

Vergaderjaar 2019–2020

23 235

Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 200

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 26 februari 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 december 2019 inzake evaluatie experiment bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 23 235, nr. 194).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 25 februari 2020. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

1

Is het patiëntenperspectief meegenomen in de Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging? Zo ja, op welke wijze?

De NZa heeft bij zorgaanbieders gevraagd naar ervaringen van patiënten. Dit is gedaan via een vragenlijst (ingevuld door 22 zorgaanbieders) en via interviews (met zes zorgaanbieders). Daarnaast heeft de NZa zes zorgverzekeraars die werken met een integraal tarief per maand gevraagd naar de ervaringen van hun verzekerden. Zie voor de resultaten hiervan paragraaf 4.4 in het rapport.

Specifiek voor het experiment heeft de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars bevestigd, aangezien zij de actieve deelnemers van dit experiment zijn. De opzet van de evaluatie, de tussentijdse bevindingen en de conceptrapportage heeft de NZa afgestemd met zorgverzekeraars, de branche- en beroepsverenigingen en Patiëntenfederatie Nederland.

2

Op welke wijze is vanuit het patiëntenperspectief gekeken naar zaken als (a) onderbehandeling en (b) risicoselectie van patiënten?

Zoals hierboven aangegeven is het patiëntenperspectief uitgevraagd via de zorgaanbieders. Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gevraagd hoe zij kijken naar het risico op onderbehandeling en risicoselectie in de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging.

Ook binnen het experiment hebben zorgverzekeraars een zorgplicht die onder andere inhoudt dat cliënten de zorg ontvangen waar zij redelijkerwijs op aangewezen zijn. De NZa houdt toezicht op het naleven van die zorgplicht.

3

Wat waren hiervan de resultaten?

Bij het werken met een integraal tarief voor een langere periode (bijvoorbeeld een maand) zien partijen onderbehandeling en risicoselectie als een reëel risico. Zonder zicht op kwaliteit en uitkomsten is onderbehandeling een potentieel risico. Zonder verdere differentiatie van prestaties voor een langere periode, zoals differentiatie naar zorgzwaarte, is risicoselectie een potentieel risico.

Veel zorgaanbieders die werken met een maandtarief hebben een afspraak met de zorgverzekeraars dat zij alle cliënten helpen die zich aanmelden. Zorgverzekeraars proberen dit risico verder te beheersen door zorgaanbieders te monitoren en te benchmarken.

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

4

Is geëvalueerd of het werken met een integraal tarief ertoe heeft geleid dat deze aanbieders meer uren persoonlijke verzorging en minder uren verpleging zijn gaan verstrekken?

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van declaratiedata uit Vektis. Binnen het experiment wordt een integrale prestatie (persoonlijke verzorging & verpleging) gedeclareerd, waardoor uit de Vektis data niet meer te herleiden is hoeveel uur persoonlijke verzorging en verpleging er per cliënt zijn verstrekt. In dit onderzoek is dus niet geëvalueerd of het werken met een integraal uurtarief ertoe heeft geleid dat aanbieders meer uren persoonlijke verzorging en minder uren verpleging zijn gaan verstrekken.

Verschillende zorgaanbieders registreren voor hun eigen administratie of op verzoek van de zorgverzekeraar nog wel persoonlijke verzorging of verpleging. Zorgverzekeraars genereren hieruit spiegelinformatie en baseren hier onder andere ook hun tarieven op.

5

Bent u bereid om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te vragen erop toe te zien dat verzekeraars en zorgaanbieders contractueel afspraken maken over het voorkomen van risicoselectie en onderbehandeling?

De NZa ziet toe op risicoselectie en onderbehandeling, maar niet via de contractering. Er is in de Zorgverzekeringswet immers wederzijdse contractvrijheid en de inhoud van contracten kunnen partijen zelf bepalen. Het is aan zorgverzekeraars om de contractering zo in te richten dat risicoselectie en onderbehandeling wordt voorkomen. De zorgverzekeraar heeft immers zorgplicht. Bij een naturopolis houdt dit in dat een verzekerde binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan (wachttijdbemiddeling). De NZa ziet toe op de naleving van zorgplicht door zorgverzekeraars.

Daarnaast geldt dat een aanbieder die onderbehandelt niet voldoet aan geldende richtlijnen en het Kwaliteitskader. Een zorgverzekeraar zal minder geneigd zijn een dergelijke zorgaanbieder te contracteren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ziet toe op de kwaliteit van de zorgverlening van een aanbieder.

6

Gaat de NZa het komend jaar toezicht houden op het feit dat in contracten tussen aanbieders en zorgverzekeraars aanvullende afspraken worden gemaakt over kwaliteit, innovatie en preventie? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Het toezicht van de NZa betreft niet de inhoud van de contracten. Er is in de Zorgverzekeringswet wederzijdse contractvrijheid en de inhoud van contracten kunnen partijen zelf bepalen. De NZa houdt geen toezicht op de inhoud van contracten, maar monitort deze wel. De NZa onderzoekt bijvoorbeeld in de monitor contractering wijkverpleging in welke mate afspraken gemaakt worden, conform de gemaakte afspraken in het Hoofdlijnenakkoord over kwaliteit, innovatie en preventie.

7

Wat vinden cliënten van het experiment? Is er een nulmeting geweest onder cliënten? Merken cliënten verschil in zorgverlening voor en tijdens het experiment?

Zie ook de antwoorden op vragen 1, 2 en 3. Voor dit onderzoek is niet gesproken met patiënten. Er is wel aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd naar ervaringen van hun patiënten en verzekerden. 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. In sommige gevallen was volgens de zorgaanbieders sprake van onrust onder hun cliënten over een hoog gedeclareerd bedrag als er maar weinig zorg ontvangen is. Die mogelijkheid bestaat als zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken met één integraal (gemiddeld) tarief per cliënt voor een langere periode. Het experiment biedt hier ruimte voor. In die gevallen ziet een cliënt die maar een paar uur zorg heeft ontvangen een rekening met hetzelfde vaste maandbedrag als een cliënt die aanzienlijk meer uren zorg heeft gekregen. Cliënten ondervinden hier geen nadeel van, omdat er geen eigen risico geldt voor de wijkverpleging.

Het is niet mogelijk om te onderzoeken wat het experiment oplevert in vergelijking met reguliere bekostiging omdat het overgrote deel van de wijkverpleging onder het experiment wordt ingekocht en vergoed. Het ontbreekt aan een objectieve en vergelijkbare nulmeting van de situatie voor het experiment. Er is ook geen nulmeting geweest onder cliënten.

8

Kunt u per aanbeveling een reactie geven waarin u aangeeft wat u van de aanbeveling vindt en wat u ermee gaat doen?

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).
Ik ben het met de NZa eens dat het onwenselijk is om na afloop van het experiment (na verlenging eind 2021) terug te keren naar de reguliere bekostiging. Dat is ook de reden waarom ik er op heb aangedrongen om het advies over de nieuwe bekostiging zo snel mogelijk te kunnen ontvangen. Ik wil vervolgens zo snel mogelijk op dit advies reageren en het aan uw Kamer ter bespreking voorleggen. Hoe eerder we een besluit kunnen nemen over de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging des te sneller kunnen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijkheid geven over de situatie na afloop van het experiment.
2. Creëer ruimte om te experimenteren met een integraal tarief voor een langere periode.
Gezien de diversiteit van de sector (met grote en kleine aanbieders, met basiszorg en gespecialiseerde zorg) vind ik het belangrijk dat gebruik wordt gemaakt van de ruimte binnen het huidige experiment verpleging en verzorging, zodat hiermee in allerlei verschillende soorten situaties ervaring kan worden opgedaan. Ik roep zorgaanbieders en zorgverzekeraars op hier gebruik van te maken.
3. Onderzoek hoe je tarieven voor langere perioden kunt differentiëren, zodat deze bij meer aanbieders toepasbaar zijn.
Ik vind het van belang dat de bekostiging voor de volle breedte van de sector bruikbaar is. Gezien de diversiteit van de sector vergt dat nader onderzoek om te komen tot verdere verfijning. Daarom heb ik de NZa opdracht gegeven om verder te gaan met het onderzoek naar cliëntprofielen.

Aanbevelingen aan het veld:

4. Benut de ruimte die er nu al is voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie.
5. Onderzoek kwaliteitsparameters.
Ik sluit aan bij de twee aanbevelingen die de NZa aan de sector doet over het benutten van de huidige ruimte voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie en over het meetbaar maken van kwaliteit.

9

Wat is de definitie van het begrip «populatie» bij het voorliggende onderzoek?

Met de populatie wordt de groep cliënten bedoeld die bij de zorgaanbieder in zorg is. In de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging staat: «Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen op basis van dit experiment een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie afspreken.» (artikel 2). In de Toelichting bij de beleidsregel wordt opgemerkt: «Afspraken worden gemaakt op basis van de samenstelling van de populatie. Om een beeld te krijgen van de populatie kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de historische productmix van een aanbieder.»

10

Welk deel van het voorliggende onderzoek ziet u als onderbouwing voor een maandtarief?

Het is hier van belang onderscheid te maken tussen een maandprestatie en een maandtarief. Het is ook mogelijk om een maandprestatie vast te stellen en bijvoorbeeld een vrij tarief daaraan te koppelen.

Positieve punten van een maandprestatie vind ik dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte ervaren voor maatwerk, voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en inzet op kwaliteit, innovatie en preventie. Het is nog niet duidelijk of een maandprestatie (eventueel in combinatie met een maandtarief) voor de hele sector wijkverpleging geschikt en mogelijk is. Dit zal het advies van de NZa moeten uitwijzen.

11

Zijn er 22 zorgaanbieders benaderd met een breed uitgezette vragenlijst of hebben slechts 22 zorgaanbieders deze lijst beantwoord?

De vragenlijst is beschikbaar gesteld aan alle aanbieders. De NZa heeft door middel van publicaties op haar website en op social media hier de aandacht op gevestigd en heeft ook de brancheorganisaties verzocht om de evaluatie onder de aandacht van hun leden te brengen. Het was dus voor alle gecontracteerde zorgaanbieders, groot en klein, mogelijk om deel te nemen. Uiteindelijk hebben 22 zorgaanbieders gereageerd.

12

Indien er meer dan 22 zorgaanbieders zijn benaderd, hoeveel zijn dat er precies geweest?

Zie hiervoor het antwoord op vraag 11.

13

Op welke methodologische gronden kan worden gesteld dat bij de genoemde aantallen responses van de zorgaanbieders er sprake is van een representatieve evaluatie?

De vragenlijst is door 22 zorgaanbieders ingevuld. Deze 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).

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, zie hiervoor ook de beantwoording van vraag 14. Eén van de respondenten heeft aangegeven geen afspraken te hebben binnen het experiment.

De uitkomsten van de evaluatie zijn getoetst bij brancheverenigingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de beroepsgroep van verpleegkundigen. Daaruit blijkt dat de bevindingen ondanks de lage respons wel een getrouw en herkenbaar beeld geven van de ervaringen binnen het experiment.

14

Hoeveel zorgaanbieders zijn er gesproken die werken met een integraal maandtarief?

Voor dit onderzoek zijn zes zorgaanbieders die werken met integrale maandtarieven geïnterviewd. Dit betreft (op één zorgaanbieder na) alle zorgaanbieders die in de declaratiedata in Vektis van 2016 t/m Q1 2019 prestaties per maand gedeclareerd hebben.

15

Het voeren van een schaduwregistratie kost geld en personeelsinzet, welke gevolgen heeft dit voor de kosten bij zorgaanbieders?

De verwachting is dat een schaduwregistratie extra tijd en daarmee capaciteit kost en daardoor de kosten doet stijgen. Het is echter niet

bekend om hoeveel tijd, en daarmee kosten, het hier gaat. Dit is bovendien afhankelijk van hoe zorgaanbieders hun bedrijfsprocessen hebben ingericht en in hoeverre deze geautomatiseerd zijn. De bekostiging, waar het experiment onderdeel van is, zorgt voor financiering van de zorg. Hoe zorgaanbieders hun administratieve organisatie inrichten en welke gevolgen dit heeft voor hun kosten, is een eigen verantwoordelijkheid.

16

Klopt het dat kritische factoren voor het werken met een integraal maandtarief (a) een goede relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en (b) de omvang (aantal cliënten) van de zorgaanbieder zijn? Dit klopt. Voor bredere implementatie van maandtarieven zijn meerdere randvoorwaarden van belang, namelijk:

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

17

Heeft het werken met een integraal maandtarief een kostendrukkend of een kostenverhogend effect in vergelijking van werken met een integraal uurtarief?

Dit onderzoek gaat niet in op kosten bij zorgaanbieders of op uitgaven op macro budgettair niveau. De verwachting is dat een integraal maandtarief een uitgavendrukkend effect heeft doordat er geen volumeprikkel is en juist wel een prikkel tot doelmatigheid, innovatie en inzet op zelfredzaamheid.

18

Heeft het werken met een integraal maandtarief een positief of een negatief effect op de administratieve lasten voor zorgprofessionals in vergelijking met werken via een integraal uurtarief?

Het werken met een integraal maandtarief heeft in principe een positief effect op administratieve lasten voor zorgprofessionals, omdat niet ieder uur geregistreerd hoeft te worden voor de declaratie. Het invoeren van een maandtarief betekent in het begin echter ook een flinke omslag in de administratieve organisatie. Het hangt verder van de zorgaanbieder zelf af of die nog uren laat registreren en zo ja, de mate waarin die registratie is geautomatiseerd.

19

Is er een verschil in werknemerstevredenheid en in ziekteverzuim waar te nemen wanneer gewerkt wordt met een gedifferentieerd uurtarief, een integraal uurtarief en een integraal maandtarief?

Er is geen onderzoek gedaan naar ziekteverzuim en de NZa heeft niet met zorgprofessionals zelf gesproken. Wel is in algemene zin aan zorgaanbieders gevraagd naar ervaringen van zorgprofessionals. 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, zij merken geen verschil in het werken met het experiment.

20

Klopt het dat doelgroepenregistratie, de verschillen tussen de zorgdoelmeinen, de verschillende eisen van de zorgverzekeraars en de interne

bedrijfsvoering er de oorzaak van zijn dat de administratieve lasten minder zijn gedaald dan aanbieders zouden willen?

De meeste zorgaanbieders die met een integraal uurtarief werken en die de vragenlijst hebben ingevuld, geven aan dat hun administratieve lasten minder gedaald zijn dan ze zouden willen. Hiervoor noemen zij de volgende oorzaken: doelgroepenregistratie bij de zorgverzekeraars, verschillen tussen domeinen (Wmo, Zvw en Wlz), verschillen tussen zorgverzekeraars en eigen bedrijfsvoering.

21

Op welke wijze kan de wetgever bijdragen aan vermindering van de administratieve lasten bij de doelgroepenregistratie en de verschillende zorgdomeinen (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo))?

Voor de doelgroepenregistratie in de wijkverpleging geldt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover afspraken maken in een contract. Het is geen verplichte registratie vanuit de overheid. Het is aan partijen om dergelijke contractuele afspraken te maken, daar heeft de wetgever geen invloed op.

De ervaringen uit [Ont]Regel de Zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 424) neem ik mee in het proces om tot nieuw beleid te komen. Bij nieuw beleid toets ik altijd of de administratieve lasten niet onnodig toenemen en waar de administratieve lasten kunnen afnemen. Dit geldt ook voor beleid dat de verschillende domeinen doorkruist of overstijgt. Specifiek voor de nieuwe bekostiging heb ik de NZa gevraagd rekening te houden met het effect op de administratieve lasten.

22

Kunnen er geen afspraken gemaakt worden, zodat bij het werken met één integraal tarief door alle zorgverzekeraars dezelfde administratieve eisen worden gesteld?

Ik heb aan de NZa gevraagd rekening te houden met de effecten van nieuwe bekostiging op de administratieve lasten. De NZa neemt dit mee in de gesprekken die zij voert met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De consequenties voor regeldruk neem ik in de totale afweging voor een nieuw bekostigingsmodel mee. Vanuit het programma [Ont]Regel de Zorg kan ik, indien nodig, daarna met zorgverzekeraars in gesprek over in hoeverre zij de administratie eisen gelijk kunnen trekken.

23

Hoe kan voorkomen worden dat meerdere urenregistraties ontstaan bij zorgaanbieders zodat de administratieve lasten stijgen in plaats van dalen?

Dit kan door de behoefte om de werkelijke tijd achteraf te registreren los te laten. In plaats daarvan is het belangrijk om een goede planning te maken. Alle declaraties voor planbare zorg kunnen hiervan afgeleid worden. Dit is het principe «zorgplan=planning=realisatie, tenzij». Aanbieders moeten hun interne administratie kritisch herzien om dubbele registraties te voorkomen.

24

Hoe valt het te rijmen dat enerzijds zorgaanbieders die werken met een integraal maandtarief aangeven dat geen sprake is van onderbehandeling en risicoselectie en anderzijds aanbieders en verzekeraars aangeven om die reden geen sectorbrede uitrol te wensen?

Momenteel werkt slechts een beperkte groep zorgaanbieders met een integraal maandtarief. De zorgaanbieders die nu werken met een integraal maandtarief zijn in goed gesprek met zorgverzekeraars en maken afspraken op basis van onderling vertrouwen en spiegelinformatie. Deze werkwijze is niet voor alle zorgaanbieders haalbaar en het is voor de

zorgverzekeraars niet haalbaar om op grote groepen zorgaanbieders toe te passen. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars is bijvoorbeeld een bepaalde schaalgrootte nodig om de variatie in de cliëntenpopulatie op te vangen wanneer er wordt gewerkt met één vast bedrag per cliënt per maand.

Een bredere uitrol van het werken met maandtarieven, bijvoorbeeld over de hele sector, is daarom afhankelijk van een aantal randvoorwaarden, waaronder instrumenten om risicoselectie en onderbehandeling tegen te gaan. Sectorbreed zijn hier momenteel onvoldoende instrumenten voor.

25

Om ongewenste prikkels tegen te gaan zoals onderbehandeling en risico-selectie stellen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor om te werken met een gedifferentieerd maandtarief op basis van cliëntkenmerken, zal dit niet tot een toename van administratieve lasten leiden? Het werken met een integraal maandtarief heeft in principe een positief effect op administratieve lasten voor zorgprofessionals doordat niet ieder uur geregistreerd hoeft te worden en doordat het onderscheid persoonlijke verzorging en verpleging niet geregistreerd hoeft te worden. Het differentiëren van een prestatie en een tarief op basis van cliëntkenmerken vraagt mogelijk extra administratie, omdat bijvoorbeeld op periodieke basis kenmerken geregistreerd moeten worden. De mate van administratieve last is afhankelijk van de aard van de te registreren kenmerken en de uiteindelijke inrichting hiervan. De NZa neemt dit mee in de gesprekken die zij over de bekostiging voert met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

26

Is bij de evaluatie meegenomen of er omgekeerd niet sprake is van overbehandeling in geval van werken met (integrale) uurtarieven? Dit is niet meegenomen in het onderzoek. De verwachting is dat de volume prikkel van het werken met uurtarieven hetzelfde is binnen het experiment (integraal uurtarief) als in de huidige bekostiging (uur persoonlijke verzorging en uur verpleging).

27

Op welke wijze kan in de huidige regelgeving rond wijkverpleging iemand bezwaar maken wanneer sprake is van onderbehandeling?

Een cliënt die ontevreden is over de zorgverlening kan op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een klacht indienen bij de zorgaanbieder. De klachtfunctionaris kan de cliënt daarbij helpen. Indien de klacht niet tot een oplossing leidt, staat de weg open naar de geschilleninstantie. Ook de vertegenwoordiger van de cliënt kan deze route bewandelen.

Los van deze procedure kan de cliënt ook de zorgverzekeraar inschakelen als men niet de juiste zorg krijgt. De zorgverzekeraar heeft namelijk zorgplicht.

28

Zou een combinatie van acceptatieplicht en een krachtig bezwaarsysteem geen methode kunnen zijn om risicoselectie en onderbehandeling te voorkomen bij het werken met een integraal maandtarief?

Een acceptatieplicht houdt in dat zorgaanbieders alle cliënten moeten aannemen die zorg aanvragen. Daardoor kan het voorkomen dat meer cliënten worden aangenomen dan dat er capaciteit voor is. Hierdoor ontstaat juist een risico op onderbehandeling. Wat mij betreft is dit dus geen geschikte methode.

Zoals bij vraag 27 toegelicht bestaat er al een krachtig bezwaarsysteem via de zorgaanbieder en eventueel de geschilleninstantie voor de gevallen waarbij er sprake is van onderbehandeling.

29

Hoe zou u het beoordelen dat in een regio waar een zorgkantoor is, zorgaanbieders alleen nog maar mogen werken met een integraal maandtarief in combinatie met acceptatieplicht?

Zoals ik bij vraag 28 heb toegelicht, vind ik het invoeren van een acceptatieplicht geen geschikte methode.

Het is nog niet duidelijk of een maandprestatie (eventueel in combinatie met een maandtarief) voor de hele sector wijkverpleging geschikt en mogelijk is. Dit zal het advies van de NZa moeten uitwijzen.

30

Hoe beoordeelt u het gegeven dat het uitrollen van een integraal maandtarief eigenlijk geblokkeerd wordt door een gebrek van wederzijds vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Een belangrijke randvoorwaarde voor vertrouwen is transparantie.

Vertrouwen tussen partijen kan toenemen als meer informatie beschikbaar komt voor alle partijen over kwaliteit van de zorg en de uitkomsten van de zorg. Als duidelijk is dat de kwaliteit van de zorg die de aanbieder levert hoog is en de uitkomsten voor cliënten goed zijn, dan geeft dit de zorgverzekeraar het vertrouwen om een integraal tarief over een langere periode af te spreken. De zorgverzekeraar kan dan vertrouwen dat de aanbieder cliënten niet onderbehandelt of aan de poort alleen de lichte gevallen selecteert. Dat onderstreept het belang van de stappen die de sector zet voor meer transparantie over kwaliteit van zorg en het meten van uitkomsten. Een eerste stap is het meten van de Net Promotor Score (een onderdeel van de Patient Reported Experience Measure) in 2019 geweest. In 2020 is de volledige PREM opgenomen in het Register van het Zorginstituut en deze wordt dit jaar uitgevraagd bij alle zorgaanbieders die vallen onder het kwaliteitskader wijkverpleging.