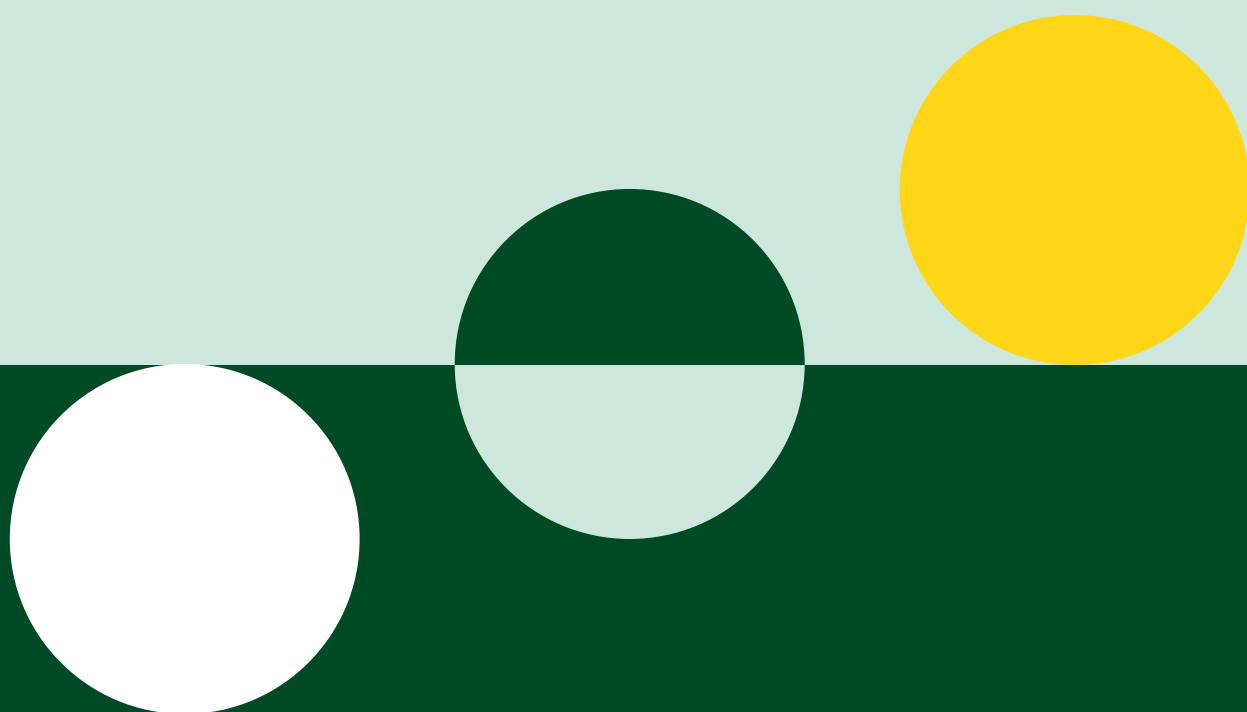


Uitvoeringsadvies

Integrale prestaties verpleging en verzorging wijkverpleging



Update 1 juli 2025

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	4
2	De opdrachtomschrijving	10
2.1	Aanleiding	10
2.2	De opdracht	11
2.3	Aanpak	11
2.4	Resultaat	12
3	Beschrijving huidige situatie	14
3.1	Schematisch overzicht prestaties	14
3.2	Kerncijfers wijkverpleging	16
3.3	Medische kindzorg	18
3.4	Het persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	18
3.4.1	Tarieven Zvw-pgb	19
3.5	Inkoopbeleid zorgverzekeraars	20
3.5.1	Contractafspraken	20
3.6	Machtigingenbeleid zorgverzekeraars	21
3.6.1	Effect van het machtigingenbeleid	21
3.6.2	Juridische basis voor gegevensdeling	22
3.6.3	Vergoedingspercentages machtiging	22
3.7	Het hinderpaalcriterium	22
3.8	Fraude, signalen, wat weten we over fraude	23
4	Tariefsoort	25
4.1	Maximumprijs voor de hele sector	25
4.2	Vrij prijs voor de hele sector	26
4.2.1	Effecten op de zorgverleningsmarkt	26
4.2.2	Effecten op de zorginkoopmarkt	27
4.2.3	Effecten op de zorgverzekeringsmarkt	29
5	Uitvoeringsconsequenties	31
5.1	Kwaliteit van zorg	31
5.2	Professionele autonomie	32
5.3	Doelmatige bestedingen	33

5.4	Continuïteit en toegankelijkheid	35
5.5	Administratieve lasten	37
5.6	Medische kindzorg	38
5.7	Persoonsgebonden budget	38
6	Controles	40
6.1	Werkwijze formele en materiële controles	40
6.2	Effecten integrale prestaties	41
6.2.1	Controles pgb	41
7	Fraudetoets	43
7.1	Mogelijkheden voor fouten en fraude	43
7.2	Vooraf	43
7.3	Effecten op bestaande frauderisico's	44
7.4	Aanpak van fraude (beheersmaatregelen en lacunes)	46
7.5	Beheersmaatregelen zorgfraude	47
8	Mitigerende maatregelen	49
8.1	Maatregelen (door NZa of andere partijen)	49
9	Conclusie, kansen & risico's	51
9.1	Conclusie	51
9.2	Alternatieve scenario's	52
10	Bijlagen	54
	Bijlage A - Opdracht	54
	Bijlage B - Geïnterviewde partijen	54
	Bijlage C - Leidraad interviews	54
	Bijlage D - Verantwoording data analyse	57

1 Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa opdracht gegeven een advies uit te brengen om de uitvoerbaar- en handhaafbaarheid te toetsen (hierna: uitvoeringstoets), inclusief de frauderisico's, naar het regulier maken van de integrale prestaties voor wijkverpleging binnen de huidige wet- en regelgeving. In de uitvoeringstoets wordt ook het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) meegenomen. Op basis van de uitvoeringstoets brengt de NZa ook een advies uit voor mitigerende maatregelen en oplossingsrichtingen. De integrale prestaties in de wijkverpleging voegen meerdere soorten zorg, te weten persoonlijke verzorging en verpleging, samen onder een nieuwe prestatie met een vrij tarief. De NZa voert een experiment uit om te toetsen of en welke meerwaarde integrale prestaties hebben voor de wijkverpleging. Voor deelname geldt een contractvereiste met de zorgverzekeraar. Dit experiment is onderdeel van een breder pakket aan ontwikkelingen in de wijkverpleging ingezet vanuit het Convenant bekostiging wijkverpleging, waarmee gewerkt wordt aan een toekomstbestendige wijkverpleging.

In de reguliere bekostiging van de wijkverpleging is sprake van vastgestelde prestaties en bijbehorende tarieven: persoonlijke verzorging, verpleging, gespecialiseerde verpleging en overige prestaties. Deze tarieven kennen vaak een maximum tarief, zie **Tabel 1: Schematische weergave prestatiesoorten wijkverpleging**.

Het werken met integrale prestaties is voor de deelnemende gecontracteerde aanbieders een groot succes. Sinds 2017 is het integraal uurtarief de feitelijke standaard voor de gecontracteerde zorg, omdat het sindsdien gezien wordt als een verbetering ten opzichte van de reguliere prestaties. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zagen dit toen al niet meer als een experiment en gaven aan niet terug te willen naar een monodisciplinaire bekostiging. Partijen zijn tevreden over de vrijheid die het werken met integrale prestaties biedt. Daarnaast worden er via contractering niet alleen afspraken gemaakt over reguliere wijkverpleging, maar ook over organisatie en beschikbaarheid van (regionale) nachtzorg, hoogcomplex thuiszorg, centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging en andere zaken rondom de organisatie van zorg. De ervaren ruimte neemt toe wanneer de duur van de prestatie toeneemt. In de gecontracteerde zorg leiden integrale prestaties onder meer tot meer ruimte voor professionele autonomie, verlaging van administratieve lasten, bevordering van de toegankelijkheid, goede uitkomsten van zorg en het beheersen van kosten. Uitgebreide effecten zijn beschreven in de evaluaties van 2019 en 2023 en in hoofdstuk 5 van dit rapport.

Vanwege het succes van de integrale prestaties voor gecontracteerde aanbieders is de centrale vraag van VWS of, en onder welke voorwaarden, de integrale prestaties onderdeel kunnen worden van de reguliere bekostiging. Waar wet- of regelgeving hiervoor een belemmering vormt, zijn die belemmeringen en mogelijke oplossingsrichtingen onderdeel van het rapport. De uitvoeringstoets is in feite een ex-ante beleidsevaluatie en knelpuntenanalyse. Dit betekent dat we vooraf inschatten wat de impact is van het gewijzigde beleid, namelijk het invoeren van integrale prestaties voor de hele sector wijkverpleging. Omdat alle gecontracteerde zorgaanbieders, die samen zorg voor 96% van alle cliënten met wijkverpleging leveren, reeds afspraken maken op basis van integrale prestaties, richt de knelpuntenanalyse zich voornamelijk op de niet-gecontracteerde zorg en pgb.

Om antwoord te krijgen op de specifieke vragen uit de opdrachtschrijving van VWS hebben wij ervoor gekozen om in gesprek te gaan met deskundigen en experts uit het veld (kwalitatief) en analyses te doen op Vektis declaratiedata (kwantitatief).

Conclusie

Voor de gecontracteerde zorg ziet de NZa duidelijke meerwaarde in het regulier maken van de huidige experimentprestatie(s): integrale prestaties met een vrij tarief. Voor het niet-gecontracteerde deel van de zorg, inclusief Zvw-pgb, wegen de mogelijke voordelen echter niet op tegen de bijbehorende risico's.

De NZa is van mening dat de niet-gecontracteerde zorg, inclusief Zvw-pgb, een relatief beperkt deel van de totale zorg, de verdere ontwikkeling van de gecontracteerde zorg niet in de weg mag staan. Om deze ontwikkeling te ondersteunen, ziet de NZa gedifferentieerd reguleren als wenselijk voor de sector wijkverpleging. Dat wil zeggen dat gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg verschillend worden gereguleerd. Gecontracteerde zorg met integrale prestaties en een vrij tarief. De niet-gecontracteerde zorg met meerdere prestaties met bijpassende (maximum)tarieven.

De NZa heeft de uitvoeringstoets opgesplitst in drie delen, te weten een markttoets (hoofdstuk 4), toets op uitvoeringsconsequenties en controles (hoofdstuk 5 en 6) en een fraudetoets (hoofdstuk 7). Alle drie de toetsen komen tot dezelfde conclusie dat het onaanvaardbaar is om integrale prestaties regulier te maken voor de hele sector wijkverpleging. Daarop adviseert de NZa mogelijkheden tot mitigerende maatregelen (hoofdstuk 8) en alternatieve scenario's (hoofdstuk 9.2).

Kengetallen

De wijkverpleging wordt voor het overgrote deel verzorgd door gecontracteerde zorgaanbieders. Niet-gecontracteerd zorgaanbod, inclusief Zvw-pgb, was in 2023 in totaal goed voor 13% van de totale omzet en 4% van het aantal cliënten in de wijkverpleging. Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de uitgaven is sinds 2018 relatief stabiel / gelijk gebleven. Het machtigingenbeleid van zorgverzekeraars speelt hierbij een belangrijke rol. De grootste verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders zitten in het gemiddeld vergoede bedrag per cliënt per jaar. Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders is dat 62% hoger dan voor gecontracteerde zorg. Voor pgb is het vergoede bedrag per cliënt zelfs drie keer hoger dan voor gecontracteerd zorgaanbod.

Dit verschil komt volledig door het verschil in de hoeveelheid uren geleverde zorg. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders besteden gemiddeld meer dan twee keer zoveel uren zorg per cliënt dan gecontracteerd zorgaanbod. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Overigens wordt deze zorginzet wel ondersteund door een indicatie, die deze uren verantwoord. De gemiddelde prijzen vangen dat verschil deels op. Deze liggen in het niet-gecontracteerde deel van de markt op gemiddeld 72% van de vergoeding van gecontracteerde zorg.

Markttoets: tariefsoort maximum of een vrij tarief

Kostenniveaus van zorgaanbieders zijn erg heterogeen en sterk afhankelijk van de doelgroep en het type geleverde zorg. Marktpartijen moeten daarom de ruimte krijgen om maximaal te differentiëren in tarieven, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag, van laag tot hoog. Een gemiddeld integraal maximumtarief voor de hele sector is niet mogelijk, want dat is niet redelijk kostendekkend voor onder andere (gespecialiseerde) verpleging, waaronder medische kindzorg. En tegelijk leidt een integraal maximum uurtarief voor de hele sector gebaseerd op de duurste doelgroepen tot overcompensatie van zorg voor andere cliënten, die enkel persoonlijke verzorging nodig hebben. Daarmee is het niet mogelijk om een goed maximum tarief te bepalen wanneer de hele sector overgaat op integrale prestaties, inclusief het Zvw-pgb.

Een vrij integraal uurtarief voor de hele sector geeft reële toegankelijkheidsrisico's voor bepaalde groepen cliënten met complexe zorgvragen op de zorgverleningsmarkt. Dit komt omdat we verwachten

dat het niet-gecontracteerde aanbod voor deze doelgroepen daalt als gevolg van een lagere vergoeding voor deze zorg. Daarnaast zijn deze doelgroepen, waar het vaker gaat om veel uren zorg en/of een hoger aandeel verpleging in de Zvw, financieel minder aantrekkelijk voor gecontracteerde zorgaanbieders, omdat er in contracten afspraken worden gemaakt op basis van een integraal tarief en gemiddelde ureninzet en/of zorgkostenplafond.

Ook het Zvw-pgb wordt minder toegankelijk. In het Zvw-pgb wordt relatief veel persoonlijke verzorging ingekocht ten opzichte van reguliere wijkverpleging. Als budgethouders met hetzelfde budget persoonlijke verzorging moeten inkopen tegen een hogere gemiddelde prijs, betekent dit dat zij uiteindelijk minder zorg kunnen inkopen met hun budget. Daarnaast wordt het aanbieden van verpleging in het Zvw-pgb minder aantrekkelijk voor zorgverleners. Een integraal vrij tarief werpt daardoor obstakels op voor budgethouders om zorg te kunnen inkopen tegen een eerlijke, marktconforme prijs.

Een integraal tarief maakt de markt minder transparant, omdat bij niet-gecontracteerde zorg relevante informatie wegvalt, namelijk over de aard en omvang van de geïndiceerde zorgvraag (uren persoonlijke verzorging en uren verpleging). Zorgverzekeraars geven aan dat zonder deze informatie, het machtigenbeleid bij een integrale uurprestatie onvoldoende mogelijkheid biedt om het tarief per uur te differentiëren.

Conclusie: Zowel een maximumtarief als een vrij tarief leiden tot te grote marktrisico's, wanneer een integrale prestatie voor de hele sector wijkverpleging gaat gelden.

Toets op uitvoeringsconsequenties en controles

We hebben onderzocht welke uitvoeringsconsequenties integrale prestaties hebben ten aanzien van de kwaliteit van zorg, professionele autonomie, doelmatige besteding, continuïteit en toegankelijkheid van zorg, administratieve lasten en controles.

Kwaliteit van zorg

Er wordt verschillend gedacht over wat kwaliteit van zorg is en over de invloed van integrale prestaties op de kwaliteit van zorg. Sommigen denken dat er geen invloed is, anderen zijn positief en benoemen dat een integrale prestatie de vrijheid biedt om zorg op- en af te schalen en in te zetten wat nodig is. Veel partijen zien ook risico's, die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen, wanneer integrale prestaties regulier worden. Voor de gecontracteerde zorg geldt dat er over deze risico's afspraken kunnen worden gemaakt. Bij de niet-gecontracteerde zorg is deze mogelijkheid er niet, met mogelijk verschraving van zorg tot gevolg. Bijvoorbeeld omdat inzicht in de functiemix verdwijnt en inzicht of deze is ingezet als geïndiceerd. De risico's voor de niet-gecontracteerde zorg zijn daarmee beperkt te mitigeren. De voordelen wegen niet op tegen de nadelen voor kwaliteit van zorg, wanneer de integrale prestaties voor alle zorgaanbieders regulier worden.

Professionele autonomie

Integrale prestaties hebben een positief effect op de professionele autonomie van zorgprofessionals in de wijkverpleging. De professionele autonomie wordt groter naarmate de duur van de prestatie toeneemt, maar ook de uurprestatie biedt meer ruimte voor het stimuleren van de professionele autonomie, dan losse prestaties persoonlijke verzorging en verpleging. Deze ruimte kan alsnog ingeperkt worden door extra controle vanuit de zorgaanbieder of zorgverzekeraar achteraf.

Doelmatige besteding

Integrale prestaties kunnen helpen bij het beheersen van de kosten voor gecontracteerde zorgaanbieders. Deze beheersing komt met name voort uit afspraken over doelmatige zorglevering. Integrale prestaties geven gecontracteerde zorgaanbieders meer ruimte om passende zorg te verlenen. Dat geeft de mogelijkheid om tot een goede mix te komen van administratieve ruimte enerzijds en beheersing van kosten anderzijds.

Zonder contract geven integrale prestaties een risico op de betaalbaarheid. In dat geval wordt het voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders lucratief om laagcomplexere zorg tegen een hoog tarief te leveren. Zo ontstaat er een steeds lucratievere markt voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De verwachting is dat als gevolg de macrokosten voor niet-gecontracteerde zorg toenemen met mogelijke premiestijging als gevolg.

Toegankelijkheid en continuïteit van zorg

Aan de andere kant kan de cliënt met een complexe zorgvraag naar verpleging en gespecialiseerde verpleging door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder als financieel onaantrekkelijk worden gezien. Zo komt met integrale prestaties voor de hele sector de toegankelijkheid voor de cliënt met een zwaardere zorgvraag juist meer onder druk te staan. Vanwege het budgetplafond en afspraken over passende zorg kunnen cliënten met complexe zorgvragen voor gecontracteerde zorgaanbieders financieel onaantrekkelijk zijn, als dat om potentieel veel uren zorg gaat. Deze groep kan daardoor tussen wal en schip raken. Dat is geen wenselijke ontwikkeling en een aandachtspunt voor zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor cliënten met complexe zorgvragen.

Ook voor het pgb zijn er consequenties. Als de vergoeding voor verpleging daalt, zullen verpleegkundigen minder snel voor een pgb willen werken. Als gevolg van integrale prestaties kan zorg uit een pgb daardoor minder toegankelijk worden voor verpleging en gespecialiseerde verpleging. Dat raakt ook de vergoeding voor de indicatiestelling van het Zvw-rgb, die door verpleegkundigen wordt gedaan.

Administratieve lasten

Ten opzichte van losse prestaties kan een bekostiging met integrale prestaties de administratieve lasten verlagen voor een zorgaanbieder, omdat er minder vastgelegd hoeft te worden. Evenwel is belangrijk om niet via andere wegen, met name via verplichtingen door zorgverzekeraars, alsnog om aanvullende informatie te vragen die kan leiden tot meer administratieve lasten.

Zorginhoudelijke informatie nodig

Integrale prestaties in combinatie met een contract en zorginhoudelijke informatie dragen bij aan een betere doelmatigheid van zorg. Alle drie samen zijn nodig om de kosten te beheersen met behoud van kwaliteit. Doelmatige besteding is meer dan alleen de betaalbaarheid. Integrale prestaties geven een prikkel op het verminderen van inzet van (duurdere) arbeid en verlagen van de kosten, maar geven geen prikkel om kwaliteit te behouden en gezondheidswinst te bevorderen. Daar is zorginhoudelijke informatie voor nodig in bekostiging en contractering van zorg. Dit wordt momenteel vormgegeven door de ZN-doelgroepen, welke onderdeel zijn van de declaratie. De ZN-doelgroepen voldoen momenteel, maar verdere doorontwikkeling is nodig om de meerwaarde van de zorginhoudelijke informatie te vergroten op relevante thema's als zelfredzaamheid, reablement en hoogcomplexere zorg.

Controles

Wanneer er sprake is van een integrale uurprestatie met vrij tarief in de niet-gecontracteerde zorg, voorzien zorgverzekeraars dat er meer controles uitgevoerd moeten worden om voldoende zekerheid

over de declaraties te verkrijgen. Zij hebben dan minder informatie om de betreffende risicoanalyses en systeemcontroles op te baseren. Het is op basis van de declaratie dan niet meer duidelijk welke functiemix wordt ingezet en het is onduidelijk hoe het tarief tot stand is gekomen. Dit bemoeilijkt de materiële controles. Tevens kan niet meer getoetst worden of er sprake is van het toepassen van de juiste disciplinemix op basis van de gestelde indicatie. De beheersmaatregelen voor bovenstaande zaken zijn nu ingebed in het machtigingenproces. Deze beheersmaatregelen vervallen grotendeels, wanneer er gebruik wordt gemaakt van een integraal tarief, omdat verzekeraars dan geen mogelijkheden zien om in het machtigingenbeleid een specificatie naar verpleging en verzorging uit te vragen. De informatie over de geïndiceerde zorgvraag en geïndiceerde benodigde zorginterventies is onvoldoende gestandaardiseerd om het machtigingenbeleid in huidige vorm voort te zetten.

Het is onwenselijk om het gebruik van prestaties voor langere tijd, d.w.z. integrale dag-, week-, maand- en kwartaalprestaties, mogelijk te maken voor niet-gecontracteerde partijen. Zoals bevestigd door meerdere partijen, zijn hiervoor een goede inkooprelatie en aanvullende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar nodig. Deze zijn per definitie niet aanwezig bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voor prestaties voor langere tijd zouden de risico's nog verder stijgen ten opzichte van het gebruik van de integrale uurprestatie, zonder dat er een aanvullende beheersing mogelijk is.

Conclusie: Integrale prestaties in combinatie met een contract doorstaan de uitvoeringstoets. Zonder contract zijn integrale prestaties niet aanvaardbaar.

Fraudetoets

Om zorgfraude in de wijkverpleging tegen te gaan, zijn diverse maatregelen nodig. De bekostiging heeft hier slechts beperkt invloed op. De Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) heeft hiervoor verschillende aanbevelingen gedaan ([Jaarbrief aanpak zorgfraude van de Taskforce Integriteit Zorgsector | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)).

Door het regulier maken van de integrale prestaties nemen de frauderisico's in de wijkverpleging toe. Dit komt met name doordat het gemiddelde integrale tarief voor veel niet-gecontracteerde aanbieders hoger zal uitvallen dan het huidige tarief voor persoonlijke verzorging. Hierdoor zal ook frauderen meer lonen. Tevens kunnen fraudeurs in de niet-gecontracteerde zorg zonder afspraken met de zorgverzekeraar starten met het declareren van zorg, met alle mogelijke gevolgen van dien. Doordat de indicatiestelling in handen is van de zorgaanbieder zelf, kan een fraudeur zelf invloed uitoefenen op de hoogte van de indicatie en daarmee op de inkomsten. Door de wijze van bekostiging ($p \times q$) blijft bovendien het declareren van zorg die niet geleverd is (spookzorg) voor fraudeurs een aantrekkelijke manier van frauderen.

Daarnaast zorgt het wegvallen van de verplichting om onderscheid te maken tussen de verschillende prestaties ervoor dat het gemakkelijker is om zorgdossiers en administratie achteraf op te stellen of passend te maken. Ook is het moeilijker om (via data- of risicoanalyse) een gegronde aanleiding te vinden tot het starten van een fraudeonderzoek.

Conclusie: Met het regulier maken van de integrale prestaties zal frauderen binnen met name de niet-gecontracteerde wijkverpleging meer lonen en wordt het tegengaan van fraude moeilijker.

Mitigerende maatregelen

Partijen en de NZa zien verschillende mogelijkheden om risico's te verkleinen:

1. Gedifferentieerd reguleren: onderscheid maken in de bekostiging tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd zorgaanbod.
2. Inzicht in zorgzwaarte en uitkomstinformatie.
3. Onafhankelijke indicatiestelling uitgevoerd door gecontracteerde aanbieders.
4. De accountant controle laten doen op de verdeling in personeel en productiviteit van medewerkers.
5. Artikel 13 Zvw lid 1 aanpassen, zodat er alleen een vergoeding dient te zijn als een verzekerde zorg betreft van een gecontracteerde zorgaanbieder.

De mitigerende maatregelen 2 t/m 5 zijn (ongeacht de tariefsoort) onvoldoende om de risico's van integrale prestaties voor het niet-gecontracteerde zorgaanbod en Zvw-pgb volledig te ondervangen.

De NZa is van mening dat de niet-gecontracteerde zorg, inclusief Zvw-pgb, een relatief beperkt deel van de zorg, de verdere ontwikkeling van het gecontracteerde deel van de zorg niet in de weg mag staan. Om die ontwikkeling te faciliteren, ziet de NZa gedifferentieerd reguleren als wenselijk voor de sector wijkverpleging.

Binnen de Zvw kunnen mensen de keuze maken voor het pgb om hun zorg te organiseren. Dit is in de Zvw vastgelegd. Als voor gedifferentieerd reguleren wordt gekozen behouden mensen, die wensen hun zorg met een pgb in te kopen, de mogelijkheid om op maat zorg in te kopen tegen een eerlijke, marktconforme prijs. De vigerende prestaties blijven voor hen behouden.

Alternatieve scenario's

De NZa heeft samen met de sector gewerkt aan het ontwikkelen van zorginhoudelijke informatie (in de vorm van cliëntprofielen) geschikt voor bekostiging. De cliëntprofielen zijn komen te vervallen. Samen met de sector zijn daarna afspraken gemaakt over een nieuwe samenwerking met als doel de professionalisering van het verpleegkundig proces en een bekostiging met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt. De verwachting is dat het professionaliseringstraject zal leiden tot standaardisatie van verslaglegging rondom het verpleegkundig proces. Dit levert mogelijk ook zorginhoudelijke informatie op, die bruikbaar is voor contractering en/of bekostiging. De verwachting is dat er minimaal enige jaren nodig zijn, voordat het traject professionalisering verpleegkundig proces met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt, zorgdata oplevert waarvoor aan alle randvoorwaarden is voldaan. Te zijner tijd zal moeten worden beoordeeld onder welke voorwaarden een integrale bekostiging op basis van zorginhoudelijke informatie voor de hele sector kan gaan gelden, dat wil zeggen gecontracteerd en niet-gecontracteerd. In hoeverre prestaties in dat geval geschikt zijn voor de hele sector, is op voorhand niet te zeggen. Die afweging kan worden gemaakt zodra er concrete voorstellen zijn.

2 De opdrachtomschrijving

2.1 Aanleiding

De NZa heeft als doel toegankelijke, betaalbare en passende gezondheidszorg voor iedereen te bevorderen. Dat doen we onder andere door prestaties en tarieven vast te stellen die dit faciliteren. Ook voert de NZa experimenten uit met bekostiging om te evalueren of er wijzigingen nodig zijn in die prestatiestructuur, zoals in dit geval met integrale prestaties in de wijkverpleging.

In 2016 is het Experiment bekostiging verpleging en verzorging gestart in de wijkverpleging. Binnen dit experiment kon gebruik worden gemaakt van integrale prestaties verpleging en verzorging, in plaats van het in rekening brengen van losse prestaties zoals in de reguliere bekostiging vastgelegd. Deelname aan het experiment was gebonden aan een contractvereiste en werd in korte tijd zeer succesvol: inmiddels worden in vrijwel elk contract in de wijkverpleging integrale prestaties afgesproken. Zorgverzekeraars hanteren daarbij een indeling in ZN-doelgroepen om zicht te hebben op relevante doelgroepen binnen de wijkverpleging.

In 2019 werd binnen het experiment een pilot uitgevoerd. Tijdens de pilot werd duidelijk dat een classificatiesysteem op basis van cliëntkenmerken een goede basis zou kunnen zijn om zorginhoud toe te voegen aan bekostiging en beide beter op elkaar aan te laten sluiten (Onderzoeksrapport Pilot cliëntprofielen wijkverpleging: Ontwikkeling van cliëntprofielen in de wijkverpleging - Maastricht University). Naar aanleiding van de resultaten uit deze pilot heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2020 een advies uitgebracht voor een nieuwe experimentele bekostiging per 2022. De NZa adviseerde een nieuw experiment te starten waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaring konden opdoen met contracteren op basis van cliëntprofielen, én waarbij tegelijkertijd de profielen inhoudelijk werden doorontwikkeld. Dit advies heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport onderschreven, waardoor er per 2022 een tweede experiment is gestart. Hierbij werd het mogelijk om integrale prestaties met een vrij tarief af te spreken in combinatie met een cliëntprofiel. En tegelijkertijd zijn de cliëntprofielen inhoudelijk verbeterd en gewijzigd in het Draagkracht Draaglast Model (DKDL-model). In 2023 werd dat model ook onderdeel van het experiment. Het DKDL-model gaf enerzijds beter inzicht in de draagkracht van de cliënt en het netwerk en anderzijds de impact van ziekte op de cliënt (draaglast).

In 2024 nam de Tweede Kamer een motie aan met als gevolg dat het DKDL-model en de bijbehorende cliëntprofielen per 2025 geen onderdeel meer zijn van het experiment. Het experiment heeft daarmee een andere inhoud gekregen. Dat betekent dat het experiment zich enkel nog richt op de integrale prestaties met tijdseenheden van een uur, dag, week, maand en kwartaal. Daarmee is echter de behoefte aan verdere doorontwikkeling van de wijkverpleging niet gestopt. De NZa werkt samen met de partijen uit het Convenant bekostiging wijkverpleging verder aan de professionalisering van het verpleegkundig proces, het gebruik van zorginhoudelijke informatie ten behoeve van passende contracten en aansluiting bij de Visie Eerstelijnszorg 2030.

Met het experiment, dat loopt tot 1 januari 2029, werken we toe naar een nieuwe bekostiging op basis van opgedane ervaring. Het kunnen behouden van de positieve resultaten van het experiment en het mitigeren van eventuele risico's staat daarbij centraal. Hiervoor kan geput worden uit de voorgaande succesvolle evaluaties op de integrale prestaties uit 2019 en 2023 en de ervaringen uit het veld.

2.2 De opdracht

VWS heeft de NZa opdracht gegeven een advies uit te brengen om de uitvoerbaar- en handhaafbaarheid te toetsen (hierna: uitvoeringstoets), inclusief de frauderisico's, naar het regulier maken van de integrale prestaties binnen de huidige wet- en regelgeving. Hierbij is gevraagd om rekening te houden met specifieke vragen over integrale prestaties verpleging en verzorging met een bepaalde tijdsduur (zowel per uur als per dag, week, maand, kwartaal). Hierin dient ook het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw), geleverd door formele zorgaanbieders, meegenomen te worden. In Bijlage A - Opdracht is de volledige opdrachtschrijving opgenomen.

De centrale vraag van VWS is of, en onder welke voorwaarden, de integrale prestaties onderdeel kunnen worden van de reguliere bekostiging binnen de huidige wet- en regelgeving. Indien wet- of regelgeving hiervoor een belemmering vormt, is dat onderdeel van het rapport, inclusief een schets van mogelijke oplossingsrichtingen. Doel van deze uitvoeringstoets is het in kaart brengen en beoordelen van de beoogde en niet-beoogde gevolgen, die een nieuwe bekostiging met integrale prestaties in de wijkverpleging heeft voor de organisaties die deze uitvoeren en handhaven. Dit bevordert een evenwichtige besluitvorming en draagt bij aan wetgeving van hogere kwaliteit.

De uitvoeringstoets is slechts een onderdeel van het totale bekostigingsvraagstuk van de wijkverpleging. VWS voert ook gesprekken met het veld om te onderzoeken of er aanpassingen in de bekostiging nodig zijn om aan te sluiten bij de beleidsdoelen in de eerstelijnszorg, zoals bijvoorbeeld opgenomen in de Visie Eerstelijnszorg 2030.

Mede op basis van de uitkomsten van de uitvoeringstoets kan de minister van VWS afwegen of we de integrale prestaties op kunnen nemen in de reguliere bekostiging. Er wordt namelijk al geruime tijd geëxperimenteerd. De minister van VWS wil daarom verkennen of het bij uitzondering mogelijk is om reeds voor de afloop van het experiment voor een deel van het experiment, met name de integrale uurprestatie, over te gaan tot reguliere bekostiging.

VWS heeft de NZa verzocht om VWS, ActiZ, V&VN, Buurtzorg Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Zorgthuisnl en andere ketenpartners (Bijlage B - Geïnterviewde partijen) goed aangesloten te houden bij de uitvoeringstoets. Deze partijen zijn nauw betrokken in het onderzoek.

2.3 Aanpak

De uitvoeringstoets is in feite een ex-ante beleidsevaluatie/knelpuntenanalyse. Dat betekent dat we vooraf een inschatting moeten maken van de impact van gewijzigd beleid, namelijk het invoeren van integrale prestaties voor de hele sector wijkverpleging. Omdat alle gecontracteerde zorgaanbieders, dat wil zeggen 87% van de omzet in de markt (dat gaat om 96% van de cliënten), reeds afspraken maakt op basis van integrale prestaties, richt de knelpuntenanalyse zich voornamelijk op de niet-gecontracteerde zorg, inclusief het Zvw-pgb.

Om antwoord te krijgen op de specifieke vragen uit de opdrachtschrijving van VWS hebben wij ervoor gekozen om in gesprek te gaan met deskundigen en experts uit het veld (kwalitatief) en analyses te doen op Vektis declaratiedata (kwantitatief).

De kern van de aanpak bestaat uit:

- Informatiebijeenkomst voor alle betrokkenen bij het onderzoek
- Semigestructureerde interviews met deskundigen en experts
- Ronde tafel sessie met experts uit de fraudeketen
- Werkbijeenkomst met stakeholders om de resultaten te bespreken
- Informatieverzoek zorgverzekeraars over contractstatus per zorgaanbieder

Kwalitatieve analyse

We hebben semigestructureerde interviews (Bijlage C - Leidraad interviews) afgenomen bij 23 partijen (Bijlage B - Geïnterviewde partijen) in de wijkverpleging. Omdat het gebruik van de integrale prestaties al geruime tijd de norm is bij gecontracteerde zorgaanbieders, bestaat er veel kennis en inzicht bij de verschillende partijen over de effecten van deze prestaties. De gesprekken boden de mogelijkheid om door te vragen op mogelijke kansen, risico's en effecten van de integrale prestaties. Ook hebben deze gesprekken zicht gegeven op mogelijke mechanismen die inwerking treden wanneer integrale prestaties voor de hele sector beschikbaar zijn. In een werkbijeenkomst zijn de resultaten en bevindingen ter toetsing voorgelegd aan de betrokken partijen. Daarmee zijn de bevindingen aangescherpt.

Kwantitatieve analyse

Om zinvolle uitspraken te kunnen doen, hebben we ook inzicht nodig in welk deel van de zorg valt onder gecontracteerd en niet-gecontracteerd zorgaanbod, inclusief Zvw-pgb. Deze informatie zit niet in de Vektis dataset waar de NZa over beschikt. Daarom heeft de NZa een informatie-uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars over de contractstatus van zorgaanbieders voor de jaren 2023-2024. Deze contractinformatie is in de analyse gekoppeld aan al beschikbare Vektis declaratiedata.

Met de verrijkte dataset is bijvoorbeeld geanalyseerd hoeveel cliënten geraakt worden door een overgang naar integrale prestaties en wat de financiële impact is ([paragraaf 3.2](#)). Ook krijgen we inzicht in de uitvoeringsconsequenties voor zorgverzekeraars op het machtigingenbeleid dat zij hanteren voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar geeft daarbij voorafgaand aan de zorgverlening zijn goedkeuring op welke zorg (persoonlijke verzorging of verpleging) en hoeveel zorg vergoed wordt aan de cliënt van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

2.4 Resultaat

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van de uitvoeringstoets. We geven antwoord op de vraag of het mogelijk is om de integrale prestaties structureel op te nemen in de reguliere bekostiging van de wijkverpleging en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om dit verantwoord te kunnen. Tevens is een fraudetoets opgenomen, welke adviseert over de risico's op fraude en bijbehorende controle- en handhavingsmogelijkheden, zoals sancties en maatregelen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen voor de (door)ontwikkeling van beleid en bekostiging van de wijkverpleging gebruikt worden. Op verzoek van VWS nemen we daarbij de volgende uitgangspunten in acht:

- De overgang naar een nieuwe voorgestelde bekostiging gebeurt maximaal budgetneutraal;
- De nieuwe prestatiestructuur biedt zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa adequate mogelijkheden, prikkels en waarborgen voor sturing en toezicht op de geleverde zorg, en de doelmatigheid, kosteneffectiviteit en kwaliteit van zorg;
- De administratieve lasten worden voor alle partijen zoveel als mogelijk beperkt;

- De nieuwe bekostiging biedt verzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding op het kader terug te halen bij de aanbieders;
- Hierbij moet ook worden gedacht aan pgb-budgethouders, die gebruik maken van de bekostiging voor de wijkverpleging;
- Past binnen bestaande wet- en regelgeving. En zo niet, aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om dit wel verantwoord te kunnen.

Daarnaast wordt er op basis van de resultaten geadviseerd over mitigerende maatregelen en alternatieve scenario's.

Waar in het rapport wordt gesproken over wijkverpleegkundige, wordt de indicierend verpleegkundige bedoeld.

3 Beschrijving huidige situatie

Prestatie- en tariefregulering, kerncijfers, inkoopbeleid, contractering en signalen en fraude

Belangrijkste bevindingen

- Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de uitgaven is sinds 2018 relatief stabiel / gelijk gebleven.
- Het machtigingenbeleid van zorgverzekeraars speelt hierbij een belangrijke rol.

Voordat we ingaan op uitvoeringsconsequenties van integrale prestaties in de wijkverpleging, is het belangrijk om inzicht te hebben in hoe de vergoeding van zorg tot stand komt en wat de verhoudingen zijn van de onderdelen gecontracteerd, niet-gecontracteerd, Zvw-pgb en medische kindzorg.

In dit hoofdstuk beschrijven we welke prestaties er gehanteerd worden voor het bekostigen van wijkverpleging. We geven inzicht in de uitgaven en cliëntaantallen. We gaan in op zowel bekostiging (prestatie- en tariefregulering NZa) als op contractering en het machtigingenbeleid dat voor niet-gecontracteerde zorg wordt gehanteerd. Voor de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg is het “hinderpaal criterium” van belang. Bij een beoogde aanpassing van de bekostiging is het ook belangrijk om stil te staan bij de mogelijkheden voor zorgfraude. De laatste paragraaf vat samen wat we hierover weten voor de wijkverpleging.

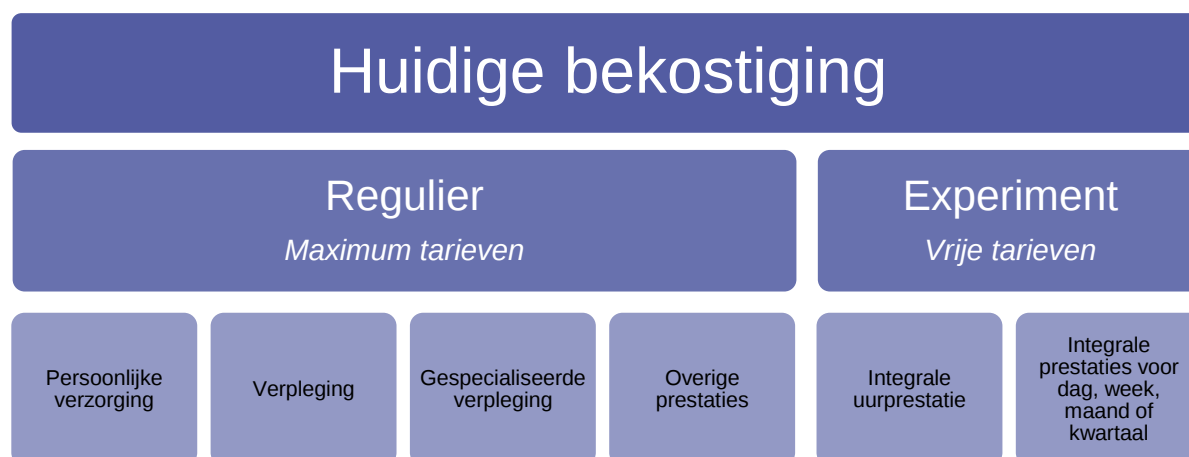
3.1 Schematisch overzicht prestaties

Wijkverpleegkundigen brengen hun zorg in rekening op basis van prestaties die de NZa vaststelt. In de huidige situatie is er in de praktijk sprake van twee bekostigingssystemen, zie

Figuur 1:

- De *reguliere bekostiging*, waarbij sprake kan zijn van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg; en
- Het *experiment* waarbij alleen sprake is van gecontracteerde zorg.

Figuur 1: Schematische weergave bekostiging wijkverpleging



Bron: NZa

In de reguliere bekostiging van de wijkverpleging is sprake van vastgestelde prestaties en bijbehorende tarieven. Deze tarieven kennen vaak een maximum tarief. Binnen de kaders van het experiment is er, onder voorwaarde van een contract, ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging door middel van integrale prestaties met vrije tarieven. In Tabel 1 staan alle prestaties op een rij:

Tabel 1: Schematische weergave prestatiesoorten wijkverpleging

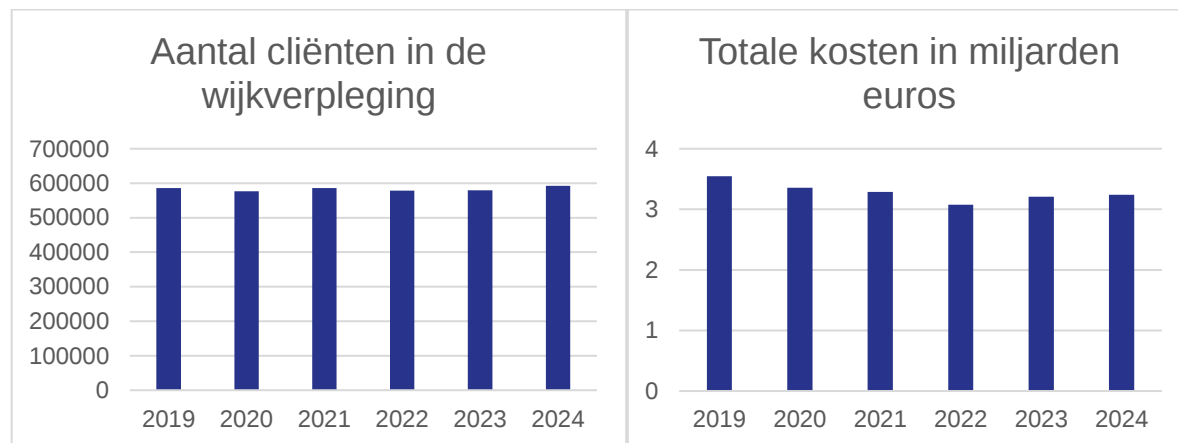
Prestatiesoorten	Regulier	Experiment
Tijdgebonden	A. Persoonlijke verzorging B. Oproepbare verzorging: verzorging buiten de afgesproken tijden C. Verpleging D. Oproepbare verpleging: verpleging buiten de afgesproken tijden E. Gespecialiseerde verpleging F. Advies, instructie en voorlichting G. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar H. Onderlinge dienstverlening	A. Integrale uurprestatie B. Integrale prestatie voor langere tijd, d.w.z. dag, week, maand, kwartaal C. Onderlinge dienstverlening
Tijdgebonden (buiten integrale prestatie)	I. Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd J. Beloning op maat	–
Niet tijdgebonden (buiten integrale prestatie)	K. Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg L. Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging M. Ketenzorg dementie N. Onderlinge dienstverlening	–
Tariefsoort	A t/m G: maximum tarief H t/m N: vrij tarief	Vrij tarief
Contractvereiste	I t/m M	A, B

Bron: NZa

3.2 Kerncijfers wijkverpleging

In de wijkverpleging krijgen jaarlijks ruim een half miljoen cliënten zorg. Dit aantal ligt al jaren redelijk stabiel met kleine schommelingen van enkele procenten. De kosten voor de wijkverpleging liggen op ruim 3.2 miljard euro.

Figuur 2: kerncijfers wijkverpleging 2019-2024



Bron: Vektis declaratiegegevens, bewerkt door de NZa.

Vektis heeft in opdracht van de partijen van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg binnen de wijkverpleging over de jaren 2016 tot en met 2021. De NZa heeft dit beeld geactualiseerd naar 2023.

In onderstaande Tabel 2 staan gegevens voor de wijkverpleging in 2023. Dit is het laatste jaar waarvoor de gegevens compleet zijn bij schrijven. De bulk van de sector bestaat uit zorg in natura geleverd door gecontracteerde aanbieders. Ook de zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders en zorg bekostigd middels pgb's zijn, met zo'n 200 miljoen euro per jaar elk, significante onderdelen van de sector.

Tabel 2: Kerncijfers van de wijkverpleging 2023

Contractvorm	Aantal cliënten	Cliënten (%)	Vergoed bedrag (mln €)	Vergoed bedrag (%)	Vergoed bedrag per cliënt (€)
Gecontracteerde zorg	557.000	96,1%	€ 2.772	86,6 %	€ 5.000
Niet-gecontracteerde zorg	24.000	4,1%	€ 194	6,1 %	€ 8.100
Pgb	16.000	2,6%	€ 235	7,3 %	€ 15.100
Totaal	580.000		€ 3.201		€ 5.500

Bron: Vektis declaratiegegevens en contractgegevens zorgverzekeraars, bewerkt door de NZa.

In de vergoeding per cliënt zien we grote verschillen. De uurtarieven voor niet-gecontracteerde zorg liggen gemiddeld lager dan voor gecontracteerde zorg. De niet-gecontracteerde zorg kost meer per cliënt, omdat er meer uren per cliënt worden gemaakt. Cliënten die niet-gecontracteerde zorg krijgen ontvangen ongeveer een factor 2,3 meer uren zorg, dan cliënten die gecontracteerde zorg krijgen. Daaruit valt af te leiden dat niet-gecontracteerde zorg een gemiddelde vergoeding krijgt van ongeveer

72% van de gemiddelde vergoeding voor gecontracteerde zorg. Dit hinderpaalcriterium is verder toegelicht in [sectie 3.7](#). De precieze cijfers over gemiddelde uurtarieven en uren per cliënt kunnen niet worden getoond wegens mogelijk marktversturende werking van deze informatie.

Het regulier maken van de integrale prestaties zou het einde betekenen van de monodisciplinaire prestaties verpleging en verzorging. Deze monodisciplinaire prestaties worden voornamelijk uitgevoerd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In onderstaande Tabel 3 staan de grootte en verhoudingen van deze twee prestaties weergegeven. Te zien is dat deze zorg voornamelijk bestaat uit verzorging. Het gemiddelde uurtarief voor verzorging ligt lager dan het tarief voor verpleging. Het vergoede bedrag per cliënt ligt hoger bij verzorging omdat er meer uren worden geleverd.

Tabel 3: Verhoudingen tussen de monodisciplinaire prestaties verpleging en verzorging in 2023

	Aantal cliënten	% cliënten	Vergoed bedrag (mln €)	% vergoed bedrag	Vergoed bedrag per cliënt (€)
Verzorging	17.000	89 %	€ 148	86 %	€ 8.700
Verpleging	14.000	71 %	€ 25	14 %	€ 1.800
Totaal	19.000		€ 173		€ 9.100

Bron: Vektis declaratiegegevens, bewerkt door de NZa.

Vrijwel alle gecontracteerde zorgaanbieders maken gebruik van de integrale tarieven. 94% van de gecontracteerde aanbieders gebruikt enkel de integrale tarieven. In 2023 waren er zo'n veertig aanbieders die nog gebruik maakten van de monodisciplinaire prestaties voor verzorging, verpleging en gespecialiseerde verpleging, voor een omzet van ongeveer één miljoen euro. Vergeleken met de gecontracteerde omzet van richting de 3 miljard euro blijkt dat zo goed als alle gecontracteerde zorg middels integrale tarieven gaat.

Verdere prestaties zonder contractvereiste die worden uitgevoerd door gecontracteerde zorgaanbieders zijn de prestatie voor advies, instructie en voorlichting, de prestatie voor indicatiestelling en evaluatie voor PGB Verpleging en Verzorging en prestaties voor de medische kindzorg.

Zo'n 6% van de gecontracteerde aanbieders maakt gebruik van integrale maandtarieven. Zo'n driekwart van deze aanbieders haalde hier in 2023 een omzet uit van meer dan honderdduizend euro. Ongeveer één zesde van de aanbieders die maandtarieven gebruiken haalde hier in 2023 een omzet uit van meer dan tien miljoen euro. De totale omzet uit maandtarieven was in 2023 231 miljoen euro, zo'n 8% van de omzet van de gecontracteerde zorg.

In 2023 waren er bijna 2300 zorgaanbieders van zorg in natura in de wijkverpleging. Aanbieder kunnen zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg leveren. In onderstaand tabel 5 zijn de aanbieders ingedeeld naar het percentage van de omzet die komt uit gecontracteerde zorg. Zorgaanbieders die 5% of minder van hun omzet uit gecontracteerde zorg halen worden gecategoriseerd als niet-gecontracteerde aanbieders. Aanbieders met 95% van de omzet uit gecontracteerde zorg zijn hier de gecontracteerde aanbieders. Alle aanbieders daar tussenin, met een omzet uit gecontracteerde zorg tussen de 5% en 95% staan gecategoriseerd als deel-gecontracteerd.

Tabel 5: gecontracteerde, niet-gecontracteerde en deels-gecontracteerde zorgaanbieders

Categorie aanbieder	Aantal aanbieders	Aantal cliënten	% cliënten	Vergoed bedrag per cliënt (€)
Gecontracteerd	470	551.000	96,0%	€ 4900
Niet-gecontracteerd	1670	18.000	3,1%	€ 9200
Deels-gecontracteerd	130	16.000	2,7%	€ 5100

Bron: Vektis declaratiegegevens en contractgegevens zorgverzekeraars, bewerkt door de NZa.

3.3 Medische kindzorg

Wijkverpleging aan kinderen tot 18 jaar, ook wel medische kindzorg genoemd, vereist specifieke deskundigheid. Bij medische kindzorg gaat het om gespecialiseerde verpleegkundige zorg en begeleiding aan kinderen van 0-18 jaar met een (complexe) zorgvraag in de thuissituatie, de dagopvang of op school. Voor deze uitvoeringstoets gaat het enkel om de zorg thuis die gecontracteerd via de integrale prestaties wordt gedeclareerd. Medische kindzorg in het kinderdagverblijf of in kindzorghuizen valt hier niet onder. Omdat het merendeel van medische kindzorg door gespecialiseerde kinderverpleegkundigen wordt geleverd, wordt er voor medische kindzorg een ander integraal uurtarief gehanteerd dan voor de reguliere wijkverpleging.

In onderstaande Tabel staan gegevens voor de medische kindzorg in 2023. Dit is het laatste jaar waarvoor de gegevens compleet zijn bij schrijven. Wat opvalt in vergelijking met de wijkverpleging voor volwassenen, is dat het pgb een veel groter aandeel van de uitgaven betreft. Dit komt omdat het gezin / ouders vaak zorgtaken aangeleerd krijgen van kinderverpleegkundigen, om vervolgens zelf de zorg, soms jarenlang te verlenen. In de volgende paragraaf wordt het pgb verder toegelicht.

Tabel 6: Kerncijfers van de medische kindzorg in de wijkverpleging

Contractvorm medische kindzorg	Aantal cliënten	Vergoed bedrag (mln €)	Vergoed bedrag per cliënt (€)
Gecontracteerd	10.690	€ 62	€ 5.800
Niet-gecontracteerd	300	€ 6	€ 20.200
Pgb	1280	€ 40	€ 31.500

Bron: Vektis declaratiegegevens en contractgegevens zorgverzekeraars, bewerkt door de NZa.

In de medische kindzorg gaat het bij complexe zorgvragen vaak om onplanbare zorg, blokszorg (meerdere uren aaneengesloten zorg) en nachtzorg. Ouders zijn vaak aangewezen op pgb voor deze zorg, vanwege onvoldoende personeel om deze zorg naast de planbare zorg in te plannen. Daarnaast is het voor het kind en gezin wenselijk als er vaste zorgverleners in huis komen, waardoor het samenstellen van een vast pgb team aantrekkelijker is.

3.4 Het persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Met een persoonsgebonden budget (pgb) koopt een cliënt zelf zorg in. Daarmee is de cliënt, of een vertegenwoordiger van de cliënt, de budgethouder. Een pgb vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) is bedoeld voor verpleging en verzorging thuis en voor palliatieve zorg. Met een Zvw-pgb kan een cliënt verpleging en verzorging inkopen, die thuis of op een andere plek geleverd wordt, bijvoorbeeld op

school of op het werk. Ook bestaat de mogelijkheid om mensen die zorgtaken vervullen, maar geen zorgverlener zijn, een vergoeding als informeel zorgverlener te geven. Zvw-pgb beslaat een relatief klein deel van de wijkverpleging (Tabel 2). Tevens bestaat de zorg voor een relatief groot deel uit verzorging.

VWS beschrijft dat verpleging en verzorging met het Zvw-pgb beschikbaar is voor:

- Jeugd met medische kindzorg thuis (zie ook hoofdstuk 3.3);
- Jeugd met kinderpalliatieve zorg vanuit de Zvw;
- Volwassenen die langdurig wijkverpleging vanuit de Zvw nodig hebben (langer dan een jaar); en
- Volwassenen met palliatief terminale zorg vanuit de Zvw.

De zorgverzekeraar heeft bij het Zvw-pgb geen directe relatie met zorgaanbieders. De budgethouder krijgt namelijk het geld in handen en contracteert de zorg zelf. De budgethouder legt vervolgens afspraken met zorgverleners vast in een zorgovereenkomst. Of hij dat met een integrale prestatie doet of niet: hij maakt de afspraken zonder de zorgverzekeraar. Belangrijk verschil tussen de zorgverzekeraar en budgethouder is dat de zorgverzekeraar kan benchmarken. De budgethouder heeft die mogelijkheid niet en kan zorgaanbieders niet met elkaar vergelijken of afspraken voor meerdere cliënten maken. In dat opzicht is er dus sprake van één op één zorg en bestaat er geen mogelijkheid om kosten uit te middelen.

Cliënten kiezen vaak voor pgb vanwege informele zorg door familie en vrienden. Soms krijgt de budgethouder naast pgb ook een deel zorg in natura. De combinatie van pgb en restitutie komt niet voor, omdat pgb al een bijzondere vorm van restitutie is. Informele zorg wordt niet bekostigd via de prestaties verpleging en verzorging en wordt door dit rapport dan ook buiten beschouwing gelaten.

Op verzoek van de budgethouder kan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de administratie en betaling van zorgverleners overnemen. De SVB betaalt dan de zorgverlener uit het beschikbare pgb.

3.4.1 Tarieven Zvw-pgb

Er zijn aparte tarieven voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners.

Het tarief voor de formele zorg valt onder de prestatie- en tariefregulering van de NZa. Iedere zorgverzekeraar bepaalt zelf de maximum tarieven voor formele zorgverleners. Ze staan in de polisvoorwaarden en op de website van de zorgverzekeraar. Wanneer integrale tarieven in de reguliere bekostiging worden opgenomen, worden zorgverzekeraars genoodzaakt een maximumtarief vast te stellen dat zowel de kosten voor verzorging als verpleging kan dekken. Net als in hoofdstuk 4.1 voor de reguliere wijkverpleging wordt beschreven, creëert dit ook een probleem voor pgb-budgethouders. Een maximumtarief dat gebaseerd is op de kosten van de duurste cliëntgroepen, kan tot grote overcompensatie leiden bij veel cliënten. Een dergelijk hoog tarief lijkt dan sterk op het helemaal vrij geven van het tarief. Als budgethouders met hetzelfde budget zorg moeten inkopen tegen een hogere prijs, betekent dit dat zij minder zorg in kunnen kopen. Het introduceren van integrale tarieven in de reguliere bekostiging wijkverpleging zouden daarmee negatieve effecten hebben voor het Zvw-pgb.

Het tarief voor informele zorg valt niet onder de prestatie- en tariefregulering van de NZa. Voor het informele deel van de zorg stelt VWS het maximum vast. Dit deel valt wel onder de Zvw.

3.5 Inkoopbeleid zorgverzekeraars

Uiterlijk 1 april van ieder jaar maken zorgverzekeraars hun inkoopbeleid bekend ([Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw - TH/NR-034 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)). Op basis van dit inkoopbeleid maken zorgverzekeraars contractafspraken met zorgaanbieders. In eerdere monitors hebben wij dit inkoopbeleid en de contracten nader geanalyseerd. De laatst gepubliceerde monitor is de [Monitor contractering wijkverpleging 2022](#).

3.5.1 Contractafspraken

Zorgverzekeraars stellen ieder bepaalde eisen aan zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor een contract. Als er wordt voldaan aan deze eisen dan ontvangt een zorgaanbieder een zorgovereenkomst (contract). Zorgverzekeraars kunnen contractafspraken maken over onder andere het integrale tarief, gemiddelde ureninzet per cliënt, het gemiddeld aantal cliënten per maand en het zorgkostenplafond.

De integrale prestaties binnen het experiment hebben een vrije tariefsoort. Dit betekent dat er geen NZa maximum tarief wordt berekend. Er wordt onderhandeld over onder andere het tarief per gedeclareerd uur. Hierbij wordt rekening gehouden met de cliëntpopulatie, en de hiervoor benodigde disciplinemix. Casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging en medische kindzorg zijn vormen van wijkverpleging die duurder dan gemiddeld zijn. Zo wordt medische kindzorg vooral door kinderverpleegkundigen geleverd. Hiervan zijn de loonkosten hoger dan voor regulier verplegend en verzorgend personeel. Zorgaanbieders die enkel medische kindzorg leveren, spreken daardoor vaak een hoger tarief af met de zorgverzekeraars dan andere zorgaanbieders. Doordat de tariefsoort vrij is, kan dit met de huidige integrale prestaties zonder probleem afgesproken worden.

Nagenoeg alle gecontracteerde zorgaanbieders hebben contractafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars om de verpleging en verzorging in rekening te brengen via de integrale prestaties verpleging en verzorging. De meeste zorgverzekeraars maken afspraken over integrale prestaties met tarieven per uur. Naast integrale prestaties per uur wordt er ook gebruik gemaakt van integrale prestaties per dag, week en maand. De prestaties per dag worden per 2025 gehanteerd als een zorgaanbieder zorg verleent in een Bijna-Thuis-Huis. In enkele gevallen zijn er afspraken over integrale prestaties per week. Integrale prestaties per maand hebben een plek in de contracten met een selecte groep zorgaanbieders. Vaak worden er nog wel urenregistraties of urendeclaraties verstrekt.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn van mening dat integrale prestaties per maand een intensief inkoopgesprek vergen. De contractafspraken over deze integrale prestaties per maand worden daarom afgesproken bij specifieke zorgaanbieders die veel cliënten in zorg hebben van de betreffende zorgverzekeraar. Daarbij zijn ook andere factoren van belang voor de zorgaanbieders die in aanmerking komen voor maandprestaties, zoals wederzijds vertrouwen en de reeds opgebouwde relatie.

Er zijn verschillende wijzen waarop zorgaanbieders in de verpleging en verzorging worden gecontracteerd. Vooral kleinere zorgaanbieders voeren hiervoor niet altijd inkoopgesprekken met zorgverzekeraars, maar tekenen het contract via een digitaal portaal. Over het algemeen worden deze gesprekken gevoerd met middelgrote tot grote zorgaanbieders (qua omzet en volume). Met sommige zorgaanbieders met wie ook een intensieve inkooprelatie is, worden maandafspraken gemaakt. Aan de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders liggen dan ook nadere inkoopafspraken en aanvullende voorwaarden ten grondslag.

Een deel van de zorgaanbieders heeft een meerjarencontract met één of meerdere zorgverzekeraars.

3.6 Machtigingenbeleid zorgverzekeraars

Sinds 1 september 2018 wordt er in de wijkverpleging een machtigingenbeleid gehanteerd. Dit betekent dat bij het merendeel van de zorgverzekeraars bij niet-gecontracteerde zorg de indicatie van de wijkverpleegkundige overlegd moet worden, zodat de zorgverzekeraar een machtiging af kan geven. Pas hierna komen declaraties voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar gaat na of de indicatie doel- en rechtmatig is, alvorens de machtiging wordt afgegeven. De zorgverzekeraar weet dus voorafgaand aan de zorgverlening het type (persoonlijke verzorging of verpleging) en de hoeveelheid zorg die maximaal vergoed wordt aan de cliënt van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Het machtigingenbeleid is ontstaan als reactie op de overheveling van de wijkverpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw in 2015. In de jaren 2015-2018 werd niet-gecontracteerde zorg ook beoordeeld door de zorgverzekeraar, maar niet voor aanvang van de zorglevering. Sinds 2018 wordt naast de reguliere controles na declaratie een nieuw instrument ingezet aan de voorkant: een machtiging.

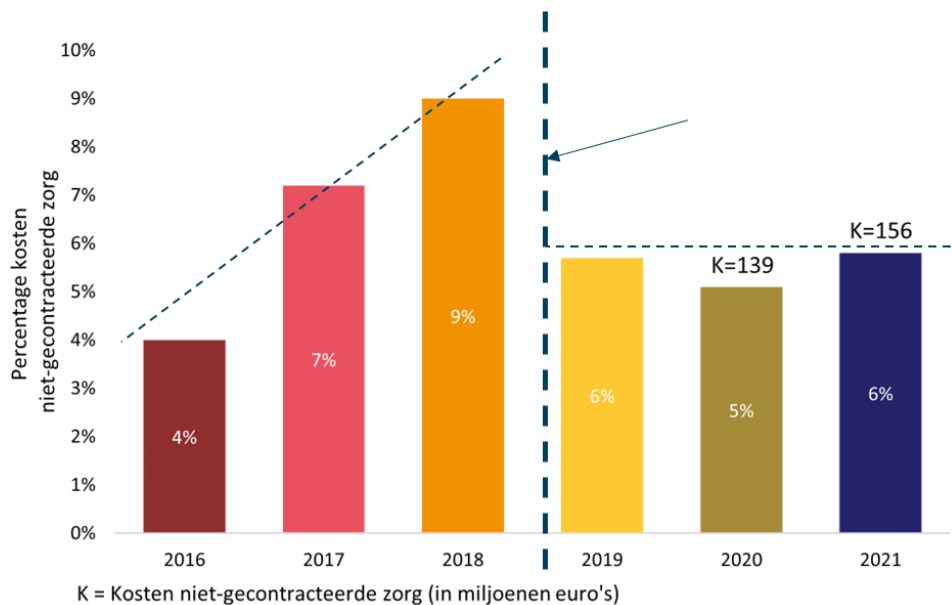
Voor elke cliënt in de wijkverpleging wordt een indicatie opgesteld door een wijkverpleegkundige. Hoewel er geen vast format voor het indiceren van wijkverpleging is, beschrijft het Normenkader V&V wel het verpleegkundig proces dat gehanteerd dient te worden door de indicerende wijkverpleegkundige. Uit de indicatie volgt een zorgplan, welke informatie bevat over 'aard, omvang en duur' van de te leveren zorg. In een machtiging moet de zorgverlener voor de cliënt aangeven hoeveel uren zorg geïndiceerd zijn per week, uitgesplitst naar de NZa prestaties verpleging en verzorging. Vervolgens mag er gedeclareerd worden op die prestaties. De vergoeding vindt plaats binnen de grenzen van de machtiging.

3.6.1 Effect van het machtigingenbeleid

Inhoudelijke beoordeling van de machtigingen wordt gedaan door wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn bij zorgverzekeraars. Op basis van informatie ontvangen van één zorgverzekeraar en extrapolatie op basis van verzekerden aandeel naar landelijk, schatten we dat er in 2024 circa 50 wijkverpleegkundigen landelijk actief zijn om samen circa 20.000 machtigingen te beoordelen. Dat zijn 400 beoordelingen per persoon per jaar.

Gegeven de informatie over de zorgvraag en het aantal en type geïndiceerde uren besluiten de zorgverzekeraars om de machtiging al dan niet toe te kennen, dan wel om verduidelijking te vragen of (gedeeltelijk) af te wijzen. Er is voor zover ons bekend geen onderzoek gedaan naar het effect van het machtigingenbeleid. Als we kijken naar de kosten voor niet-gecontracteerde wijkverpleging als percentage van de totale kosten voor wijkverpleging (Figuur 3), is er een opvallend patroon zichtbaar (aangegeven met een stippellijn). Een sterke stijging van de kosten in de periode voorafgaand aan de invoering, en een relatief constant aandeel in de totale kosten ná de invoering (in 2018). Ook in 2023 ligt het percentage rond de 6% van de totale uitgaven aan wijkverpleging (zie hoofdstuk 3.2).

Figuur 3: Trends kosten niet-gecontracteerde zorg (exclusief PTZ) na invoering machtigingenbeleid



Bron: *Vektis publicatie "Omvang niet-gecontracteerde wijkverpleging stijgt iets ten opzichte van 2020"* (bewerking NZa)

3.6.2 Juridische basis voor gegevensdeling

Zorgverzekeraars vragen bij een machtiging persoonsgegevens op over de geïndiceerde zorgvraag en de omvang van de zorglevering. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft in 2016 gekeken naar de juridische basis voor het opvragen van deze (bijzondere) persoonsgegevens en hiervoor beleidsregels gemaakt. De AP stelt in [deze beleidsregels](#) vast dat zorgverzekeraars in beginsel (bijzondere) persoonsgegevens mogen verwerken ten behoeve van het machtigingsvereiste.

3.6.3 Vergoedingspercentages machtiging

In de bestaande situatie is de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gekoppeld aan de contractering. Daar wordt via de integrale uurprestatie gecontracteerd. Uit het gemiddeld gecontracteerde uurtarief wordt via een berekening afgeleid wat het gemiddeld gecontracteerde uurtarief in eenheden van losse prestaties verpleging en verzorging zou zijn. Hiervan wordt doorgaans 75% vergoed voor niet-gecontracteerde zorg met een machtiging. In 2023 lag dit percentage op 72%.

3.7 Het hinderpaalcriterium

Het hinderpaalcriterium houdt in dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg niet dusdanig laag mag zijn, dat die vergoeding een feitelijke hinderpaal vormt voor de verzekerde om zorg af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit criterium volgt uit artikel 13 Zvw en de bijbehorende toelichting. De zorgverzekeraar mag zelf de vergoeding bepalen. [In verschillende zaken](#) heeft de rechter te maken gehad met verschillende vergoedingspercentages (variërend van 70-85%). De [Hoge Raad \(ECLI:NL:HR:2022:1789\)](#) heeft onder meer gezegd dat het hinderpaalcriterium zich in algemene zin niet verzet tegen een generieke korting. De vraag of het hinderpaalcriterium zich verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij speelt mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule

aanbiedt en ondubbelzinnig heeft toegezegd een bepaald bedrag aan hem te vergoeden dat hoger is dan het bedrag waar op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op bestaat. Ook kan bij de beoordeling worden betrokken of de niet gecontracteerde zorgaanbieder een deel van de kosten voor zijn rekening neemt.

Wel leggen zorgverzekeraars de wijze waarop zij de vergoeding berekenen vast in de polisvoorwaarden. In het verleden zijn meerdere wetsvoorstellen gedaan om het hinderpaalcriterium te expliciteren en nader te regelen in de wet. Deze voorstellen hebben niet geleid tot aanpassing van de wet.

Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van een feitelijke hinderpaal kan meewegen of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast. Als dat het geval is moet die hardheidsclausule wel in de polisvoorwaarden zijn opgenomen. Een hardheidsclausule biedt de verzekerde in een concreet geval de mogelijkheid om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding als het vergoedingspercentage gezien de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars dienen bruikbare keuze informatie te verstrekken, als bedoeld in artikel 4, en artikel 10, lid 1, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027), over het hinderpaalcriterium en de mogelijkheid om in geval van een feitelijke hinderpaal een hogere vergoeding te vragen. Die informatie kan via de website van de zorgverzekeraar worden verstrekt.

De wijze waarop de NZa het hinderpaalcriterium toepast in het toezicht heeft zij neergelegd in de Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025). Naar aanleiding van een recent genomen besluit, ziet de NZa aanleiding om de beleidsregel ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13 van de Zvw aan te vullen.

3.8 Fraude, signalen, wat weten we over fraude

Al sinds 2018 is de wijkverpleging een sector waarover het hoogste aantal fraudesignalen wordt gedeeld met het Informatieknoppunt Zorgfraude (IKZ), melden zij in hun eigen rapportage. In 2023 was bij die signalen sprake van uiteenlopende vormen van fraude, zoals het opstellen van een hogere indicatie dan noodzakelijk, meer zorg declareren dan is geleverd, misbruik van agb-codes en vervalsing van handtekeningen en diploma's. Cijfers over de signalen in 2024 zijn op moment van schrijven nog niet bekend. Daarnaast is de sector al een aantal jaren geprioriteerd door de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ). Jaarlijks komt de TIZ als onderdeel van hun jaarbrief met een signaleringsnotitie, waarin zorgelijke ontwikkelingen en knelpunten met betrekking tot de aanpak van zorgfraude worden geschetst. Naar aanleiding van de meest recente signaleringsnotitie werkt de minister van VWS onder andere aan: een verkenning van het uitbreiden van de vergunningsplicht naar onderaannemers en een verkenning voor het verplicht stellen van de Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) bij het toekennen van een vergunning. Ook werkt de minister aan een voorstel voor onafhankelijke indicatiestelling binnen de niet-gecontracteerde wijkverpleging.

De NZa komt in haar toezicht op aanbieders in de wijkverpleging steeds vaker spookzorg tegen. Dat is het declareren van prestaties zonder die zorg (volledig) te leveren. De NZa heeft onvoldoende bevoegdheden om hier effectief tegen op te treden. Zie hiervoor tevens hoofdstuk 7, waar hier verder op wordt ingegaan. De minister van VWS is voornemens om de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op dit punt te actualiseren.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ontvangt regelmatig signalen of meldingen van zorgfraude en zorgverwaarlozing in de wijkverpleging. In 2022 deelde de IGJ haar zorgen over een deel van de kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. De inspectie ziet dat fraudesignalen in de wijkverpleging het vaakst gaan over kleine zorgaanbieders. Ook in het IGJ brede jaarbeeld van 2023 wordt dit beeld gedeeld.

Daarnaast is de vermenging van criminaliteit en zorg een zeer zorgelijke ontwikkeling. Daarom is dit thema geprioriteerd door de TIZ. Uit een verkenning van de Inspectie van het Onderwijs en de IGJ blijkt dat het criminelen lukt om misbruik te maken van ons zorgstelsel en dat zij zich verrijken ten koste van kwetsbare mensen. Deze ontwikkeling vraagt om een integrale aanpak.

4 Tariefsoort

Welke tariefsoort is het meest passend voor reguliere integrale prestaties? Is de gehele markt klaar voor een vrij tarief?

Belangrijkste bevindingen

- Kostenniveaus van zorgaanbieders zijn erg heterogeen en afhankelijk van de doelgroep en de geleverde zorg.
- Marktpartijen moeten daarom maximaal kunnen differentiëren in tarief.
- Een gemiddeld integraal maximumtarief voor de hele sector is niet mogelijk, want niet redelijk kostendekkend voor onder andere (gespecialiseerde) verpleging, waaronder medische kindzorg.
- Een integraal **maximum** uurtarief voor de hele sector gebaseerd op de duurste doelgroepen, leidt tot overcompensatie voor onder andere cliënten die enkel persoonlijke verzorging nodig hebben.
- Een **vrij** integraal uurtarief voor de hele sector geeft reële toegankelijkheidsrisico's voor bepaalde groepen cliënten met complexe zorgvragen op de zorgverleningsmarkt. Dit komt omdat we verwachten dat het niet-gecontracteerde aanbod voor deze doelgroepen daalt, en deze doelgroepen in de Zvw financieel niet aantrekkelijk zijn voor gecontracteerde zorgaanbieders.
- De markt wordt bij een integraal tarief minder transparant omdat voor niet-gecontracteerde zorg informatie verdwijnt.

Voor het beantwoorden van de vraag over de tariefsoort gaan we uit van het scenario waarbij de integrale uurprestatie regulier gemaakt wordt.

4.1 Maximumtarief voor de hele sector

Een door de NZa vastgesteld (maximum) tarief moet in principe dekkend zijn voor de redelijke kosten van zorg. Een beschrijving van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven is opgenomen in de [NZa Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes](#). In de praktijk worden tarieven van prestaties vaak op basis van de (gewogen) gemiddelde kosten vastgesteld. Die benadering is redelijk te noemen wanneer er prestatiebeschrijvingen zijn, die onderscheid maken in objectiveerbare kostenverschillen die samenhangen met de zorgvraag en de daaruit voortvloeiende zorglevering. De reguliere prestaties die vooral nog bij niet-gecontracteerde wijkverpleging worden gebruikt voorzien hierin. Er zijn objectiveerbare kostenverschillen tussen zorglevering aan cliënten met vooral verzorging en zorglevering aan cliënten met vooral verpleging of gespecialiseerde verpleging.

Dit geldt niet voor het experiment: hier wordt gewerkt met een integrale prestatie die geen rekening houdt met dergelijke kostenverschillen. Het vrije tarief voor gecontracteerde zorgaanbieders wordt onder andere gebruikt om de hoogte van het tarief aan te passen aan de samenstelling van de cliëntenpopulatie van de zorgaanbieder. Een zorgaanbieder die vooral complexe wondzorg levert, of medische kindzorg, zet ander personeel in. Daar past een ander uurtarief bij dan bij een zorgaanbieder die vooral generalistische wijkverpleging aan thuiswonende ouderen biedt. Kostenniveaus zijn erg verschillend gegeven de zorgvraag van en zorglevering aan de cliënt. De kostenverschillen zijn dan ook heterogeen.

Om de redelijke kosten van de meest complexe / dure cliënten te dekken zou het maximumtarief vastgesteld moeten worden op de (bijvoorbeeld gemiddelde) kosten van deze doelgroepen. Dit behoudt de ruimte voor maatwerk in de contractering die er nu is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voor de niet-gecontracteerde zorg zou een maximumtarief dat gebaseerd is op de kosten van de duurste cliëntgroepen, tot grote overcompensatie leiden bij veel cliënten. Een dergelijk hoog tarief lijkt dan sterk op het helemaal vrij geven van het tarief. De verwachte effecten hiervan worden hieronder verder beschreven.

4.2 Vrij tarief voor de hele sector

Een integrale (uur) prestatie met vrij tarief maakt differentiëren van het tarief bij gecontracteerde zorg mogelijk. Dit is ook hoe het nu binnen het experiment met integrale prestaties wordt toegepast in de contractering.

Bij het introduceren van een vrij tarief is een analyse gewenst die kijkt naar de marktcondities. Zijn deze zodanig dat de markt zich leent voor vrije prijsvorming? Omdat vrije prijsvorming al sinds 2015 geldt voor de gecontracteerde zorg, richten we ons in deze analyse vooral op de niet-gecontracteerde zorg, waar nu nog maximum tarieven gelden.

We kijken hierbij, mede op verzoek van VWS, naar de volgende deelmarkten:

- zorgverleningsmarkt;
- zorginkoopmarkt; en
- zorgverzekeringsmarkt.

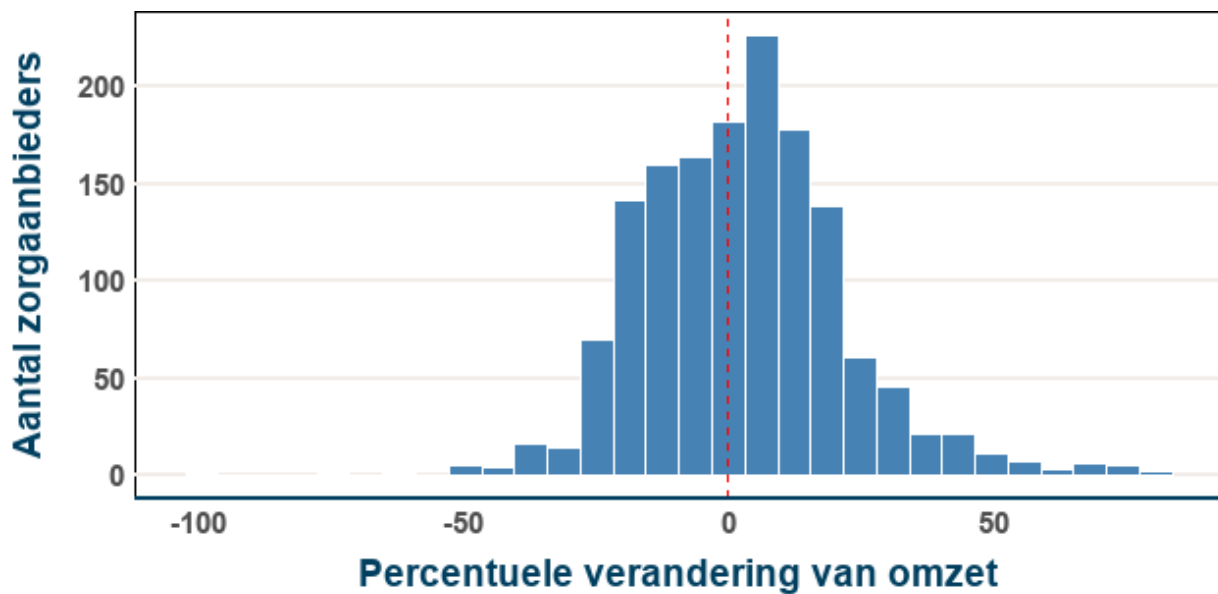
4.2.1 Effecten op de zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt gaat het om cliënten met een zorgvraag die een zorgverlener nodig hebben. Het regulier maken van de integrale uurprestatie zal naar verwachting het niet-gecontracteerd leveren van persoonlijke verzorging aantrekkelijk maken. Zorgverzekeraars zien met een integrale prestatie namelijk onvoldoende mogelijkheid om op cliëntniveau te kunnen differentiëren qua hoogte van het tarief. Wanneer simpelweg het gemiddelde tarief vergoed wordt, zal dit naar verwachting leiden tot overcompensatie van cliënten die vooral persoonlijke verzorging nodig hebben, en ondercompensatie van cliënten die vooral verpleging nodig hebben. In dit geval is de verwachting dat er aanbieders zullen toetreden, die zich richten op doelgroepen met lichte zorgvragen waar met name verzorging nodig is. Anderzijds zullen zorgaanbieders uittreden die zich met name richten op doelgroepen, die relatief veel verpleging nodig hebben. Voor hen is een gemiddeld tarief niet toereikend. Voor de medische kindzorg zal het vooral tot ondercompensatie leiden, omdat persoonlijke verzorging bij kinderen alleen geïndiceerd wordt als er ook sprake is van een behoefte aan verpleging, of een hoog risico hierop.

Grote omzetverschuivingen in de niet gecontracteerde wijkverpleging door integraal uurtarief

Om een indruk te geven van het soort omzetverschuivingen dat plaats kan vinden is een impactanalyse gedaan. Hierbij is aangenomen dat een aanbieder voor niet-gecontracteerde zorg in plaats van de huidige omzet, een omzet ontvangt die is gebaseerd op de hoeveelheid geleverde uren zorg, vermenigvuldigd met een gemiddeld uurtarief. Dit uurtarief is berekend door voor niet-gecontracteerde zorg het totale vergoede bedrag 2023 te delen door de totale hoeveelheid geleverde uren 2023. Een gedetailleerde beschrijving van de analyse is opgenomen in Bijlage D. Het resultaat is hieronder getoond:

Figuur 4: Verdeling van het aantal niet-gecontracteerde aanbieders naar verandering van de omzet bij vergoeding met een gemiddeld integraal tarief voor de niet-gecontracteerde zorg.



Bron: Vektis declaratiegegevens en NZa uitvraag zorgverzekeraars

Te zien is dat er op aanbieder niveau (op basis van KvK-nummer) grote verschuivingen kunnen optreden, bijvoorbeeld omzetsdalingen van 30% of omzetsstijgingen van 40%. Wanneer verpleging in een niet-gecontracteerde setting onaantrekkelijk wordt, kan dit risico's geven voor cliënten met een zorgvraag waarbij er relatief veel verpleging nodig is. Deze cliënten zullen dan door de gecontracteerde zorgaanbieders geholpen moeten worden. Omdat het om cliënten gaat met een relatief zware zorgvraag zullen deze cliënten financieel niet aantrekkelijk zijn voor gecontracteerde zorgaanbieders vanwege prikkels in de contractering. Hier zien we reële toegankelijkheidsrisico's voor een bepaalde groep cliënten.

Cliënten weten niet altijd of een zorgaanbieder een contract heeft met de zorgverzekeraar. Hierdoor lopen cliënten risico op het ontvangen van minder passende zorg, zoals hierboven beschreven. Financiële prikkels in de bekostiging kunnen ook leiden tot (ervaren) druk op professionals om qua indiceren en zorglevering af te wijken van passende zorg cf. beroepsnormen en standaarden.

4.2.2 Effecten op de zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt gaat het om het afsluiten van een contract, en de bekostiging van de zorg. Een vrij tarief maakt mogelijk dat zorgaanbieders met marktmacht hogere prijzen kunnen vragen dan de doelmatige kosten vereisen. Maximumtarieven gaan dit (voor de consument negatieve) effect van marktmacht problematiek tegen. Tijdens de interviews werd aangegeven dat er zorgaanbieders van wijkverpleging zijn met een zekere mate van marktmacht. Een zorgaanbieder met marktmacht kan geen hogere prijs vragen dan het maximumtarief. Dit heeft een gunstig effect op de betaalbaarheid van zorg. De marktmacht verdwijnt hierdoor niet, de zorgaanbieder kan de marktmacht nog wel op andere manieren uitoefenen, bijvoorbeeld door het verlagen van de kwaliteit, of via vrijheidsgraden binnen het contract, zoals de hoogte van een omzetplafond.

In hoeverre is er bij de niet-gecontracteerde zorg sprake van zorgaanbieders met marktmacht? Omdat het vaak om relatief kleine zorgaanbieders gaat, verwachten we marktmacht niet bij generalistische

wijkverpleging, maar vooral bij zorg voor specifieke doelgroepen. Er kan sprake zijn van marktmacht als het om zorg voor doelgroepen gaat waar regionaal weinig alternatieven voor zijn (bijvoorbeeld ALS cliënten of palliatief terminale zorg).

Het verschil met de gecontracteerde zorg is dat cliënten zelf geconfronteerd zouden worden met hogere prijzen voor geleverde zorg. Er is dan een risico dat de cliënt moet opdraaien voor het verschil tussen de prijs die de aanbieder in rekening brengt en het bedrag dat de zorgverzekeraar vergoedt. Het vergoede bedrag is afgeleid van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

We schatten het risico op excessieve prijzen voor niet-gecontracteerde zorg desondanks laag in. Dit komt omdat we verwachten dat de prijsgevoeligheid van cliënten hoog is. Geïnterviewden geven namelijk aan dat zorgaanbieders het gehanteerde kortingspercentage op het gemiddeld gecontracteerde tarief (vaak circa 25%) doorgaans niet doorberekenen aan de cliënt, maar voor eigen rekening nemen.

Vermindering van transparantie door integrale prestatie

Ten aanzien van de transparantie van de markt geldt dat dit voor de niet-gecontracteerde zorg afneemt. Voor niet-gecontracteerde zorg geldt dat er op cliëntniveau gedifferentieerd moet worden. Op dit moment wordt er binnen één machtiging via de losse prestaties verpleging en verzorging gedifferentieerd op het tarief op cliëntniveau. Bij een integrale uurprestatie vervalt deze mogelijkheid. Zorgverzekeraars geven aan dat het machtigingenbeleid bij een integrale uurprestatie onvoldoende mogelijkheid biedt om het tarief per uur te differentiëren, omdat er geen informatie meer beschikbaar is over uren verpleging en verzorging. Verzekeraars geven aan geen mogelijkheden te zien om de huidige prestaties op te nemen in het machtigingenbeleid.

Onvoldoende eenheid van taal in het primaire proces

Er lijkt op dit moment onvoldoende eenheid van taal te zijn bij het indicatieproces bij het vastleggen van aard en omvang van de zorgvraag in geval van zorg aan volwassenen. Wanneer integrale prestaties regulier worden en er niet meer op losse prestaties verpleging en verzorging (met bijbehorende productdefinities) gedeclareerd hoeft te worden, valt ook de noodzaak weg om überhaupt in termen van uren verpleging en verzorging te indiceren. Dit is namelijk niet vastgelegd in beroepsstandaarden zoals het normenkader indiceren. De informatie over de geïndiceerde zorgvraag en geïndiceerde benodigde zorginterventies is onvoldoende gestandaardiseerd om het machtigingenbeleid in huidige vorm voort te zetten. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars het machtigingenbeleid minder goed uitvoeren. In paragraaf 9.2 wordt een mogelijk scenario beschreven waarin door professionalisering van de beroepsgroep dergelijke informatie in de toekomst beschikbaar komt.

Cliënten met een pgb moeten zelf zorg inkopen. Voor dit segment is een aparte analyse uitgevoerd (zie paragraaf 5.7 voor pgb).

Risico op verschraling

Door het regulier maken van integrale prestaties kan er verschraling van zorg optreden bij cliënten die veel verpleging nodig hebben. Er wordt minder passende zorg geleverd, omdat niet-gecontracteerde verpleging verlieslatend wordt voor deze groep. Of er worden meer uren zorg persoonlijke verzorging geleverd dan nodig om bijvoorbeeld verliezen op verpleging te compenseren.

Risico op afwenteleffecten

Een afwentelrisico speelt vooral bij cliënten met complexe zorgvragen:

- Gecontracteerde aanbieders die cliënten met complexe zorgvragen kunnen afwentelen op niet-gecontracteerde zorg;
- Afwentelen van cliënten naar andere sectoren zoals de Wlz, wanneer een zorgaanbieder en zorgverzekeraar verlies lijden op de wijkverpleging, vanwege een omzetplafond of de risicoverevening;
- Cliënten juist langer in de Zvw houden door niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Al deze risico's lijken voor te komen: Het risico dat iemand te lang in de Zvw blijft, maar ook dat iemand te snel naar de Wlz gaat. Voor gecontracteerd zorgaanbod zijn omzetplafond en risicoverevening bepalende factoren voor het afwentelrisico. En niet gecontracteerd zorgaanbod heeft minder belang bij afwentelen. Eerder belang bij het langer in zorg houden.

Door het regulier maken van integrale prestaties kan de prikkel om cliënten door te verwijzen naar de Wlz groter worden. Dit kan zich voordoen als een cliënt met een hoge zorgvraag zowel onaantrekkelijk is voor gecontracteerde zorgaanbieders (omdat de gemiddelde kosten per cliënt per jaar gemaximeerd zijn in het contract), als voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders (omdat de cliënt relatief veel verpleging nodig heeft, en dit verlieslatend is onder een integraal tarief).

Hierbij geldt wel dat niet alle cliënten met een langdurige, intensieve zorgvraag in aanmerking komen voor de Wlz bijvoorbeeld bij complexe medische kindzorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) fungeert als poortwachter, en bepaalt wie er in aanmerking komen voor de Wlz. Tenslotte is zorg thuis via de Wlz niet per se voordeliger voor de cliënt, vanwege de eigen bijdrage in de Wlz en de kans op een indicatie met minder uren zorg.

Regierol zorglandschap

Zorgverzekeraars dragen met hun inkooprol bij aan regie en coördinatie in het regionale zorglandschap. Deze regierol kan minder goed ingevuld worden bij niet-gecontracteerde aanbieders. Het niet-gecontracteerd zijn bemoeilijkt ook het participeren in regionale samenwerkingsverbanden, die op hun beurt weer afspraken maken met zorgverzekeraars. Aan de andere kant biedt de niet-gecontracteerde zorg ruimte aan innovatieve zorgconcepten die zich nog niet bewezen hebben, of nog onvoldoende schaal hebben om in aanmerking te komen voor een contract.

4.2.3 Effecten op de zorgverzekeringsmarkt

Tenslotte gaan we in op de zorgverzekeringsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt gaat het om het kiezen van een zorgverzekering en de polisvoorwaarden, die bepalend zijn voor de hoogte van de vergoeding door de zorgverzekeraar. Als integrale prestaties regulier worden zal het betekenen dat de losse prestaties niet meer gebruikt kunnen worden om de hoogte van de vergoeding (hinderpaalcriterium) te bepalen.

Voor het uitvoeren van de risicoverevening zien we bij de integrale uurprestatie relatief weinig risico, omdat de huidige risicoverevening cliënten toekent aan kosten klassen op basis van de totale kosten voor verpleging en verzorging op jaarbasis. Zolang deze op cliëntniveau goed zijn in te schatten (bijvoorbeeld door de totale gedeclareerde bedragen op een integrale uurprestatie) zal het effect op de risicoverevening beperkt zijn.

Een grootschalige invoering van maandprestaties zal hierop een groter effect hebben. Het onderscheid tussen een cliënt die dagelijks intensief zorg ontvangt, en een cliënt die een enkele keer per maand een contactmoment heeft, zal in de declaratiestroom verdwijnen. Hierdoor zal het model naar verwachting de daadwerkelijke kosten voor de zorgaanbieder minder goed voorspellen, waardoor ongewenste financiële prikkels vergroot worden.

Voor de uitvoering van de controles en de rechtmatigheid van declaraties verwijzen we naar hoofdstuk 6 en 7.

5 Uitvoeringsconsequenties

Welke uitvoeringsconsequenties doen zich voor bij het regulier maken van de integrale prestaties wijkverpleging?

Belangrijkste bevindingen

- Integrale prestaties bieden een aantal voordelen voor de kwaliteit van zorg. Echter zijn de risico's, met name voor de niet-gecontracteerde zorg, beperkt te mitigeren.
- Het blijft daarom belangrijk om kwaliteit van zorg en kwaliteitscriteria duidelijk te definiëren en samenhang aan te brengen in verschillende aspecten van kwaliteit.
- Integrale prestaties hebben een positief effect op de professionele autonomie van zorgprofessionals in de wijkverpleging.
- Integrale prestaties in combinatie met een contract en zorginhoudelijke informatie dragen bij aan een betere doelmatigheid van zorg. Doelmatige besteding is meer dan alleen de betaalbaarheid. Daarom zijn alle drie samen nodig om de kosten te beheersen met behoud van kwaliteit.
- We zien dat het effect van integrale prestaties in de niet-gecontracteerde setting verschillend uitwerkt voor verschillende doelgroepen. Het wordt lucratief om laagcomplexere zorg tegen een hoog tarief te leveren. De toegankelijkheid voor de cliënt met een zwaardere zorgvraag komt daarmee juist meer onder druk te staan.
- Integrale prestaties geven een prikkel op het verminderen van inzet van (duurdere) arbeid en verlagen van de kosten, maar geven geen prikkel om kwaliteit te behouden en gezondheidswinst te bevorderen.
- Ten opzichte van losse prestaties kan een bekostiging met integrale prestaties de administratieve lasten verminderen voor een zorgaanbieder.

In dit hoofdstuk gaan we in op de effecten, die door partijen zijn aangegeven, van het regulier maken van de integrale prestatie op: Kwaliteit van zorg, professionele autonomie, doelmatige bestedingen, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en administratieve lasten. De effecten op medische kindzorg en zorg voor cliënten met een persoonsgebonden budget (pgb) behandelen we in aparte paragrafen vanwege het specifieke karakter van deze zorg.

5.1 Kwaliteit van zorg

Er wordt verschillend gedacht over wat kwaliteit van zorg is en over de invloed van integrale prestaties op de kwaliteit van zorg. Sommige partijen leggen de focus van kwaliteit op het leveren van minder uren zorg, door bijvoorbeeld de omgeving van de cliënt meer te betrekken bij de zorg en te sturen op de zelfredzaamheid van de cliënt. Een ander geeft aan dat cliënten juist ontevreden kunnen zijn met minder uren zorg. Of ze definiëren kwaliteit als: kwaliteit van leven, ongeacht het volume en de uren zorg die nodig zijn om dat te bereiken. De invloed van integrale prestaties op de kwaliteit van zorg kan daarmee afhangen van de definitie van kwaliteit die je kiest.

Risico's voor de kwaliteit van zorg

Het grootste deel van de geïnterviewden ziet risico's, die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen, wanneer integrale prestaties regulier worden. Voor de gecontracteerde zorg geldt dat er afspraken

gemaakt kunnen worden over deze risico's. Bij de niet-gecontracteerde zorg is deze mogelijkheid er niet:

- *Verschraling van zorg*
Inzet van zo min mogelijk verpleging wanneer het tarief bij de integrale prestatie middelt tussen verpleging en verzorging. Dit maakt verpleging onaantrekkelijk om te leveren en verzorging juist te aantrekkelijk. Vanwege gebrek aan afspraken over de kwaliteit van zorg, zal het in de niet-gecontracteerde setting, door stijging van het tarief aantrekkelijker worden om in te zetten op meer verzorging en minder verpleging. Dat is een onwenselijke prikkel, die de kwaliteit van zorg ondermijnt;
- *Inzicht in inzet en opleidingsniveau vervalt*
Inzicht in functiemix en of de verdeling tussen persoonlijke verzorging en verpleging ook zo wordt ingezet als geïndiceerd, verdwijnt. Zorginhoudelijk mag er geen verschil zijn, omdat je bij een verpleegkundige handeling bevoegd en bekwaam personeel moet inzetten. Controle of dat ook gebeurt wordt echter onmogelijk doordat de verdeling verdwijnt.

Neutraal

Een paar geïnterviewden denkt dat het regulier maken van integrale prestaties geen invloed heeft op de kwaliteit van zorg. Genoemd is dat het normenkader de kwaliteit van zorg borgt en dat er vertrouwen moet zijn in zorgprofessionals.

Positieve invloed

Positief wordt benoemd dat een integrale prestatie de vrijheid biedt om zorg op- en af te schalen en in te zetten wat nodig is. Dat kan een positief effect hebben op de kwaliteit van de zorg. Daarnaast bieden maandprestaties meer ruimte om naast de reguliere zorglevering ruimte te creëren voor bijvoorbeeld de inzet van thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen en bij- en nascholing.

Bieden de integrale prestaties voldoende prikkels voor kwalitatief goede zorg aan de cliënt?

Integrale prestaties bieden een aantal voordelen voor de kwaliteit van zorg. Echter, zijn de risico's voor de niet-gecontracteerde zorg daarmee beperkt te mitigeren. De voordelen wegen daarmee niet op tegen de nadelen wanneer de integrale prestaties voor alle zorgaanbieders regulier worden. Het blijft belangrijk om kwaliteit van zorg en kwaliteitscriteria duidelijk te definiëren en samenhang aan te brengen in verschillende aspecten van kwaliteit. De professionalisering van het verpleegkundig proces met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt door V&VN is een duidelijke stap om deze informatie uiteindelijk te koppelen aan een kwaliteitsstandaard. Deze stap is afhankelijk van de ontwikkelingen rondom digitale gegevensuitwisseling. Vervolgens kan de bekostiging meer in lijn worden gebracht met de verpleegkundige inhoud om goede uitkomsten te stimuleren. Dit geldt ook voor de contractering en inkoop, financiering en bedrijfsvoering van een zorgaanbieder.

5.2 Professionele autonomie

Partijen zien een positief effect van integrale prestaties op de professionele autonomie. Met professionele autonomie bedoelen we de ruimte die een professional ervaart om te kunnen werken volgens de zorginhoudelijke normen en standaarden van de beroepsgroep; vrij van organisatorische, administratieve en financiële barrières. Met integrale prestaties is er meer ruimte om in te spelen op een veranderende situatie bij een cliënt. Volgens de meesten vergroot de integrale maandprestatie de

professionele autonomie nog meer dan de integrale uurprestatie, maar ook de uurprestatie biedt meer ruimte voor professionele autonomie dan losse prestaties persoonlijke verzorging en verpleging. Dat geldt zowel voor wijkverpleegkundigen als andere professionals in de wijkverpleging. Ook voor de niet-gecontracteerde zorg wordt opgemerkt dat het niet meer hoeven indiceren onder persoonlijke verzorging en verpleging de autonomie vergroot.

Een enkeling van de geïnterviewden ziet geen verschil in professionele autonomie tussen monodisciplinaire prestaties en de integrale prestaties of ziet geen verschil tussen een uur- en maandprestatie. Wel is genoemd dat professionele autonomie alsnog beperkt kan worden door controle van zorgverzekeraars of zorgaanbieders achteraf.

Bieden de integrale prestaties voldoende ruimte voor professionele autonomie van verpleegkundigen?

We kunnen daarmee concluderen dat de integrale prestaties een positief effect hebben op de professionele autonomie van zorgprofessionals in de wijkverpleging. De professionele autonomie wordt groter naarmate de duur van de prestatie toeneemt, maar ook de uurprestatie biedt meer ruimte voor het stimuleren van de professionele autonomie, dan losse prestaties persoonlijke verzorging en verpleging. Deze ruimte kan wel alsnog ingeperkt worden door extra controle vanuit de zorgaanbieder of zorgverzekeraar achteraf.

5.3 Doelmatige bestedingen

Beheersen van kosten gecontracteerde zorgaanbieders

Integrale prestaties kunnen helpen bij het beheersen van de kosten voor gecontracteerde zorgaanbieders. Deze beheersing van de kosten komt met name voort uit afspraken over doelmatige zorglevering. Een integrale prestatie geeft een gecontracteerde zorgaanbieder de ruimte om de zorg te verlenen die nodig is. Dat geeft de mogelijkheid om tot een goede mix te komen van administratieve ruimte enerzijds en beheersing van kosten anderzijds.

Zonder contract geven integrale prestaties wel een risico op de betaalbaarheid. De verwachting is dat de macro kosten voor niet-gecontracteerde zorg toenemen en de premie uiteindelijk zal stijgen. Zorgverzekeraars voeren met niet-gecontracteerde zorgaanbieders geen inkoopgesprek. Terwijl met gecontracteerde zorgaanbieders diverse afspraken worden gemaakt die kunnen bijdragen aan een doelmatige besteding. Bijvoorbeeld op het gebied van toegankelijkheid en samenwerking. Aan de andere kant kan een te grote focus op doelmatigheid leiden tot verschraving van zorg en onderbehandeling.

Meer laagcomplexere zorg met een hoger tarief niet-gecontracteerde zorgaanbieders

De verwachting is uitgesproken dat bij het regulier maken van integrale prestaties er met name door niet-gecontracteerde zorgaanbieders *meer zorg* geleverd gaat worden aan *minder complexe cliënten* met *lager geschoold personeel* maar tegen een *hoger tarief*, zie ook hoofdstuk 4 Tariefsoort. Het bijkomende risico is dat verpleegkundige en specialistische zorg aan complexe cliënten schaars wordt. Dit wordt veroorzaakt doordat het niet mogelijk is om één passend tarief vast te stellen voor de heterogene groep aan cliënten in de wijkverpleging. Dat gaat ten koste van de verpleegkundige en

specialistische zorg. Dat heeft tevens consequenties voor de toegankelijkheid van deze zorg, zie paragraaf 5.4.

Doelmatigheid is meer dan betaalbaarheid

In de interviews gaven diverse stakeholders aan dat integrale prestaties doelmatige bestedingen kunnen stimuleren. Om deze doelmatige besteding te bewerkstelligen is een contract nodig. Daarnaast is ook aangegeven dat doelmatigheid vaak te smal wordt ingevuld en er alleen wordt gekeken naar het leveren van minder uren zorg en de prijs van de zorg. Terwijl doelmatigheid naast de kosten, ook gaat over de kwaliteit van de geleverde zorg. Immers, bij lage kosten en nog lagere kwaliteit daalt per saldo de doelmatigheid. Integrale prestaties geven een prikkel op het verminderen van inzet van (duurdere) arbeid en verlagen van de kosten, maar geven geen prikkel om kwaliteit te behouden en gezondheidswinst te bevorderen. Doelmatige besteding is meer dan alleen de betaalbaarheid.

ZN-doelgroepen

Er is brede overeenstemming onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het nut en de noodzaak van het in stand houden van de ZN-doelgroepen in de wijkverpleging. Het registreren van ZN-doelgroepen door zorgaanbieders en uitvragen door zorgverzekeraars bevordert een rechtmatige en doelmatige inzet van wijkverpleging met oog voor de zorgbehoefte. Er wordt qua tarief geen onderscheid gemaakt naar ZN-doelgroep. Er wordt wel onderscheid gemaakt naar leeftijd: verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar valt onder medische kindzorg. Verpleging en verzorging voor 18 jaar en ouder noemen we wijkverpleging voor volwassenen.

De ZN-doelgroepen zijn een vorm van zorginhoudelijke informatie en zodoende van essentieel belang voor de inkoop en contractering van integrale prestaties in de wijkverpleging door zorgverzekeraars. Desondanks bevatten de ZN-doelgroepen beperkte informatie over het type cliënt. Informatie over bijvoorbeeld wat een zorgprofessional doet en welk personeel is ingezet ontbreekt. Informatie over de ingezette disciplinemix is via de machtiging wel beschikbaar bij niet-gecontracteerde aanbieders. Kortom, zorginhoudelijke informatie en integrale prestaties samen dragen bij aan een betere doelmatigheid van zorg.

In het geval van maandprestaties gaat het inzicht in de geleverde uren zorg eveneens verloren. Al heeft een overmatige focus op het aantal geleverde uren ook nadelen, het levert namelijk niet perse doelmatige zorg op. Alternatief is de parameter jaarlijkse kosten per cliënt genoemd, waarin ook de duur van de geleverde zorg is verdisconteerd. Deze parameter wordt als verbetering/alternatief gezien om te sturen op doelmatigheid.

Bieden de integrale prestaties voldoende prikkels voor doelmatige besteding van middelen?

Integrale prestaties in combinatie met een contract en zorginhoudelijke informatie dragen bij aan een betere doelmatigheid van zorg. Alle drie samen zijn nodig om de kosten te beheersen. Doelmatige besteding is meer dan alleen de betaalbaarheid. Integrale prestaties geven een prikkel op het verminderen van inzet van (duurdere) arbeid en verlagen van de kosten, maar geven geen prikkel om kwaliteit te behouden en gezondheidswinst te bevorderen.

5.4 Continuïteit en toegankelijkheid

Huidige situatie

Het Zorginstituut Nederland stelt in haar advies: *'Verdelen van schaarste in de wijkverpleging, dat de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk staat. Het aantal zorgvragen voor de wijkverpleging neemt toe. Dat komt ten eerste door de dubbele vergrijzing: de groep ouderen in ons land wordt groter en hun gemiddelde leeftijd wordt hoger. Ten tweede zorgen het programma Langer Thuis en de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) voor een verschuiving van de zorg naar de eigen omgeving van de cliënt. Hiermee neemt het aantal zorgvragen voor de wijkverpleging toe. Daarbij is de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden nu al krap en blijft deze waarschijnlijk de komende jaren krap.'*

Uit de interviews hebben wij wisselende beelden over de huidige situatie van de wijkverpleging opgehaald. De continuïteit voor de cliënt, dat wil zeggen een vast team en helderheid over wie er bij jou over de vloer komt, is een belangrijke waarde voor de cliënt. Personeelstekorten vormen een probleem voor zowel de continuïteit als de toegankelijkheid van zorg in de wijkverpleging. Er is meer uitstroom dan instroom van zorgprofessionals, waardoor het tekort aan wijkverpleegkundigen blijft groeien. Bovendien neemt de vraag naar wijkverpleging toe alsmede de complexiteit van de zorgvraag van de cliënt. Dit komt niet alleen door de vergrijzing, maar ook doordat we er als maatschappij op inzetten dat mensen steeds langer thuis blijven wonen en sneller naar huis gaan na een ziekenhuisopname. Opvallend genoeg zien we in de kerncijfers (paragraaf 3.2) vooralsnog geen toename van de vraag naar wijkverpleging in de Zvw. Het aantal cliënten in zorg in de wijkverpleging is al jaren constant rond de 580.000.

Wel zijn er regionaal grote verschillen in het beschikbare aanbod van wijkverpleging. Zorgverzekeraars geven aan dat er plekken zijn waar een tekort aan capaciteit is, maar ook plekken waar capaciteit over is. Het is daardoor continu hergroeperen om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. De algehele verwachting is dat de druk op de zorg alleen maar toeneemt.

Een andere ontwikkeling is de Wet deregulering beoordeling arbeidsrelaties (Wet DBA). Vanaf 2025 controleert en handhaaft de Belastingdienst op fiscale gevolgen. Daardoor schalen zorgaanbieders de inhuur van zzp'ers af. Dat geeft een knik in de capaciteit. Als zzp'ers in loondienst gaan is dat goed voor de continuïteit van de gecontracteerde zorgaanbieders. De indruk van geïnterviewde partijen is echter dat zzp'ers de sector verlaten of verder gaan als niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Invloed integrale prestaties

Iedere vorm van bekostiging geeft bepaalde prikkels die van invloed kunnen zijn op de zorgverlening. Prikkel kunnen gewenst gedrag stimuleren, zoals het leveren van goede of doelmatige zorg. Maar prikkels kunnen ook leiden tot ongewenste effecten. De bekostiging kent vooral financiële prikkels. Naast financiële prikkels zijn er veel meer factoren die van invloed zijn op de zorgverlening. Voorbeelden zijn de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen.

De contractering heeft een belangrijk effect op de betaalbaarheid van de zorg. Contractering is een middel om afspraken te maken over kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Maar het is te eenvoudig om te stellen dat in de contractering alle ongewenste prikkels kunnen worden voorkomen.

Integrale prestaties bieden veel voordelen in combinatie met een contract:

1. Gecontracteerde zorgaanbieders hebben al veel ervaring met integrale prestaties en zijn hier enthousiast over.
2. Voor cliënten heeft het een positief effect op de toegankelijkheid. Wijkverpleging is dynamische zorg. Om in te spelen op de dagelijkse zorgbehoefte is het van belang om makkelijk op en af te kunnen schalen. Met integrale prestaties kan dat zonder effect op de vergoeding van zorg. Dat komt de toegankelijkheid ten goede. Deze ruimte kan versterkt worden door over te stappen op maandprestaties.
3. Integrale prestaties kunnen bijdragen aan goede uitkomsten van zorg als er bijvoorbeeld afspraken worden meegenomen over inzet van innovaties, technologie en hulpmiddelen.
4. Het helpt om kosten te beheersen (met name uren per cliënt) en beperkt administratieve lasten.

Niet alle zorg wordt gecontracteerd geleverd. Er zijn verschillende redenen waarom een zorgaanbieder niet-gecontracteerd werkt. Er zijn aanbieders die een andere opvatting hebben over wat passende zorg is, of aangeven dat de voorwaarden van een contract het leveren van passende zorg hinderen. Er zijn (nieuwe) aanbieders, die met een innovatief concept werken dat verzekeraars (nog) niet willen contracteren, omdat het zich nog moet bewijzen. Indiciestelling volgens het normenkader geldt zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg. Wat wel verschilt is dat er voor niet-gecontracteerde zorg een doelmatigheidsprikkel ontbreekt, en dat de mogelijkheden voor controle op rechtmatigheid en kwaliteit minder groot zijn. Hierdoor lijkt een deel van de niet-gecontracteerde wijkverpleging minder bezig met de beweging naar passende zorg en het werken aan zelfredzaamheid van cliënten en is meer gericht op klantperspectief.

Het Zorginstituut Nederland stelt in haar advies: Verdelen van schaarste in de wijkverpleging, voor de indiciestelling als instrument voor passende inzet van schaarse wijkverpleging in te zetten. Zij schrijft: *“Kortom: als de indiciestelling van de wijkverpleegkundigen voldoet aan het Normenkader en wijkverpleegkundigen handelen volgens het begrippenkader krijgen cliënten in principe zorg die is afgestemd op hun wensen, plannen en mogelijkheden. Zorg die gericht is op hun functioneren en bevordering van hun zelfredzaamheid thuis. En zorg die afgestemd is op de beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk van de cliënt.”*

Des te meer de indiciestelling als instrument wordt ingezet voor passende inzet van schaarse wijkverpleging, des te sterker de klantbehoefte aan gemiddeld meer uren zorg bij een ander deel van zorgaanbieders en cliënten. De niet-gecontracteerde zorg speelt in op deze behoefte.

Wanneer de financiële condities waaronder niet-gecontracteerde zorgaanbieders werken, gunstiger worden, zal dat een aantrekkende werking hebben op de niet-gecontracteerde zorg. Dat kan op termijn een negatief effect hebben op het arbeidsmarktprobleem en op het kunnen vervullen van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Dat komt doordat in dat geval de meerwaarde van een contract afneemt. Zorgverzekeraars zullen meer moeite moeten doen om voldoende contracten af te sluiten, wat een risico vormt voor de betaalbaarheid. De macrokosten en premie kunnen daardoor namelijk gaan stijgen, zie ook hoofdstuk 4 Tariefsoort.

Het groeien van niet-gecontracteerde zorg zal het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt in de wijkverpleging laten toenemen. Door die toename kunnen uiteindelijk minder mensen zorg ontvangen.

Dat zet de toegankelijkheid van zorg meer onder druk. Ten slotte heeft het effect op de continuïteit van zorg voor de cliënt, omdat het aanbod verder versnipperd wordt.

Invloed integrale prestaties niet-gecontracteerd zorgaanbod

We zien dat het effect van integrale prestaties in de niet-gecontracteerde setting verschillend uitwerkt voor verschillende doelgroepen. Met een integraal tarief stijgt het tarief voor persoonlijke verzorging en daalt het tarief voor verpleging en gespecialiseerde verpleging, zie hoofdstuk 4 Tariefsoort. Met als gevolg dat het voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders lucratief wordt om laagcomplexiteit zorg tegen een hoog tarief te leveren. Zo ontstaat er een steeds lucratievere markt voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Aan de andere kant kan de cliënt met een zorgvraag naar verpleging en gespecialiseerde verpleging door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder als financieel onaantrekkelijk worden gezien. De toegankelijkheid voor de cliënt met een zwaardere zorgvraag komt daarmee juist meer onder druk te staan. Vanwege het budgetplafond zien gecontracteerde zorgaanbieders soms af van het in zorg nemen van complexe zorgvragen, als dat om potentieel veel uren zorg gaat. Deze groep kan daardoor tussen wal en schip raken, als gevolg van integrale prestaties voor de hele sector. Dat is geen wenselijke ontwikkeling en een aandachtspunt voor zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor cliënten met complexe zorgvragen.

5.5 Administratieve lasten

Zorgaanbieders

Ten opzichte van losse prestaties kan een bekostiging met integrale prestaties de administratieve lasten verminderen voor een zorgaanbieder. Evenwel kan via andere wegen, met name via verplichtingen door zorgverzekeraars, alsnog om informatie worden gevraagd wat kan leiden tot meer administratieve lasten. Een bepaalde mate van vertrouwen in de zorgprofessional is dan ook nodig om echt te komen tot een administratieve lasten verlichting. Zo wil een verzekeraar ook bij een maandtarief inzicht houden in het aantal uren geleverde zorg. Ook kunnen zorgaanbieders zelf behoefte hebben aan inzicht in het aantal uren geleverde zorg voor bijvoorbeeld de bedrijfsvoering. Hierdoor is het verschil in administratieve lasten tussen een uur of maandprestatie niet groot.

Zorgverzekeraars

De verwachting is dat controles achteraf door zorgverzekeraars gaan toenemen als integrale prestaties ook voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaan gelden. Dit verhoogt de administratieve lasten voor niet-gecontracteerde aanbieders en intensificeert het controleproces van zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars geven aan dat integrale prestaties voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders de administratieve lasten voor hen verhogen en meer capaciteit vragen. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen aanbieders, bijvoorbeeld hoe en wat er wordt geregistreerd over de zorgverlening. Hierdoor kan het controleren op onrechtmatigheden door zorgverzekeraars lastig en onuitvoerbaar worden.

Cliënten

Voor cliënten is het in geval van integrale prestaties relevant om te weten wat het deskundigheidsniveau van de zorgprofessional is om enig inzicht te hebben. Echter, dit werkt juist administratieve lasten verhogend voor de zorgaanbieder.

5.6 Medische kindzorg

Medische kindzorg wordt voornamelijk geleverd door kinderverpleegkundigen. Om gecontracteerd te werken moet een zorgaanbieder aan meer eisen voldoen, dan wanneer er niet-gecontracteerd of via pgb wordt gewerkt.

Groei van de niet-gecontracteerde zorg wordt als onwenselijk gezien vanwege de risico's rondom kwaliteit. Maar het voorziet nu ook in een behoefte vanwege een tekort aan kinderverpleegkundigen. Het is een uitdaging om verpleegkundigen te binden en op te leiden tot kinderverpleegkundigen. Bijkomend is er steeds meer vraag naar ziekenhuisverplaatste zorg thuis bij kinderen met medische kindzorg, wat de hoogcomplexere zorgvraag benadrukt.

Voor medische kindzorg wordt een ander integraal uurtarief gehanteerd, dan voor de reguliere wijkverpleging, omdat het merendeel van medische kindzorg door gespecialiseerde kinderverpleegkundigen niveau 5 wordt geleverd.

Als integrale prestaties regulier worden, moet het mogelijk blijven om in het tarief te differentiëren voor medische kindzorg. Dit is belangrijk omdat de inzet van gespecialiseerde kinderverpleegkundigen gepaard gaat met hogere kosten dan de kosten van wijkteams waar verzorgenden niveau 3, verpleegkundigen niveau 4 en wijkverpleegkundigen samen werken in de reguliere wijkverpleging.

Het pgb vormt een groot aandeel van de uitgaven in de medische kindzorg. In de volgende paragraaf wordt het pgb verder toegelicht.

5.7 Persoonsgebonden budget

Er wordt onderscheid gemaakt tussen verpleging en verzorging, en tussen formele en informele zorg. VWS beschrijft informele zorg als zorg die geleverd wordt door iemand die bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad is, de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de verzekerde, of een ander persoon die niet is ingeschreven als verpleegkundige of zorg verlenende organisatie. Alle andere zorgverleners zijn formele zorgverleners.

Invloed integrale prestaties

Met een integraal tarief gaan mogelijk de tarieven voor verzorging omhoog en voor verpleging omlaag. Voor de verpleging creëert dat een heel klein speelveld. De schaarste heeft al een prijsopdrijvend effect en deze ontwikkeling kan dat nog een keer versterken.

Een gemiddeld tarief voor integrale prestaties past niet bij het inkopen van verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen. Zij rekenen een hoger tarief dan het integraal tarief. Als de vergoeding voor verpleging daalt, zullen verpleegkundigen minder snel voor een pgb willen werken. Als gevolg van integrale prestaties kan zorg uit een pgb daardoor minder toegankelijk worden voor verpleging en gespecialiseerde verpleging. Dit raakt ook de vergoeding voor de indicatiestelling van het Zvw-rgb, die door verpleegkundigen wordt gedaan.

Voor pgb is het merendeel dat wordt ingekocht persoonlijke verzorging, hoewel er grote verschillen bestaan in de groep die zorg middels pgb ontvangt. Het aanbod persoonlijke verzorging kan mogelijk groter worden als de tarieven stijgen als gevolg van integrale prestaties. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat wanneer de tarieven voor formele zorg omhoog gaan, er voor beroepsmatige zorgverleners die als informele zorgverlener worden aangemerkt een steeds grotere prikkel ontstaat om als zzp'er aan de slag gaan. Daardoor bestaat er een risico op verschuiving van informele naar formele zorg wat de betaalbaarheid onder druk zet. Voor het formele deel gelden reeds veel hogere tarieven, dan het informele deel.

Ten slotte is een integraal vrij tarief ook lastiger voor een budgethouder om in te kopen. Het is minder transparant wat een marktconform tarief is wanneer er geen maximumtarief bestaat. Daarnaast koopt de budgethouder slechts voor één persoon zorg in en kan zodoende geen vergelijking maken tussen zorgaanbieders, zoals zorgverzekeraars doen middels benchmarks. Budgethouders die enkel gebruik maken van verpleging, komen daarnaast niet uit met een gemiddeld tarief. Dit heeft impact op de kwaliteit van de ontvangen zorg. Het integraal vrij tarief werpt daarmee obstakels op voor budgethouders om zorg te kunnen inkopen tegen een eerlijke, marktconforme prijs met gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

6 Controles

Het betreft hier de formele en materiële controle bij de zorgverzekeraars. Welke mogelijkheden zijn er, en ligt hier een rol voor de NZa?

Belangrijkste bevindingen

- Zorgverzekeraars voeren hun controletaken uit op basis van signalen en risicoanalyses. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van integrale prestaties, treedt een verlies van inzicht op in de functiemix. Dit kan gemitigeerd worden door aanvullende afspraken in contracten te maken over controle en verantwoording.
- Wanneer integrale prestaties regulier worden gemaakt, wordt een toename van materiële controles in de niet-gecontracteerde zorg verwacht. Dit komt omdat het op basis van beschikbare gegevens moeilijker is om voldoende zekerheid over declaraties te verkrijgen.
- Zorgaanbieders profiteren van een afgenomen administratieve last door integrale prestaties, maar dienen nog steeds een navolgbaar audit trail te hanteren.
- Materiële controles leggen echter een beslag op capaciteit van zorgaanbieders. Een toename aan controles kan dus leiden tot administratieve last op een later moment.

Zorgverzekeraars voeren formele en materiële controles uit op basis van hun wettelijke taak om zekerheid te verkrijgen over de doelmatigheid en rechtmatigheid van de door hen vergoede declaraties. De wijkverpleging is voor zorgverzekeraars een aandachtgebied, onder andere door het relatief grote aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders (zie hoofdstuk 3.2). In de afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars in meerderheid gekozen voor zogeheten combinatiepolissen, waarmee de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de wijkverpleging bij alle polissen tegen een lager tarief plaatsvindt dan het NZa maximum tarief. De controles op Zvw-pgb worden beschreven in hoofdstuk 6.2.1.

6.1 Werkwijze formele en materiële controles

Materiële controles worden uitgevoerd volgens het protocol Materiele Controle van ZN. Hierin staat duidelijk beschreven welke instrumenten ingezet worden en welke voorwaarden hieraan gesteld worden. Voorliggend worden risicoanalyses gemaakt en data-analyses uitgevoerd op declaratiedata. Daaruit volgt een selectie van zorgaanbieders waar controles bij uitgevoerd worden middels de werkwijze zoals beschreven in het protocol. Formele controles toetsen of declaraties aan relevante eisen en kaders voldoen en kunnen deels ingericht worden als systeemcontroles. Materiële controles wegen of declaraties gebaseerd zijn op zorg die doelmatig is en rechtmatig in rekening wordt gebracht. In deze context is doelmatig of de geleverde zorg de meest aangewezen is voor de gezondheidstoestand van de cliënt en in lijn is met wetenschap en praktijk.

In beginsel verandert de procedure rondom de materiële controle bij het gebruik van integrale prestaties niet. Wel zorgt het gebruik van integrale prestaties met vrij tarief voor een beperking van de informatie in de ingediende declaraties. Met gecontracteerde zorgaanbieders kunnen indien nodig afspraken gemaakt worden in de contracten rondom bedrijfsvoering en declaraties. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars voorkomen dat zij meer controles moeten gaan uitvoeren door een afname aan

gegevens in de declaraties. Vooral bij het gebruik van integrale maandprestaties of integrale uurprestaties met maandafspraken wordt gebruik gemaakt van aanvullende afspraken en informatie. Hierdoor kunnen ook door zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) belangrijk geachte onderwerpen aangesneden worden zoals juiste zorg op de juiste plek en doorstroom naar de Wlz.

Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders verschilt deze situatie wezenlijk. Er zijn immers geen contracten of gesprekken waarin afspraken rondom bedrijfsvoering en declaraties gemaakt kunnen worden. Ook is het lastiger om bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders materiële controles uit te voeren, zoals verder uitgelegd wordt in hoofdstuk 7.3.

6.2 Effecten integrale prestaties

Wanneer er sprake is van een integrale uurprestatie met vrij tarief in de niet-gecontracteerde zorg, voorzien zorgverzekeraars dat meer controles uitgevoerd moeten worden om voldoende zekerheid over de declaraties te verkrijgen. Zij hebben namelijk minder informatie om de betreffende risicoanalyses en systeemcontroles op te baseren. Het is op basis van de declaratie dan niet meer duidelijk welke functiemix wordt ingezet en het is onduidelijk hoe het tarief tot stand is gekomen. Tevens kan niet meer getoetst worden of er sprake is van het toepassen van de juiste disciplinemix op basis van de gestelde indicatie. De beheersmaatregelen voor bovenstaande zaken zijn nu ingebed in het machtigingenproces. Mogelijk vervallen deze beheersmaatregelen wanneer er gebruik wordt gemaakt van een integraal tarief.

Zorgaanbieders profiteren enerzijds van een afname in administratieve last voor het declareren van zorg door integrale prestaties, maar dienen in navolging van de Regeling verpleging en verzorging (NR/REG-2510) van de NZa nog steeds een navolgbare audit trail vast te leggen. Een toename van controles heeft echter negatieve gevolgen voor zorgaanbieders. Zij moeten capaciteit vrijmaken om aan de controle mee te werken en, als daar aanleiding toe is, gegevens opleveren voor een detailcontrole. Vooral dat laatste is een administratieve last voor zorgaanbieders. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders voorzien een toename van controles voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieders, wanneer zij een integrale prestatie met vrij tarief gebruiken.

Het is onwenselijk om het gebruik van integrale dag-, week-, maand- en kwartaalprestaties mogelijk te maken voor niet-gecontracteerde partijen. Zoals bevestigd door meerdere partijen, zijn hiervoor namelijk een goede inkooprelatie en aanvullende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar nodig. Deze zijn per definitie niet aanwezig bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voor de integrale dag-, week-, maand- en kwartaalprestatie zouden de mogelijke risico's nog verder stijgen ten opzichte van het gebruik van de integrale uurprestatie, zonder dat er een aanvullende beheersing mogelijk is. Zie ook hoofdstuk 7 Fraudetoets.

6.2.1 Controles pgb

Zorgverzekeraars verwachten in de controles op pgb weinig effect door het regulier maken van de integrale uurprestatie. De zorgverzekeraars stellen namelijk reeds een maximumtarief vast. Daarmee treedt slechts een kleine wijziging op in de toekenningsbeschikking, waarin geen uitsplitsing naar specifieke prestaties wordt opgenomen. Echter het totale budget dat de budgethouder te besteden heeft verandert niet. Voor pgb budgethouders komt er daardoor meer vrijheid om naar eigen inzicht zorg in te zetten, zonder dat de verzekeraar daar vooraf of achteraf inzicht in vraagt en een oordeel over velt. Daarmee ontstaat een administratieve lastenverlichting voor de pgb budgethouders, wanneer zij contracten afsluiten met zorgverleners voor zowel verpleging als verzorging. Wat betreft verantwoording

door budgethouders richting zorgverzekeraar lijkt er een positief effect uit te gaan van de integrale prestaties.

7 Fraudetoets

Wat is de kans op fouten en fraude bij het regulier maken van de integrale prestaties wijkverpleging?

Belangrijkste bevindingen

- Door het regulier maken van de integrale prestaties zal het gemiddelde integrale tarief voor veel niet-gecontracteerde aanbieders hoger uitvallen. Hierdoor zal frauderen meer lonen. Reeds bestaande frauderisico's nemen door deze ontwikkeling logischerwijs toe.
- Fraudeurs kunnen in de niet-gecontracteerde zorg zonder afspraken of screening starten met het declareren van zorg, met alle mogelijke gevolgen van dien.
- Doordat de indicatiestelling in handen is van de zorgaanbieder zelf, kan een fraudeur zelf invloed uitoefenen op de hoogte van de indicatie en daarmee op de inkomsten.
- Door de wijze van bekostiging ($p \times q$) blijft spookzorg voor fraudeurs een aantrekkelijke manier van frauderen.
- Daarnaast zorgt het wegvallen van de verplichting om onderscheid te maken tussen de verschillende prestaties ervoor dat het moeilijker is om bijvoorbeeld via data- of risicoanalyse een aanleiding te vinden tot het starten van een fraudeonderzoek en dat het gemakkelijker is om zorgdossiers en administratie achteraf op te stellen of passend te maken.
- Om zorgfraude in de wijkverpleging tegen te gaan zijn er diverse maatregelen nodig. De bekostiging heeft hier slechts beperkt invloed op. De Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) heeft hiervoor verschillende aanbevelingen gedaan.

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag welke risico's op fouten en fraude de NZa en andere ketenpartners in de fraudeketen zien binnen de huidige en beoogde bekostiging. Ook gaan we in op welke beheersmaatregelen mogelijk zijn. In deze fraudetoets maken we geen specifiek onderscheid tussen reguliere wijkverpleging en pgb. De meeste frauderisico's die behandeld worden zijn ook van toepassing op pgb, weliswaar soms in een andere vorm of omvang.

7.1 Mogelijkheden voor fouten en fraude

Een specifiek onderdeel van deze uitvoeringstoets is de fraudetoets. In dit onderdeel beschrijven we specifiek welke *frauderisico's* (mogelijk) ontstaan, toenemen, afnemen of verdwijnen wanneer de huidige experimentele bekostiging in de wijkverpleging regulier wordt. We spreken van zorgfraude als iemand opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels in de zorg handelt met het oog op eigen of andermans financieel gewin. Zorgfraude kan vergaande gevolgen hebben voor kwetsbare en hulpbehoevende cliënten, die mogelijk niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ook zijn er gevolgen voor de grote publieke uitgaven die ermee gemoeid zijn, wat in bredere zin de betaalbaarheid van de zorg onder druk zet. Deze toets is specifiek geschreven vanuit de wijze waarop fraudeurs de wijkverpleging benaderen. De toets zegt niets over het handelen van integere en bonafide organisaties.

7.2 Vooraf

Zorgfraude in de wijkverpleging kent verschillende verschijningsvormen. Zo kan het voorkomen dat een zorgaanbieder meer zorg declareert dan daadwerkelijk is geleverd. Of dat een zorgaanbieder zorg

declareert die helemaal niet is geleverd (spookzorg). Een andere vorm van fraude is dat de wijkverpleegkundige de indicatie bewust verhoogt (in tijd of door een duurdere prestatie te indiceren) om hogere inkomsten te genereren (upcoding). De aanpak van zorgfraude is complex omdat zorgfraude verschillende verschijningsvormen kent en het toezicht versnipperd is over verschillende partijen. Deze partijen; NZa, IGJ, NLA, OM, IKZ, VNG, CIZ, SVB, Belastingdienst en VWS, werken samen in de TIZ. Verder is het voor deze fraudetoets relevant om te noemen dat de wijkverpleging al jaren de sector is waarover het hoogste aantal signalen binnenkomt bij het IKZ. Ook is relevant dat de sector door de TIZ de afgelopen jaren is geprioriteerd, zie ook hoofdstuk 3.8 van deze uitvoeringstoets.

Omdat de aanpak van zorgfraude complex is, kan dit niet worden opgelost met enkel een aanpassing in de bekostiging. In deze fraudetoets lichten we daarom toe welke rol de bekostiging speelt bij het terugdringen van frauderisico's en staan we stil bij aanvullende maatregelen die nodig zijn om zorgfraude terug te dringen.

7.3 Effecten op bestaande frauderisico's

In de vorige fraudetoets (onderdeel van het Advies NZa bekostiging wijkverpleging 2022) zijn drie bestaande frauderisico's in de wijkverpleging geconstateerd. Deze risico's blijven bij het regulier maken van de integrale prestaties onverkort aanwezig en nemen zelfs toe. Aan die toename ligt steeds hetzelfde fenomeen ten grondslag – de toename van de hoogte van het gemiddelde tarief voor niet-gecontracteerde aanbieders -, waardoor een aanzuigende werking ontstaat op fraudeurs in de niet-gecontracteerde wijkverpleging. In deze toets is daarnaast een vierde risico opgenomen (upcoding). Tot slot wordt er ook ingegaan op de (on)mogelijkheden bij de aanpak van fraude in de wijkverpleging.

Aanzuigende werking

Wanneer de experimentele bekostiging regulier wordt, verwachten we een aanzuigende werking op fraudeurs in de niet-gecontracteerde zorg. Dit komt omdat het wegvallen van het onderscheid tussen (met name) persoonlijke verzorging en verpleging naar alle verwachting zal leiden tot een gemiddeld integraal tarief dat voor een aanzienlijk deel van de zorgaanbieders hoger ligt dan het tarief dat zij nu vergoed krijgen. Dit fenomeen is nader toegelicht in hoofdstuk 4 van deze uitvoeringstoets. Een hoger tarief maakt het (nog) aantrekkelijker om de kans (om geld te verdienen door te frauderen in de zorg) te wagen. Het financiële gewin is namelijk groter.

1. Mogelijkheid tot declareren zonder contract

Zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen relatie heeft (niet-gecontracteerd) en waarmee de zorgverzekeraar dus geen afspraken heeft gemaakt over o.a. tarief, doelmatigheid of kwaliteit, hebben wel het recht geleverde zorg vergoed te krijgen. Dit kan rechtstreeks via de zorgverzekeraar als er een betaalovereenkomst is, of de zorgaanbieder verstrekt de facturen aan de verzekerde, waarna de verzekerde de zorgverzekeraar vraagt deze te vergoeden. Dit betekent dat er op deze zorgaanbieders minder zicht is dan op de gecontracteerde aanbieders. Bovendien zijn er, in aanvulling op wat in hoofdstuk 6.1 is aangegeven, bij niet-gecontracteerde partijen zeer beperkte mogelijkheden tot materiële controle of fraudeonderzoek achteraf (Jaarbrief aanpak zorgfraude van de Taskforce Integriteit Zorgsector, pagina 9). Daarnaast vallen kosten voor wijkverpleging niet onder het eigen risico en verhalen niet-gecontracteerde aanbieders het verschil tussen gefactureerd tarief en vergoed tarief zelden op de verzekerde. Daardoor hebben verzekerden weinig aanleiding om een declaratie te controleren op juistheid en volledigheid. Vervolgens is er voor de verzekerden weinig aanleiding om stappen te ondernemen als er wel getwijfeld wordt aan de juistheid van de declaratie, omdat het voor

hen geen financiële gevolgen heeft. Dit maakt het ontbreken van afspraken met de zorgverzekeraar extra risicovol.

Partijen die betrokken zijn bij het toezicht op zorgaanbieders zien dat fraude met name plaatsvindt onder deze niet-gecontracteerde aanbieders. Dit wil niet zeggen dat alle niet-gecontracteerde aanbieders frauderen, of gezien worden als frauduleus. Het wil wel zeggen dat fraudeurs via de niet-gecontracteerde zorg bewust buiten het zicht en de controlemogelijkheden van zorgverzekeraars proberen te blijven. Als de experimentele bekostiging regulier wordt, blijft dit risico onverminderd van kracht. We zien zelfs een toename van dit risico door de aanzuigende werking op fraudeurs in de niet-gecontracteerde wijkverpleging.

De kern van dit risico is dat deze fraudeurs in de niet-gecontracteerde zorg zonder afspraken kunnen starten met het declareren van zorg, met alle gevolgen van dien. Door het regulier maken van de integrale prestaties wordt dit risico vergroot. Door het beperken van de mogelijkheden voor zorgaanbieders om zorg te declareren zonder contract, kan dit risico verkleind worden, maar niet volledig weggenomen. Hierbij valt te denken aan strengere toelatingseisen tot de zorgsector of een aanpassing van artikel 13 Zvw. Ook het uitbreiden van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om onderzoek te doen naar niet-gecontracteerde aanbieders kan dit risico beperken, zoals ook beschreven in voornoemde jaarbrief TIZ.

2. Indicatiestelling

Een risico dat zich onder de huidige reguliere bekostiging voordoet en ook bij het regulier maken van de experimentele bekostiging blijft bestaan, is dat de zorgbehoefte van verzekerden niet wordt vastgesteld door een onafhankelijke partij. In plaats daarvan bepaalt de wijkverpleegkundige, die voor de zorgaanbieder werkzaam is of door de zorgaanbieder zelf ingehuurd is, welke zorgbehoefte wordt vastgesteld. Hierdoor kan de zorgaanbieder – binnen de huidige bekostiging van prijs (p) x volume (q) – zelf invloed uitoefenen op het volume (de ' q '). Dit brengt een frauderisico met zich mee. Ook dit bestaande risico wordt groter wanneer het gemiddelde integrale tarief voor veel aanbieders hoger uitvalt dan het tarief dat aanbieders nu mogen declareren. Het tarief (de ' p ') wordt dan hoger, waardoor het financiële gewin voor een fraudeur dubbel kan toenemen omdat ook de ' q ' in handen is van de zorgaanbieder zelf. Verder is de toepassing van het machtigingenbeleid bij een integraal tarief problematisch, waardoor ook aan de voorkant geen goede beheersing door zorgverzekeraars meer mogelijk is (zie hoofdstuk 3.6).

Dit risico zal onder andere beteugeld kunnen worden door de indicatiestelling onafhankelijk te laten plaatsvinden. Daarnaast is er door het invoeren van een eigen risico in de wijkverpleging voor de verzekerde meer aanleiding om de indicatie/declaratie op juistheid te controleren.

3. Spookzorg

Het declareren van prestaties zonder die zorg (volledig) te leveren, noemen we spookzorg. Dit risico blijft ook in de voorgestelde bekostiging onverminderd bestaan. Vooral het gebruik van prestaties per uur zorgt voor een prikkel waarbij frauderen loont; meer uren declareren levert ook meer geld op. De ketenpartners beschouwen dit risico als het grootste frauderisico binnen de wijkverpleging. Problematisch is dat in fraudeonderzoeken wordt aangetroffen dat zorgaanbieders achteraf administratie aanpassen om spookzorg te verhullen. Een ander probleem in de keten is dat de NZa onvoldoende bevoegdheden heeft om effectief op te treden tegen spookzorg, waardoor bestraffing hiervan nu enkel in het strafrecht kan plaatsvinden. Gezien de schaal waarop spookzorg voorkomt, is dat zeer onwenselijk.

Ook dit risico wordt vergroot wanneer de experimentele bekostiging regulier wordt. Dit komt enerzijds doordat het bij een integraal tarief moeilijker is om fraude vast te stellen (zie ook 7.4 Aanpak van fraude).

Bovendien wordt het voor de zorgaanbieder gemakkelijker om spookzorg te declareren. De reden daarvoor is dat er feitelijk minder informatie aanwezig hoeft te zijn over de te leveren of geleverde zorg in een machtiging vooraf, of bij een detailcontrole achteraf. En tot slot: doordat het gemiddelde integrale tarief voor veel aanbieders hoger uitvalt, wordt ook dit risico vergroot. Het leveren van spookzorg door een fraudeur zal nog meer lonen.

4. Upcoding

Een risico dat in voorgaande fraudetoets niet is genoemd, maar dat wel speelt in relatie tot de integrale prestaties, is het indiceren en declareren van (gespecialiseerde) verpleging wanneer er feitelijk persoonlijke verzorging is geleverd en/of meer passend zou zijn geweest. Dit fenomeen zal op papier niet meer plaatsvinden wanneer er sprake is van een integraal tarief, omdat dan wordt gedeclareerd zonder onderscheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging. Ten aanzien van de kwaliteit ontstaan hierdoor weer andere risico's, zoals het risico op verschraling van zorg. Deze zijn reeds besproken zijn in hoofdstuk 5 van deze uitvoeringstoets.

7.4 Aanpak van fraude (beheersmaatregelen en lacunes)

Met de mogelijke introductie van een integraal tarief in de niet-gecontracteerde wijkverpleging worden de risico's ten aanzien van het plegen van fraude niet alleen verhoogd, maar wordt ook de opsporing ervan bemoeilijkt.

Druk op de fraudeketen neemt toe

De aanzuigende werking van fraudeurs in de niet-gecontracteerde wijkverpleging, zoals beschreven in hoofdstuk 7.3, zal naar verwachting leiden tot meer fraude en daarmee tot een verhoogde instroom van fraudesignalen. Dit heeft invloed op de effectiviteit van toezicht, handhaving en opsporing, omdat zorgverzekeraars in de basis met dezelfde capaciteit - en met de genoemde beperkte mogelijkheden - dan meer niet-gecontracteerde zorgaanbieders moeten controleren. De pakkans door zorgverzekeraars wordt daardoor verkleind. Wanneer de capaciteit op de wijkverpleging toch vergroot wordt, zal dit ofwel leiden tot minder capaciteit voor andere sectoren, ofwel tot hogere uitvoeringskosten wat uiteindelijk zal resulteren in premiestijging.

Dit fenomeen zal zich niet beperken tot de controles van zorgverzekeraars. In de gehele zorgfraude keten (bestuursrecht en strafrecht) zal de instroom van signalen hoger zijn, maar de capaciteit van overheden is in principe ongewijzigd. Dat is een onwenselijke ontwikkeling gezien de grote druk die er momenteel al op de opsporingsketen en het strafrecht ligt, waardoor in de praktijk weinig zaken daadwerkelijk opgepakt kunnen worden.

Minder aanleiding tot starten van een onderzoek

Een ander probleem bij de opsporing van fraude is dat door het verdwijnen van de splitsing tussen verpleging en persoonlijke verzorging, een belangrijke indicator binnen de benchmark wegvalt. Als daar geen andere (zorginhoudelijke) informatie voor in de plaats komt, vallen uitschieters minder snel op. Opvallende uitschieters en verschillen tussen zorgaanbieders, waarop risico's kunnen worden gedetecteerd, komen minder goed naar boven in de data-analyses (zie ook Hoofdstuk 6 Controles). Dit verkleint de grond voor het starten van een verkennend onderzoek voor toezichthouders of

zorgverzekeraars naar een aanbieder, gebaseerd op de risico's die uit de data naar voren komen. De kans dat een frauderende aanbieder wegvalt in de massa is groter. Daarnaast neemt door het gebrek aan kwantitatieve informatie de noodzaak toe om meer kwalitatief onderzoek te gaan doen, ofwel inhoudelijk de dossiers te beoordelen. Het is daarom de vraag of een zorgverzekeraar voldoende aanleiding heeft om een detailcontrole te starten als de kwantitatieve informatie beperkter wordt. Tevens zijn kwalitatieve onderzoeken, ofwel detailcontroles, veel arbeidsintensiever en leggen een grotere claim op de schaarse toezichtcapaciteit. Hierdoor kunnen fraudeonderzoeken minder doelgericht worden ingezet en neemt de kans om daadwerkelijke fraudeurs te identificeren af. Ook loopt men in het strafrechtelijk onderzoek tegen het verschoningsrecht, ofwel tegen geheimhoudingsproblematiek, aan. Hiermee wordt bedoeld dat er in strafrechtelijk onderzoek naar zorgfraude zeer beperkt de mogelijkheid bestaat om zorginhoudelijke informatie te betrekken.

Minder inzicht

Daarnaast ontstaat er door het (mogelijk) verdwijnen van het onderscheid tussen de prestaties persoonlijke verzorging en verpleging minder zicht op de zorgvraag en op de zorg die is verleend. Hierdoor is het voor een fraudeur gemakkelijker om achteraf de administratie op te stellen of kloppend te maken. Bovendien valt er in fraudeonderzoek minder goed een reconstructie te maken van hoe de zorg verlopen moet zijn. Dit bemoeilijkt het doen van onderzoek en het verkrijgen van een sterke bewijspositie. Dit kan ertoe leiden dat de investering in een (strafrechtelijk) onderzoek niet meer loont, waardoor toezichtpartijen en uiteindelijk het OM de keuze maken om in beginsel geen (strafrechtelijk) onderzoek meer te starten als mogelijk sprake is van zorgfraude binnen de sector wijkverpleging.

Maandprestaties

Ten aanzien van het mogelijk regulier maken van maandprestaties zien de ketenpartners een zeer groot risico voor de niet-gecontracteerde zorg. Met maandprestaties is het voor de toezichtpartijen niet meer mogelijk om een reconstructie te maken van de daadwerkelijk geleverde zorg. Er kan geen narekening worden gemaakt door het ontbreken van inzicht over het aantal geleverde uren zorg per dag of week. Ook voor de inzet van het strafrecht heeft dit consequenties. Zo wordt in een strafrechtelijk onderzoek o.a. gekeken naar de gedeclareerde zorg (totaalbedrag en geleverde uren), gerelateerd aan de beschikbare personeelsuren. Niet zelden komt een verdenking tot stand door een berekening te maken of het aantal uren zorg überhaupt geleverd kan zijn met het beschikbare personeel. Deze methodiek kan niet meer worden toegepast wanneer er maandprestaties worden gedeclareerd en er geen zicht meer is op het totaal aantal geleverde uren. Dit vormt met name in de niet-gecontracteerde zorg een risico, omdat zorgverzekeraars geen afspraken kunnen maken met aanbieders over het eventueel toch bijhouden van uren of andere manieren van verantwoording. Bovendien is het machtigingenbeleid – een belangrijk handhavingsinstrument voor zorgverzekeraars waarmee zij kunnen bijsturen op het aantal geïndiceerde uren – niet effectief bij een maandprestatie, omdat een toets op de zorginhoud dan niet meer relevant is doordat er iedere maand een vast tarief bestaat.

7.5 Beheersmaatregelen zorgfraude

Voor wat betreft het aanpakken en handhaven van fraude, zien we verschillende zaken die nodig zijn om controle- en handhavingsmogelijkheden te verstevigen. Eerder in deze toets werd al stilgestaan bij de geheimhoudingsproblematiek voor de NLA en het ontbreken van bevoegdheden om op te treden tegen spookzorg door de NZa. Voor laatstgenoemde is een aanpassing in de wetgeving aanstaande. In de Signaleringsnotitie van de Jaarbrief TIZ 2024 ([Jaarbrief aanpak zorgfraude van de Taskforce](#)

Integriteit Zorgsector, Hoofdstuk 3, vanaf pagina 6) gaan TIZ-partners in op de volgens hen noodzakelijke maatregelen om zorgfraude (beter) op te kunnen sporen en te kunnen aanpakken.

Doordat de aanpak van zorgfraude complex is, is het terugdringen van zorgfraude niet met één maatregel te bereiken. Dit leidt tot twee constatering:

1. Om fraude wel effectief te kunnen tegengaan, zijn diverse maatregelen nodig. Het vergroten van de toetredingsdrempels aan de voorkant – zodat beter wordt beoordeeld of de intenties van een (beoogd) zorgaanbieder zuiver zijn – en het tegengaan van complexe bedrijfsstructuren zijn hier belangrijke voorbeelden van. Maar ook bevoegdheden voor de NZa als het gaat om optreden tegen spookzorg en meer bevoegdheden voor zorgverzekeraars om onderzoek te kunnen doen naar niet-gecontracteerde partijen;
2. Hoewel de wijze van bekostiging slechts een beperkte rol speelt bij het voorkomen van zorgfraude aan de basis, kan de wijze van bekostiging vooral het plegen van zorgfraude wel vergemakkelijken of de controle hierop bemoeilijken. In die zin is het zeer relevant om bij de invoering van een andere bekostiging vooral te voorkomen dat frauderisico's vergroot worden.

8 Mitigerende maatregelen

Welke mogelijkheden en beperkingen ziet de NZa om mitigerende maatregelen te treffen

Tijdens de interviews is expliciet gevraagd naar de maatregelen die een NZa of andere partij (zoals bijvoorbeeld zorgverzekeraars) kunnen nemen om risico's of knelpunten weg te nemen als integrale prestaties regulier worden.

8.1 Maatregelen (door NZa of andere partijen)

Partijen zien verschillende mogelijkheden om risico's te verkleinen:

1. *Gedifferentieerd reguleren: onderscheid maken in de bekostiging tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd zorgaanbod*

Deze maatregel zien veldpartijen vrijwel unaniem als belangrijkste voorwaarde om de risico's voor het regulier maken van integrale prestaties te mitigeren. Gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg worden verschillend gereguleerd. Feitelijk komt dat neer op het volgende:

- a. De *gecontracteerde zorg* wordt gereguleerd met integrale prestaties met een vrij tarief. De geldende experimentprestatie verliest haar experimentstatus en wordt regulier. De geldende reguliere prestaties worden afgeschaft.
- b. De *niet-gecontracteerde zorg* wordt gereguleerd met meerdere prestaties met bijpassende (maximum)tarieven. Dat kunnen de geldende reguliere prestaties en tarieven zijn, maar eventueel ook andere.
- c. Het *Zvw-pgb* volgt de prestaties en tarieven voor de niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld achter b. Dat is in de praktijk geen verandering omdat het Zvw-pgb nu al werkt met de geldende prestaties en tarieven die nu regulier zijn, maar bij gedifferentieerd reguleren voor de niet-gecontracteerde zorg kunnen gelden.

Deze maatregel past naar huidig inzicht niet binnen huidige wet- en regelgeving.

2. *Inzicht in zorgzwaarte en uitkomstinformatie*

Inzicht in zorgzwaarte en uitkomstinformatie blijven van groot belang om te sturen op doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid in de sector. Werken volgens professionele standaarden en richtlijnen is daarbij een belangrijke voorwaarde voor het borgen van rechtmatige en doelmatige zorg. Het is onduidelijk hoe we dit op korte termijn kunnen realiseren, omdat het traject met de cliëntprofielen voortijdig beëindigd is. De ZN doelgroepen zijn informatief, maar niet het eindpunt om de risico's te mitigeren. Het veld is onder leiding van V&VN nu aan zet om tot professionalisering van het verpleegkundig proces te komen met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt. Zie paragraaf 9.2 Alternatieve scenario's voor meer perspectief op deze mogelijkheid.

3. *Onafhankelijke indicatiestelling uitgevoerd door gecontracteerde aanbieders*

Deze maatregel geeft begrenzing op het aantal zorguren. Andere (fraude)risico's blijven bestaan, bijvoorbeeld de risico's die gerelateerd zijn aan het verlies van inzicht in de functiemix verpleging versus verzorging. Bovendien zijn er nog veel vraagtekens bij de praktische

uitvoerbaarheid, zoals hoe om te gaan met het dynamische karakter van de zorgvraag in de thuissituatie bij o.a. kwetsbare ouderen.

4. *De accountant controle laten doen op de verdeling in personeel en productiviteit van medewerkers*

Achterliggende gedachte is dat een zorgaanbieder wijkverpleegkundigen in dienst heeft voor het doen van de indicatie en dat deze wijkverpleegkundigen betrokken zijn bij de directe zorglevering. Je kunt daartoe eisen stellen aan het in dienst zijn van wijkverpleegkundigen en de hoeveelheid directe tijd die zij leveren.

Dit geeft zeker een kwaliteitsverbetering, maar mitigeert niet de bestaande frauderisico's. Daarnaast biedt dit geen oplossing voor de mogelijke problemen voor het Zvw-pgb.

5. *Artikel 13 Zvw lid 1 aanpassen*

Artikel 13 Zvw regelt dat er een vergoeding dient te zijn als een verzekerde zorg betreft van een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is. Alleen bij het volledig uitsluiten van niet-gecontracteerde zorg van een vergoeding, vervalt het onderscheid tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd zorgaanbod. Daarvoor lijkt echter geen politiek draagvlak te bestaan. Deze maatregel biedt echter geen oplossing voor de mogelijke problemen voor het Zvw-pgb.

Het onderscheid tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd zorgaanbod zou (in theorie) ook kunnen worden opgeheven met een AMvB vanuit VWS o.b.v. artikel 12 lid 1 Zvw. Maar artikel 13 geldt volgens de memorie van toelichting ook in dat geval, waardoor artikel 12 reeds daarom geen oplossing kan bieden.

9 Conclusie, kansen & risico's

Wat adviseert de NZa gegeven de kansen en risico's die zich voordoen bij het regulier maken van de integrale prestaties in de wijkverpleging?

9.1 Conclusie

Voor de gecontracteerde zorg ziet de NZa duidelijke meerwaarde in het regulier maken van de huidige experimentprestatie(s): integrale prestaties met een vrij tarief. Voor het niet-gecontracteerde deel van de zorg, inclusief Zvw-pgb, wegen de mogelijke voordelen echter niet op tegen de bijbehorende risico's.

Zoals in hoofdstuk 4 Tariefsoort uiteengezet, is het niet mogelijk om een integrale prestatie met een maximum tarief vast te stellen. De groep zorgaanbieders en de zorg die zij leveren is te heterogeen. Een (gemiddeld) integraal tarief is verlieslatend voor (gespecialiseerde) verpleging, waaronder medische kindzorg, en extreem winstgevend voor persoonlijke verzorging. Daarom is het nodig om maximaal te kunnen differentiëren in tarief.

Integrale prestaties:

- Bieden een aantal voordelen voor de kwaliteit van zorg. Maar de risico's, met name voor de niet-gecontracteerde zorg, zijn beperkt te mitigeren.
- Hebben een positief effect op de professionele autonomie van zorgprofessionals in de wijkverpleging.
- Dragen in combinatie met een contract en zorginhoudelijke informatie bij aan een betere doelmatigheid van zorg. Alle drie zijn nodig om de kosten te beheersen met behoud van kwaliteit.

De mitigerende maatregelen 2 t/m 5 in hoofdstuk 8 zijn (ongeacht de tariefsoort) onvoldoende om de risico's te ondervangen van integrale prestaties voor het niet-gecontracteerde zorgaanbod en Zvw-pgb. Het machtigingeninstrument biedt voor deze groep onvoldoende mogelijkheden om te differentiëren in tarief, omdat er geen informatie meer beschikbaar is over uren verpleging en verzorging. Hierdoor wordt het lucratief om laagcomplexe zorg tegen een hoog tarief te leveren. Daardoor zal frauderen meer lonen. Frauderisico's nemen door deze ontwikkeling logischerwijs toe. Daarnaast zorgt het wegvallen van de verplichting om onderscheid te maken tussen de verschillende prestaties ervoor dat het gemakkelijker is om zorgdossiers en administratie achteraf op te stellen of passend te maken en het moeilijker is om (via data- of risicoanalyse) een aanleiding te vinden tot het starten van een fraudeonderzoek. Het voorstel van de minister voor onafhankelijke indicatiestelling binnen de niet-gecontracteerde wijkverpleging kan deze risico's onvoldoende wegnemen.

Tenslotte komt de toegankelijkheid voor de cliënt met een zwaardere zorgvraag juist meer onder druk te staan.

De NZa is van mening dat de niet-gecontracteerde zorg, inclusief Zvw-pgb, een relatief beperkt deel van de totale zorg, de verdere ontwikkeling van de gecontracteerde zorg niet in de weg mag staan. Om deze ontwikkeling te ondersteunen, ziet de NZa gedifferentieerd reguleren als wenselijk voor de sector wijkverpleging.

Binnen de Zvw kunnen mensen de keuze maken voor het pgb om hun zorg te organiseren, dit is in de Zvw vastgelegd. Als voor gedifferentieerd reguleren wordt gekozen behouden mensen, die wensen hun zorg met een pgb in te kopen, de mogelijkheid om op maat zorg in te kopen tegen een eerlijke, marktconforme prijs.

9.2 Alternatieve scenario's

Zoals beschreven komen we tot de conclusie dat zonder contract integrale prestaties teveel risico's geven in de sector. Daaruit volgt dat er zonder gedifferentieerd reguleren op dit moment geen alternatieve scenario's zijn dan de prestatie- en tariefregulering in de huidige beleidsregel gebaseerd op de disciplinemix persoonlijke verzorging, verpleging en gespecialiseerde verpleging.

Zoals in paragraaf 2.1 Aanleiding is beschreven heeft de NZa eerder samen met de sector gewerkt aan het ontwikkelen van zorginhoudelijke informatie (in de vorm van cliëntprofielen) geschikt voor bekostiging. De cliëntprofielen zijn komen te vervallen. Samen met de sector zijn daarna afspraken gemaakt over een nieuwe samenwerking met als doel de professionalisering verpleegkundig proces en bekostiging met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt. De verwachting is dat het professionaliseringstraject zal leiden tot standaardisatie van verslaglegging rondom het verpleegkundig proces. Dit levert mogelijk ook zorginhoudelijke informatie op, die bruikbaar is voor contractering en/of bekostiging. Hiervan heeft de NZa gesteld dat om zorginhoudelijke informatie toe te kunnen voegen aan de bekostiging aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan:

- De zorginhoudelijke informatie is opgenomen in een informatie standaard, die weer gekoppeld is aan een kwaliteitsstandaard (bijvoorbeeld rondom de anamnese of richtlijn verslaglegging).
- De zorginhoudelijke informatie wordt op landelijke schaal vastgelegd en er is consensus over nut en noodzaak door de beroepsgroep.
- De zorginhoudelijke informatie die wordt vastgelegd is voldoende eenduidig, volledig en actueel.
- De zorginhoudelijke informatie die wordt vastgelegd leidt niet tot een verhoging van de administratieve lasten onder andere door een goede inrichting in het elektronisch cliëntendossier.
- Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde om deze informatie (of daarvan afgeleide informatie) te delen voor bekostiging/contractering.
- Er is op kleine schaal geëxperimenteerd door zorgaanbieders en zorgverzekeraars (bijvoorbeeld via een maatwerkcontract) met positieve evaluatie tot gevolg.
- Het delen van de zorginhoudelijke informatie valt binnen de grenzen van de Algemene verordening persoonsgegevens (AVG) en is proportioneel ten aanzien van de privacy van de cliënten, en is getoetst door de Autoriteit Persoonsgegevens.
- Timing doorvoeren wijziging: bij het aanpassen van de bekostiging wordt rekening gehouden met de impact op de bedrijfsvoering van aanbieders en verzekeraars.

De verwachting is dat er minimaal enige jaren nodig zijn, voordat het traject professionalisering verpleegkundig proces met zorginhoudelijke informatie die dat ondersteunt, zorgdata oplevert waarvoor aan alle randvoorwaarden is voldaan.

Te zijner tijd zal moeten worden beoordeeld onder welke voorwaarden een integrale bekostiging op basis van zorginhoudelijke informatie voor de hele sector kan gaan gelden, dat wil zeggen gecontracteerd en niet-gecontracteerd. In hoeverre prestaties in dat geval geschikt zijn voor de hele sector, is op voorhand niet te zeggen. Die afweging kan worden gemaakt zodra er concrete voorstellen zijn.

10 Bijlagen

Bijlage A - Opdracht

De opdracht wordt als aparte bijlage opgenomen bij dit advies.

Bijlage B - Geïnterviewde partijen

De NZa heeft de volgende partijen geïnterviewd (op alfabetische volgorde):

- ActiZ
- Binkz
- BrabantZorg
- Buurtzorg Nederland
- CZ
- DSW Zorgverzekeraar
- Erasmus School of Health Policy & Management
- Menzis
- Patiëntenfederatie Nederland
- Per Saldo
- Salland Zorgverzekeringen
- SPOT
- Talma Instituut
- Universiteit Twente
- VGZ
- V&VN
- Zilveren Kruis
- Zorg en Zekerheid
- Zorginstituut Nederland
- Zorgthuisnl
- Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage C - Leidraad interviews

Welkom

Centrale onderzoeksvraag: Is het verantwoord om integrale prestaties structureel op te nemen? En zo niet, aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om dit wel verantwoord te kunnen?

Doel van het interview: Informatie verzamelen, die nodig is voor de vragen die onderliggen aan deze uitvoeringstoets.

Toestemming voor audio opname: In het geval van twee interviewers zouden we het interview graag opnemen, de opname is alleen voor gebruik van het verslag, waarna we de opname vernietigen

Verslag: We maken een gespreksverslag en zullen dat naderhand terugkoppelen aan u voor aanvullingen.

Disclaimer: We houden dit interview niet vanuit onze toezichhoudende rol op zorgaanbieders/zorgverzekeraars. Alle informatie uit dit interview gebruiken we nadrukkelijk alleen voor het opstellen van de uitvoeringstoets.

Vragen: Heeft u vooraf nog vragen en/of opmerkingen?

Proloog

We willen het interview zo inrichten dat we u eerst ruimte geven om gedachten over de uitvoeringstoets met ons te delen. Daarna gaan wij met u in op de uitvoeringsconsequenties, de administratieve last en tariefsoort. Daarna volgen enkele specifieke vragen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De vragen zijn niet gericht op een specifiek scenario of integrale prestaties met een bepaalde tijdsduur (uur, dag, week, maand, kwartaal). Voordat we de semigestructureerde vragenlijst afnemen, starten we met twee algemene vragen.

1. Wat zijn uw eerste gedachten bij het regulier maken van integrale prestaties voor alle zorgaanbieders in de wijkverpleging? Hoe heeft dit invloed op de uitvoer van de werkzaamheden van uw organisatie of achterban?

Over welke elementen wilt u het in ieder geval hebben?

Blok 1: Algemene vragen – uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten

1. Hoe verhouden integrale prestaties zich tot:
 - a Kwalitatief goede zorg aan de cliënt;
 - b Voldoende ruimte voor professionele autonomie voor wijkverpleegkundigen;
 - c Doelmatige besteding van middelen;
 - d Administratieve lasten.

In hoeverre verwacht u dat de zorg (type en hoeveelheid) die de cliënt ontvangt afhankelijk is van of een zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd werkt?

- a Zijn integrale prestaties van invloed op die keuze?

De continuïteit en toegankelijkheid van zorg zijn belangrijke onderwerpen. Wij spreken hier graag met u over door.

- a Hoe kijkt u aan tegen continuïteit en toegankelijkheid van zorg binnen de wijkverpleging op dit moment?
- b In hoeverre zijn integrale prestaties van invloed op de continuïteit en toegankelijkheid van zorg? Neem hierbij expliciet uw eigen rol of die van uw achterban mee.

Welke risico's ziet u in de wijkverpleging ten aanzien van de continuïteit en toegankelijkheid van zorg?

- a Herkent u het afwentelrisico (doorzenden naar andere sectoren) en/of het leveren van meer of duurdere zorg?
- b In hoeverre heeft het regulier maken van integrale prestaties invloed op deze risico's?

In hoeverre moet de NZa extra voorwaarden of regels opstellen als integrale prestaties regulier worden?

Blok 2: Algemene vragen – tariefsoort

1. Hoe kijkt u aan tegen een integrale prestatie met een maximum tarief in de wijkverpleging?
Welke kansen en risico's ziet u?

Hoe kijkt u aan tegen een integrale prestatie met een vrij tarief in de wijkverpleging?
Welke kansen en risico's ziet u?

Welke effecten verwacht u van integrale prestaties met een vrij tarief op het gedrag van:

- a Zorgaanbieders
- b Zorgverzekeraars
- c Cliënten

Denk hierbij aan:

- Toetreding van nieuwe aanbieders
- Het aantal aanbieders dat in de sector werkzaam is
- Prijsstelling
- Contracteergraad
- Zorginkoop zorgverzekeraars
- Verandering in totale zorguitgaven
- Toegankelijkheid
- Keuzemogelijkheden van een cliënt voor een aanbieder in de wijkverpleging
- Transparantie van zorg voor cliënten

Hoe kunnen (eventuele) perverse prikkels voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars zo veel mogelijk worden beperkt/uitgesloten?

Blok 3: Specifieke vragen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Nu wordt overgegaan op specifieke vragen, die zien op het onderwerp controles.

Controles

1. **Zorgverzekeraars:** Welke mogelijkheden en beperkingen hebben zorgverzekeraars om de formele en materiële controle uit te voeren bij integrale prestaties met een bepaalde tijdsduur?
2. **Zorgverzekeraars:** Welke waarborgen zijn er ten aanzien van de verantwoording van uitgaven, waaronder de opgaaf voor de risicoverevening en de uitgavenbeheersing en controles op rechtmatigheid van declaraties.
3. **Zorgverzekeraars en Zorgaanbieders:** In hoeverre moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het verantwoordingsproces extra afspraken maken als integrale prestaties regulier worden? In hoeverre kan dit in het verantwoordingsproces tussen zorgorganisatie en zorgverzekeraar worden georganiseerd?

4. Zorgverzekeraars en Zorgaanbieders:

Bij een machtiging geeft de zorgverzekeraar voorafgaand aan de zorgverlening zijn goedkeuring op welke (verzorging of verpleging) en de hoeveelheid zorg, die vergoed wordt aan de cliënt van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

In hoeverre biedt dit machtigingenbeleid voldoende handvatten om het verantwoordingsproces in te richten bij integrale prestaties voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars dit in het verantwoordingsproces eenzijdig organiseren?

Afsluiting

We zijn aan het einde gekomen van dit interview. U ontvangt van ons zo snel mogelijk het conceptverslag.

1. Zijn er nog punten die u ons wilt meegeven of die nog niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage D - Verantwoording data analyse

In dit rapport worden, in paragraaf 3.2 en 4.2.1, gegevens over de wijkverpleging beschreven die voortkomen uit een data analyse. Deze data analyse is gebaseerd op twee gegevensbronnen: de Vektis declaratiegegevens en gegevens over de contractstatussen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de wijkverpleging. De contractstatussen zijn door de NZa uitgevraagd bij alle tien de zorgverzekeraars voor de jaren 2023 en 2024 ten behoeve van de uitvoeringstoets. Door de twee bronnen te combineren konden de declaratiegegevens worden gecategoriseerd naar gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg.

De datakwaliteit van de databronnen is niet perfect. Om de data analyse uit te voeren, zijn enkele aannames gedaan:

- Zorg in de wijkverpleging is gedefinieerd als alle zorg die is gedeclareerd onder prestaties die staan op de prestatiecodelijst Wijkverpleging - 065.
- Een klein deel van de declaraties kon niet direct worden gekoppeld aan een contractstatus. De declaratie werd alsnog gecategoriseerd als gecontracteerde zorg wanneer de declaratie ging om een prestatie met contractvereiste.
- In de analyse is teruggerekend naar uren en uurtarieven. De tijdsregistratie bij een klein deel van de declaraties was ontbrekend of niet op orde. In de analyse is soms aangenomen dat het deel van de declaraties waarbij de tijdsregistratie wel klopt representatief is voor het deel van de declaraties waarbij de tijdsregistratie niet klopt. Zo is het gemiddeld uurtarief per zorgaanbieder berekend met het deel van de declaraties, waarbij de tijdsregistratie wel klopt.
- Het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt is berekend alleen voor cliënten waarvoor alle declaraties een correcte tijdsregistratie hebben. Voor de verdere analyse is aangenomen dat dit gemiddelde geldt voor alle cliënten.
- Aantal uren zorg is uitgerekend gebruikmakend enkel van prestaties met een tijdseenheid van maximaal een uur. Prestaties die bijvoorbeeld per dagdeel, dag of maand worden gerekend zijn uitgesloten voor de berekeningen voor het aantal uren zorg.

In paragraaf 3.2 staat vermeld dat het gemiddelde uurtarief voor niet-gecontracteerde zorg 72% is van het gemiddelde uurtarief voor gecontracteerde zorg. Dit is afgeleid middels de redenatie dat het uurtarief maal het aantal uren gelijk staat aan de kosten. De verhouding in uren per cliënt en de kosten per cliënt voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg staan vermeld in de betreffende paragraaf. De verhouding in kosten per cliënt gedeeld door de verhouding in uren per cliënt is dan gelijk aan de verhouding van het uurtarief.

In paragraaf 4.2.1 wordt een impactanalyse gepresenteerd, die een indruk geeft van de impact op de omzet van zorgaanbieders door het veranderen van het gemiddelde uurtarief dat de zorgaanbieders ontvangen voor niet-gecontracteerde zorg. Voor deze analyse is het volgende berekend voor zorgaanbieders die niet-gecontracteerde zorg leveren:

- Het gemiddelde uurtarief voor niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging voor alle aanbieders samen. We noemen dit hieronder het 'algemeen monotaief'. Dit uurtarief is berekend los van de aanbieders, dus in het algemeen het quotiënt van totale kosten gedeeld door totale uren. Dit gemiddelde uurtarief staat niet vermeld wegens de mogelijk marktversturende werking van publicatie.
- Per zorgaanbieder, het gemiddelde uurtarief voor niet-gecontracteerde zorg dat de zorgaanbieder krijgt. We noemen dit hieronder het 'individueel monotaief'.
- Per aanbieder, de hoeveelheid omzet uit niet-gecontracteerde zorg en de totale omzet.
- De verandering van de omzet voor individuele aanbieders, wanneer zij voor niet-gecontracteerde zorg in plaats van hun individueel monotaief het algemeen monotaief krijgen.
- De verandering van de omzet als percentage van de totale omzet van de aanbieder.

Het is belangrijk om te vermelden dat deze impactanalyse enkel een indicatie voor de impact weergeeft. De aannames die hierboven staan beschreven gelden niet voor de overgang naar een integraal tarief. Met een integraal tarief krijgen de zorgaanbieders voor niet-gecontracteerde zorg niet per se het zelfde bedrag. Het gemiddelde percentage dat zorgaanbieders vergoed krijgen als gevolg van het hinderpaalcriterium verschilt per zorgaanbieder. Verder kan, zoals in dit rapport staat beschreven, de overgang naar een integraal tarief ertoe leiden dat zorgaanbieders niet meer de zelfde zorg voor het zelfde aantal uren blijven leveren.

Afronding kengetallen

Kengetal	
Kosten	Miljoenen euro's
Aantal cliënten	Duizendtallen
Gemiddelde bedrag per client per jaar	Honderden euro's
Aantal zorgaanbieders Aantal cliënten medische kindzorg	Tientallen
% cliënten of bedragen per prestatie	Hele cijfers
% cliënten of bedragen per contractstatus	1 decimaal



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl