



Monitor contractering wijkverpleging 2022



Update 24 maart 2022

Inhoudsopgave

Samenvatting en aanbevelingen		4
Samenvatting		4
Aanbevelingen		5
1	Kerncijfers in de wijkverpleging	7
2	Ontwikkelingen ongecontracteerde zorg	10
2.1	Ongecontracteerde wijkverpleging 2016-2020	10
2.2	Waarom partijen geen contract afsluiten	11
2.3	Informeren cliënten ongecontracteerde zorg	12
3	Toekomstbestendigheid	13
3.1	Doelmatigheid	13
3.2	Kwaliteit	13
3.3	Digitale zorg	14
3.4	Arbeidsmarkt	15
3.5	Afspraken gespecialiseerde wijkverpleging	15
4	Preventie, wijkgericht werken, Herkenbare en Aanspreekbare teams	17
4.1	Preventie en wijkgericht werken	17
4.2	Verpleegkundig thuiszorgtechnologie team	17
4.3	Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	17
4.4	Onplanbare nachtzorg	18
4.5	Ziekenhuisverplaatste zorg	18
5	Contracteerproces 2022	19
5.1	Tevredenheid contracteerproces	19
5.2	Contact	20
6	Tarieven	22
6.1	Tariefopbouw	22
6.2	Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA)	22
6.3	Kostprijsverhogende ontwikkelingen	23

7	Contracteerproces 2021	24
7.1	Bijcontractering	24
7.2	Cliëntenstops	24
8	Overig	26
8.1	Experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging	26
8.2	Risicoselectie	26
8.3	Experiment Verpleging en Verzorging	27

Samenvatting en aanbevelingen

Wij onderzoeken in deze monitor de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering maken naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord 2019-2022. Dit is hiermee de laatste monitor van dit hoofdlijnenakkoord. Hieronder onze bevindingen in hoofdlijnen.

Samenvatting

Het volume van zorg

In het kader van de beweging naar passende zorg, zou een stijgend of tenminste gelijkblijvend volume in de wijkverpleging verwacht mogen worden. De voorlopige cijfers van 2021 duiden erop dat het aantal unieke cliënten in 2021 nog niet op het oude niveau is en zo'n 1,5% lager ligt dan in 2018. Dit is een andere beweging dan we in het kader van de beweging naar passende zorg verwachtten. De vraag is wat de oorzaak is en of er belemmeringen zijn voor cliënten in de toegankelijkheid van de wijkverpleging. De NZa overlegt met de taakgroep contractering wijkverpleging over nader onderzoek.

Uit de cijfers van Vektis blijkt dat het volume ongecontracteerde zorg is sterk gedaald van 2018 naar 2019s. Van 2019 naar 2020 is een kleine daling te zien. Het gemiddeld aantal uren zorg dat ongecontracteerde zorgaanbieders bieden ligt nog steeds ver boven het aantal uren bij gecontracteerde partijen: 33 uur per maand bij ongecontracteerde zorg tegenover 14 uur per maand bij gecontracteerde zorg. De doelgroep verschilt in zoverre dat ongecontracteerde zorg relatief meer cliënten met diabetes en minder cliënten met dementie kent dan gecontracteerde zorg. Daarnaast concentreert ongecontracteerde zorg zich in verstedelijkt gebied in de lagere sociale milieus. We zien dat cliënten die ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging ontvangen ook hogere zorgkosten maken bij medisch specialistische zorg, farmacie en hulpmiddelen dan cliënten bij gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Zzp'ers (zelfstandig declarerend) in de wijkverpleging blijken vrijwel uitsluitend ongecontracteerde zorg te leveren.

Contracteerproces

In de periode 2018-2020 zien we dat zorgaanbieders in het algemeen meer tevreden zijn over het contracteerproces. In 2021 kwam dit tot stilstand. De meeste zorgverzekeraars zijn tevreden over het zorginkoopproces. Met name over de ruimte voor maatwerk en het gelijkwaardige gesprek met de zorgaanbieder. Wel zien we dat de ontevredenheid over het contracteerproces over 2022 bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders is gestegen. Met name kleine zorgaanbieders zijn ontevreden over het contracteerproces. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn met name ontevreden over de onderhandelingen over het tarief. Voor zorgaanbieders is het ontbreken van ruimte voor onderhandelingen over het tarief de grootste reden voor ontevredenheid. Zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders tijdens de onderhandelingen vooral gefocust zijn op een hoger tarief in plaats van het maken van inhoudelijke contractafspraken.

Bij cliëntenstops verwijzen zorgaanbieders vaker dan vorig jaar naar andere zorgaanbieders. Het aantal zorgaanbieders dat een cliëntenstop meldt bij de zorgverzekeraar is toegenomen. Tijdens de uitvraag van de monitor maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog geen afspraken over het buiten het omzetplafond houden van palliatieve terminale zorg (PTZ) en spoedzorg. Hierover zijn in het bestuurlijk overleg van december 2021 tijdelijke afspraken gemaakt.

Inhoudelijke thema's

Zorgaanbieders melden dat in de gesprekken met zorgverzekeraars veel aandacht gaat naar doelmatigheid. Over kwaliteit, preventie, wijkgericht werken en arbeidsmarkt worden weinig concrete afspraken gemaakt. Partijen maken steeds meer afspraken over digitale zorg. Zorgaanbieders hebben behoefte aan meer uniformiteit in vergoeding en verantwoording. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan meer kwaliteitsindicatoren naast de PREM (Patient Reported Experience Measure).

We zien dat partijen weinig meerjarenafspraken maken in 2022. Terwijl juist voor alle bovenstaande ontwikkelingen afspraken over langere termijn een meerwaarde hebben.

Uit onze vragenlijst blijkt dat van 2020 naar 2021 het aantal zorgaanbieders dat werkt volgens het landelijk kader onplanbare nachtzorg gestegen is van 24% naar 57%. Naar 2022 stagneerde de stijging en werkt 59% van de zorgaanbieders volgens het landelijk kader onplanbare nachtzorg. Er volgt een nader onderzoek van Berenschot om de landelijke dekking in kaart te brengen.

Aanbevelingen

Wijkverpleging is een belangrijke schakel om passende zorg thuis mogelijk te maken, waarbij de wijkverpleegkundige de verbinding kan leggen tussen de persoonlijke situatie van de cliënt, wat hij nodig heeft en de beschikbare zorg. In de wijkverpleging lopen we tegen de grenzen van de toegankelijkheid aan door toenemende vergrijzing in combinatie met groeiende tekorten op de arbeidsmarkt. We staan daarom voor de uitdaging nu stappen te zetten om de wijkverpleging toegankelijk te houden.

In ons advies 'Samen werken aan passende zorg' schrijven we: "Passende zorg vereist dat iedereen zijn rol op de juiste manier vervult. Alleen als we elkaar hieraan houden, kunnen we op grote schaal verbeteringen bereiken in de organisatie én het gepast gebruik van zorg. Partijen in de zorg maken afspraken over wat passende zorg is en hoe deze tot stand komt".

Passende zorg vraagt van partijen, ook in de wijkverpleging, dat zij samenwerken en de zorg rondom de cliënt organiseren. Daarbij is aandacht nodig voor kwaliteit, preventie, versterken en behoud van zelfredzaamheid en innovatie. Partijen maken regionaal afspraken over wat passende zorg is, hoe deze tot stand komt en wie welke rol heeft. Ook in relatie tot andere sectoren zoals huisartsen en het sociaal domein. Het contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is een plek om deze afspraken vast te leggen.

Daaraan draagt bij:

- Leg meer nadruk op afspraken over uitkomst van zorg en kwaliteit.
- Maak de inzet op kwaliteit, preventie, arbeidsmarktkrapte en 'digitaal, tenzij' hoofdthema's.
- Zorg dat er van beide kanten (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) personen aan tafel zitten met inhoudelijke kennis over deze thema's.
- Maak hierover met elkaar lange termijn afspraken in de regio die op elkaar en op het sociaal domein aansluiten. Zorg voor een beweging van zorg uit de ziekenhuizen naar thuis.

We zien in de contractering nog weinig beweging naar meer afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over inzet op die elementen, die wel nodig zijn om de wijkverpleging voor de toekomst toegankelijk te houden. Als per 2024 het merendeel van de gecontracteerde wijkverpleging overgaat op de cliëntprofielen, wordt een concrete stap gezet in de goede richting. Dat draagt bij aan prikkels die gericht zijn op preventie, kwaliteit, stimuleren van zelfredzaamheid, digitalisering en samenwerking binnen de keten.

Concreet, zorgverzekeraar en zorgaanbieder, maak in het contract afspraken met aandacht voor:

- 1 Samenwerking in de regio, met betrokkenheid van partners in de keten en het sociaal domein;
- 2 De beweging van zorg in het ziekenhuis naar thuis, waar dat passend is;
- 3 Kwaliteit en afspraken over hoe die wordt gemeten in relatie tot het kwaliteitskader wijkverpleging;
- 4 Inzetten en concreet invulling geven aan preventie en bevorderen van zelfredzaamheid en de vertaling naar vergoeding daarvan;
- 5 'Digitaal, tenzij' wordt de norm, waarbij de organisatie en verantwoording van het gebruik van digitale instrumenten, waar mogelijk, wordt geüniformeerd en adequate financiering wordt toegepast;
- 6 Voorkomen dat spoedzorg en palliatief terminale zorg kunnen stranden op een cliëntenstop als gevolg van een budgetplafond;
- 7 Meerjarenafspraken maken op punten waar in een aantal jaren een resultaat bereikt wordt, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders daarop een structurele inspanning kunnen leveren.

Deze aanbevelingen zijn in lijn met de aanbevelingen van vorig jaar. Om zicht te krijgen op de mogelijkheden en (meer) beweging te bewerkstelligen in de aanbevelingen organiseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in april 2022 een rondetafelgesprek met inkopers van zorgverzekeraars, verkopers van zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen. De conclusies zullen worden besproken in de taakgroep contractering wijkverpleging en ingebracht bij de volgende ronde hoofdlijnakkoorden.

Passende zorg

De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van de verschillende zorgvormen heen. Wij concentreren ons in deze monitor op de contractering in de wijkverpleging op basis van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Vanwege het aflopen van het hoofdlijnenakkoord is dit de laatste monitor van de contractering in de wijkverpleging in de huidige vorm. In het regeerakkoord staat dat vanaf 2023 met alle zorgsectoren in de Zvw een integraal hoofdlijnenakkoord afgesloten wordt. Dit kan bijdragen aan een integrale benadering van sectoroverstijgende vraagstukken. De monitor contractering wijkverpleging maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap, deel uit van een integrale blik, die nog nader wordt uitgewerkt. De verschillende thema's als contractering, kwaliteit, samenwerking in de regio, digitalisering en preventie hebben daar een plek in.

1 Kerncijfers in de wijkverpleging

De wijkverpleging telt ongeveer 576.000 unieke cliënten in 2020. Het totaal aantal unieke cliënten daalt sinds 2018 maar is nog steeds hoger dan het niveau van 2017. Het totaal aantal cliënten in de wijkverpleging is minder gedaald dan de totale kosten. Hierdoor zijn de kosten per cliënt gedaald.

Figuur 1: aantal cliënten in de wijkverpleging 2016-2020. Let op: y-as begint niet op 0



(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020).

De totale zorguitgaven van wijkverpleging waren 3.346 miljoen euro in 2020. Sinds 2018 merken we een jaarlijkse daling van ongeveer 4% in de zorguitgaven.

Figuur 2: totale kosten in de wijkverpleging 2016-2020. Let op: y-as begint niet op 0

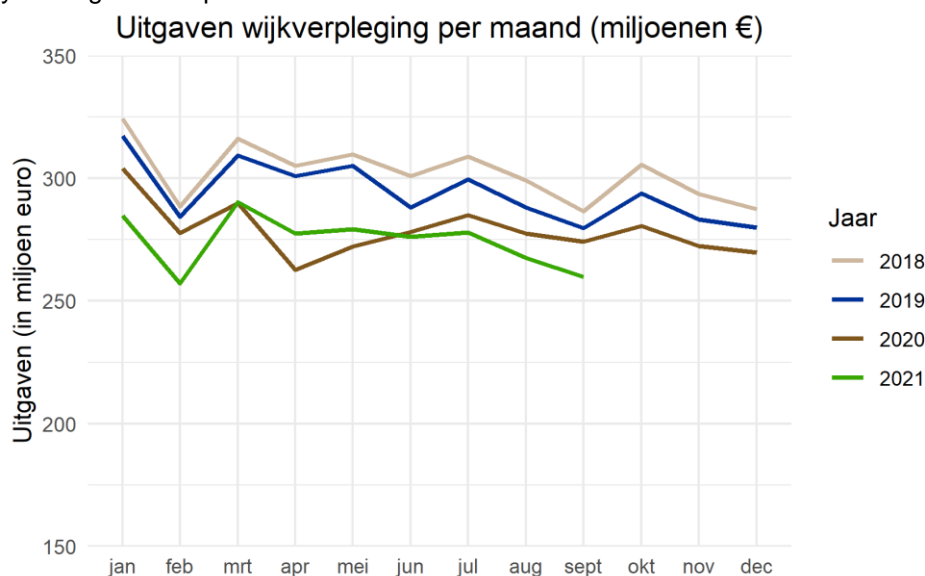


(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020)

In de onderstaande figuren tonen we de ontwikkeling in de totale productie per maand, uitgedrukt in uitgaven en aantal cliënten. In 2020 en 2021 zien we een daling in de uitgaven en het aantal cliënten. We zien in april 2020 een omzetzak van circa 8% ten opzichte van april 2019, vlak na de corona persconferentie van 12 maart 2020 waarin het kabinet oproep om zoveel mogelijk thuis te blijven. Vanaf juni ontstaat er een trend in een productie die gelijk begint te lopen aan de trend in de vergelijkbare periode in 2019. De voorlopige cijfers van 2021 laten zien dat het aantal unieke patiënten in 2021 nog niet op het oude niveau is en zo'n 1,5% lager ligt dan in 2018.

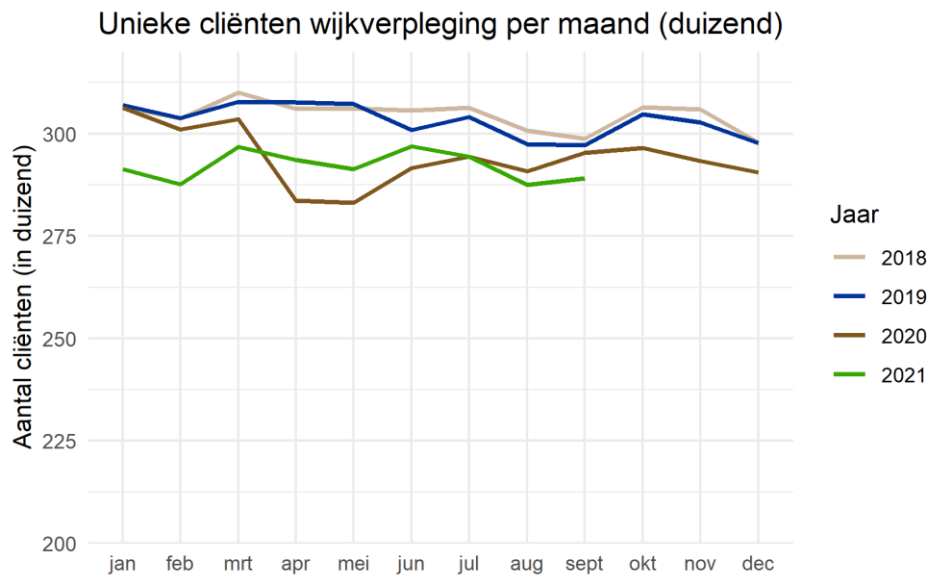
Naar de oorzaken van daling in omzet en unieke cliënten is nader onderzoek nodig. Daarbij zal de focus liggen op cliënten die niet zijn ingestroomd in de wijkverpleging.

Figuur 3: ontwikkeling in de totale productie per maand uitgedrukt in uitgaven en aantal cliënten. Let op: y-as begint niet op 0¹.



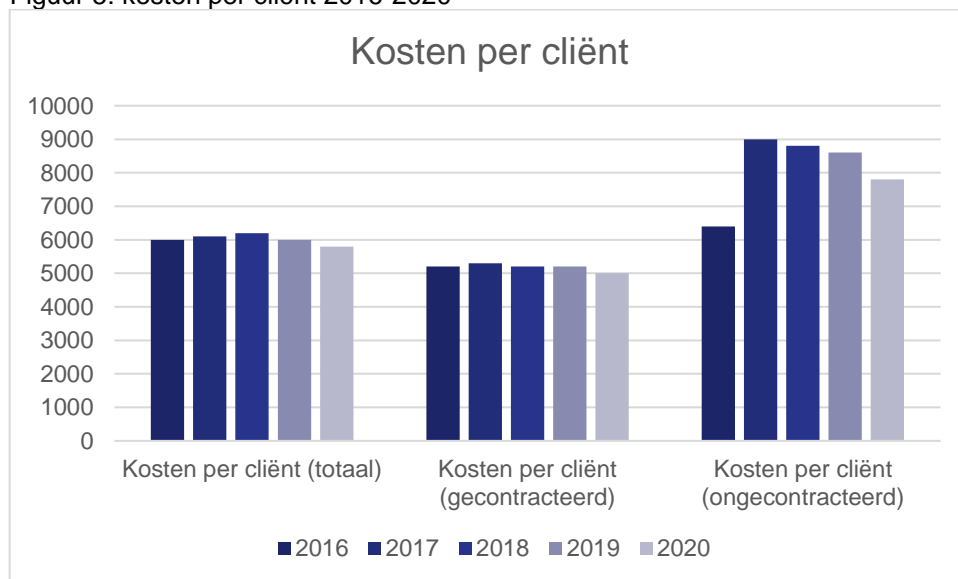
Figuur 4: ontwikkeling in de totale productie per maand uitgedrukt in aantal unieke cliënten. Let op: y-as begint niet op 0¹.

¹ Data van 2021 Q4 zijn nog niet (volledig) beschikbaar.



De gemiddelde kosten per cliënt per jaar dalen tussen 2018 en 2020. Dit komt voornamelijk door de daling van het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt per maand in de ongecontracteerde zorg van 42 uur in 2017 naar 33 uur in 2020. In diezelfde periode daalt het aantal uren gecontracteerde zorg van 16 naar 14 uren per cliënt per maand.

Figuur 5: kosten per cliënt 2016-2020



(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020).

2 Ontwikkelingen ongecontracteerde zorg

2.1 Ongecontracteerde wijkverpleging 2016-2020

In het hoofdlijnenakkoord van 2019-2022 wordt gesproken over het belang van contractering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen in contracten afspraken maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en juiste zorg op de juiste plek. Bij ongecontracteerde zorg is dit niet mogelijk. Daarnaast bleek dat ongecontracteerde zorgaanbieders significant hogere zorgkosten declareren dan gecontracteerde zorgaanbieders. De doelgroepen van gecontracteerde zorg en ongecontracteerde zorg verschillen in zoverre dat bij ongecontracteerde zorg relatief meer cliënten met diabetes en minder cliënten met dementie in zorg zijn dan bij de gecontracteerde zorg. Ongecontracteerde zorg is geconcentreerd in verstedelijkt gebied in de lagere sociale milieus.

We zien dat cliënten die ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging ontvangen hogere zorgkosten maken binnen de medisch-specialistische zorg, farmacie en hulpmiddelen dan cliënten die gecontracteerde zorg krijgen. Mogelijk duidt dit op een zwaardere cliëntpopulatie. Zzp-ers blijken vrijwel uitsluitend ongecontracteerde zorg te bieden. Het hoofdlijnenakkoord beschrijft (mogelijke) acties om het aandeel ongecontracteerde zorg verder te verminderen, zoals het machtigingenbeleid en het cessieverbod. De acties lijken hun vruchten af te werpen, zoals te zien in de tabel hieronder.

Vektis heeft de afgelopen jaren (2016-2020) onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen binnen de ongecontracteerde wijkverpleging. De cijfers in de tabellen hieronder laten alleen de hoeveelheden van zorg in natura zien. PGB en palliatief terminale zorg zijn uitgesloten omdat deze grote invloed kunnen hebben op de verschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. De cijfers komen hierdoor niet overeen met de cijfers in hoofdstuk 1. In tabel 1 en 2 is te zien dat er vanaf 2018 een daling is in de ongecontracteerde wijkverpleging en de kosten. In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde kosten per cliënt per jaar dalen vanaf 2017. Deze daling zet door tot 2020.

Tabel 1: aantal cliënten en % in (on)gecontracteerde zorg

jaar	Gecontracteerd	Ongecontracteerd	% ongecontracteerd
2016	457.000	16.000	3,4
2017	467.000	21.000	4,4
2018	503.000	30.000	5,6
2019	526.000	19.000	3,6
2020	517.000	18.000	3,3

(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020)

Vanaf 2016 tot 2018 is er een stijging te zien in ongecontracteerde wijkverpleging. Vanaf 2018 tot 2020 is er een daling zichtbaar. Deze is met name zichtbaar tussen 2018 en 2019 (- 37%). Van 2019 tot 2020 is de daling ongecontracteerde zorg 5%. Echter zien we in 2020 ook een daling van 2% in de gecontracteerde zorg. Er is dus zowel een daling zichtbaar bij gecontracteerde als bij ongecontracteerde zorg in 2020.

Tabel 2: kosten en % in (on)gecontracteerde zorg

jaar	Gecontracteerd (miljoenen €)	Ongecontracteerd (miljoenen €)	% ongecontracteerd
2016	2.392	100	4
2017	2.465	191	7,2
2018	2.624	260	9
2019	2.721	166	5,7
2020	2.584	138	5,1

(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020)

In 2018 kost de ongecontracteerde zorg 2,6x zoveel als in 2016. Vanaf 2018 zien we een daling in de kosten voor ongecontracteerde zorg. Die daling wordt van 2018 naar 2019 voornamelijk veroorzaakt door minder cliënten (zie tabel 1) en van 2019 naar 2020 voornamelijk door lagere kosten per cliënt bij ongecontracteerde zorg (zie tabel 3).

Tabel 3: gemiddelde kosten per cliënt per jaar bij (on)gecontracteerde zorg

Jaar	Gecontracteerd (€)	Ongecontracteerd (€)	% verschil	Ratio
2016	5.200	6.400	21	1,2
2017	5.300	9.000	71	1,7
2018	5.200	8.800	69	1,7
2019	5.200	8.600	66	1,7
2020	5.000	7.800	55	1,6

(Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020)

Het verschil in kosten per cliënt tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg daalt, maar blijft groot. De daling zien we vooral van 2019 naar 2020 bij ongecontracteerde zorg, namelijk 9%. Bij gecontracteerde zorg is deze daling 2%. De volledige daling van 2017 tot 2020 voor de gemiddelde kosten per cliënt bij ongecontracteerde zorg is 13%. Ook laat het rapport van Vektis een verschil zien in het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per maand bij gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. In 2020 is het gemiddelde aantal uur bij gecontracteerde zorg 14 uur en het gemiddeld aantal uur bij ongecontracteerde zorg is 33 uur. Dit is een ratio van 2,4. Cliënten bij ongecontracteerde zorgaanbieders krijgen dus gemiddeld 2,4 keer zoveel uren zorg per maand dan bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

De ongecontracteerde zorg blijft een punt van aandacht. In het coalitieakkoord 2021-2025 staat dat als de ongecontracteerde zorg onvoldoende afneemt een hardere aanpak kan volgen. Gedacht wordt aan verplichte kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling. Als dit onvoldoende effectief is, wordt gekeken naar een geringe eigen bijdrage of een verlaging van de vergoeding van ongecontracteerde zorg. Dit alles met behoud van keuzevrijheid voor de patiënt”.

2.2 Waarom partijen geen contract afsluiten

Uit onze vragenlijst blijkt dat dit jaar minder, voor zorgverzekeraars nieuwe, zorgaanbieders een contract aangeboden kregen dan voor 2021. Zorgverzekeraars noemen verschillende redenen om een nieuwe zorgaanbieder af te wijzen voor een contract. Dit zijn bijvoorbeeld:

- Issues met integriteit en fraude;
- Twijfels over de kwaliteit van de zorgverlening;
- De zorgaanbieder kan de inzet van hbo-verpleegkundigen niet garanderen;
- De zorgaanbieder kan geen integraal zorgaanbod leveren;
- Een aantal zorgverzekeraars biedt zzp'ers geen contract aan.

Uit de vragenlijst blijkt dat acht van de tien zorgverzekeraars de meeste nieuwe zorgaanbieders afwijzen voor een contract. Bij twee van de tien zorgverzekeraars zien we dat ze het merendeel van de nieuwe zorgaanbieders contracteren.

Redenen die zorgaanbieders noemen om geen contract af te sluiten zijn:

- Het door de zorgverzekeraar geboden tarief is te laag is en er is geen onderhandeling mogelijk;
- De zorgaanbieder kan hogere tarieven rekenen zonder contract;
- De zorgverzekeraar heeft geen contract aangeboden;
- Het niet kunnen voldoen aan de contractvoorwaarden, als voorbeeld wordt genoemd niet kunnen voldoen aan de maximum van 1/3^e van de medewerkers die werkt als zzp-er.

2.3 Informeren cliënten ongecontracteerde zorg

De meeste zorgaanbieders (95%) informeren hun potentiële cliënten over de consequenties van ongecontracteerde zorg. In de meeste gevallen worden de cliënten op verschillende manieren geïnformeerd over de consequenties van ongecontracteerde zorg. Vaak is dit via de indicatiestelling in combinatie met informatie hierover op de website, per brief of e-mail bij aanmelding of telefonisch bij aanmelding.

3 Toekomstbestendigheid

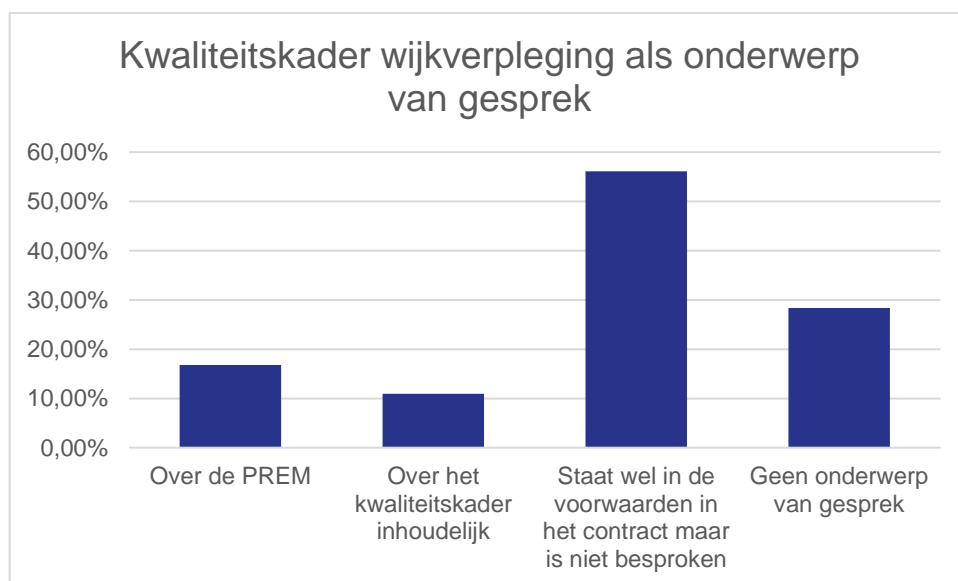
3.1 Doelmatigheid

De meeste zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat ze wel afspraken maken over doelmatigheid. Alle zorgverzekeraars zeggen dat ze gebruik maken van een benchmark op doelmatigheid (bijvoorbeeld de gemiddelde zorginzet per doelgroep, de duur van zorgepisodes per doelgroep en de gemiddelde kosten per doelgroep). Dit zien wij bij twee van de tien zorgverzekeraars niet terug in het inkoopbeleid. Negen van de tien zorgverzekeraars zeggen de informatie over de benchmark te delen met de gecontracteerde zorgaanbieders. Twee derde van de zorgaanbieders geeft aan dat de preferente zorgverzekeraar benchmarkinformatie over de declaraties terugkoppelt aan hen. We zien hierbij verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders. Grote zorgaanbieders merken op dat het in 86% van de gevallen wel aan hen wordt teruggekoppeld. Kleine zorgaanbieders geven maar in 43% van de gevallen aan dat het aan hen wordt teruggekoppeld. In de helft van de gevallen zeggen zorgverzekeraars consequenties te verbinden aan de benchmark. De meest voorkomende consequenties zijn, gevolgen voor het tarief (hoger, lager of gelijk) en afspraken over volume dan wel omzetplafond.

3.2 Kwaliteit

In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging wordt ingegaan op verschillende elementen van kwaliteit, zoals de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsstandaarden, de doorontwikkeling van de indicatiestelling, samen beslissen en de ontwikkeling en implementatie van indicatoren op basis van het kwaliteitskader wijkverpleging. Zorgaanbieders merken op dat er in minder dan een kwart (23%) van de gevallen afspraken over kwaliteit worden gemaakt met de preferente zorgverzekeraar. Het kwaliteitskader wijkverpleging wordt in de meeste gevallen wel meegenomen (72%). Dit zowel in gesprek, waarbij het ging over de PREM en kwaliteitskader inhoudelijk, als schriftelijk in de voorwaarden van het contract. Dit is een groot verschil met vorig jaar. Toen werd het kwaliteitskader wijkverpleging in 19% van de gevallen meegenomen.

Figuur 6: kwaliteitskader wijkverpleging als onderwerp van gesprek (N=155).



Landelijk gezien zijn er weinig kwaliteitsindicatoren die worden gebruikt in de contractering. Een indicator die alle zorgverzekeraars wel gebruiken is de Patient Reported Experience Measures (PREM). Niet alle zorgverzekeraars verbinden, in de contractering, consequenties aan de uitkomsten van de PREM. 92% van de zorgaanbieders geven aan gebruik te maken van de PREM. Zorgaanbieders vinden een nadeel van de PREM dat het een momentopname is. Andere kwaliteitsindicatoren die bij sommige zorgverzekeraars worden gebruikt zijn:

- Het aantal wijkverpleegkundigen die zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van V&VN;
- Een bonus-malussysteem als hier een concreet kwaliteitsbeleid aan ten grondslag ligt. Het gaat om het garanderen van bepaalde kwaliteit waarvoor zorgaanbieders een beloning krijgen (bonus);
- Kwaliteitsindicatoren gebruiken zoals het helingsproces van de wond bij wondzorg.

Zorgverzekeraars hebben behoefte aan meer toepasbare kwaliteitsindicatoren. Eén van de voorwaarden in de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging is de beschikking over kwaliteitsindicatoren. Naast de al genoemde PREM zijn ook de indicator 'on geplande ziekenhuisbezoeken' en de indicator 'belastbaarheid mantelzorg' ontwikkeld en opgenomen in het Register van het Zorginstituut, maar beide worden alleen door zorgaanbieders intern nog gebruikt voor leren en verbeteren en zijn nog niet beschikbaar ten behoeve van de zorginkoop. De indicatoren Patient Reported Outcome Measures (PROM) kwaliteit van leven en kwetsbaarheid zijn daarnaast nog in ontwikkeling. Mogelijk zou de PREM meer meegenomen kunnen worden in de contractering.

3.3 Digitale zorg

Vanuit zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders wordt er meer aandacht besteed aan digitale zorg. Bij 81% van de zorgaanbieders is digitale zorg onderwerp van gesprek in de contractonderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar. De stijging zet door ten opzichte van 2020 (zie tabel 4). Dit komt mogelijk door de coronapandemie en het resultaat van actief beleid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Alle zorgverzekeraars benadrukken de relevantie en evidentie van de inzet van digitale zorg in de overeenkomsten en hun zorginkoopbeleid. Uit het zorginkoopbeleid van verschillende zorgverzekeraars blijkt dat digitale zorg in relatie moet staan tot doelmatigheid van de zorg. Digitale zorg is daarmee ook een verlichtende factor voor de schaarse arbeidsmarkt volgens zorgverzekeraars. Veel zorgverzekeraars geven aan in hun inkoopbeleid en overeenkomsten dat zij standaard de 'bewezen' technologieën inkopen en voor 'niet bewezen' technologieën een businesscase kan worden ingediend.

De meest genoemde reden door zorgaanbieders voor het niet maken van afspraken over digitale zorg is dat er geen gesprek plaats vindt met de preferente zorgverzekeraar of de preferente zorgverzekeraar niet bereid is tot het maken van afspraken hierover. Een deel van de zorgaanbieders geeft ook aan nog geen tijd te hebben gehad om zich te verdiepen in digitale zorg.

Tabel 4: digitale zorg als onderwerp van gesprek en concrete contractafspraken over de inzet van digitale zorg met dominante zorgverzekeraar (N(2020)=240; N(2021)=165; N(2022)=155).

	2020	2021	2022
Digitale zorg besproken met preferente zorgverzekeraar	46%	69%	81%
Concrete afspraken over de inzet van digitale zorg	28%	55%	73%

De financiële afspraken over digitale zorg en de verantwoording verschillen per zorgverzekeraar. Zorgaanbieders ervaren dat dit veel vergt van de organisatie. Ze zeggen dat het belastend is en dat het moeilijk voorspelbaar is wat het financiële effect van investering in technologie is. Een mogelijkheid die

een aantal zorgverzekeraars bieden is om via een formulier in VECOZO bewezen (thuiszorg) technologieën te contracteren.

De afspraken over digitale zorg kunnen bijvoorbeeld het volgende inhouden:

- Vergoeding voor kosten van de techniek;
- Verwerken van inzet digitale zorg in het integraal tarief;
- Vast aantal uren die in rekening mogen worden gebracht per maand, per cliënt, per techniek;
- Shared savings/shared benefits;
- Prestatie thuiszorgtechnologie;
- Separate vergoeding.

Uit de vragenlijst blijkt dat 19% van de zorgaanbieders die contract afspraken maakt over de inzet van digitale zorg hiervoor geen financiële vergoeding ontvangt.

3.4 Arbeidsmarkt

In de wijkverpleging vormen personeelstekorten een probleem voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Door de coronapandemie zijn de zorg én de personeelstekorten extra in de belangstelling komen te staan. Arbeidsmarktproblematiek is dan ook een prominent onderwerp dat terug komt in het inkoopbeleid van alle zorgverzekeraars. Oplossingsrichtingen die nu worden gekozen raken vaak aan het inzetten van digitale zorg en/of doelmatigheid. Arbeidsbesparende technologieën kunnen worden ingezet om de doelmatigheid te vergroten en daarmee arbeidscapaciteit vrij te spelen die weer kan worden ingezet voor andere cliënten. De partijen van het hoofdlijnenakkoord hebben hier de volle aandacht voor.

Uit de monitor contractering wijkverpleging 2021 bleek dat slechts 9% van de ondervraagde zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over de huidige arbeidsmarkttekorten. In 2022 is dit gemiddeld 18%. We zien hierin een klein verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders. Bijna een kwart (24%) van de grote zorgaanbieders geeft aan dat er hierover afspraken worden gemaakt tegenover 18% van de kleine zorgaanbieders. Zeven van de tien zorgverzekeraars melden daarentegen dat ze afspraken maken met zorgaanbieders over arbeidsmarkttekorten. Een verklaring voor het verschil is dat zorgverzekeraars hierover afspraken maken met bepaalde zorgaanbieders, maar niet met alle zorgaanbieders. Een reden voor zorgverzekeraars om geen afspraken te maken is bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars dit voornamelijk de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder vinden.

Als de zorgaanbieders en zorgverzekeraar afspraken maken over de arbeidsmarkttekorten dan gaat dit meestal over de inzet van digitale zorg, wat leidt tot minder inzet van personeel, de samenwerking met andere zorgaanbieders of met het sociaal domein en de inzet van helpenden niveau 2.

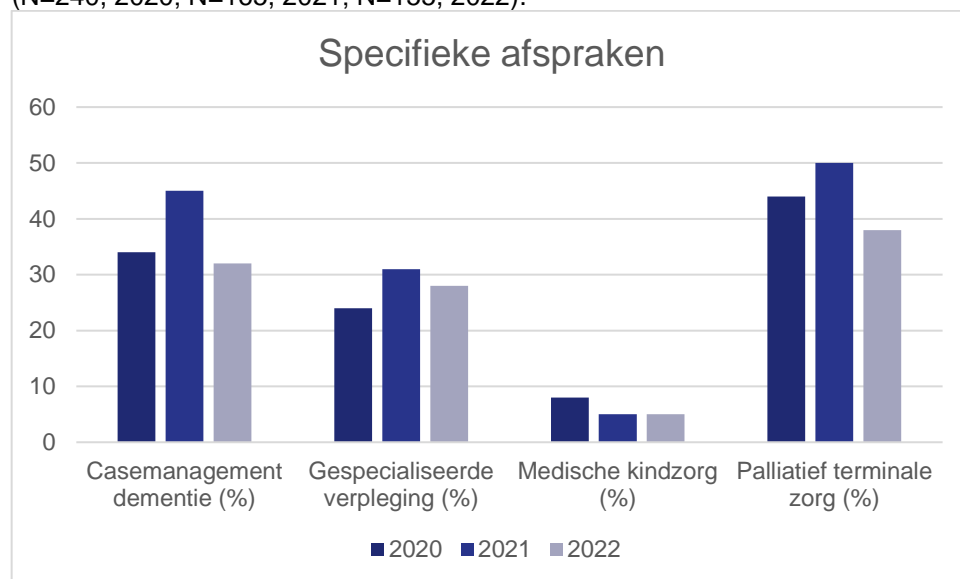
Ook bleek in 2021 dat de opleidingsfunctie nauwelijks onderdeel is van het zorginkoopproces, ondanks dat 68% van de zorgaanbieders een opleidingsfunctie heeft. Dit blijkt ook uit tabel 8 in hoofdstuk 6.2 Kostprijsverhogende ontwikkelingen. In 2022 komt dit in een vijfde van de gevallen wel ter sprake bij de contractonderhandelingen. Vaak worden er geen aanvullende afspraken over gemaakt.

3.5 Afspraken gespecialiseerde wijkverpleging

In figuur 7 zien we hoeveel procent van de zorgaanbieders afspraken maakt over gespecialiseerde verpleging met zorgverzekeraars. Niet elke zorgaanbieder hoeft dit aan te bieden, vaak wordt dit per regio bij één of enkele gespecialiseerde partijen belegd. Het valt op dat in vergelijking met 2021 voor

alle doelgroepen met minder zorgaanbieders afspraken zijn gemaakt. Alleen de afspraken voor medische kindzorg waren gelijk.

Figuur 7. percentage zorgaanbieders dat specifieke afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekeraars (N=240, 2020; N=165, 2021; N=155, 2022).



We zien een groot verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders in 2022. Grote zorgaanbieders maken relatief vaker specifieke afspraken over specialistische vormen van wijkverpleging dan kleine zorgaanbieders. Aangezien de gespecialiseerde wijkverpleging aan een relatief kleine groep wordt verleend is het mogelijk ook logisch dat kleine zorgaanbieders zich hier minder op richten. In aanvulling hierop hebben grote zorgaanbieders vaak meer expertises in dienst waardoor ze makkelijker kunnen voldoen aan de minimale kwaliteitseisen die worden gesteld door zorgverzekeraars. Zie hiervoor tabel 5.

Tabel 5: percentage kleine (N=44) en grote zorgaanbieders (N=37) dat aangeeft specifieke afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraars.

	Casemanagement dementie	Gespecialiseerde verpleging	Medische kindzorg	Palliatief terminale zorg
Kleine zorgaanbieders	14%	18%	0%	20%
Grote zorgaanbieders	59%	62%	11%	57%
Gemiddeld	32%	28%	5%	38%

4 Preventie, wijkgericht werken, Herkenbare en Aanspreekbare teams

4.1 Preventie en wijkgericht werken

Zorgverzekeraars erkennen het belang en de urgentie van preventie. Bijna alle zorgverzekeraars hebben preventie opgenomen in hun inkoopbeleid. Individuele preventie zoals valpreventie wordt vaker genoemd dan wijkgericht werken. De concrete vertaling naar afspraken en vergoeding blijft achter. Vanuit de hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 taakgroep JSH (Juiste zorg op de juiste plek, Samenwerking Sociaal Domein en Herkenbaar en Aanspreekbaar Team) loopt daarom inmiddels een onderzoek naar initiatieven, die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen helpen bij die vertaling. De afspraken die gemaakt worden zitten volgens zorgaanbieders met name op doelmatigheid en samenwerking met het sociaal domein.

Bijna tweederde (61%) van de zorgaanbieders geeft aan in onze vragenlijst dat er geen aparte vergoeding is voor preventieve activiteiten of wijkgerichte preventie. Dit is ook in lijn met wat zorgverzekeraars hierover zeggen. Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft aan dat alleen cliëntgebonden preventie declarabel is of dat er een opslag zit in de integrale tarieven.

4.2 Verpleegkundig thuiszorgtechnologieteam

Een verpleegkundig thuiszorgtechnologieteam (VTT) levert verpleegkundige zorg waarbij specifieke kennis en vaardigheden vereist zijn voor risicovolle handelingen in de thuissituatie. Deze teams worden doorgaans regionaal georganiseerd.

We zien dat bij meer dan driekwart (77%) van de ondervraagde zorgaanbieders een verpleegkundig thuiszorgtechnologieteam (VTT) actief is in de regio. Bijna de helft van de zorgaanbieders (43%) beschikt zelf over een VTT. 28% van de zorgaanbieders heeft samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders die wel beschikken over een VTT, waardoor deze zorg alsnog geleverd kan worden. Vier van de zeven zorgverzekeraars met kernwerkgebied maakt hiervoor speciale contractafspraken met zorgaanbieders.

4.3 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

We zien een stijgende lijn in de organisatie van herkenbare en aanspreekbare teams. Bijna de helft (42%) van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat de wijkverpleging in 2022 is georganiseerd volgens de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging uit 2020. Ook zien we dat 43% van de zorgaanbieders is begonnen met de voorbereiding voor het opzetten van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. In de monitor contractering wijkverpleging 2021 zagen we dat bijna een derde (31%) van de zorgaanbieders afspraken maakte met hun preferente zorgverzekeraar over herkenbare en aanspreekbare teams.

15% van de zorgaanbieders geeft aan in onze vragenlijst dat de wijkverpleging nog niet volgens de leidraad herkenbare en aanspreekbare teams is georganiseerd in 2022. De grootste belemmering die hiervoor wordt genoemd is dat er onvoldoende samenwerking is tussen zorgaanbieders. Dit wordt zowel door zorgverzekeraars als zorgaanbieders genoemd. Vier van de zeven zorgverzekeraars met een kernwerkgebied stellen dat ze de wijkverpleging nog niet hebben georganiseerd volgens de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

4.4 Onplanbare nachtzorg

We zien dat de groei van het organiseren van onplanbare nachtzorg in het afgelopen jaar is afgeremd. Meer dan de helft (59%) van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat de onplanbare nachtzorg geregeld is volgens het landelijk kader onplanbare nachtzorg in hun regio voor 2022. Vooral grote zorgaanbieders geven aan dat er afspraken zijn (78% tegenover 45% bij de kleine zorgaanbieders). Bijna een kwart (24%) van de zorgaanbieders treft hiervoor de voorbereidingen.

Tabel 6: zorgaanbieders die afspraken maken over onplanbare nachtzorg volgens het landelijk kader onplanbare nachtzorg.

Jaar	2020 (N=220)	2021 (N=165)	2022 (N=155)
Zorgaanbieders die afspraken maken over onplanbare nachtzorg	28%	57%	59%

Volgens zorgaanbieders vindt de vergoeding van onplanbare nachtzorg in meer dan de helft (55%) van de gevallen via het algemene tarief zonder aparte afspraken plaats. Bij 16% van de zorgaanbieders wordt de onplanbare nachtzorg via lumpsum bekostigd.

Sinds 2022 is het ook mogelijk om gebruik te maken van de prestatie organisatie en beschikbaarheid onplanbare avond, nacht en weekend zorg. Bijna een kwart van de zorgaanbieders (24%), waarbij de onplanbare nachtzorg is geregeld volgens het landelijk kader onplanbare nachtzorg, contracteert op basis van de prestatie organisatie en beschikbaarheid onplanbare avond, nacht en weekendzorg. Vier van de zeven zorgverzekeraars met kernwerkgebied geven aan dit ook te doen.

4.5 Ziekenhuisverplaatste zorg

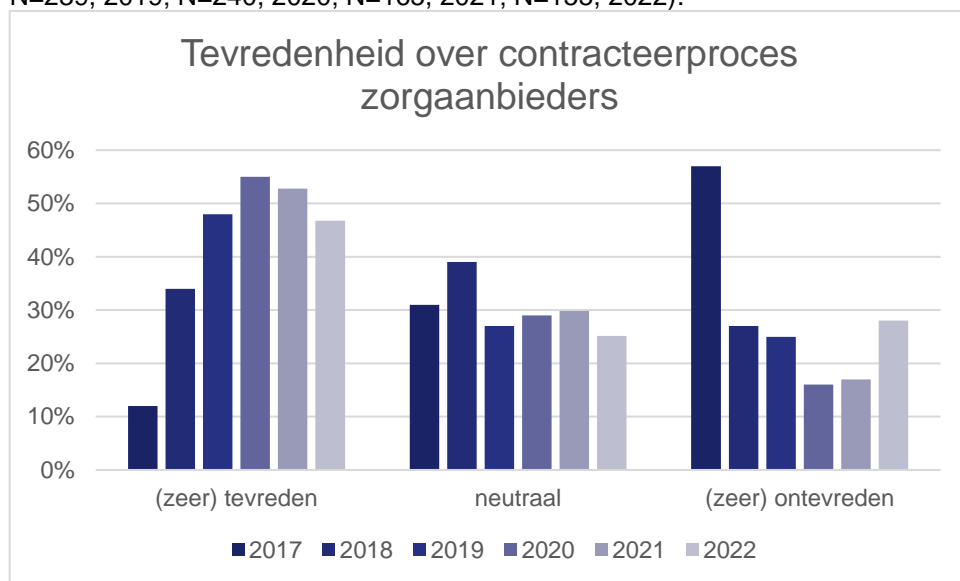
Bij meer dan een vijfde van de zorgaanbieders (21%) worden er met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het overnemen van gespecialiseerde verpleging thuis onder verantwoording van de medisch specialist. Voorbeelden van afspraken zijn de inzet van het verpleegkundig thuiszorg technologieteam, wondzorg of bepaalde specialistische behandelingen in de thuissituatie. Vijf zorgverzekeraars geven aan dat ze dit met een beperkt aantal zorgaanbieders doen (met 1-33% van de zorgaanbieders).

5 Contracteerproces 2022

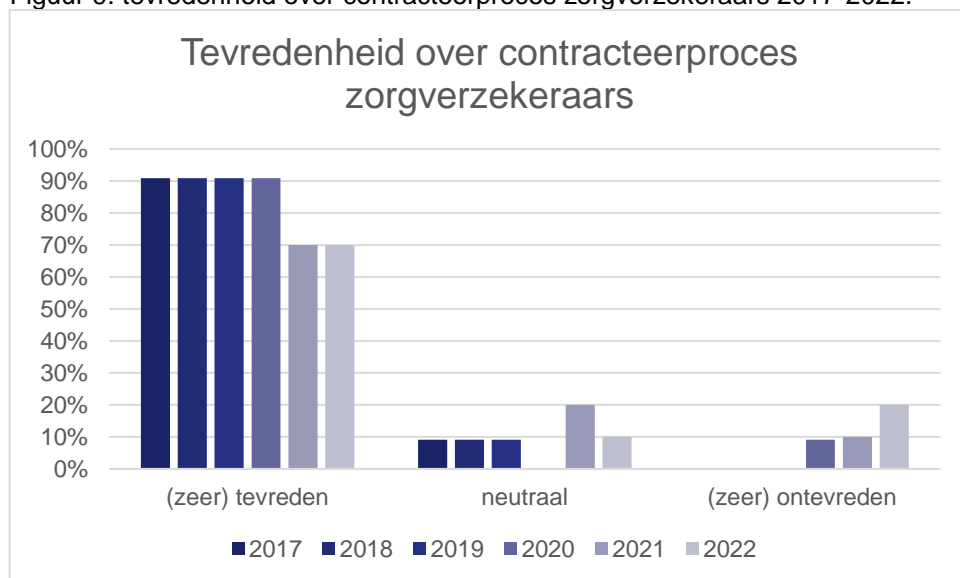
5.1 Tevredenheid contracteerproces

Van 2017 tot 2020 steeg de tevredenheid van zorgaanbieders over het contracteerproces, sindsdien daalt het licht. Ook zorgverzekeraars zijn sinds 2021 iets minder tevreden. Voor het contracteerproces van 2022 is de ontevredenheid van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars gestegen. Zie hiervoor figuur 8 en 9. Het is, net als in 2021, voor bijna alle zorgaanbieders duidelijk wat zij moeten doen om in aanmerking te komen voor een contract.

Figuur 8: tevredenheid over contracteerproces zorgaanbieders 2017-2022 (N=219, 2017; N=305, 2018; N=239, 2019; N=240, 2020; N=165, 2021; N=155, 2022).



Figuur 9: tevredenheid over contracteerproces zorgverzekeraars 2017-2022.



Bijna de helft van de zorgaanbieders is (zeer) tevreden over het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar. Grote zorgaanbieders zijn vaker tevreden over het contracteerproces dan kleine

zorgaanbieders. Redenen van zorgaanbieders voor tevredenheid zijn: een vast aanspreekpunt bij de zorgverzekeraar, de mogelijkheid om in gesprek te gaan en het tijdpad.

Ongeveer een derde van de zorgaanbieders is (zeer) ontevreden over het contracteerproces met de preferente zorgverzekeraar. De meest genoemde redenen voor ontevredenheid bij zorgaanbieders zijn de mogelijkheid om in gesprek te gaan (voornamelijk bij kleine zorgaanbieders) en de ruimte voor onderhandeling. In de interviews noemen zorgaanbieders dat inkopers van zorgverzekeraars weinig ruimte lijken te hebben om op inhoud nieuwe afspraken te maken.

Het valt op dat zorgaanbieders met twee specifieke zorgverzekeraars vaker ontevreden zijn. Ook bij deze twee zorgverzekeraars is de meest genoemde reden voor ontevredenheid de ruimte voor onderhandeling. Met één van deze zorgverzekeraars is het volgens zorgaanbieders ook lastig om in contact te komen.

De meeste zorgverzekeraars zijn tevreden over het zorginkoopproces, met name over de ruimte voor maatwerk en het gelijkwaardige gesprek met de zorgaanbieder.

Twee zorgverzekeraars zijn ontevreden over het zorginkoopproces. Dit betreft één zorgverzekeraar waarover zorgaanbieders aangeven vaker ontevreden te zijn in het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn met name ontevreden over de administratieve lasten, het tijdpad, de ruimte voor onderhandeling en de late aanpassing van de OVA vanwege het door de overheid extra beschikbaar gestelde budget voor het verhogen van salarissen in de zorg. Zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat zij voornamelijk onderhandelen in hun kernwerkgebied. Ook zeggen zij dat zorgaanbieders tijdens de onderhandelingen vooral gefocust zijn op een hoger tarief in plaats van het maken van inhoudelijke contractafspraken. Bijna de helft van de zorgverzekeraars vindt zorgaanbieders tijdens de onderhandelingen over het tarief niet voldoende transparant.

Zorgaanbieders merken op dat er voor 2022 nauwelijks meerjarencontracten gesloten zijn met de preferente zorgverzekeraar en minder dan in 2020. In het afgelopen contracteerproces heeft 6% van de zorgaanbieders een meerjarencontract afgesloten met de preferente zorgverzekeraar met een startdatum in 2022. Een verklaring voor het verschil is dat zorgverzekeraars hierover afspraken maken met bepaalde (grote) zorgaanbieders, maar niet met alle zorgaanbieders.

5.2 Contact

Zorgaanbieders zijn net zo tevreden over het contact met de zorgverzekeraars als vorig jaar. Driekwart van de zorgaanbieders is tevreden. Grote zorgaanbieders zijn vaker tevreden over het contact dan kleine zorgaanbieders. De meest genoemde reden voor ontevredenheid over het contact is dat er geen mogelijkheid was om te onderhandelen over het tarief. Dit is ook de meest genoemde reden voor ontevredenheid over het contracteerproces in zijn geheel.

Het lukte 81% van de ondervraagde zorgaanbieders om in contact te komen met de preferente zorgverzekeraar. Zorgaanbieders geven aan dat het met één specifieke zorgverzekeraar niet lukte om in contact te komen. Zorgaanbieders die deze zorgverzekeraar als preferente zorgverzekeraar hebben zijn ook vaker ontevreden over het contact.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat zorgaanbieders voldoende bereikbaar waren tijdens het contracteerproces. Een aandachtspunt volgens de zorgverzekeraars was de tijdigheid van reacties van zorgaanbieders.

Zorgaanbieders hebben het meeste contact met de zorgverzekeraar via een een-op-een gesprek met de zorginkoper en e-mail contact rechtstreeks met de zorginkoper. Zorgverzekeraars zeggen dat zij naast e-mail contact ook face-to-face of via digitale vergaderapplicaties contact hadden met zorgaanbieders.

Ongeveer de helft van de zorgaanbieders merken in onze vragenlijst op dat er online bijeenkomsten zijn georganiseerd tussen zorgaanbieder en de preferente zorgverzekeraar. Dit is meer dan vorig jaar. Drie grote zorgverzekeraars geven aan dat zij informatiebijeenkomsten hebben georganiseerd. Een groot gedeelte van de zorgaanbieders heeft deelgenomen aan de online bijeenkomsten. De ervaringen van zorgaanbieders met deze bijeenkomsten zijn overwegend positief. Twee zorgverzekeraars zeggen dat zij waren uitgenodigd op bijeenkomsten van zorgaanbieders over het contracteerproces.

6 Tarieven

6.1 Tariefopbouw

We vroegen zorgaanbieders of de preferente zorgverzekeraar uitleg gaf over de opbouw van het tarief voor 2022. 61% van de zorgaanbieders geeft aan dat dit voor hen het geval was. Deze uitleg vindt met name schriftelijk plaats. Deze uitleg was voor 87% van de betreffende zorgaanbieders duidelijk. 39% van de zorgaanbieders kreeg geen uitleg over de tariefsopbouw. Er worden hierbij vaak drie zorgverzekeraars genoemd. 12% van de ondervraagde zorgaanbieders vroegen wel om uitleg over de tariefsopbouw maar kregen dit niet. Hierin zien we een groot verschil tussen grote zorgaanbieders en kleine zorgaanbieders. Grote zorgaanbieders geven aan dat de tariefsopbouw altijd wordt vermeld en kleine zorgaanbieders stellen dat de tariefsopbouw in bijna tweederde van de gevallen niet wordt vermeld.

Zorgverzekeraars merken daarentegen op dat ze in alle gevallen uitleg hebben gegeven over de tariefsopbouw. Zes van de tien zorgverzekeraars doen dit schriftelijk.

6.2 Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA)

Op donderdag 23 september 2021 heeft het kabinet besloten om vanaf 2022 voor de zorgsalarissen 675 miljoen euro per jaar extra beschikbaar te stellen. Dit komt neer op een verhoging van de OVA voor 2022 met 1,13%.

Voor de niet-gereguleerde tarieven geldt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders het beschikbare geld samen op een passende manier moeten vertalen in hun afspraken. Voor de gereguleerde tarieven heeft de NZa dit verwerkt in de maximumtarieven zoals opgesteld in de prestatie- en tariefbeschikkingen. In het hoofdlijnenakkoord staat dat de OVA volledig moet worden doorvertaald in de af te spreken prijzen in de contracten.

In ongeveer driekwart van de gevallen geven zorgaanbieders aan dat zorgverzekeraars een toelichting geven op hoe de OVA en de extra middelen zijn verwerkt in de tarieven voor 2022. Zowel bij de preferente als overige zorgverzekeraars. Toch zeggen zorgaanbieders ook dat het onvoldoende duidelijk is hoe de OVA en de extra middelen precies zijn verwerkt of dat zij het niet eens zijn met de wijze waarop. Echter zien we in de antwoorden een groot verschil tussen kleine en grote zorgaanbieders. Grote zorgaanbieders verklaren dat zij altijd een toelichting krijgen, terwijl kleine zorgaanbieders in het merendeel van de gevallen (61%) stellen dat zij geen toelichting kregen. Zie hiervoor ook tabel 7.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij bij alle zorgaanbieders de OVA en extra middelen hebben verwerkt in de tarieven. Daarbij zeggen ze dat ze alle zorgaanbieders een toelichting hebben gegeven hoe de OVA is verwerkt in de tarieven voor 2022. Hoe deze stijgingen precies uitpakken, hangt af van de weging tussen loon en materiaal in de zorgkosten. Deze weging kan binnen een zorgsector verschillen.

Tabel 7: uitsplitsing toelichting op de OVA tussen grote zorgaanbieders en kleine zorgaanbieders bij de preferente zorgverzekeraar (N=155, 2022)

	Grote zorgaanbieder	Kleine zorgaanbieder
Toelichting gehad en duidelijk hoe OVA is verwerkt	78%	27%
Toelichting gehad maar onduidelijk hoe OVA is verwerkt	3%	7%
Toelichting gehad maar oneens hoe OVA is verwerkt	19%	5%
Geen toelichting gehad	0%	61%

6.3 Kostprijsverhogende ontwikkelingen

We hebben uitgevraagd welke onderwerpen van lokale onderhandeling aan de orde zijn geweest in onderhandelingen. Deze hebben we afgezet tegen de resultaten van 2020 en 2021. We zien hierin dat alle onderhandelingspunten procentueel gezien meer zijn meegenomen dan in voorgaande jaren. Met name de loon- en prijsontwikkelingen en de productiviteit en doelmatigheid worden nu relatief vaak meegenomen. Zie hiervoor tabel 8.

Tabel 8: kostprijsverhogende ontwikkelingen genoemd door zorgaanbieders in de lokale onderhandelingen 2020-2022 (N=240, 2022; N=165, 2021; N=155, 2022).

	2020	2021	2022
Loon- en prijsontwikkelingen	23%	18%	61%
Productiviteit, doelmatigheid	18%	16%	47%
Volumeontwikkeling	14%	11%	33%
Effecten van zinnige zorg	8%	7%	15%
Historische prijsverschillen	7%	7%	17%
Ziekteverzuim	6%	7%	23%

In 2022 hebben we meer punten uitgevraagd dan voorgaande jaren. Hierin valt op dat een paar punten, zoals de specifieke lokale omstandigheden, reorganisatiekosten, de opleidingsfunctie en de infrastructurele voorzieningen weinig worden meegenomen in de onderhandelingen. Hierbij worden de onderwerpen vaker bij grote dan bij kleine zorgaanbieders meegenomen. Dit zien we ook bij andere kostprijsverhogende ontwikkelingen. Grote zorgaanbieders geven aan dat loon- en prijsontwikkelingen in 95% van de gevallen worden meegenomen en productiviteit en doelmatigheid in 70% van de gevallen. Kleine zorgaanbieders geven aan dat in 32% van de gevallen loon- en prijsontwikkelingen worden meegenomen en in 18% van de gevallen de productiviteit en doelmatigheid. Zie hiervoor tabel 1 in de bijlage.

7 Contracteerproces 2021

7.1 Bijcontractering

Het proces om tussentijds zorg bij te contracteren loopt hetzelfde als vorig jaar melden zorgaanbieders. Een kwart van de zorgaanbieders heeft een verzoek tot bijcontractering ingediend. De eisen tot bijcontractering zijn onduidelijker geworden volgens de zorgaanbieders. Zorgaanbieders waren het meest tevreden over de mogelijkheid om in gesprek te gaan met de zorgverzekeraars (41%). Zorgaanbieders noemen de ruimte voor onderhandeling (39%) en de tijdige reactie van zorgverzekeraars (37%) als mogelijke verbeterpunten van bijcontractering.

Er waren bij minder zorgverzekeraars verzoeken ingediend tot bijcontractering dan het jaar daarvoor (vijf in 2022 ten opzichte van zeven in 2021). Volgens de zorgverzekeraars voldeden de meeste verzoeken (79%) aan de voorwaarden. Verder waren de meeste verzoeken (75%) tot bijcontractering tijdig ingediend en bijna alle zorgverzekeraars (vier in vijf) geven aan dat zij deze binnen de door hen zelf gestelde streeftermijn afhandelden. Tegelijkertijd vinden zorgaanbieders dat de afhandeling van een bijcontracteringsverzoek sneller moet. Het percentage zorgaanbieders dat hiermee ontevreden is ten opzichte van vorig jaar afgenomen (36% in 2022 ten opzichte van 42% in 2021). Volgens zorgverzekeraars is een van de oorzaken van lange doorlooptijden de niet tijdige reactie en onvoldoende tijdige informatie van de zorgaanbieder.

De snelheid van het afhandelen van deze verzoeken heeft invloed op de looptijd van de cliëntenstops, die meestal (54%) een looptijd van één tot drie maanden hebben.

Wij hebben in 2020 onderzoek gedaan naar de informatievoorziening van de bijcontractering. Wij constateren dat alle onderzochte zorgverzekeraars – op enkele aandachtspunten na – de informatie voor de bijcontractering voor de wijkverpleging op orde hebben. Meer informatie hierover hebben wij opgenomen in de [Controles op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars – Samenvattend rapport 2020](#).

7.2 Cliëntenstops

Bij de cliëntenstops zijn er bepaalde aspecten verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Zo verwijzen zorgaanbieders cliënten bij een cliëntenstop altijd door naar andere zorgaanbieders of naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Het percentage van zorgaanbieders dat een cliëntenstop niet heeft gemeld bij de zorgverzekeraar is afgenomen in vergelijking met vorig jaar (31% in 2022 ten opzichte van 36% in 2021). Verder hebben negen zorgverzekeraars actie ondernomen om de beschikbaarheid van zorg te borgen bij cliëntenstops. Dat betreft vooral extra inzet op zorgbemiddeling (zeven zorgverzekeraars) en de bevordering van samenwerking tussen zorgaanbieders (vijf zorgverzekeraars).

Zorgverzekeraars geven aan dat er geen afspraken zijn gemaakt met de zorgaanbieders over specialistische zorg (zoals palliatieve zorg en spoedzorg) die buiten het omzetplafond gehouden moeten worden. De helft van zorgaanbieders blijft dit type zorg aanbieden tijdens cliëntenstops. Hier wordt later voor bijgecontracteerd. In het bestuurlijk overleg van december 2021 zijn tijdelijke afspraken gemaakt tussen partijen om de uitvoering van palliatieve zorg en spoedzorg te continueren.

Ook zien we dat het percentage zorgaanbieders dat een cliëntenstop heeft afgegeven relatief onveranderd blijft. Dit door onvoldoende personeel (23%) en/of het (bijna) bereiken van het omzetplafond (18%). De cliëntenstops vanwege het bereiken van het omzetplafond hebben meestal (79%) een langere looptijd (één maand of meer) dan cliëntenstops wegens onvoldoende personeel die meestal (70%) tot één maand duren.

8 Overig

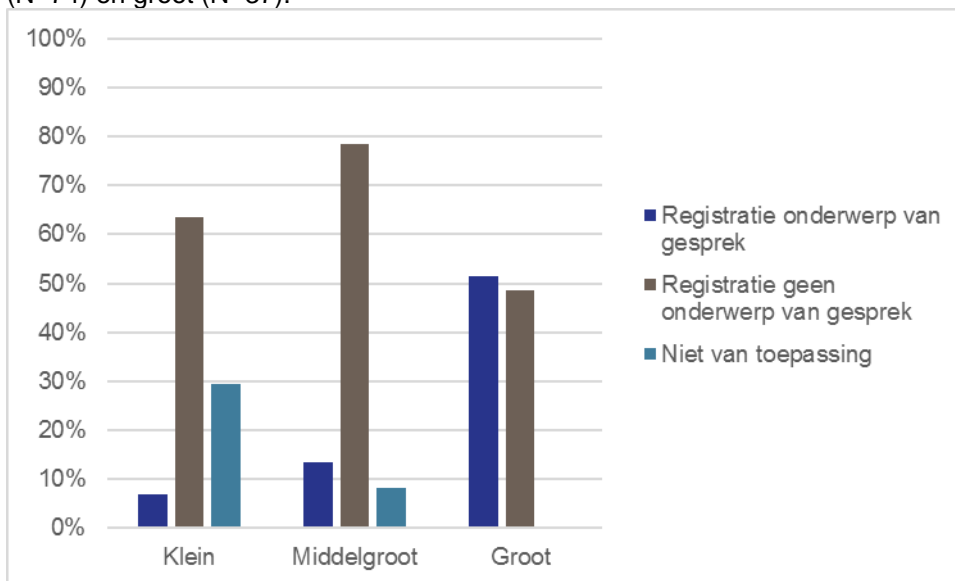
8.1 Experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging

Vanaf 2022 is het mogelijk om te registreren aan de hand van de cliëntprofielen. Door het registreren van cliëntprofielen krijgt een zorgaanbieder inzicht in haar case-mix. Op termijn gaat nagenoeg de gehele sector over naar het registreren, declareren en uiteindelijk contracteren aan de hand van de cliëntprofielen (gedurende de looptijd van het experiment).

Uit de vragenlijst blijkt dat registreren en declareren op basis van cliëntprofielen nog weinig onderwerp van gesprek is. 21% van de zorgaanbieders bespreekt de registratie van cliëntprofielen, waarvan 63% het overstappen van vergoeding per uur naar een vergoeding voor langere periode bespreekt. Slechts 8% van de zorgaanbieders bespreekt het overgaan naar declareren daarvan. Met name grote zorgaanbieders geven aan dat registratie van cliëntprofielen onderwerp van gesprek is (zie figuur 10). Vanaf 2024 is het verplicht om te declareren op basis van cliëntprofielen, hiervoor is het wenselijk als er een indicatie is wat de case-mix van de cliëntpopulatie is.

Slechts één zorgverzekeraar zegt dat zij nog niet met zorgaanbieders het gesprek aangaan over registreren van cliëntprofielen. Over de inrichting van de declaratie wordt minder gesproken; vijf van de tien zorgverzekeraars geeft aan dat dit nog geen onderwerp van gesprek is.

Figuur 10: registratie onderwerp van gesprek bij zorgaanbieders uitgezet naar klein (N=44), middelgroot (N=74) en groot (N=37).



NB. Zorgaanbieders kunnen 'Niet van toepassing' invullen als zij gebruik maken van de reguliere beleidsregel verpleging en verzorging.

8.2 Risicoselectie

Zorgverzekeraars geven aan dat ze maatregelen nemen om risicoselectie te voorkomen. Meestal door dat in het contract uit te sluiten of te bepalen dat zorgaanbieders alle cliënten in een bepaald (postcode)gebied moeten toe laten. Een zorgverzekeraar geeft aan dat niettemin een zorgaanbieder met een beroep op capaciteit en zorgvraag toch een cliënt niet kan aannemen.

8.3 Experiment Verpleging en Verzorging

De helft van de ondervraagde zorgaanbieders maakte in 2021 gebruik van een integraal uurtarief. Het experiment biedt mogelijkheden voor maatwerkafspraken. Zorgaanbieders geven aan dat er met name afspraken worden gemaakt over doelmatigheid (73%), doelgroepenregistratie (70%), en digitale zorg (31%). Negen van de tien zorgverzekeraars geven aan dat zij naast uurtarieven ook maandtarieven afspreken.

