgenomen dat indien er tussen verzekeraar en zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, de tijd wordt afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Ook moet een groot deel van de declaraties plaatsvinden op patiëntniveau. Uitzonderingen hierop zijn de prestaties 'wijkgericht werken' en de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg', waarbij de declaratie plaatsvindt op prestatieniveau. Ditzelfde geldt voor de experiment prestatie 'ketenzorg dementie'.

In de contracten gaan verzekeraars uit van een landelijk vastgesteld uniform declaratieprotocol voor wijkverpleging. Daarbij is het uitgangspunt dat de zorgaanbieder de zorg declareert die geleverd is. Alle verzekeraars sluiten voor afspraken over het afronden van de tijd van de geleverde prestaties aan bij de tekst in de nadere regel. De resultaten van aanbieders bevestigen dit beeld.

---

<sup>18</sup> NR/CU-733, te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

## 4. Ervaringen met contracteerproces 2016

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen die verzekeraars en aanbieders hebben opgedaan met het contracteerproces voor wijkverpleging. Daar waar mogelijk maken we een vergelijking tussen de jaren 2015 en 2016. Ook brengen we in de laatste paragraaf het perspectief vanuit patiënten in beeld.

### 4.2 Ervaringen verzekeraars

In de enquêtes zijn verzekeraars gevraagd naar hun ervaringen met het inkoopproces en de uitkomsten hiervan over de jaren 2015 en 2016. Een belangrijk verschil tussen deze jaren is dat verzekeraars de zorg in 2015 in representatie inkochten, en in 2016 voor hun eigen verzekerden. Dit heeft vooral een grote impact gehad op de kleine verzekeraars, omdat een deel in 2015 nog geen zorg had ingekocht.

Het grootste deel van de verzekeraars reageert 'neutraal' of 'ontevreden' op het contracteerproces en de uitkomsten in het jaar 2015. Slechts twee verzekeraars zijn tevreden over het proces en de uitkomsten. Voor twee verzekeraars is deze vraag niet van toepassing, omdat zij in 2015 geen representant waren. Redenen voor ontevredenheid zijn:

- Het financiële kader was niet toereikend;
- Het was een rommelig jaar;
- Het vaststellen van budgetten in representatie en latere aanpassing heeft veel ruis en interpretatie verschillen gekend;
- Het bijcontracteren en de discussie in de media was erg ingewikkeld;
- Het inkopen in representatie op een complex en dynamisch dossier maakte het proces ingewikkeld.

De ervaringen vanuit verzekeraars met de inkoop in het jaar 2016 zijn sterk verbeterd. Op één verzekeraar na zijn alle verzekeraars tevreden over het proces. Over de uitkomst is het grootste deel ook tevreden, de overige drie reageren 'neutraal', en wachten het verloop van het jaar nog even af. Belangrijkste redenen voor de tevredenheid:

- Het is een rustiger jaar met meer duidelijkheid;
- Er is tijdig gecontracteerd;
- Er zijn goede discussies gevoerd, goede afspraken gemaakt;
- In de inkoop was ruimte voor programma's van verzekeraar.

De verzekeraar die ontevreden is over het proces geeft aan dat er veel discussie was met aanbieders over de hoogte van het omzetplafond. Ook de overgang van representatie naar inkoop voor eigen verzekerden was lastig. Verder geven verzekeraars aan dat aanbieders vanuit historie gewend zijn aan één contractpartner. Gebrek aan transparantie maakte het gesprek soms moeilijk.

Verzekeraars is ook gevraagd naar de belangrijkste knelpunten in het onderhandelingsproces. Zij geven hierbij de volgende knelpunten aan:

- Gebrek aan inzicht in doelgroepen en zorgzwaarte van verzekerden;

- Gebrek aan historie en transparantie en daarmee ook in de doelmatigheid. Dit moet nog opgebouwd worden, zodat de voorspelkracht in het dossier toeneemt;
- Het blijven denken in AWBZ regime door zorgaanbieders terwijl de Zvw een andere, concurrerende markt is met andere krachten en regels;
- Overgang van representatie naar inkoop voor eigen verzekerden, waardoor je als verzekeraars te maken krijgt met afspraken zoals zorgaanbieders die gewend waren;
- Onduidelijkheid in wet- en regelgeving, over wanneer zorg onder de Zvw, Wmo en Wlz valt;
- Discussie over de hoogte van het tarief voor persoonlijke verzorging;
- Financiële positie van de aanbieders; aanbieders hebben de financiële cijfers niet goed paraat.

### 4.3 Ervaringen zorgaanbieders

In deze paragraaf beschrijven we ervaringen van zorgaanbieders met het contracteerproces voor het jaar 2016. Daarbij wordt specifiek ingegaan op een aantal onderwerpen, zoals maatwerkafspraken, specialistische zorg en kwaliteit. De resultaten zijn grotendeels gebaseerd op de enquêtes van de responderende zorgaanbieders. Ook de uitkomsten uit de interviews met aanbieders zijn hierin meegenomen.

#### 4.3.1 Inkoopproces

Aan de zorgaanbieders met een contract is gevraagd wat hun ervaring was met het inkoopproces voor het contractjaar 2016. Onderstaande tabel geeft het aantal zorgaanbieders weer die het eens of oneens waren met verschillende stellingen over het inkoopproces. Overige responderende aanbieders hebben de optie 'n.v.t.' of 'weet ik niet' ingevuld.

**Tabel 5: tevredenheid zorgaanbieders over het inkoopproces**

Stelling	Eens	Oneens
De verzekeraar heeft mij tijdig geïnformeerd over de start van het inkoopproces.	21	6
De verzekeraar heeft mij goed geïnformeerd over het tijdsplan waaruit het zorginkoopproces bestaat.	21	6
Ik kreeg voldoende tijd van de verzekeraar om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen.	22	4
Ik vond de verzekeraar gedurende het zorginkoopproces goed bereikbaar voor vragen en opmerkingen.	14	12
Ik heb het contracteerproces samen met de verzekeraar geëvalueerd.	1	23
Ik ben over het algemeen tevreden over het proces van contracteren.	8	18
Ik ben meer tevreden over het proces dan in het jaar 2015.	6	16

Een groot deel van de responderende zorgaanbieders is over het algemeen ontevreden over het proces van contracteren voor 2016. Dit proces is ten opzichte van het jaar 2015 ook niet verbeterd. Opvallend is dat aanbieders op onderdelen wel tevreden zijn (zie tabel).

Responderende aanbieders geven bij de algemene ontevredenheid de volgende toelichting:

- Ervaringen met verzekeraars lopen vaak uiteen;
- Aanbieders ervaren weinig onderhandelingsruimte. Zo zijn afspraken met betrekking tot volumes bijvoorbeeld niet onderhandelbaar, terwijl cliëntstromen wel veranderen;

- De vormgeving van het inkoopproces verschilt tussen verzekeraars, en dit maakt het proces verwarrend en arbeidsintensief. Bovendien houden verzekeraars zich niet altijd aan de planning;
- Het is een digitaal inkoopproces met de verzekeraars, waardoor het aanvoelt als 'tekenen bij het kruisje'.
- Er zijn grote verschillen in beleid tussen verzekeraars, onder andere als het gaat om de inkoop van specialistische zorg. In sommige gevallen zijn de eisen tegenstrijdig aan elkaar;
- De informatievoorziening loopt tussen verzekeraars erg uiteen;
- Verzekeraars houden in de onderhandelingen te weinig rekening met de doelmatigheid van de aanbieder. Lagere vergoedingen worden vaak generiek toegepast;
- Verzekeraars contracteren ZZP'ers enkel nog in een samenwerkingsverband. Verzekeraars behandelen deze samenwerkingsverbanden als nieuwe zorgaanbieder, terwijl ze aan de eisen van gecontracteerde aanbieders voldoen;
- Door alle veranderingen (AWBZ naar Zvw en representatie naar individuele inkoop) is er een enorme toename van de administratieve lastendruk ontstaan.

### 4.3.2 Contractvormen

Aan de zorgaanbieders is ook gevraagd naar de ervaringen met de vorm van de afgesloten contracten. Uit de antwoorden blijkt dat meer dan de helft van de responderende aanbieders over het algemeen ontevreden is over de contractvorm. Dit verschilt echter per verzekeraar, want bijna al deze aanbieders zijn wel tevreden met een deel van de contractvormen. Belangrijkste reden voor deze ontevredenheid is dat aanbieders graag meer maatwerkafspraken hadden gemaakt. Verder geven bijna alle responderende aanbieders aan dat zij als gevolg van de individuele inkoop door verzekeraars een verzwaring van de administratieve lasten ervaren.

### 4.3.3 Specialistische zorg

Aan de zorgaanbieders is ook gevraagd naar de ervaringen met de onderhandelingen en de uitkomst van afspraken voor specialistische vormen van zorg. Ten algemene geven responderende aanbieders hierbij aan dat zij geen aanvullend budget krijgen voor specialistische vormen van zorg. Daarnaast maken de meeste verzekeraars alleen afspraken met aanbieders die in het voorgaande jaar ook een contract hadden.

Het grootste deel van de responderende aanbieders levert PTZ. Zij zijn grotendeels tevreden met het proces van onderhandelen, al verschilt dit in sommige gevallen per verzekeraar. Over de uitkomst zijn zij minder tevreden; een derde is ontevreden over alle verzekeraars, een derde geeft aan dat dit per verzekeraar verschilt en een derde is tevreden. Daarbij geven aanbieders aan dat het onderscheid tussen PTZ in de Zvw en de Wlz lastig te maken is.

Bij de responderende aanbieders van ketenzorg dementie zien we ook een wisselend beeld. Wat opvalt is dat zij over de uitkomst ook minder tevreden zijn dat het proces. Verder zien we dat ervaringen per verzekeraar verschillen. Daarbij geven ze aan het jammer te vinden dat ketenzorg dementie nog maar beperkt wordt ingekocht door verzekeraars, omdat zij daar in eerdere jaren veel tijd, energie en geld in hebben gestoken.

Slechts een beperkt deel van de responderende aanbieders levert IKZ of complexe wondzorg. Deze aanbieders zijn wisselend tevreden met het proces van onderhandelen, maar vaak niet met de uitkomst. In de toelichting is specifiek voor IKZ aangegeven dat de eisen aan zorg te gestandaardiseerd zijn en gericht op zorg voor volwassenen. De branchevereniging is hierover in overleg met de verzekeraars.

#### **4.3.4 Kwaliteit**

Aan zorgaanbieders is gevraagd naar de ervaringen met het kwaliteitsbeleid van verzekeraars. Ruim 50% van de aanbieders geeft aan dat de ervaringen tussen verzekeraars verschillen, 30% is over geen enkele verzekeraar tevreden en bijna 20% is tevreden over alle verzekeraars. Daarnaast is gevraagd naar de tevredenheid over de minimumeisen die verzekeraars stellen om in aanmerking te komen voor een contract. Ruim 45% is hier tevreden over, 23% is hier ontevreden over en 32% geeft aan dat dit per verzekeraar verschilt.

Responderende aanbieders geven aan dat de meting van kwaliteit sterk verschilt tussen verzekeraars. Sommige eisen ervaren de aanbieders als onhaalbaar en onrealistisch. Daarnaast geeft een deel van de responderende aanbieders aan dat de kwaliteitsborging een papieren proces is met te veel administratieve lastendruk.

### **4.4 Ervaringen patiënten**

Om een beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten met de contractering van wijkverpleging is gesproken met Patiëntenfederatie NPCF. Tijdens dit gesprek is specifiek stilgestaan bij signalen die Patiëntenfederatie NPCF heeft ontvangen en de ervaringen van patiënten op het gebied van toegankelijkheid, keuzevrijheid en kwaliteit.

Patiëntenfederatie NPCF ontvangt weinig signalen met betrekking tot de contractering van de wijkverpleging. Naar aanleiding van de verhalen in de media over patiëntenstops vorig jaar, uitten patiënten wel zorgen richting Patiëntenfederatie NPCF. Hierbij zaten echter geen signalen van patiënten die daadwerkelijk te maken hadden met een patiëntenstop. Dergelijke negatieve publiciteit veroorzaakt dus vooral onrust bij de patiënt.

Patiëntenfederatie NPCF heeft eind 2015 een meldactie uitgezet over de ervaringen van patiënten met verpleging en verzorging. Uit de resultaten van de meldactie concludeert Patiëntenfederatie NPCF dat veel patiënten weinig zicht hebben op het onderscheid tussen de Wmo, Wlz en Zvw. Men weet niet goed waarvoor ze waar moeten zijn. Voor de transitie was dit beter doordat het merendeel via het CIZ liep. Als gevolg hiervan zijn patiënten zich er ook niet altijd van bewust dat ze bij de keuze voor een verzekeraar eventueel moeten kijken naar welke aanbieders er voor verpleging en verzorging gecontracteerd zijn. Daarbij maken de meeste patiënten geen bewuste keuze voor een thuiszorgaanbieder en weten ze niet dat dit wel kan en waar ze dan op moeten letten. De keuze volgt hierdoor veelal uit de verwijzing van een huisarts of specialist.

Uit de meldactie volgt verder dat patiënten over de kwaliteit van de wijkverpleging veelal tevreden zijn. Wanneer men minder tevreden is, komt dit onder andere door het ontvangen van zorg door veel verschillende gezichten en het niet kunnen afspreken van een vast moment van zorglevering.

## 5. Bijcontracteren 2015

### 5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 staan de uitkomsten in de contracten tussen aanbieders en verzekeraars over het jaar 2016 beschreven. In dit hoofdstuk gaan we in op het proces en de uitkomsten van het bijcontracteren in het jaar 2015.

In de loop van 2015 kondigden een aantal aanbieders een tijdelijke patiëntenstop aan. Bij deze aanbieders was het overeengekomen budgetplafond (bijna) bereikt. Volgens sommige aanbieders was het oorspronkelijk overeengekomen omzetplafond aan de lage kant, omdat dit gebaseerd is op de omzet van de eerste twee kwartalen 2014. In de tweede helft van 2014 is de omzet hoger gebleken. Ook in 2015 was er volgens aanbieders sprake van een hogere toestroom van patiënten. Als gevolg van deze ontwikkelingen is er in de media veel aandacht geweest voor patiëntenstops.

### 5.2 Uitkomsten

44% van de responderende aanbieders geeft aan gedurende het contractjaar 2015 om nieuwe onderhandeling of aanpassingen van het contract te hebben verzocht. Dit komt nagenoeg overeen met de uitkomsten van de verzekeraars. Verzekeraars geven aan dat gemiddeld 47,5% van de gecontracteerde aanbieders in 2015 heeft verzocht om nieuwe onderhandelingen /aanpassingen van het contract.

Van de zeven verzekeraars die representant waren in 2015 geven zes verzekeraars aan gedurende het jaar 2015 als representant extra zorg te hebben ingekocht. Gemiddeld hebben de representerende verzekeraars bij 57 instellingen extra zorg ingekocht (spreiding 0 - 115). Er is geen extra zorg ingekocht bij ZZP'ers. Alle verzekeraars hebben de extra zorg op de prestaties verpleging en verzorging ingekocht. Daarnaast is er door verzekeraars ook extra ingekocht op ketenzorg dementie (door 2 verzekeraars), complexe wondzorg (1 verzekeraar), IKZ (4 verzekeraars) en PTZ (4 verzekeraars).

Het inkopen van voldoende zorg is onderdeel van de zorgplicht van verzekeraars. Zij moeten hun verzekerden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Als de continuïteit van zorg in het geding komt in een regio zal de verzekeraar overgaan tot bijcontractering om aan de zorgplicht te blijven voldoen. Dit betekent niet dat aanbieders gegarandeerd worden bijgecontracteerd. Het betekent ook niet dat alle bovenbudgettaire zorglevering wordt vergoed. Verzekeraars geven aan dat ze de overproductie<sup>19</sup> niet bij voorbaat maximaal vergoeden om de stimulans voor doelmatigheid te behouden. Tevens geven ze aan dat het gesprek hierover mogelijk is. Sommige aanbieders hebben op bepaalde vormen van zorg een registratie bij moeten houden om overproductie inzichtelijk te krijgen.

---

<sup>19</sup> Als aanbieders worden geconfronteerd met meer cliënten dan zij van tevoren rekening mee hadden gehouden, en als dit tot gevold heeft dat de vooraf afgesproken budgetafspraken worden overschreden, spreken we van overproductie.



De registratie van de (over)productie stond overigens niet gelijk aan de honorering van de overproductie.

Wanneer er overproductie wordt geconstateerd hanteren verzekeraars individuele regelingen. Bij de ene verzekeraar heeft de aanbieder een eigen risico van 5% op de overschrijding. Bij de andere verzekeraar heeft de aanbieder een eigen risico van 5% afgezet tegen de vooraf afgesproken productieafspraken. In het laatste geval is dit risico dus groter.

De voornaamste reden die zorgaanbieders aangeven voor het verzoek tot een wijziging van het contract is een hogere zorgvraag dan van tevoren was verondersteld. In de interviews kwam naar voren dat meerdere zorgaanbieders zijn geconfronteerd met een overproductie als gevolg van de vergrijzing. Dit had als consequentie dat in een korte tijdsperiode tientallen nieuwe cliënten zich hadden aangemeld voor zorg. Ook zijn er aanbieders geconfronteerd met het herindiceren van duizenden cliënten, wat overproductie veroorzaakte.

Redenen om de overproductie te honoreren zijn hoogste score op kwaliteit en kosteneffectiviteit, de landelijke afspraken die zijn gemaakt ten aanzien van de éénmalige ophoging, aantoonbare gelijkblijvende of hogere doelmatigheid door een stijging in het aantal unieke cliënten en aantoonbare hogere zorgvraag van cliënten. In 67% van de gevallen hebben verzekeraars het verzoek tot wijziging van het contract gedurende het jaar 2015 gehonoreerd.

### **5.3 Ervaringen**

Ongeveer de helft van de responderende aanbieders heeft in goed overleg met de verzekeraar afspraken gemaakt over bijcontracteren. Slechts een derde is tevreden met de uitkomst van de onderhandelingen. Het overige deel is ontevreden over dit proces. In de laatste groep heerste over het algemeen het gevoel dat verzekeraars niet stonden te springen om bij te contracteren en dat dit pas gebeurde nadat er bijvoorbeeld media-aandacht was gezocht.

Verzekeraars daarentegen hebben ervaren dat sommige aanbieders niet op tijd aan de bel hebben getrokken. De aandacht in de media voor "omvallende zorgaanbieders" vonden zij vervelend en in sommige gevallen ook onterecht, omdat men bijvoorbeeld al met elkaar in gesprek was in tegenstelling tot wat vervolgens in de media werd bericht.

Bij twee verzekeraars heeft het proces van bijcontracteren geleid tot een wijziging van het inkoopbeleid - een hoger omzetplafond - bij de vier anderen niet.

## 6. Conclusies en beleidsadviezen

De wijkverpleging is een sector in transitie. Deze transitie heeft een impact op zowel zorgaanbieders, verzekeraars als patiënten. 2016 is het tweede jaar voor de wijkverpleging in de Zvw, waarbij verzekeraars voor het eerst voor hun eigen verzekerden hebben ingekocht. Een belangrijke aanleiding om ons in deze monitor te richten op de contractering van de wijkverpleging. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste conclusies en de bijbehorende beleidsadviezen.

### 6.1 Conclusies

Met deze monitor hebben we meer inzicht gekregen in het verloop van het proces, de inhoudelijke afspraken en de ervaringen rondom de contractering. We constateren het volgende:

#### *Uitkomsten*

- Verzekeraars hebbend de inkoop van wijkverpleging voor eigen verzekerden actief opgepakt. We zien verschillen in de wijze waarop zij het inkoopbeleid hebben ingevuld. Belangrijk is dat alle contracten voor het jaar 2016 tijdig zijn afgerond.
- Het grootste deel van de verzekeraars maakt afspraken met aanbieders over de prestatie wijkgericht werken en e-health. Dit laatste betreft tariefafspraken voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. De meerderheid van de verzekeraars hanteert de afspraken uit 2015 als uitgangspunt voor 2016.
- Per 2016 is er in de bekostiging extra ruimte gecreëerd voor afspraken op maat, middels de nieuwe prestaties beloning op maat, het experiment bekostiging verpleging en verzorging en de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg. Verzekeraars maken bij de inkoop van wijkverpleging nog weinig gebruik van deze nieuwe prestaties. Dit heeft deels te maken met het feit dat deze prestaties nieuw zijn en partijen nog in gesprek zijn over hoe hiermee om te gaan. Ook zien we dat verzekeraars een andere visie hebben op de inkoop van deze zorg. Een deel van de verzekeraars koopt bijvoorbeeld de beschikbaarheid van zorg in met de prestaties oproepbare verpleging en verzorging.
- We zien ook dat verzekeraars steeds minder afspraken maken met aanbieders over ketenzorg dementie. Er zijn in 2016 minder netwerken voor ketenzorg dementie bekostigd en de productieafspraken per keten zijn ook gemiddeld gedaald. De afspraken in euro's zijn hierdoor in 2016 ten opzichte van 2015 ongeveer gehalveerd. Verzekeraars en aanbieders maken ook afspraken over casemanagement dementie. Deze afspraken worden met de reguliere prestaties verpleging en verzorging bekostigd. Op dit moment is er nog veel discussie in het veld over casemanagement dementie. Partijen zijn recentelijk met elkaar om tafel gaan zitten om de knelpunten die worden ervaren aan te pakken.
- Rondom de inkoop van de specialistische zorgvormen, zoals PTZ en IKZ, zien we grote overeenkomsten tussen verzekeraars. De kwaliteitseisen die verzekeraars aan deze zorg stellen sluiten grotendeels op elkaar aan. Opvallend is dat aanbieders vaak wel verschillen in kwaliteitseisen ervaren.

Verzekeraars geven aan dat er geen wachtlijsten zijn voor wijkverpleging, evenals de specialistische vormen van zorg. We hebben hier ook geen signalen over ontvangen.

- De meeste verzekeraars kiezen er bewust voor geen ZZP'ers te contracteren, tenzij ze zich organiseren in coöperatie verband. Zij worden dan gezien als nieuwe zorgaanbieder, waarbij ze aan aanvullende eisen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Dit leidt er toe dat ZZP'ers minder kansen maken om gecontracteerd te worden. Mogelijk vormt dit een risico voor de continuïteit van zorg. Hier hebben we geen signalen over ontvangen.
- Volgbeleid wordt niet door alle verzekeraars ingezet. Aanbieders zien voordelen in het volgbeleid, met name bij afspraken in het kader van regionale voorzieningen of innovatie. Voor aanbieders in een werkgebied zonder dominante verzekeraar is het lastig om hier afspraken over te maken omdat het marktaandeel over verzekeraars te verdeeld is.

### *Ervaringen*

- Opvallend is dat er weinig signalen over de contractering van wijkverpleging binnenkomen vanuit patiënten. Patiëntenfederatie NPCF heeft eind 2015 een meldactie uitgezet om ervaringen van patiënten met verpleging en verzorging te verzamelen. Hier kwamen weinig reacties op binnen. Wel maken patiënten zich soms zorgen over de berichtgeving in de media, zoals de patiëntenstops vorig jaar. Hierbij zaten echter geen signalen van patiënten die daadwerkelijk te maken hebben gehad met een patiëntenstop.
- De responderende zorgaanbieders waren net als in 2015 ontevreden over het inkoopproces. De mate van tevredenheid verschilt per verzekeraar, maar het algemene beeld van aanbieders is dat het proces te veel tijd en energie kost, onder andere door de verschillen tussen verzekeraars. Daarbij ervaren zij dat eisen van verzekeraars soms tegenstrijdig zijn en dat er weinig onderhandelingsruimte is. Dit leidt bij een deel van de aanbieders tot lagere tarieven dan het jaar ervoor; volgens aanbieders één van de oorzaken van afnemende financiële posities. De tarieven zijn volgens de aanbieders niet altijd kostendekkend.
- Mede door het wegvallen van het representatiemodel hebben verzekeraars het inkoopproces in 2016 positiever ervaren dan in 2015. Belangrijke factoren hierin waren het feit dat er meer duidelijkheid was over het beleid en dat verzekeraars zelf vorm konden geven aan hun eigen inkoopbeleid. Wel zijn er nog knelpunten, waaronder het gebrek aan inzicht in doelgroepen/zorgzwaarte en discussies over de hoogte van tarieven.

## **6.2 Beleidsadviezen**

Wij vinden de wijkverpleging een belangrijke sector in transitie. Om deze reden zullen we de ontwikkelingen in de komende tijd blijven monitoren. Temeer omdat partijen voor de contractering 2017 de intentie hebben uitgesproken om maatwerk te leveren. Specifiek gaan we met de volgende acties aan de slag:

- De doorontwikkeling van de bekostiging: eerder dit jaar is met partijen een plan opgesteld voor de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. Het uitgangspunt is een bekostigingsmodel op basis van zorgprofielen, waarin de patiënt centraal staat en de

verpleegkundige de ruimte krijgt om haar vak in de volle breedte uit te oefenen. Daarnaast moet het model stimuleren tot innovatie en kwaliteit door middel van de juiste beloningsprikkelers. De NZa zal de komende jaren samen met alle betrokken partijen toewerken naar dit nieuwe model. We vinden het belangrijk dat partijen met elkaar het gesprek blijven aangaan over goede uitkomstmaten.

- Herijking van de tarieven: we gaan de komende tijd nader onderzoek doen naar de tariefonderbouwing van de huidige prestaties voor verpleging en verzorging.
- We houden toezicht op de zorgplicht van verzekeraars. Sinds 2016 hebben we een deel van de 'Good Contracting Practices' omgezet in een 'Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw'<sup>20</sup>. Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de eisen die in deze regeling worden gesteld. Het opvolgen van deze regeling draagt eraan bij dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.
- We ontvangen weinig signalen vanuit patiënten, aanbieders en verzekeraars. Ook geven verzekeraars aan dat er geen wachtlijsten zijn voor deze vorm van zorg. Toch zien we wel ruimte voor verbetering. De ervaringen met het inkoopproces lopen met name vanuit aanbieders sterk uiteen. We doen een oproep aan het veld om hier met elkaar het gesprek over aan te gaan. Hierbij is het goed om aandacht te blijven houden voor de administratieve lasten voor aanbieders, bijvoorbeeld door indien mogelijk gebruik te maken van het volgbeleid of door processen vanuit verzekeraars nog meer op elkaar te laten aansluiten.

---

<sup>20</sup> TH/NR-005, te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

## Bijlage: respons aanbieders

32 aanbieders hebben op de enquête gereageerd. Alle verzekeraars hebben met één of meerdere van deze aanbieders een contract afgesloten. In de volgende tabellen schetsen we een aantal kenmerken van de respons.

**Tabel 6: jaartal waarin is gestart met het aanbieden van wijkverpleging**

Jaartal	Aantal	Percentage
Voor 2015	23	72%
2015	8	25%
2016	1	3%

**Tabel 7: Prestaties en zorgvormen die zorgaanbieders aanbieden**

Prestatie en zorgvormen	Aantal	Percentage
Persoonlijke verzorging	30	93.8%
Medische specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT)	18	56.2%
Ketenzorg dementie	11	34.4%
Intensieve kindzorg	5	15.6%
Palliatieve terminale zorg	22	68.8%
Oproepbare verzorging	17	53.1%
Verpleging	32	100.0%
Oproepbare verpleging	16	50.0%
Gespecialiseerde verpleging	15	46.9%
Advies, instructie en voorlichting (AIV)	22	68.8%
Wijkgericht werken	12	37.5%
Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg	4	12.5%
Complexe wondzorg	6	18.8%

**Tabel 8: jaaromzet van zorgaanbieders**

Jaaromzet	Aantal	Percentage
Jaaromzet kleiner dan € 1 miljoen	16	50.0%
Jaaromzet tussen € 1 en € 10 miljoen	12	37.5%
Jaaromzet tussen € 10 en € 40 miljoen	2	6.2%
Jaaromzet tussen € 40 en € 100 miljoen	2	6.2%