

Eindrapport

Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging

Inhoud

Managementsamenvatting	3
Aanleiding en achtergrond	3
Omvang en inhoud van het experiment	3
Ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders	4
Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit van zorg	4
Succesvolle elementen	4
Aanbevelingen	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Achtergrondinformatie experiment	7
1.3 Doel van de evaluatie	8
1.4 Werkwijze	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Omvang van het experiment en tarieven	10
2.1 Omvang van het experiment	10
2.1.1 Deelname aan experiment	10
2.1.2 Onderscheid in soort tarief	11
2.2 Tarieven	12
3. Afspraken binnen het experiment	15
3.1 Contractafspraken	15
3.2 Tevredenheid met contractering	15
3.3 Meerjarenafspraken	16
3.4 Ontbreken technische afspraken maandtarieven	16
3.5 Beschikbaarheid, coördinatie en preventie	16
3.6 Registratie	17
3.7 Patiëntkenmerken	17
3.8 Afspraken over kwaliteit, innovatie, preventie	17
3.9 Risicoverevening	18
4. Ervaringen met het experiment	19
4.1 Algemene oordeel	19
4.1.1 Integraal uurtarief	19
4.1.2 Integraal tarief voor een langere periode	19
4.2 Doelen	21
4.3 Door zorgaanbieders gerapporteerde ervaringen van zorgverleners	22
4.4 Door zorgaanbieders gerapporteerde ervaringen van cliënten	22
4.5 Toekomstige bekostiging	22
5. Conclusies en aanbevelingen	25
5.1 Conclusies	25
5.2 Aanbevelingen	27
Bijlage 1 Verantwoording onderzoeksmethode	30
Bijlage 2 Vragenlijst zorgaanbieders	34
Bijlage 3 Vragenlijst zorgverzekeraars	37

Managementsamenvatting

Aanleiding en achtergrond

De NZa evalueert in dit rapport het experiment bekostiging in de wijkverpleging. Het experiment geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars sinds 1 januari 2016 ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging en afspraken te maken over een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie, vooruitlopend op een nieuwe bekostiging die nog wordt ontwikkeld. In de voorhangbrief van 19 mei 2015¹ worden een aantal doelen benoemd ten behoeve van de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. Hierin worden zowel vermindering van administratieve lasten als de ruimte voor innovatie, kwaliteit en maatwerk voor de bediende populatie genoemd. Het doel van deze evaluatie is om te toetsen of het beoogde resultaat van het experiment is behaald. Daarnaast onderzoeken we de omvang van het experiment en de werkwijze en ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze evaluatie geeft input voor het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.

De informatie in dit rapport is gebaseerd op 44 contracten uit de jaren 2017 en 2019 tussen negen zorgverzekeringsconcerns en achttien zorgaanbieders. Daarnaast hebben tien van de elf zorgverzekeringsconcerns en 22 zorgaanbieders een vragenlijst ingevuld over de contractering binnen het experiment. Ook maken we gebruik van de Monitor contractering wijkverpleging, Vektis-data en in totaal twaalf interviews met zes zorgverzekeraars en zes zorgaanbieders. Hierbij hebben we gesproken met managers, zorginkopers/zorgverkopers en beleidsadviseurs.

Omvang en inhoud van het experiment

Binnen het experiment wordt gewerkt met integrale tarieven, waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen een tarief voor persoonlijke verzorging en een tarief voor verpleging. Een integraal tarief per uur is inmiddels de standaard voor de gecontracteerde zorg. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ervaren dit niet meer als een experiment. Voor gecontracteerde wijkverpleging zijn daarmee in de praktijk zowel de tarieven als de prestaties vrij, binnen de kaders van het experiment. Integrale tarieven voor een langere periode komen minder voor en vormen daarmee een uitzondering binnen het experiment. Het meest voorkomende integrale tarief voor een langere periode is een integraal maandtarief. Er is veel verschil zichtbaar tussen de ervaringen van zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief en zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief. In deze rapportage gaan wij hier verder op in.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 689, nr. 611 p. 4

Nagenoeg alle contracten zijn gebaseerd op dezelfde algemene voorwaarden. Er worden in de contracten bijna geen aanvullende afspraken gemaakt over kwaliteit, innovatie en preventie. Partijen geven aan hier wel met elkaar over in gesprek te zijn.

Ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Het integrale uurtarief wordt gezien als een verbetering ten opzichte van de reguliere prestaties. Voor de declaratie wordt dan het onderscheid tussen persoonlijke verzorging en verpleging niet meer geregistreerd. Dit leidt tot administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders.

Zorgaanbieders ervaren echter ook een toename van administratieve lasten door de verschillen tussen zorgverzekeraars, verschillen tussen de domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) en de behoefte aan informatie bij zowel zorgaanbieders zelf als bij zorgverzekeraars.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zijn hier positief over. Los van de feitelijke ruimte binnen het experiment lijkt ook de ervaren ruimte een belangrijke rol te spelen. Partijen die werken met een integraal maandtarief geven aan dat ze meer ruimte ervaren dan bij bekostiging per uur. Voordelen van een integraal maandtarief zijn ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en ruimte voor innovatie en preventie. Partijen ervaren ook nadelen: verlies aan (stuur)informatie, risico op onderbehandeling en risicoselectie en onduidelijkheid over declaraties bij cliënten.

Effecten op toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit van zorg

De effecten van het experiment zijn moeilijk te scheiden van andere ontwikkelingen in de sector. Hierdoor is niet exact vast te stellen wat de effecten van het experiment zijn. We beschrijven wat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als effecten van het experiment zien.

Partijen geven aan dat met name het integrale maandtarief ervoor zorgt dat er doelmatiger gewerkt wordt (wat betreft gemiddelde uren inzet per cliënt). Doelmatiger werken heeft een positieve uitwerking op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Sturen op kwaliteit is lastiger en komt binnen de hele sector nagenoeg niet voor. Een integraal tarief voor een langere periode biedt meer ruimte voor de wijkverpleegkundige om de zorg in te zetten die nodig is en om in te zetten op zelfredzaamheid en preventie. Door deze ruimte is de afbakening tussen de aanspraak vanuit de Zvw en het sociaal domein soms moeilijker te maken.

Succesvolle elementen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn positief over de mogelijkheid om integrale prestaties af te spreken en geven aan niet terug te willen naar een model met aparte prestaties voor persoonlijke verzorging en verpleging. Partijen waarderen de vrijheid die deze integrale prestaties bieden en geven aan dat dit inmiddels gemeengoed geworden is in de sector.

Integrale maandtarieven komen beperkt voor bij voornamelijk de grootste zorgaanbieders in een regio, maar lijken veelbelovend. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zijn hier positief over. Binnen deze werkwijze worden vaak concrete afspraken gemaakt over kwaliteit en innovatie. De zorgaanbieders die hiermee werken, ervaren meer ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en ruimte voor innovatie en preventie. De volgende randvoorwaarden zijn belangrijk bij het werken met één integraal maandtarief:

- Instrumenten om risicoselectie en onderbehandeling tegen te gaan;
- Goede relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder;
- Heldere informatievoorziening aan cliënten;
- Voldoende volume bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar om één tarief te kunnen hanteren voor alle cliënten.
- Registratie en verantwoording die aansluit bij de afgesproken prestaties en tarieven voor een langere periode.

Aanbevelingen

Aan de hand van de uitkomsten van deze evaluatie doen wij een aantal aanbevelingen. Wij vinden dat de vrijheid binnen het experiment zoveel mogelijk behouden moet worden en dat er dus niet terug moet worden gegaan naar de huidige reguliere prestaties. De vrijheid die het experiment biedt, kan nog meer benut worden als aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan en er bijvoorbeeld bekostiging op basis van cliëntkenmerken gerealiseerd wordt.

Aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de bekostiging voor de wijkverpleging:

- 1. Keer na het experiment niet terug naar de huidige reguliere prestaties (persoonlijke verzorging en verpleging).**
Het integrale uurtarief is sinds 2017 de feitelijke standaard binnen de gecontracteerde zorg. Voor gecontracteerde wijkverpleging zijn daarmee zowel de tarieven als de prestaties vrij, binnen de kaders van het experiment. Partijen willen deze vrijheid graag behouden.
- 2. Creëer ruimte om te experimenteren met een integraal tarief voor een langere periode.**
Het werken met een integraal tarief voor een langere periode, met name een maandtarief, ervaren alle deelnemers die daar nu gebruik van maken als positief. Het biedt ruimte voor maatwerk, voor de professional en voor innovatie en preventie.
- 3. Onderzoek hoe je tarieven voor langere perioden kunt differentiëren, zodat deze bij meer aanbieders toepasbaar zijn.**
Partijen die werken met een integraal tarief voor een langere periode zien ruimte voor verdere verfijning in het aanbrenge van tariefdifferentiatie op basis van zorgzwaarte en cliëntkenmerken. Dit beperkt de prikkel tot risicoselectie.

Aanbevelingen aan het veld:

4. **Benut de ruimte die er nu al is voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie.**

Het is raadzaam dat partijen hier niet mee wachten tot er een nieuwe bekostiging is. Ook kunnen partijen nu al kijken hoe administratieve lasten kunnen worden verlaagd door het verminderen van schaduwregistraties en door eenduidig inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

5. **Onderzoek kwaliteitsparameters.**

Om de focus te verleggen van kwantiteit naar kwaliteit is er inzicht nodig in (het meetbaar maken van) kwaliteit.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging² (hierna: de 'Beleidsregel') is van kracht sinds 1 januari 2016. In dit rapport evalueren we de werking van de experimenten binnen deze Beleidsregel. De reden voor deze evaluatie is tweeledig.

Ten eerste dragen de evaluatie van het experiment en het leren van de succesvolle elementen en verbeterpunten van het experiment bij aan het vormgeven van de nieuwe bekostiging. De NZa heeft in 2016 de verdere uitwerking van het traject voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging op zich genomen. In onze Voortgangsrapportage Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging (hierna: de 'Voortgangsrapportage')³ melden we dat wij het experiment in 2019 evalueren, waarbij we niet alleen letten op overeengekomen tarieven en vergoedingen, maar ook op inhoudelijke contractafspraken. In de Voortgangsrapportage schrijven we dat we de bestaande vrijheid voor gecontracteerde wijkverpleging in het experiment zoveel mogelijk willen behouden om de huidige positieve ontwikkelingen niet te ondermijnen. We willen succesvolle elementen uit het experiment identificeren zodat deze na afloop van het experiment voortgezet kunnen worden.

Ten tweede is in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bepaald dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een experiment tijdig en tijdens de uitvoering en na afloop ervan evalueert. Met deze evaluatie voldoet de NZa aan haar wettelijke verplichting. Hiernaast wordt ook in de Monitor contractering wijkverpleging jaarlijks aandacht besteed aan de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen het experiment maken.

1.2 Achtergrondinformatie experiment

Het doel van het experiment bekostiging verpleging en verzorging is om zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging de mogelijkheid te bieden om afspraken te maken waarbij zij, in afwijking van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging, een vast bedrag per patiënt per periode op basis van de samenstelling van de populatie kunnen afspreken. De Beleidsregel biedt de mogelijkheid om, vooruitlopend op een nieuwe bekostiging, te experimenteren met nieuwe bekostigingsvormen. De afgesproken experimenten leveren vervolgens weer input op voor het vormgeven van een nieuwe bekostiging. Het experiment is een jaar na de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw ingevoerd. Als gevolg daarvan was er bij invoering van het experiment weinig ervaring met de inkoop van verpleging en verzorging binnen de Zvw.

² Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging – BR/REG-19144.

³ NZa, Voortgangsrapportage doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging, feb 2019.

Om gebruik te maken van de ruimte die deze Beleidsregel biedt, moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een overeenkomst sluiten. Binnen de kaders die de regelgeving voor dit experiment stelt, spreken de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in deze overeenkomst af hoe de prestatie onder het experiment precies wordt vormgegeven en welk tarief hierbij wordt gehanteerd. Dit betekent dat dit experiment en dus ook deze evaluatie zich beperken tot gecontracteerde zorg. De conclusies en aanbevelingen zijn dan ook van toepassing op gecontracteerde wijkverpleging.

In de aanwijzing van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 juli 2015 staat dat de Beleidsregel eindigt wanneer de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging wordt ingevoerd of in ieder geval na 5 jaar op 31 december 2020 conform artikel 58 lid 5 Wmg. Volgens artikel 58 Wmg kan de NZa besluiten om de gevolgen van een experiment geheel of gedeeltelijk in stand te laten tot het einde van het boekjaar volgend op het boekjaar waarin het experiment is geëindigd. Voor dit experiment is dat 31 december 2021.

1.3 Doel van de evaluatie

Het doel van deze evaluatie is om te toetsen of het beoogde resultaat van het experiment is behaald. Daarnaast onderzoeken we de omvang van het experiment en de werkwijze en ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze informatie gebruiken we voor het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Hiervoor beantwoorden we de volgende vier onderzoeksvragen:

1. Hoe wordt de zorginkoop vormgegeven binnen het experiment en welke verschillen zijn hierin zichtbaar?
2. Wat zijn de ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met de werkwijze binnen het experiment?
3. Wat zijn de effecten van de werkwijze binnen het experiment op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?
4. Wat zijn succesvolle elementen van het experiment die opgenomen kunnen worden in de reguliere bekostiging?

1.4 Werkwijze

De evaluatie is uitgevoerd in vier stappen:

- 1) Het kwantitatief analyseren van beschikbare informatie uit de Monitor contractering wijkverpleging (hierna: de 'monitor'⁴) en data uit Vektis;
- 2) Het kwalitatief analyseren van een steekproef van 44 inkoopcontracten tussen negen zorgverzekeringsconcerns en achttien zorgaanbieders;

⁴ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2016.
NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2017.
NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2018.
NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2019.

- 3) Het uitvragen van informatie middels een breed uitgezette vragenlijst, waarop 22 zorgaanbieders en 10 zorgverzekeringsconcerns hebben geantwoord;
- 4) Het houden van verdiepende interviews met zes zorgaanbieders en zes zorgverzekeraars.

De opzet van deze evaluatie, de tussentijdse bevindingen en de conceptrapportage zijn afgestemd met zorgverzekeraars, de branche- en beroepsverenigingen en Patiëntenfederatie Nederland.⁵

Voor de verantwoording van de onderzoeksopzet verwijzen we naar bijlage 1. De vragenlijst is uitgezet door de NZa met medewerking van de branchepartijen ActiZ, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland. 10 van de 11 zorgverzekeringsconcerns hebben de vragenlijst ingevuld, wat betekent dat de respons van de zorgverzekeraars bijna compleet dekkend is. Na het herhaaldelijk onder de aandacht brengen van de vragenlijst, is de vragenlijst ingevuld door 22 zorgaanbieders. De 22 zorgaanbieders representeren samen ruim 11% van de omzet wijkverpleging (excl. pgb) in 2018. Daarnaast behoren 15 van de 22 respondenten tot de top 100 grootste zorgaanbieders binnen de wijkverpleging. Deze 100 zorgaanbieders leveren in 2018 samen 78% van de omzet wijkverpleging (excl. pgb). In de interviews met zorgaanbieders is gesproken met managers, beleidsadviseurs en zorgverkopers.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport betreft een evaluatie van het experiment bekostiging binnen de wijkverpleging. Als eerste beschrijven we de omvang van het experiment (hoofdstuk 2) en de gemaakte afspraken binnen het experiment (hoofdstuk 3). Daarna gaan we in op ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de door hen genoemde voor- en nadelen (hoofdstuk 4). Dit leidt tot een conclusie waarin we de onderzoeksvragen beantwoorden en aanbevelingen doen voor het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging (hoofdstuk 5).

⁵ ActiZ, Zorgthuis NL, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland.

2. Omvang van het experiment en tarieven

In dit hoofdstuk beschrijven we de omvang van het experiment, hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders de zorginkoop vormgeven en welke tarieven zij daarbij hanteren.

2.1 Omvang van het experiment⁶

2.1.1 Deelname aan experiment

Sinds de start van het experiment zien we een grote stijging in het aantal zorgaanbieders dat deelneemt aan het experiment. De monitor van 2016 liet zien dat de inkoop van zorg onder het experiment in dat jaar nog zeer beperkt was. In 2016 zijn drie van de tien zorgverzekeraars experimenten overeengekomen, waarbij in totaal zeven zorgaanbieders betrokken waren. Aangezien het experiment in 2016 zeer beperkt werd ingekocht, heeft de Staatssecretaris voor 2017 met partijen afgesproken dat de wijkverpleging in principe op grond van het experiment in de vorm van een integraal uurtarief wordt ingekocht.⁷ Binnen een integraal tarief wordt geen onderscheid wordt gemaakt tussen een tarief voor persoonlijke verzorging en een tarief voor verpleging. De cijfers uit de monitor van 2017 laten zien dat veel zorgverzekeraars en zorgaanbieders in dat jaar zijn overgestapt op de integrale prestaties en tarieven. In 2017 hebben alle zorgverzekeraars gebruik gemaakt van de mogelijkheid een integrale prestatie met een vrij tarief af te spreken. In het overgrote deel van de gevallen gaat het hierbij om een integraal uurtarief: zorgverzekeraars hadden gemiddeld met 93% van de gecontracteerde zorgaanbieders een contract voor een integraal uurtarief in 2017.⁸

De cijfers in de monitor van 2018 laten zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog meer zijn gaan inzetten op het afspreken van integrale tarieven. Zorgverzekeraars hebben voor 2018 met gemiddeld 98% van hun gecontracteerde zorgaanbieders een integraal (uur)tarief afgesproken.⁹ In de monitor van 2019 blijkt dit percentage nog verder te zijn gestegen. Slechts één zorgverzekeraar geeft aan dat hij met één zorgaanbieder afspraken heeft gemaakt op basis van de reguliere prestaties.¹⁰

Onderstaand figuur toont het verloop in de verhouding van de omzet wijkverpleging tussen de reguliere beleidsregel (excl. pgb) en het experiment. In 2018 komt ruim 90% van de totale omzet wijkverpleging (gecontracteerd en ongecontracteerd) uit het experiment.

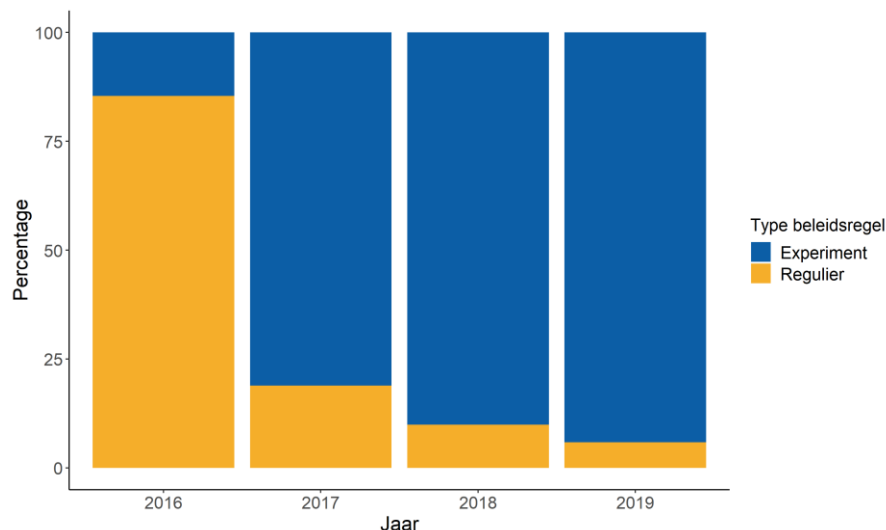
⁶ Tenzij anders vermeld is de data afkomstig uit Vektis.

⁷ Brief aan de Tweede Kamer, kenmerk 980221-151954-CZ

⁸ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2017.

⁹ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2018.

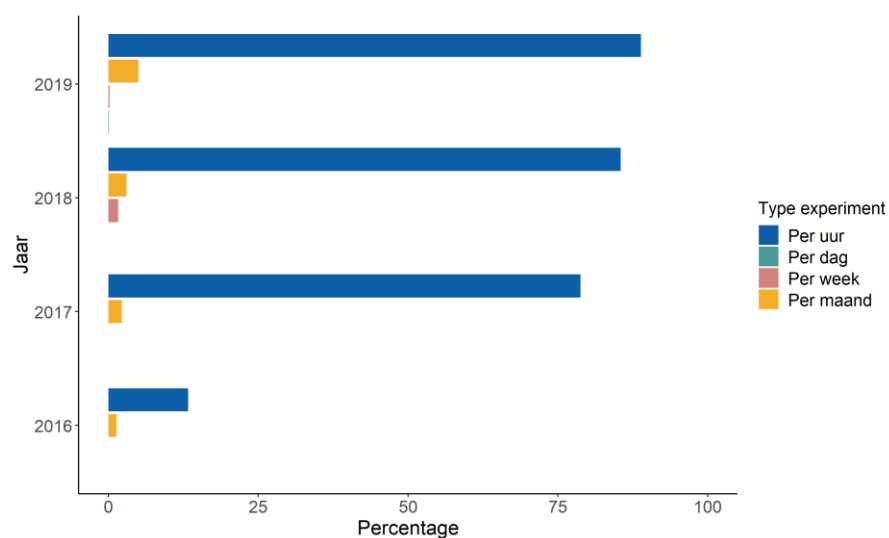
¹⁰ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2019.



Figuur 1. Percentage omzet wijkverpleging (excl. pgb) naar type beleidsregel (2019 Q1 en Q2 zijn nog niet volledig). Bron: Vektis

2.1.2 Onderscheid in soort tarief

Binnen het experiment zien we verschil tussen een integrale prestatie met een tarief per uur, per dag, per week en per maand. De integrale prestatie per uur wordt door bijna alle gecontracteerde zorgaanbieders gebruikt. Alle zorgverzekeraars gebruiken het experiment om een integraal uurtarief in te kopen voor 2019.¹¹ Integrale prestaties voor een langere periode dan een uur worden relatief weinig gebruikt, hoewel dergelijke afspraken gedurende de looptijd van het experiment wel toenemen. Onderstaande figuur laat het percentage omzet uit het experiment zien, uitgesplitst naar de verschillende tariefeenheden.



Figuur 2. Percentage omzet wijkverpleging (excl. pgb) naar type experiment (2019 Q1 en Q2 zijn nog niet volledig) Bron: Vektis

¹¹ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2019.

Onderstaande tabel laat de ontwikkeling in het aantal zorgaanbieders zien die werken met een tarief per dag, week of maand. We zien dat zowel het aantal zorgaanbieders als hun gezamenlijke omzet binnen het experiment over de jaren toeneemt. Het gebruik van een integraal tarief per maand is relatief het meest gestegen, hoewel het in absolute zin nog steeds om een beperkt aantal aanbieders gaat. In 2018 zijn vier zorgaanbieders een integraal tarief per maand overeengekomen. In de tot nu toe beschikbare gegevens van 2019 gaat dit om zeven zorgaanbieders.

Deze cijfers zijn anders dan die uit de monitors naar voren komen. In de monitor van 2019 geven zorgverzekeraars bijvoorbeeld aan dat 60 à 65 zorgaanbieders met een integraal maandtarief werken en vijf à tien zorgaanbieders met een dagtarief, met een totale omzet van €332 miljoen. De meest aannemelijke verklaring voor dit verschil is dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken over het verrekenen van tarieven per dag, week of maand op basis van nacalculatie. Zorgaanbieders blijven hierbij wel per uur declareren en daarmee zijn deze afspraken niet zichtbaar als maandprestaties in de Vektis data. Zorgverzekeraars bevestigen in de interviews dat zij in sommige contracten uitgaan van deze werkwijze. Strikt genomen hanteren deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan een tarief per uur, maar in de inkoop worden afspraken gemaakt op basis van een bedrag per maand.

Type integraal tarief		2016	2017	2018	2019 (Q1 + Q2)
Per dag	Aantal aanbieders	1	3	4	4
	Totaal vergoed	€95.206	€1.296.790	€1.608.003	€870.388
Per week	Aantal aanbieders	-	-	2	1
	Totaal vergoed	-	-	€50.713.857	€22.434.63
Per maand	Aantal aanbieders	2	2	4	7
	Totaal vergoed	€37.561.561	€69.193.023	€97.878.198	€73.553.312

Tabel 1. Ontwikkeling gebruik integrale tarieven voor periode langer dan een uur. Bron: Vektis

Het integrale tarief per dag beslaat maar een klein gedeelte van de totale omzet van de zorgaanbieders die hiermee werken (<3% in 2018). Bij zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief, zijn de inkomsten uit dit maandtarief echter wel het grootste deel van hun omzet. In 2018 is dit gemiddeld 73% van de totale omzet wijkverpleging van deze zorgaanbieders.

2.2 Tarieven

De hoogte van de integrale tarieven verschilt per zorgaanbieder en over de jaren. Onderstaande tabel laat de gemiddelde tarieven zien voor de integrale prestaties per uur voor de gehele looptijd van het experiment.

Ook het 1^e en 99^e percentiel is weergegeven als indicatie voor de spreiding in de tarieven.

	2016	2017	2018	2019 (Q1 + Q2)
1 ^e percentiel	€ 45,00	€ 45,72	€ 47,16	€ 48,12
Gemiddelde	€ 56,88	€ 53,76	€ 56,28	€ 58,32
99 ^e percentiel	€ 73,08	€ 62,40	€ 67,56	€ 68,40

Tabel 2. Integrale uurtarieven gedurende het experiment. Bron: Vektis

We zien verschillen in tarief tussen grote en kleine zorgaanbieders. Onderstaande tabel laat deze verschillen zien voor het integrale uurtarief in 2018 in drie omzetklassen. Zorgaanbieders zijn aan een omzetklasse toegewezen op basis van cumulatieve hoeveelheid omzet: elke omzetklasse representeert eenderde van de totale omzet (exclusief omzet uit pgb).

Omzetklasse	Gemiddeld tarief 2018
Laag	€ 51,84
Midden	€ 57,96
Hoog	€ 58,68

Tabel 3. Integraal uurtarief in 2018 naar omzetklasse

In de vragenlijst geven bijna alle zorgverzekeraars aan dat zorgaanbieders in de categorie hoge omzetklasse vaak meer gespecialiseerde zorg en systeemfuncties leveren, zoals onplanbare nachtzorg en coördinerende taken in de regio. Dit leidt tot hogere integrale tarieven.

Het gemiddelde tarief voor de integrale prestaties per week geven we niet weer gezien het geringe aantal zorgaanbieders dat hier gebruik van maakt. Dit geldt ook voor de integrale prestaties per dag en maand in 2016 en 2017. Onderstaande tabel laat wel de gemiddelde tarieven zien in 2018 en 2019 voor deze prestaties. De integrale tarieven per dag zijn voor het grootste gedeelte tarieven voor hospices.

Type integraal tarief		2018	2019 (Q1 + Q2)
Per dag	Gemiddelde	€ 294,31	€ 265,28
Per maand	Gemiddelde	€ 777,41	€ 808,01

Tabel 4. Integrale tarieven per dag, per maand voor 2018 en 2019 (Q1 + Q2). Bron: Vektis.

In vrijwel geen van de contracten staat een onderbouwing van het integrale tarief en in de meeste contracten wordt de hoogte van het omzetplafond niet onderbouwd.¹² Een aantal zorgverzekeraars geeft zorgaanbieders hierover een uitgebreide toelichting bij het productievoorstel, maar neemt deze informatie niet nogmaals op in het contract. Ook de wijze van totstandkoming van een tarief voor een langere periode (dag, week, maand) wordt niet in de contracten toegelicht. In de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben we met name de totstandkoming van het tarief voor integrale maandprestaties besproken. Uit deze gesprekken blijkt dat de basis voor de tariefberekening vaak het integrale uurtarief is, vermenigvuldigd met het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt per maand, gebaseerd op historische gegevens. Een aantal zorgverzekeraars hanteert hier toeslagen op, bijvoorbeeld voor kosten op het gebied van innovatie of technologie. De beoogde doelmatigheidswinst kan door zorgverzekeraars worden meegenomen in de tariefberekening, wat een afslag op het tarief inhoudt.

Binnen de integrale tarieven voor een langere periode wordt beperkt geëxperimenteerd met differentiatie in tarief op basis van cliëntgroepen. Eén zorgaanbieder experimenteert met maandprestaties gedifferentieerd naar zorginzet en één zorgverzekeraar ontwikkelt samen met een zorgaanbieder een differentiatie van weektarieven op basis van een inhoudelijke index. Daarnaast worden in sommige gevallen cliënten die extreem weinig of veel zorg nodig hebben uitgezonderd van een integraal tarief voor een langere periode.

¹² In de monitor contractering wijkverpleging 2020 doen we verder onderzoek naar de transparantie van zorgverzekeraars in de onderbouwing van de tarieven voor de wijkverpleging. Mede in relatie tot de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord met betrekking tot het doorberekenen van de OVA indexatie door de zorgverzekeraars.

3. Afspraken binnen het experiment

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken binnen het experiment zowel afspraken over tarief en volume als inhoudelijke afspraken. Dit gebeurt in de contractering en in periodieke gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

3.1 Contractafspraken

Uit de contractanalyse blijkt dat er weinig inhoudelijk verschil is tussen contractafspraken over een integraal uurtarief en afspraken over een integraal tarief voor een langere periode. Nagenoeg alle contracten zijn gebaseerd op dezelfde algemene voorwaarden en er worden in de contracten bijna geen aanvullende afspraken gemaakt over kwaliteit, innovatie en preventie. Bij tarieven voor een langere periode (dag, week, maand) zien we alleen afspraken over monitoring van ureninzet en ZN-doelgroepen. In de interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven zij aan dat zij wel mondelinge afspraken maken over kwaliteit, innovatie en preventie.

Alle zorgverzekeraars maken afspraken over doelgroepenregistratie en doelmatige inzet van zorg. Uit de analyse van de opgevraagde contracten blijkt dat de doelgroepenregistratie bij een aantal zorgverzekeraars niet duidelijk terugkomt in de contracten. In de sector is een brede afspraak gemaakt dat alle gecontracteerde zorgaanbieders de ZN-doelgroepen registreren.

Bij het werken met een integraal maandtarief worden afspraken gemaakt over het aanleveren van (kwartaal)rapportages door de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars. Hierin staat onder andere informatie over het aantal cliënten, ureninzet per cliënt, in- en uitstroom gegevens, doelgroepen/casemix gegevens, opbouw personeelsbestand, inzet e-health en kwaliteitsgegevens zoals medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid.

3.2 Tevredenheid met contractering

De meeste zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief en die de vragenlijst ingevuld hebben, geven aan dat dit geen invloed heeft op hun ervaring met de contractering. Wel geeft een aantal van deze zorgaanbieders aan dat zij geen keuzevrijheid ervaren om een integraal tarief af te spreken. In 2017¹³ hebben veel zorgverzekeraars de overstap gemaakt naar een integraal uurtarief. Zorgaanbieders ervaren soms weinig ruimte om daarvan af te wijken. De overstap is mede ingegeven door de afspraak die de Staatssecretaris voor 2017 met partijen heeft gemaakt om de wijkverpleging in principe op grond van het experiment in de vorm van een integraal uurtarief in te kopen.

¹³ NZa. Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 13.

Zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief geven aan dat de gesprekken met zorgverzekeraars over de contractering hetzelfde zijn gebleven of zijn verbeterd ten opzichte van het werken met een integraal uurtarief of de reguliere prestaties en tarieven. Dit komt met name omdat bij een maandtarief de onderliggende productmix en gerealiseerde ureninzet minder van belang is. Er wordt meer gewerkt op basis van wederzijds vertrouwen.

De zorgverzekeraars die enkel werken met een integraal uur- of dagtarief geven aan dat dit geen invloed heeft op het verloop van de gesprekken met zorgaanbieders over de contractering. Van de zorgverzekeraars die een integraal maandtarief afspreken, geven er vier aan dat de contractgesprekken hierover beter verlopen omdat zij meerjarenafspraken maken.

De overstap van een integraal uurtarief naar een integraal tarief voor een langere periode kost inspanning van beide partijen. Sommige zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief geven aan dat het meer dan een jaar overleg heeft gekost voordat ze deze afspraken konden maken. Het vergt van beide partijen vertrouwen om binnen het experiment te gaan werken met een maandtarief. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars die werken met een maandtarief geven aan dat er al sprake was van een goede verstandhouding voordat het experiment begon.

3.3 Meerjarenafspraken

Van de 44 geanalyseerde contracten zijn er 35 éénjarige overeenkomsten en 9 meerjarige overeenkomsten. De meeste meerjarige overeenkomsten zijn afgesloten met zorgaanbieders die werken met een integraal tarief voor een langere periode (dag, week of maand). Deze meerjarige afspraken zijn meestal tweejarig en in een aantal gevallen drie- of vierjarig.

3.4 Ontbreken technische afspraken maandtarieven

Een aantal technische zaken valt op in de contracten die uitgaan van integrale maandtarieven. Het begrip maand is niet gedefinieerd (kalendermaand of 30 dagen periode). Er zijn weinig afspraken gemaakt over afrekening van al eerder gedeclareerde tarieven wanneer het contract met terugwerkende kracht is afgesloten. Ook zijn er geen bepalingen opgenomen over cliënten bij wie bijvoorbeeld één bezoek per halfjaar gebracht wordt. In de interviews geven enkele zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan dat deze groep patiënten uitgezonderd wordt van een integraal maandtarief.

3.5 Beschikbaarheid, coördinatie en preventie

De zorgverzekeraars geven in deze evaluatie aan dat preventie en coördinatie van zorg in nagenoeg alle integrale tarieven inbegrepen zijn. Voor de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg en gespecialiseerde verpleging wisselt dit. Deze zorg wordt niet altijd opgenomen in het integrale uurtarief. In de meeste gevallen is dit wel onderdeel van een integraal maandtarief. Zowel een aantal zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat zij meer zien in een

lumpsum bedrag hiervoor. Zo kan regionale verantwoordelijkheid beter worden belegd en is helder wat de kosten en opbrengsten zijn. De huidige prestaties bieden hier ruimte voor. Het is onduidelijk waarom deze partijen hier geen gebruik van maken.

3.6 Registratie

Uit de contractanalyse blijkt dat er in veel contracten met een integraal maandtarief sprake is van een schaduwregistratie op basis van uren. Als reden hiervoor wordt vaak de mogelijkheid van omkeerbaarheid naar een uurtarief genoemd. Daarnaast geven sommige zorgaanbieders in de vragenlijst en de interviews aan dat zij voor hun eigen informatie registreren op basis van uren of productmix (persoonlijke verzorging of verpleging), bijvoorbeeld voor de tariefonderhandelingen met de zorgverzekeraar, de verloning en de planning.

Daarnaast is er een aantal contracten waarbij een integraal maandtarief is afgesproken op basis van uren. De zorgaanbieder declareert dan op basis van werkelijk geleverde uren. Twee keer per jaar wordt het verschil tussen de werkelijk gedeclareerde uren en het afgesproken maandbedrag verrekend. Indien het werkelijk geleverde bedrag hoger is dan het maandbedrag moet de zorgaanbieder het verschil betalen, indien het werkelijk geleverde bedrag lager is dan het maandbedrag vindt er geen verrekening plaats.

3.7 Patiëntkenmerken

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan geen andere patiëntkenmerken te registreren dan de ZN-doelgroepen. Alle zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief, leveren de ZN-doelgroepen aan bij de zorgverzekeraars. Bij zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief is deze afspraak soms vervallen. Eén zorgverzekeraar geeft aan in dit geval te werken met een classificatie naar zorgzwaarte (laag, midden, hoog).

Alle tien de zorgverzekeraars geven in de vragenlijst aan deze gegevens te gebruiken voor het benchmarken van aanbieders of het verstrekken van spiegelinformatie. Eén zorgverzekeraar geeft aan de ZN-doelgroepen ook te gebruiken voor onderbouwing van het tarief.

Sommige zorgverzekeraars en verschillende zorgaanbieders geven aan dat zij kritisch zijn over de meerwaarde en de betrouwbaarheid van de ZN-doelgroepen: sommige cliënten zijn moeilijk in te delen in een doelgroep en het grootste deel van alle cliënten valt binnen dezelfde doelgroep.

3.8 Afspraken over kwaliteit, innovatie, preventie

Alle contracten benoemen standaard kwaliteitseisen, met name gericht op kwalificaties van personeel en het voldoen aan wettelijke kaders. Deze eisen gelden in algemene zin voor de hele beroepsgroep. Veel contracten bevatten afspraken over het meten van uitkomsten van zorg in de vorm van patiënttevredenheid. Hiervoor wordt vaak de Net Promotor Score gebruikt. In de meeste contracten, ook in de contracten voor dag-, week- en maandprestaties, worden geen afspraken gemaakt

over andere uitkomsten. De genoemde doelen in paragraaf 4.2 van dit rapport worden niet omgezet in concrete afspraken in het contract.

Daarnaast bevatten de contracten vrijwel geen informatie over inhoudelijke thema's als preventie en innovatie. Slechts één zorgverzekeraar gaat hier in de contracten dieper op in met een aparte paragraaf over mantelzorgondersteuning. Verschillende zorgverzekeraars geven aan dat kwaliteit en innovatie beschreven zijn in de algemene inkoopvoorwaarden en daarom niet nogmaals opgenomen worden in de contracten. We zien in de contracten dan ook geen concrete afspraken over kwaliteit en innovatie.

In de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat bij afspraken over integrale maandtarieven wel wordt gesproken over kwaliteit, innovatie en preventie, maar dat er vaak geen concrete afspraken over worden gemaakt. Er wordt bijvoorbeeld wel benoemd dat een integraal maandtarief ruimte geeft voor het inzetten van e-health en hulpmiddelen.

3.9 Risicoverevening

In het kader van de risicoverevening krijgen zorgverzekeraars een normbedrag per verzekerde, afhankelijk van de risicoklasse waarin de verzekerde is ingedeeld. Het vereveningskenmerk 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV) is gebaseerd op de kosten voor verpleging en verzorging (onder de Zvw) per verzekerde in de voorgaande drie jaren.

Binnen het experiment zorgt het werken met een integraal tarief voor een langere periode ervoor dat de ingediende declaraties geen correcte weergave zijn van de daadwerkelijk ingezette (uren) zorg per verzekerde, omdat het een gemiddelde betreft. Twee zorgverzekeraars die werken met een integraal tarief voor een langere periode (week en maand) geven aan dat zij hier intern onderzoek naar gedaan hebben. Bij één zorgverzekeraar bleek daaruit dat er weinig tot geen verschil zat in de risicoverevening van hun totale populatie verzekerden bij aanlevering van kosten op basis van uren versus kosten op basis van bedragen voor een langere periode. Deze zorgverzekeraar levert als kosten dus de tarieven voor een langere periode aan. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat zij het werken met één gestandaardiseerd tarief zien als risico voor de verevening. Zij werken daarom met feitelijke declaratie in uren en nacalculatie op basis van een tarief voor een langere periode. Zij onderzoeken de mogelijkheid om met gedifferentieerde tarieven te werken.

4. Ervaringen met het experiment

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars met het experiment. We kijken naar hun algemene oordeel over het experiment, maar bijvoorbeeld ook naar welke doelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wilden bereiken door deelname aan het experiment en of zij vinden dat deze bereikt zijn. Vervolgens zoomen we in op de door zorgaanbieders gerapporteerde ervaringen van zorgverleners en van cliënten. Afsluitend beschrijven we hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars de bekostiging na afloop van het experiment voor zich zien.

4.1 Algemene oordeel

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben in de vragenlijst en tijdens de interviews aangegeven wat hun algemene oordeel is over het experiment. Het oordeel over het experiment verschilt tussen partijen die werken met een integraal uurtarief en partijen die (ook) werken met een integraal tarief voor een langere periode.

4.1.1 Integraal uurtarief

Het integrale uurtarief is de standaard voor de gecontracteerde zorg. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ervaren dit niet meer als een experiment. Zorgverzekeraars kiezen voor een integraal uurtarief om verschillende redenen. Ze geven aan dat het integraal uurtarief aansluit bij hetgeen de zorgaanbieder wil, dat hierdoor administratieve lasten worden verminderd of omdat dit het makkelijkst af te spreken is. Zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief en de vragenlijst ingevuld hebben, kiezen veelal voor dit tarief op verzoek van een zorgverzekeraar. Daarnaast kiezen deze zorgaanbieders voor een uurtarief vanwege de vermindering van administratieve lasten ten opzichte van de reguliere prestaties voor verpleging en verzorging en omdat dit de minste impact heeft op de interne organisatie.

4.1.2 Integraal tarief voor een langere periode

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders die (ook) werken met een integraal tarief voor een langere periode geven in de vragenlijst aan dat zij overwegend positief zijn over het experiment. Zorgverzekeraars geven als grootste pluspunt aan dat het experiment meer ruimte biedt om maatwerkafspraken te maken. Zij kiezen voor een integraal tarief voor een langere periode om maatwerk en regelruimte voor de zorgaanbieder te creëren. Hierdoor kan doelmatigheid, kwaliteit, innovatie en preventie worden gestimuleerd. Zoals in hoofdstuk drie aangegeven vinden we over kwaliteit, innovatie en preventie vrijwel geen concrete afspraken terug in de contracten.

Zorgaanbieders zijn met name positief over de ruimte die het experiment biedt om de zorg anders te organiseren, de geboden ruimte voor de professional om maatwerk te leveren en de ruimte om te investeren in innovatie. Daarnaast noemen enkele zorgaanbieders dat deelname aan het experiment hen stimuleert om doelmatiger te werken. Zorgaanbieders met een maandtarief geven aan dat zij, door het stimuleren van zelfredzaamheid van cliënten meer cliënten in zorg

kunnen nemen met dezelfde personeelscapaciteit, waardoor ze doelmatiger werken.

Er spelen verschillende overwegingen bij de keuze voor een tarief voor een langere periode. Bij een kortere periode (dag en week) is het lastig om een goed gemiddelde te kunnen berekenen, is de frequentie van declaratie vrij hoog en wordt doelmatig werken door veel inzet in het begin van een zorgtraject niet beloond. Bij een langere periode (maand) is bijsturen lastiger en worden de financiële risico's groter. Hiernaast stellen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders die werken met een integraal tarief voor een langere periode dat dit niet zonder meer voor alle zorgaanbieders geschikt is. Er moet namelijk sprake zijn van een goede relatie en van vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarnaast moeten zorgaanbieders voldoende omvang hebben om tot een redelijk kostendekkend gemiddeld tarief te kunnen komen. Partijen zien onderbehandeling en risicoselectie als een reëel risico. Veel zorgaanbieders die werken met een maandtarief hebben een afspraak met de zorgverzekeraar dat zij alle cliënten helpen die zich aanmelden. Zorgverzekeraars proberen dit risico verder te beheersen door zorgaanbieders te monitoren en te benchmarken. Zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief erkennen veelal dat het risico op zowel onderbehandeling als risicoselectie bestaat, maar geven aan dat dit bij hen niet aan de orde is.

Een aantal van deze zorgaanbieders geeft bijvoorbeeld aan dat zij de doelgroepen registreren om aan te tonen dat hun cliëntenpopulatie gelijk blijft. Hier zijn vaak ook afspraken met de zorgverzekeraar over gemaakt. Eén zorgaanbieder stelt dat het risico op onderbehandeling ook komt doordat zorgverzekeraars sturen op urenzet. *"Een teken dat er geen sprake is van onderbehandeling kan bijvoorbeeld ook zijn of een cliënt lang uit zorg blijft. Er zijn te weinig instrumenten beschikbaar om meer kwalitatieve informatie op te halen. Er zou bijvoorbeeld veel meer uit het digitale dossier gehaald kunnen worden, zodat zorgverzekeraars op betere indicatoren kunnen benchmarken."* Een andere zorgaanbieder zegt juist veel overbehandeling van cliënten te zien en geeft aan dat cliënten zelf vaak meer zorg willen dan volgens de zorgaanbieder nodig is.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die alleen met integrale uurtarieven werken en de vragenlijst hebben ingevuld, zien geen risico op onderbehandeling en risicoselectie.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervaren verschillende belemmeringen om een tarief voor een langere periode af te spreken. Deze kunnen zowel liggen in de interne organisatie van de zorgaanbieder als in de wensen van de zorgverzekeraar. Een zorgaanbieder noemt hierbij tijdens een interview het volgende voorbeeld: *"De interne organisatie is ingewikkeld ingericht. Bij een cliënt komen verschillende teams en disciplines. Deze teams zijn in andere organisatorische eenheden ingedeeld, waardoor het gaat om verschillende kostenplaatsen. Het tarief per cliënt wordt dus intern verdeeld over verschillende eenheden. Dit zorg ervoor dat de voordelen van het maandtarief niet volledig worden benut"*. Een andere zorgaanbieder die met een integraal maandtarief werkt, geeft aan dat hiervoor zowel qua administratie en organisatie als voor medewerkers en cliënten een hele

omslag nodig was. *"Het duurt even voordat het goed werkt, dit moet je als organisatie wel kunnen dragen."*

4.2 Doelen

Uit de contracten, de vragenlijsten en de interviews hebben we opgehaald welke doelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nastreven met de experimentafspraken. Het doel dat de meeste zorgaanbieders met een integraal uurtarief willen bereiken is het verminderen van administratieve lasten. De meeste zorgaanbieders antwoorden in de vragenlijst dat dit doel niet behaald is, aangezien hun administratieve lasten minder zijn gedaald dan ze zouden willen. Dit komt onder andere door de doelgroepenregistratie en de verschillen tussen domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) en zorgverzekeraars. Hiernaast blijven verschillende zorgaanbieders nog op dezelfde manier registreren om bijvoorbeeld het verschil in geleverde uren verpleging en verzorging te kunnen blijven inzien voor hun interne bedrijfsvoering en hun onderbouwing richting zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars benoemen hierbij dat er grote diversiteit is in werkwijze tussen zorgaanbieders en wat zij zelf willen administreren.

De doelen van zorgaanbieders die werken met een integraal tarief voor een langere periode zijn verhoging van kwaliteit en doelmatigheid en stimulering van innovatie en preventie. Van de zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief geven alle zorgaanbieders aan dat de doelen bereikt zijn. Zij ervaren onder andere meer ruimte om de zorg vorm te geven waardoor zij bijvoorbeeld in kunnen zetten op hulpmiddelen en zelfredzaamheid.

Alle zorgverzekeraars noemen als gewenst doel van de experimentafspraken verhoging van doelmatigheid en kwaliteit. Ze geven daarbij aan dat het moeilijk is om kwaliteit goed te meten. Zorgverzekeraars die ook integrale tarieven per maand afspreken noemen als aanvullende doelen het stimuleren van innovatie, e-health en preventie. Zorgverzekeraars geven aan dat zowel zorgaanbieders met een integraal uurtarief als zorgaanbieders met een tarief voor een langere periode doelmatiger zijn gaan werken gedurende het experiment. Twee zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief noemen dat innovatie en e-health nog meer gestimuleerd kan worden. Een aantal zorgverzekeraars merkt op dat het eigenlijk nog te vroeg is om iets te zeggen over de realisatie van doelen binnen het experiment.

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief geven aan dat de ruimte binnen het experiment deels gevoelsmatig is, aangezien er ook binnen het werken met (integrale) uurtarieven ruimte is om te werken aan doelmatigheid en innovatie. Los van de feitelijke ruimte binnen het experiment, speelt dus ook de ervaren ruimte een belangrijke rol. Deze ervaren ruimte is groter wanneer wordt gewerkt met een integraal maandtarief. Een zorgverzekeraar zegt hierover: *"Die ruimte voor regie en eigen initiatief wordt echt gevoeld door zorgaanbieders."*

4.3 Door zorgaanbieders gerapporteerde ervaringen van zorgverleners

Zorgaanbieders hebben in de vragenlijst en de interviews aangegeven wat de ervaringen van hun zorgverleners met het experiment zijn. De meeste zorgaanbieders met een integraal tarief voor een langere periode geven aan dat hun zorgverleners tevreden zijn. Hierbij merken zij op dat zorgverleners meer vrijheid ervaren om de zorg in te zetten die wenselijk is en een arrangement op maat te maken. Een zorgaanbieder geeft in het interview het volgende aan: *"De wijkverpleegkundige wordt gestimuleerd om te kijken wat nodig is voor de cliënt. Door de maandtarieven wordt het gestimuleerd om innovatieve werkwijzen in te zetten, zoals bijvoorbeeld een medicijndispenser, als het tot een verlaging in het aantal uren zorg leidt. Dit is onmogelijk in een systeem dat is gestoeld op P x Q."* Een zorgverzekeraar sluit hierbij aan; *"Zorgaanbieders steken meer energie in de voorkant van het traject: wat kan deze persoon nog zelf? De inzet van innovaties en de samenwerking met andere disciplines zoals ergotherapie wordt gestimuleerd. Zorgaanbieders voelen meer ruimte om hierop in te zetten."* Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief delen het beeld dat dit bijdraagt aan het werkplezier en de professionele ruimte van de wijkverpleegkundige.

De meeste zorgaanbieders met een integraal uurtarief geven in de vragenlijst aan dat zorgverleners neutraal zijn. Deze zorgverleners merken geen verschil in het werken met het experiment. Dit komt bijvoorbeeld doordat voor zorg vanuit de Wlz – waar dit experiment niet speelt – nog wel prestaties geregistreerd dienen te worden. Enkele zorgaanbieders stellen dat zorgverleners ontevreden zijn. Deze zorgaanbieders benoemen dat zorgverleners ervaren dat ze meer moeten administreren. Er zijn echter ook zorgaanbieders die juist minder administratieve lasten ervaren. Zij geven aan dat dit komt door het slim inrichten van interne processen, bijvoorbeeld het werken met een pasjessysteem, en de invoering van de nieuwe registratiestandaard 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'.

4.4 Door zorgaanbieders gerapporteerde ervaringen van cliënten

De meeste zorgaanbieders die de vragenlijst ingevuld hebben, geven aan dat cliënten volgens hen geen verschil ervaren als er met het experiment wordt gewerkt. Zorgaanbieders die aangeven dat cliënten wel een verschil ervaren, geven als reden dat er meer wordt ingezet op zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door gebruik van technologische innovaties. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zien soms onrust onder verzekerden over een hoog gedeclareerd bedrag als er maar weinig zorg ontvangen is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met één integraal tarief per cliënt voor een langere periode ontvangen hier regelmatig vragen over. Een cliënt die maar een paar uur zorg heeft ontvangen krijgt een factuur met hetzelfde vaste maandbedrag als een cliënt die aanzienlijk meer uren zorg nodig had.

4.5 Toekomstige bekostiging

In de gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben we gesproken over hoe partijen de bekostiging na afloop van het experiment

graag zouden zien. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaren het integraal uurtarief als de feitelijke standaard in de wijkverpleging. Teruggaan naar de reguliere prestaties verpleging en persoonlijke verzorging vinden alle partijen die input hebben geleverd voor de evaluatie onwenselijk, omdat partijen de vrijheid waarderen die deze integrale prestaties bieden en omdat dit inmiddels gemeengoed geworden is in de sector.

De geïnterviewde zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zien graag dat deze mogelijkheid behouden blijft. Partijen zijn positief over de ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en ruimte voor innovatie en preventie. De meeste zorgverzekeraars hebben de wens om in de toekomst vaker een integraal tarief voor een langere periode (dag, week, maand of langer) overeen te komen. Ze vinden het dan ook een ongewenste ontwikkeling als zorgaanbieders die nu werken met een maandtarief weer moeten gaan werken op basis van een (integraal) uurtarief. *"De nadruk komt dan meer te liggen op kwantiteit van zorg in plaats van kwaliteit van zorg. Ook is er dan minder ruimte om maatwerkafspraken te maken."*

Daarnaast is er een klein aantal zorgverzekeraars dat geen afspraken maakt over tarieven voor een langere periode. Zij geven aan een integraal tarief per uur of maximaal per dag wenselijk te vinden en zien daarin voldoende ruimte om te sturen op doelmatigheid en innovatie. Bij een tarief voor een langere periode zien zij teveel negatieve effecten als verlies van informatie en risicoselectie. Zorgverzekeraars vinden wel dat het integrale uurtarief nog steeds een ongewenste productieprikkel geeft.

In de interviews geven zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aan dat een sectorbrede uitrol van één maandtarief voor de hele cliëntenpopulatie niet wenselijk is. Het risico op risicoselectie en onderbehandeling is hiervoor te groot. Er is behoefte aan mogelijkheden om risicoselectie en onderbehandeling te monitoren en tegen te gaan om ongewenste prikkels te voorkomen. Daarnaast is hiervoor wederzijds vertrouwen nodig tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Partijen geven ook aan dat het werken met een maandtarief vraagt om een andere manier van werken bij de zorgaanbieder. Bovendien is voor het werken met één vast maandbedrag per cliënt zowel bij de zorgverzekeraar als bij de zorgaanbieder een bepaald volume aan cliënten nodig. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars stellen dat bovenstaande risico's bijvoorbeeld ondervangen kunnen worden met een gedifferentieerd maandtarief op basis van cliëntkenmerken. Ook meer informatie over uitkomsten en kwaliteit kan hieraan bijdragen.

Als aandachtspunt voor de toekomst noemen meerdere zorgaanbieders in hun reactie op de vragenlijst de aansluiting van de bekostiging over de domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) heen en ruimte voor regionale invloeden en initiatieven in de bekostiging. Daarnaast maken zorgaanbieders die een maandtarief hebben afgesproken met één of enkele zorgverzekeraars, deze afspraken graag met alle zorgverzekeraars. Zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief, noemen met name verdere administratieve lastenverlichting en ruimte in het tarief voor innovatie en preventie als verbeterpunten.

Zorgverzekeraars noemen dat de bekostiging nog steeds gericht is op handelingen en inzet en niet op kwaliteit en uitkomsten. Er is behoefte aan kwaliteitsinformatie en bijbehorende indicatoren zodat goede uitkomsten ook beloond kunnen worden. Daarnaast missen zorgverzekeraars de mogelijkheid om afspraken te maken over prestaties die niet herleidbaar zijn tot individuele verzekerden, bijvoorbeeld de financiering van systeemfuncties via een lumpsumbedrag.

5. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van deze evaluatie is om te toetsen of het beoogde resultaat is behaald. Daarnaast onderzoeken we de werkwijze, ervaringen en effecten binnen het experiment om zo informatie te verzamelen voor de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Aan het begin van het onderzoek hebben we een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. In dit hoofdstuk beantwoorden we deze onderzoeksvragen. We sluiten dit hoofdstuk af met een aantal aanbevelingen op basis van de bevindingen in het onderzoek.

Een kanttekening bij de conclusie van dit rapport is dat er geen representatief vergelijkingsmateriaal is dat kan dienen als nulmeting. De vraag wat er onder gelijke omstandigheden gebeurd zou zijn zonder het experiment kunnen we niet beantwoorden. Daarnaast zijn er autonome, sectorbrede ontwikkelingen los van het experiment, waardoor het moeilijk is om de specifieke invloed van het experiment te benoemen. Zo zijn zorgaanbieders bijvoorbeeld ook doelmatiger gaan werken door de krapte op de arbeidsmarkt en zijn administratieve lasten verminderd door acties in het kader van de campagne Ontregel de zorg.

5.1 Conclusies

Om te toetsen of het beoogde resultaat van het experiment is behaald, is het belangrijk om te kijken naar de initiële doelen van het experiment. In de voorhangbrief van 19 mei 2015¹⁴ worden een aantal doelen benoemd ten behoeve van de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. Hierin worden zowel vermindering van administratieve lasten als de ruimte voor innovatie, kwaliteit en maatwerk voor de bediende populatie genoemd. Het doel van de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging is om zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden om, vooruitlopend op de nieuwe bekostiging, een experiment aan te gaan waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging. Dit doel lijkt behaald te zijn, aangezien er door zorgaanbieders en zorgverzekeraars volop gebruik gemaakt wordt van het experiment. Echter, de ruimte die het experiment biedt wordt nog niet volledig benut.

Hoe wordt de zorginkoop vormgegeven binnen het experiment gedurende de looptijd van het experiment en welke verschillen zijn hierin zichtbaar?

De eerste bevinding hierbij is dat het integrale uurtarief in feite de standaard is voor de gecontracteerde zorg. Nagenoeg alle gecontracteerde zorgaanbieders, die samen het grootste deel van de totale omzet wijkverpleging vertegenwoordigen, werken hiermee. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ervaren dit niet meer als een experiment. Dit kan een verklaring zijn voor de relatief lage respons van

¹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 689, nr. 611 p. 4

zorgaanbieders. Integrale tarieven voor een langere periode komen weinig voor en vormen daarmee een uitzondering binnen het experiment. Het integrale maandtarief is de meest gebruikte vorm hiervan. Er is veel verschil zichtbaar tussen de ervaringen van zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief en zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief. We lichten dit in de antwoorden op onderstaande vragen verder toe.

Wat zijn de ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met de werkwijze binnen het experiment?

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ervaren het integrale uurtarief niet meer als een experiment. Het integrale uurtarief wordt gezien als een verbetering ten opzichte van de reguliere prestaties, maar het belangrijkste doel voor zorgaanbieders (administratieve lastenverlichting) lijkt minder dan verwacht tot zijn recht gekomen te zijn. Voor de declaratie wordt het onderscheid tussen persoonlijke verzorging en verpleging niet meer geregistreerd wanneer wordt gewerkt met een integraal uurtarief. Dit betekent administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders. Aan de andere kant ervaren zorgaanbieders echter een toename van administratieve lasten door de verschillen tussen zorgverzekeraars, verschillen tussen de domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) en de behoefte aan informatie bij zowel zorgaanbieders zelf als bij zorgverzekeraars.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zijn hier positief over. De grootste voordelen die zij noemen zijn ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en ruimte voor innovatie en preventie. Naast de feitelijke ruimte binnen het experiment lijkt de ervaren ruimte hierbij belangrijk. Ze ervaren ook nadelen: verlies aan (stuur)informatie, risico op onderbehandeling en risicoselectie en onduidelijkheid bij verzekeren over hoge declaraties voor weinig geleverde uren zorg. Werken met één integraal maandtarief is daarnaast afhankelijk van randvoorwaarden zoals vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en voldoende cliënten voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar.

Wat zijn de effecten van de werkwijze binnen het experiment op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?

De effecten van het experiment zijn moeilijk te scheiden van andere, gelijktijdige ontwikkelingen in de sector. Hierdoor is niet exact vast te stellen wat de effecten van het experiment zijn. We beschrijven wat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als effecten van het experiment zien.

Partijen geven aan dat er met name onder het integrale maandtarief doelmatiger gewerkt wordt. Doelmatiger werken heeft een positieve uitwerking op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Sturen op kwaliteit is lastiger en komt binnen de hele sector nauwelijks voor. Hier probeert men met name binnen het integrale maandtarief afspraken over te maken. Men ziet voorzichtig positieve resultaten als het gaat over inzet op innovatie en preventie.

Een integraal tarief voor een langere periode biedt meer ruimte voor de wijkverpleegkundige om de zorg in te zetten die nodig is en om in te zetten op zelfredzaamheid en preventie. Vooral zorgaanbieders die

werken met een integraal maandtarief ervaren deze ruimte als positief. De afbakening tussen aanspraak vanuit de Zvw en het sociaal domein is hierdoor soms moeilijker te maken. Hoewel we inhoudelijk de ontwikkeling naar integrale zorg willen stimuleren, bestaat binnen de huidige wettelijke kaders het risico dat de geleverde wijkverpleegkundige zorg onrechtmatig is omdat deze valt binnen het sociaal domein. Daarnaast zijn risicoselectie en onderbehandeling reële risico's bij integrale tarieven voor een langere periode.

Wat zijn succesvolle elementen van het experiment die opgenomen kunnen worden in de reguliere bekostiging?

Het integrale uurtarief wordt door vrijwel alle gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars als reguliere bekostiging gezien. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn positief over de mogelijkheid om integrale prestaties af te spreken en geven aan niet terug te willen naar een model met aparte prestaties en tarieven voor persoonlijke verzorging en verpleging. Partijen waarderen de vrijheid die deze integrale prestaties bieden.

Integrale maandtarieven komen beperkt voor bij voornamelijk de grootste zorgaanbieders in een regio, maar lijken veelbelovend. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zijn hier positief over en binnen deze werkwijze worden vaak concrete afspraken gemaakt over kwaliteit en innovatie. De zorgaanbieders die hiermee werken, ervaren meer ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundig) en ruimte voor innovatie en preventie. Deze zorgaanbieders hebben vaak een goede relatie met de zorgverzekeraar en werken zowel in hun zorgverlening als in hun administratieve organisatie op een efficiënte manier. Het werken met een maandtarief is dus voor deze partijen een succesvol element uit het huidige experiment.

Op grond van de ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders lijkt het wenselijk om in de toekomst meer te gaan werken met prestaties en tarieven voor een langere periode. Zij benoemen daarbij de volgende belangrijke randvoorwaarden:

- Instrumenten om risicoselectie en onderbehandeling tegen te gaan;
- Goede relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder;
- Heldere informatievoorziening aan cliënten;
- Voldoende volume bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar om één tarief te kunnen hanteren voor alle cliënten;
- Registratie en verantwoording die aansluit bij de afgesproken prestaties en tarieven voor een langere periode.

Zonder goede invulling van de bovengenoemde randvoorwaarden lijkt een bredere uitrol van uniforme maandtarieven onwenselijk.

5.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de uitkomsten van deze evaluatie doen wij een aantal aanbevelingen. Deels gaan deze over het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Deze aanbevelingen komen erop neer om de vrijheid binnen het experiment zoveel mogelijk te behouden en dus niet terug te gaan naar de huidige reguliere prestaties. De

vrijheid die het experiment biedt, kan nog meer benut worden als aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan en er bijvoorbeeld bekostiging op basis van cliëntkenmerken gerealiseerd wordt. Daarnaast sporen we partijen ook aan om de ruimte binnen het huidige experiment optimaal te benutten.

Aanbevelingen gericht op de doorontwikkeling van de bekostiging voor de wijkverpleging:

1. Keer na het experiment niet terug naar de reguliere prestaties (persoonlijke verzorging en verpleging).

Zonder wijziging in de bekostiging gelden na het eindigen van het experiment de huidige reguliere prestaties. Gelet op de brede toepassing van het experiment binnen de wijkverpleging (voornamelijk het werken met een integraal uurtarief) is dat voor de sector een onwenselijke stap. Het integrale uurtarief is sinds 2017 de feitelijke standaard binnen de gecontracteerde zorg. Voor gecontracteerde wijkverpleging zijn daarmee in de praktijk zowel de tarieven als de prestaties vrij, binnen de kaders van het experiment.

2. Creëer ruimte om te experimenteren met een integraal tarief voor een langere periode.

Het werken met een integraal tarief voor een langere periode, met name een maandtarief, ervaren alle deelnemers die daar nu gebruik van maken als positief omdat het ruimte biedt voor maatwerk, voor de professional en voor innovatie en preventie. In de huidige vorm kan het echter nog niet voor de gehele sector toegepast worden. Voor bredere toepassing moeten de randvoorwaarden geborgd zijn zoals genoemd in paragraaf 5.1.

3. Onderzoek hoe je tarieven voor langere perioden kunt differentiëren, zodat deze bij meer aanbieders toepasbaar zijn.

Partijen die werken met een integraal tarief voor een langere periode zien ruimte voor verdere verfijning in het aanbrenge van tariefdifferentiatie op basis van zorgzwaarte en cliëntkenmerken. Dit beperkt de prikkel tot risicoselectie. Daarnaast hebben partijen behoefte aan meer inzicht in de inhoud van de geleverde zorg. Ook hier kunnen cliëntkenmerken aan bijdragen. Naar de mogelijkheid van het gebruik van cliëntkenmerken wordt onderzoek gedaan binnen het Wetenschappelijk programma wijkverpleging.

Aanbevelingen aan het veld:

4. Benut de ruimte die er nu al is voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie.

Partijen kunnen de beschikbare ruimte binnen het experiment nog beter benutten voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie. Ook integrale uurtarieven bieden hier ruimte voor. Het is raadzaam dat partijen hier niet mee wachten tot er een nieuwe bekostiging is, maar hier nu al afspraken over maken, deze vastleggen, evalueren en daar samen van leren. Ook kunnen partijen nu al kijken hoe administratieve lasten kunnen worden verminderd door het verminderen van schaduwregistraties en door eenduidig inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

5. Onderzoek kwaliteitsparameters.

Deze evaluatie geeft het belang aan van onderzoek door het veld naar kwaliteitsparameters, zodat er behalve op doelmatigheid ook op inhoudelijke kenmerken gestuurd kan worden. Om de focus te verleggen van kwantiteit naar kwaliteit is er inzicht nodig in (het meetbaar maken van) kwaliteit.

Bijlage 1 Verantwoording onderzoeksmethode

Algemene kanttekeningen bij het onderzoek

Het is niet mogelijk om te onderzoeken wat het experiment oplevert in vergelijking met reguliere bekostiging. Het ontbreekt aan een objectieve en vergelijkbare nulmeting van de situatie voor het experiment. Daarnaast is er geen representatieve controlegroep. De groep zorgaanbieders buiten het experiment bestaat vrijwel helemaal uit niet-gecontracteerde zorgaanbieders en deze vertegenwoordigen een relatief klein deel van de totale omzet. Om bovenstaande redenen richt het onderzoek zich uitsluitend op wat er binnen het experiment gebeurt.

Daarnaast zien we dat het experiment in feite in twee onderdelen uiteenvalt. Enerzijds een grote groep die alleen gebruik maakt van het integraal uurtarief en daarnaast een kleine groep die werkt met integrale tarieven voor een langere periode dan een uur. In dit rapport lichten we toe welke verschillen we zien tussen het werken met deze tarieven en het werken met een integraal uurtarief. In het onderzoek richtten we ons op alle partijen die afspraken maken binnen het experiment.

Omdat het integrale uurtarief in de sector de gebruikelijke manier van bekostigen is, hebben we ons in de interviews met name gericht op de partijen die werken met een integraal tarief voor een langere periode. Dit brengt een bepaalde *bias* met zich mee, omdat de zorgaanbieders die werken met zo'n tarief niet representatief zijn voor alle zorgaanbieders. Het betreft vaak grotere zorgaanbieders die een goede relatie hebben met zorgverzekeraars en al vooroplopen in hun bedrijfsvoering en in hun vakgebied.

Verder blijkt het lastig om de invloed van het experiment te onderscheiden van andere ontwikkelingen. Er spelen verschillende ontwikkelingen in de wijkverpleging parallel aan het experiment, bijvoorbeeld de krapte op de arbeidsmarkt, de invoering van de nieuwe registratiestandaard, een toename in aantal cliënten en de complexiteit van zorgvragen. Daarnaast is er een bredere beweging waarbij de focus steeds meer komt te liggen op zelfredzaamheid; van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Toch hebben we met name in de interviews een aantal ontwikkelingen goed kunnen bespreken in relatie tot de lopende experimenten.

Contractanalyse

We hebben in totaal 44 contracten opgevraagd bij 9 zorgverzekeringsconcerns. Dit zijn contracten van in totaal 18 zorgaanbieders uit de jaren 2017 en 2019. Op basis van de parameters omzet en tariefsoort zijn uit de Vektis-data zorgaanbieders geselecteerd. Het streven was om te komen tot de volgende verdeling:

Parameter	Te selecteren aantal
Volume + tariefsoort	
- Grote aanbieder	
o Met integraal uurtarief	2
o Met integraal maandtarief	2
- Middelgrote aanbieder	
o Met integraal uurtarief	2
o Met integraal maandtarief	2
- Kleine aanbieder	
o Met integraal uurtarief	2
o Met integraal maandtarief	2
Maximaal aantal aanbieders	12
Aantal contracten per aanbieder	2
Aantal momenten in tijd: 2017 en 2019	2
Maximaal aantal contracten	48

Tabel 5. Selectiecriteria contractanalyse

Omdat er weinig zorgaanbieders zijn die werken met integrale maandtarieven en omdat deze niet verspreid zijn over de verschillende grootteklassen, hebben we gekozen om de contracten van alle zorgaanbieders met integrale maandtarieven mee te nemen in de analyse. In totaal zijn er zeven zorgaanbieders met een integraal maandtarief geïncorporeerd in de contractanalyse. Verder hebben we alle zorgaanbieders die werken met een dagtarief (vier zorgaanbieders) en een weektarief (twee zorgaanbieders) opgenomen in de analyse.

Van de zorgaanbieders die werken met een integraal uurtarief hebben we een steekproef van zes zorgaanbieders getrokken op basis van grootteklasse en spreiding van dominante zorgverzekeraar. Hiervoor hebben we zorgaanbieders ingedeeld naar omzetklasse op basis van hun Algemeen Bedrijven Register (ABR) kenmerk. Binnen dit register, afkomstig van het CBS, zijn verschillende onderdelen (bijvoorbeeld verschillende locaties) van een zorgaanbieder toegeschreven aan eenzelfde kenmerk. Voor alle zorgaanbieders zonder te koppelen ABR-kenmerk is de AGB-code van de indiener van de declaratie als aanbieder kenmerk gehanteerd. Zorgaanbieders zijn aan een omzetklasse toegewezen op basis van cumulatieve hoeveelheid omzet: elke omzetklasse (klein, middelgroot, groot) representeert circa eenderde van de totale omzet. Hierbij is de omzet uit pgb's buiten beschouwing gelaten. We hebben het percentage omzet gedefinieerd per zorgaanbieder, per type prestatie (reguliere prestaties, experiment uur, experiment dag, experiment week, experiment maand) en enkel zorgaanbieders met minstens 50% omzet uit experiment-uurprestaties behouden voor de selectie. Per grootteklasse zijn vervolgens willekeurig twee zorgaanbieders geselecteerd. Hierbij is als selectieregel toegepast dat twee zorgaanbieders worden geselecteerd waarbij een verschillende kleine zorgverzekeraar de dominante zorgverzekeraar is. Dit leidt tot de volgende verdeling over de verschillende experiment prestaties:

Zorgaanbieders met integraal tarief per uur	6
Zorgaanbieders met integraal tarief per dag	4
Zorgaanbieders met integraal tarief per week	2
Zorgaanbieders met integraal tarief per maand	7
Totaal	19¹⁵

Tabel 6. Selectie zorgaanbieders per prestatie

Per geselecteerde zorgaanbieder is bepaald met welke twee zorgverzekeraars de grootste contracten gesloten zijn, op basis van gedeclareerde omzet in Vektis. De zorgverzekeraars zijn middels een informatieverzoek gevraagd om de contracten met de betreffende zorgaanbieders voor 2017 en 2019 aan te leveren bij de NZa. Omdat een aantal zorgaanbieders in 2017 nog niet werkten met de experimentprestaties of slechts met één zorgverzekeraar experimentafspraken hebben, zijn er in totaal 44 contracten opgevraagd. Deze contracten hebben we kwalitatief geanalyseerd.

Vragenlijst

Via een online vragenlijst zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars die actief zijn in de wijkverpleging naar hun ervaringen met het experiment gevraagd (zie bijlage 2 en 3 voor de gebruikte vragenlijsten). De vragenlijst is uitgezet via de NZa en de branchepartijen ActiZ, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland. De vragenlijst is ingevuld door 10 van de 11 zorgverzekeringconcerns. Eén kleine zorgverzekeraar heeft de vragenlijst niet ingevuld. Wij beschouwen de respons van de zorgverzekeraars als representatief. De vragenlijst is daarnaast door 22 zorgaanbieders ingevuld. De 22 zorgaanbieders representeren samen ruim 11% van de omzet wijkverpleging in 2018 (exclusief pgb). Daarnaast behoren 15 van de 22 respondenten tot de top 100 grootste zorgaanbieders binnen de wijkverpleging. Deze 100 zorgaanbieders leveren in 2018 samen 78% van de omzet wijkverpleging (excl. pgb). Eén van de respondenten heeft aangegeven geen afspraken te hebben binnen het experiment. Elf zorgaanbieders werken uitsluitend met een integraal uurtarief. Voor zorgaanbieders die met een integraal uurtarief werken, geeft de vragenlijst geen representatief beeld. Twee zorgaanbieders hebben aangegeven te werken met integrale dagtarieven, en acht zorgaanbieders met integrale maandtarieven. Voor de kleine groep zorgaanbieders die een maandtarief hebben afgesproken is de respons wel representatief.

Interviews

Ter verdieping op de vragenlijst hebben we zes zorgverzekeraars en zes zorgaanbieders geïnterviewd. We hebben hiervoor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders geselecteerd die (onder andere) werken met integrale

¹⁵ Eén zorgaanbieder is zowel geselecteerd als zorgaanbieder met integraal tarief per uur als zorgaanbieder met integraal tarief per dag. Dit maakt dat er 18 verschillende zorgaanbieders geselecteerd zijn. Daarnaast zijn er onder de zorgaanbieders die werken met een dag-, week- of maandtarief vier zorgaanbieders die ook werken met een integraal uurtarief. Dat is niet opgenomen in deze tabel.

maandtarieven. Met één zorgaanbieder die werkt met integrale maandtarieven is het vanwege tijd technische redenen niet gelukt om een interview te houden.

Vektis analyses

In paragraaf 2.1 en 2.2 worden cijfers getoond die zijn gebaseerd op Vektis declaratiegegevens. Dit betreft gegevens van het jaar 2016 t/m Q2 2019.

Voor de verhouding in omzet tussen de reguliere beleidsregel en (type) experiment beleidsregel wordt de indeling van prestatiecodes uit onderstaande tabel gebruikt. Prestaties uit de beleidsregels intensieve kindzorg en regiefunctie complexe wondzorg zijn niet meegenomen.

Type beleidsregel	Prestatiecodes
Regulier - regulier	1000 t/m 1005, 1015, 1017 t/m 1019, 1023, 1047, 1049
Regulier - pgb	1008 t/m 1013, 1016, 1020 t/m 1022, 1053, 1054
Experiment – per uur	1026, 1031 t/m 1038
Experiment – per dag	1027
Experiment – per week	1042 t/m 1046
Experiment – per maand	1028, 1050 t/m 1052, 1055 t/m 1061

Tabel 7. Prestatiecode indeling zoals gehanteerd in de analyses

Elke declaratieregule bevat een tariefveld, met het geldende tarief voor die declaratie. Voor de berekening van de gemiddelde tarieven zijn alleen declaratieregels meegenomen waarbij dit tariefveld overeenkomt met het vergoede bedrag gedeeld door het aantal uitgevoerde prestaties. Onderstaande tabel geeft het aandeel van de prestaties weer waarop de weergegeven gemiddelde tarieven zijn bepaald:

	2016	2017	2018	2019
Per uur	72.3%	80.9%	78.0%	78.7%
Per dag	-	-	97.4%	95.%
Per maand	-	-	95.3%	98.2%

Tabel 8. Percentage prestaties gebruikt voor berekening gemiddelde tarieven

Het gemiddelde tarief is berekend op basis van aantal gedeclareerde prestaties. Voor de integrale tarieven per uur wordt in eenheden van vijf minuten gedeclareerd. Het tarief per vijf minuten is vermenigvuldigd met twaalf om tot uurtarieven te komen. De tariefhoogte per omzetklasse is enkel weergegeven voor 2018. De zorgaanbidders zijn op dezelfde wijze als omschreven bij de contractanalyse toegewezen aan een omzetklasse.

Bijlage 2 Vragenlijst zorgaanbieders

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert onderzoek uit naar een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Onderdeel van dit onderzoek is de evaluatie van de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging ([BR/REG-19144](#)). De NZa gebruikt de resultaten van deze evaluatie voor het vormgeven van een nieuwe bekostiging of het aanpassen van de huidige bekostiging. In deze vragenlijst vragen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars die actief zijn in de wijkverpleging naar hun ervaringen met dit experiment. Hoort u bij deze doelgroep? Vul de vragenlijst in! Uw gegevens worden geanonimiseerd verwerkt.

1. Heeft u in 2019 of in de andere jaren dat het experiment liep (2016, 2017, 2018) contracten afgesloten op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Ja, in 2016 (ga naar vraag 5).
 - Ja, in 2017 (ga naar vraag 5).
 - Ja, in 2018 (ga naar vraag 5).
 - Ja, in 2019 (ga naar vraag 5).
 - Nee (ga naar vraag 2).

A. *Geen contracten binnen het experiment*

2. Had u wel contracten af willen sluiten op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Ja (ga naar vraag 3).
 - Nee (zie vraag 4).
3. Waarom heeft u **geen** contracten afgesloten op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V terwijl u dat **wel** wilde?
 - De zorgverzekeraar was daartoe niet bereid.
 - De zorgverzekeraar heeft geen aanbod gedaan.
 - Ik voldoe niet aan de eisen die zorgverzekeraar stelt.
 - Anders, namelijk:
4. Waarom wilt u **geen** contracten afsluiten op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Ik lever bewust geen gecontracteerde zorg.
 - Ik zie de waarde van het experiment voor de zorgverlening niet in.
 - Het experiment biedt mij geen enkel voordeel.
 - Anders, namelijk:

B. *Wel contracten binnen het experiment*

5. Wat zijn voor u redenen om contracten af te sluiten op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Op verzoek van de zorgverzekeraar.
 - Minder administratieve lasten.
 - Meer vrijheden binnen het experiment/meer ruimte voor innovatie.
 - Financieel voordeel.
 - Biedt meer ruimte voor betere zorgverlening.
 - Anders, namelijk:
6. Welk prestatie(s) heeft u afgesproken op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Integraal uurtarief.

- Integraal dagtarief.
 - Integraal weektarief.
 - Integraal maandtarief.
 - Anders, namelijk:
7. Waarom kiest u voor deze prestatie (integraal uur-, dag-, week-, of maandtarief)?
8. Ervaart u belemmeringen om te kiezen voor een integraal tarief per dag, week of maand?
- Nee.
 - Ja, belemmeringen vanuit de interne organisatie.
 - Ja, belemmeringen vanuit de accountant.
 - Ja, belemmeringen vanuit de zorgverzekeraar.
 - Ja, belemmeringen vanuit de regelgeving.
 - Anders, namelijk:
9. Hebben systeemfuncties zoals beschikbaarheid en coördinatie van acute nachtzorg, preventie en coördinatie van zorg een plek binnen het experiment?
- Ja.
 - Nee.
10. Licht uw antwoord toe.
11. Welke doelen wilde u met de experimentafspraken bereiken?
- Verhoging doelmatigheid van zorg.
 - Verhoging kwaliteit van zorg.
 - Stimuleren innovatie/e-health.
 - Vermindering van administratieve lasten.
 - Stimuleren van preventie.
 - Anders, namelijk:
12. Zijn deze doelen gerealiseerd?
- Ja.
 - Nee.
13. Licht uw antwoord toe.
14. Lopen de gesprekken/afspraken met de verzekeraar over de contractering beter wanneer er een contract op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V is afgesloten?
- Nee, er is geen verschil.
 - Nee, het ging moeizamer.
 - Ja, het ging beter.
 - Ja, het ging beter, we hebben een afspraak voor meerdere jaren.
15. Licht uw antwoord toe.
16. Hoe verantwoordt u de geleverde zorg aan uw dominante zorgverzekeraar?
- Registratie per 5 minuten.
 - Zorgplan = planning = realisatie, tenzij.
 - Dubbele registratie (antwoordoptie a en b).
 - Anders, namelijk:

17. Hoe ervaart u de administratieve lasten in de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V in vergelijking met de administratieve lasten vóór het experiment?
- Ik ervaar meer administratieve lasten.
 - Ik ervaar minder administratieve lasten.
 - Ik ervaar dezelfde administratieve lasten.
18. Licht uw antwoord toe.
19. Wat zijn de ervaringen van zorgverleners in uw organisatie met het werken met een integraal (uur/dag/week/maand)tarief?
- Zeer tevreden.
 - Tevreden.
 - Neutraal.
 - Ontevreden.
 - Zeer ontevreden.
20. Licht uw antwoord toe.
21. Wat merken cliënten ervaren dat uw organisatie werkt met bekostiging op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V (integraal uur/dag/week/maand tarief)?
22. Welke invloed heeft het experiment op de wachttijden voor wijkverpleging?
- Geen.
 - Wachttijden worden korter.
 - Wachttijden worden langer.
23. Licht uw antwoord toe.
24. Hoe denkt u over het risico op onderbehandeling en risicoselectie in de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V en hoe stuurt u op het tegengaan hiervan?
25. Wat is uw algemene oordeel over de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
- Zeer tevreden.
 - Tevreden.
 - Neutraal.
 - Ontevreden.
 - Zeer ontevreden.
26. Licht uw antwoord toe.
27. Wat zijn succesvolle elementen van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V die u terug wilt zien in de nieuwe bekostiging?
28. Welke elementen of mogelijkheden mist u binnen de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V die u wel terug wilt zien in de nieuwe bekostiging?

Bijlage 3 Vragenlijst zorgverzekeraars

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert onderzoek uit naar een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Onderdeel van dit onderzoek is de evaluatie van de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging ([BR/REG-19144](#)). De NZa gebruikt de resultaten van deze evaluatie voor het vormgeven van een nieuwe bekostiging of het aanpassen van de huidige bekostiging. In deze vragenlijst vragen we naar ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die actief zijn in de wijkverpleging. Hoort u bij deze doelgroep? Vul de vragenlijst in! Uw gegevens worden geanonimiseerd verwerkt.

1. Hebt u aan zorgaanbieders een contract aangeboden op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V dat door hen is geweigerd?
 - Ja.
 - Nee.
2. Zo ja, wat is daarvoor de reden?
3. Wat zijn voor u redenen om te contracteren op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Minder administratieve lasten.
 - Meer mogelijkheden/vrijheden binnen het experiment.
 - Financieel voordeel.
 - Biedt meer ruimte voor betere zorgverlening.
 - Naleven Bestuurlijk Akkoord wijkverpleging.
 - Anders, namelijk:
4. Welke doelen wilde u met de experimentafspraken bereiken?
 - Verhoging doelmatigheid van zorg.
 - Verhoging kwaliteit van zorg.
 - Stimuleren van innovatie/e-health.
 - Stimuleren van preventie.
 - Anders, namelijk:
5. Zijn deze doelen gerealiseerd?
 - Ja.
 - Nee.
6. Licht uw antwoord toe.
7. Welke prestaties heeft u afgesproken op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
 - Integraal uurtarief.
 - Integraal dagtarief.
 - Integraal weektarief.
 - Integraal maandtarief.
 - Anders, namelijk:
8. Waarom kiest u voor een integraal uurtarief of voor een integraal tarief voor een langere periode?
9. Ervaart u belemmeringen om een integraal tarief per dag, week of maand overeen te komen?

- Nee.
- Ja, belemmeringen vanuit de interne organisatie.
- Ja, belemmeringen vanuit de accountant.
- Ja, belemmeringen vanuit de zorgaanbieder.
- Ja, belemmeringen vanuit de regelgeving.
- Anders, namelijk:

10. Heeft u de wens om in de toekomst (vaker) een integraal tarief voor een langere periode (dag, week, maand of langer) overeen te komen?

11. Welk totaalbedrag heeft u in 2019 per prestatie gecontracteerd met alle aanbieders met wie u afspraken gemaakt heeft op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?

- *Prestatie: integraal tarief per uur*
Totaal gecontracteerd bedrag:
- *Prestatie: integraal tarief per dag*
Totaal gecontracteerd bedrag:
- *Prestatie: integraal tarief per week*
Totaal gecontracteerd bedrag:
- *Prestatie: integraal tarief per maand*
Totaal gecontracteerd bedrag:

12. Wij zien dat zorgverzekeraars met grote zorgaanbieders in het algemeen hogere tarieven afspreken dan met kleine aanbieders. Wat zijn hiervoor volgens u de belangrijkste redenen?

13. Hebben systeemfuncties zoals beschikbaarheid en coördinatie van acute nachtzorg, preventie en coördinatie van zorg een plek binnen het experiment?

- Ja.
- Nee.

14. Licht uw antwoord toe.

15. Waarvoor gebruikt u patiëntkenmerken, zoals de ZN-clientdoelgroepen, die door zorgaanbieders aangeleverd worden?

- Voor onderbouwing van tarief.
- Voor het maken van inhoudelijke afspraken.
- Voor het werken met benchmarkgegevens.
- Anders, namelijk:

16. Lopen de gesprekken/afspraken met de zorgaanbieder over de contractering beter wanneer er een contract op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V is afgesloten?

- Nee, er is geen verschil.
- Nee, het ging moeizamer.
- Ja, het ging beter.
- Ja, het ging beter, we hebben een afspraak voor meerdere jaren.

17. Ziet u verschillen in kwaliteit, patiënttevredenheid en doelmatigheid tussen aanbieders met een integraal tarief per uur en aanbieders met een integraal tarief voor een langere periode (dag, week, maand)?

- Ja.
- Nee.
- Niet van toepassing.

18. Licht uw antwoord toe.
19. Hoe vraagt u verantwoording over de geleverde zorg bij de verschillende prestaties op basis van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
- Registratie per 5 minuten.
 - Zorgplan = planning = realisatie, tenzij.
 - Dubbele registratie (antwoordoptie a en b).
 - Anders, namelijk:
20. Hoe ervaart u de administratieve lasten in de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V in vergelijking met de administratieve lasten vóór het experiment?
- Ik ervaar meer administratieve lasten.
 - Ik ervaar minder administratieve lasten.
 - Ik ervaar dezelfde administratieve lasten.
21. Welke invloed heeft het experiment op de wachttijden voor wijkverpleging?
- Geen.
 - Wachttijden worden korter.
 - Wachttijden worden langer.
22. Licht uw antwoord toe.
23. Hoe denkt u over het risico op onderbehandeling en risicoselectie in de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V en hoe stuurt u op het tegengaan hiervan?
24. Wat is uw algemene oordeel over de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
- Zeer tevreden.
 - Tevreden.
 - Neutraal.
 - Ontevreden.
 - Zeer ontevreden.
25. Licht uw antwoord toe.
26. Wat zijn succesvolle elementen van de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?
27. Welke elementen of mogelijkheden mist u binnen de Beleidsregel Experiment bekostiging V&V?