

Vergaderjaar 2018–2019

23 235

Thuiszorg

Nr. 184

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag 10 september 2019)

In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is door alle partijen aangegeven dat zij de groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk vinden (Kamerstuk 29 689, nr. 91). Partijen hebben in het Hoofdlijnenakkoord gezamenlijk afspraken gemaakt om contractering te bevorderen en om de omvang van niet-gecontracteerde zorg te doen dalen. Zo zijn afspraken gemaakt over hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter contact met elkaar hebben en houden, zowel bij de contractering zelf als door het jaar heen en zowel over de kwaliteit als over het verbeteren van de informatie aan de cliënt. Met deze afspraken willen partijen het proces van contracteren verbeteren en willen zij het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om een contract af te sluiten.

Met partijen is afgesproken dat de NZa de ontwikkelingen in het contracteerproces monitort. Vektis rapporteert over cijfermatige ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg. Op basis van deze monitors bespreken de partijen samen of het contracteerproces verbetert en waar mogelijkheden zijn voor verdere verbetering.

Bijgaand ontvangt u een verdiepend onderzoek naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om wel of niet een contract te sluiten¹. Dit onderzoek is in opdracht van de NZa uitgevoerd en vormt het tweede deel van de Monitor contractering wijkverpleging 2019², conform de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn:

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars noemen ten dele dezelfde redenen om geen contract aan te gaan, namelijk dat de aanbieder niet voldoet aan de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar als contractvoorwaarde opneemt en dat aanbieder niet voldoet aan de eis van minimumomzet.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Kamerstuk 29 689, nr. 984.

Aanbieders noemen daarnaast lage aangeboden tarieven, een laag omzetplafond, gebrek aan contractonderhandeling, en administratieve lasten als redenen om geen contract aan te gaan. Andere door zorgaanbieders genoemde redenen zijn dat de zorgverzekeraar al genoeg zorg heeft ingekocht in de regio en dat er weinig cliënten zijn verzekerd bij de betreffende zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars noemen het ontbreken van een innovatief aanbod bij de aanbieder, het ontbreken van een integraal zorgaanbod, het niet doorstaan van een integriteitstoets, en vermoedens van fraude.

De al eerder gepubliceerde Monitor contractering 2019 en dit aanvullende, verdiepende onderzoek geven een aantal handvatten die partijen kunnen oppakken om het contracteren aantrekkelijker te maken. Ik ga hierover met partijen het gesprek aan.

Zoals eerder aangegeven bereid ik momenteel ook een wetsvoorstel voor, in lijn met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Daarin is afgesproken dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken. De wetswijziging biedt de *mogelijkheid* om voor bepaalde (deel-) sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. In de tussentijd moet op basis van de jaarlijkse inhoudelijke analyse van het contracteerproces door de NZa en de reguliere meting van de contracteergraad door Vektis als ook de bestuurlijk weging hiervan, meer duidelijkheid ontstaan over hoe de contracteergraad zich ontwikkelt en wat daarvan de achtergrond is. Op basis daarvan kan het kabinet in een volgende fase besluiten of en wanneer deze kan-bepaling nader wordt ingevuld en geëffectueerd. Dat is nu nog niet aan de orde.

Samenvatting van de resultaten

Het verdiepende onderzoek over redenen om wel of niet een contract aan te gaan is aangekondigd in de brief over bevorderen van contracteren van 9 november 2018³ en tijdens het Algemeen Overleg op 14 november 2018 nader met u besproken (Kamerstuk 29 689, nr. 955). U heeft tijdens dit overleg gevraagd om een zorgvuldige analyse, omdat volgens uw Kamer pas gekeken kan worden welke oplossingsrichting passend is, als duidelijk is wat de redenen zijn voor het niet sluiten van een contract. Ook heeft uw Kamer via een motie aangegeven dat het wenselijk is om ook wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn als zelfstandigen in dit onderzoek te betrekken⁴. Aan deze motie heb ik gehoor gegeven door ten behoeve van het onderhavige onderzoek ook zzp'ers te interviewen.

Uit het onderzoek komen de volgende bevindingen naar voren.

Instellingen en zzp'ers noemen als belangrijke reden om geen contract aan te gaan dat ze het aangeboden omzetplafond ontoereikend vinden, dat ze niet kunnen of niet willen voldoen aan de minimale kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar als contractvoorwaarden stelt, dat ze de aangeboden tarieven te laag vinden en dat er geen contractonderhandeling mogelijk is met de zorgverzekeraar. Andere door zorgaanbieders genoemde redenen zijn dat de

³ Kamerstuk 29 689, nr. 941.

⁴ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 944.

zorgverzekeraar al genoeg zorg heeft ingekocht in de regio en dat er weinig cliënten zijn verzekerd bij de betreffende zorgverzekeraar. Zzp'ers benoemen daarnaast als redenen de administratieve lasten rond het contracteerproces.

Zorgverzekeraars noemen als redenen om geen contract aan te gaan het niet voldoen aan de kwaliteitseisen door de zorgaanbieder, het ontbreken van een innovatief aanbod bij de aanbieder, het ontbreken van een integraal zorgaanbod, het niet doorstaan van de integriteitstoets, en vermoedens van fraude.

Deze resultaten komen overeen met eerdere onderzoeken naar redenen om geen contract aan te gaan. Het onderzoek is minder diepgravend geweest dan de bedoeling was. De bedoeling was de eerdere NZA-monitor te verdiepen door op casusniveau ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te spiegelen. Met uitzondering van één aanbieder, gaven aanbieders echter geen toestemming aan de onderzoekers om hun gegevens door te spreken met de zorgverzekeraar. De onderzoekers hebben daarom geanonimiseerd de gegevens met de zorgverzekeraar moeten delen waardoor geen hoor- en wederhoor van specifieke casussen mogelijk was. Hierdoor zijn de bevindingen algemener en minder casusgebonden en heeft het onderzoekstraject ook geen effect kunnen sorteren in termen van een beter gesprek tussen partijen over een concrete casus.

De NZa concludeerde in haar monitor dit voorjaar dat, in vergelijking met voorgaande jaren, de gecontracteerde aanbieders duidelijk tevredener zijn over het contracteerproces, en dan met name over de vermindering van de administratieve lasten. Tegelijkertijd wees de NZa op een aantal verbeterpunten, die voor een deel ook terugkomen in bijgevoegd onderzoek, om drempels voor contractering weg te nemen. Zo is het belangrijk dat zorgverzekeraars kritisch blijven kijken naar de administratieve lasten die met contractering gepaard gaan. Ook kunnen zij afwijzingen beter onderbouwen. Ook kleine aanbieders moeten in aanmerking kunnen komen voor een contract; zorgverzekeraars kunnen de eis van minimale omzet kritisch tegen het licht houden. Aanbieders kunnen de kwaliteit van hun dienstverlening verder verbeteren en ervoor zorgen dat zij voldoen aan de kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen, die veelal samenhangen met het Normenkader van V&VN en/of het Kwaliteitskader wijkverpleging. Een voorbeeld van zo'n contracteis is dat een hbo-verpleegkundige verbonden is aan de aanbieder voor de indicatiestelling en de organisatie van de zorgverlening. Uit het rapport blijkt verder dat sommige antwoorden die aanbieders geven waarom zij geen contract aangaan onjuist zijn (bijvoorbeeld dat een contract met zorgverzekeraars vijfminutenregistratie zou vereisen). Dit impliceert dat ook via het vergroten van kennis en goede voorlichting (vermeende) drempels weggenomen kunnen worden.

Voor een deel laat het onderzoek ook zien dat er geen contract wordt gesloten omdat de belangen van de partijen te ver uiteen liggen. Voorbeelden daarvan zijn een zorgverzekeraar die een omzetplafond hanteert om de kosten in de hand te houden, terwijl een aanbieder juist wil groeien; een zorgverzekeraar die een doelmatigheidseis als contractvoorwaarde opneemt terwijl een aanbieder geen bemoeienis wenst van de zorgverzekeraar wat betreft het gemiddeld aantal uren zorg per patiënt; een aanbieder die alleen specifieke wijkverpleging (bijvoorbeeld palliatieve terminale zorg) wil leveren terwijl de zorgverzekeraar alleen aanbieders contracteert met een integraal zorgaanbod om te voorkomen dat er meer dan één aanbieder betrokken is bij een cliënt.

Voor de cliënt wijkverpleging is het belangrijk dat hij of zij zorg krijgt die van goede kwaliteit is en toegankelijk is, binnen redelijke termijn en afstand. En natuurlijk moet de zorg professioneel worden verleend en georganiseerd. Niet alleen in elk afzonderlijk onderdeel van de zorg en ondersteuning, maar zorgverleners moeten ook goed samenwerken zodat de zorg ook in samenhang wordt verleend, zeker voor kwetsbare mensen. Goede, betaalbare en toegankelijke zorg vraagt om goede afspraken tussen verzekeraars en aanbieders. Die afspraken worden in de regel vastgelegd in contracten, waarin zij afspraken maken over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Zo kunnen zij samen invulling geven aan thema's zoals de juiste zorg op de juiste plek, kwaliteit, wachttijden en administratie. Daarom vind ik het belang dat drempels om een contract af te sluiten worden weggenomen. De Monitor contractering 2019 en het bijgaand onderzoeksrapport geven een aantal handvatten die partijen kunnen oppakken om het contracteren aantrekkelijker te maken. Daarover ga ik – conform de afspraken van het hoofdlijnenakkoord – de afspraken aan met partijen. De Nza brengt volgend jaar opnieuw een monitor uit.

Uit dit onderzoek blijkt dat partijen soms niet tot een contract komen omdat belangen te ver uiteen liggen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben andere belangen daar waar zorgaanbieders willen kunnen groeien of geen inmenging willen daar waar het de doelmatigheid van de zorg betreft, terwijl zorgverzekeraars de wettelijke opdracht hebben om de zorgkosten betaalbaar te houden. Ik vind het van belang dat zorgverzekeraars deze opdracht waar kunnen maken, juist ook in het licht van schaarste aan personeel en middelen. Het kan niet zo zijn dat we op één plek te veel zorg leveren en dat op een andere plek mensen verstoken blijven van zorg. De beschikbare zorg moet eerlijk verdeeld worden en de solidariteit niet onnodig op de proef worden gesteld.

Naast de maatregelen die genomen worden in het kader van bevorderen contracteren zijn ook andere trajecten van belang om de kwaliteit en doelmatigheid van de wijkverpleegkundige zorg te verbeteren, zoals de implementatie van het Kwaliteitskader wijkverpleging, een verbetering van de indicatiestelling, een steviger screening van nieuwe aanbieders in het kader van de Wtza, en het aanpassen van de bekostiging van de wijkverpleging waardoor de volume prikkel (die de huidige bekostiging kent) wordt verminderd. Zie mijn brief van 5 september 2019⁵ voor een stand van zaken op deze onderwerpen. De NZa noemt in de aanbiedingsbrief ook de bestrijding van fraude. De NZa is samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Inspectie SZW, het Openbaar Ministerie, FIOD en zorgverzekeraars een pilot gestart om gezamenlijk misbruik, fraude en zorgverwaarlozing in de wijkverpleging aan te pakken. Door samen te werken en informatie te delen, optimaliseren deze partners de kans dat men de juiste casuïstiek selecteert en aanpakt. U ontvangt einde september een tweede voortgangsrapportage Rechtmatige zorg 2018–2021 voor een overzicht van acties voor de sector wijkverpleging om fouten en fraude aan te pakken.

Zoals eerder aangegeven bereidt het kabinet ook een wetswijziging voor die de overheid de mogelijkheid biedt om voor bepaalde (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere)

⁵ Kamerstuk 23 235, nr. 183.

regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan zorgverzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Deze wetswijziging zal in het najaar aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge