



Ministerie van VWS

[Redacted address block]

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Datum 17 juli 2025
Contactpersoon [Redacted]
Ons kenmerk ZN-25-017130
Uw kenmerk -
Onderwerp Toekomstige bekostiging van de wijkverpleging.

Geachte heer Herstel, mevrouw Goezinne

Middels deze brief nodigen wij (Actiz en ZN) u uit voor een bestuurlijk gesprek over de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. Wij hebben namelijk veel zorgen als niet gecontracteerde zorg via het integrale tarief bekostigd kan gaan worden per 2029 wanneer het huidige experiment voor gecontracteerde zorg met dit integrale tarief zal aflopen. Dit willen we voorkomen.

Daarbij willen wij een lagere termijn focus op de gewenste situatie in 2030 (Visie Eerstelijn) en wat nodig is om deze visie goed te laten landen in de contractering, ondersteund met een daarbij passende bekostiging.

Onze insteek is: Wanneer dit experiment afloopt, willen we dat integrale tarieven als reguliere bekostiging alleen beschikbaar zijn voor gecontracteerde aanbieders (zoals nu ook in het experiment). De NZa heeft een consultatie bij alle betrokken stakeholders gehouden en komt tot dezelfde conclusie. Dit kan alleen niet zonder wetswijziging en de NZa is niet bevoegd deze wetsaanpassing te leveren. Daarom ons nadrukkelijk verzoek aan VWS deze wetswijziging te ondersteunen en tijdig voor te bereiden zodat dit ruim voor 1 januari 2029 is gerealiseerd en na afloop van het huidige experiment het veld hiermee kan werken.

Onze argumentatie waarom integrale tarieven alleen beschikbaar mogen blijven voor gecontracteerde aanbieders is kort samengevat als volgt (de uitgebreidere toelichting staat in de bijlage):

- Bij integrale tarieven worden er te hoge en geen passende tarieven toegekend aan niet gecontracteerde zorgaanbieders.
- Een integraal uurtarief voor niet gecontracteerde zorgaanbieders stimuleert een scheve verdeling van zorgaanbod. Het wordt te aantrekkelijk voor niet gecontracteerde zorgaanbieders om



laagcomplexiteit/enkelvoudige zorg te leveren en juist onaantrekkelijk om zorg te leveren aan complexe cliënten.

- Met een integraal tarief voor niet gecontracteerde aanbieders gaat het zicht op de terechte verschillen tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde aanbieders verloren.
- Bij integrale tarieven wordt het aantrekkelijker geen contract aan te gaan en juist minder aantrekkelijk wel een contract aan te gaan. Het aandeel niet gecontracteerde zorg en daarmee de versnippering van aanbieders zullen toenemen.
- Ongewenste en kostbare juridisering: Indien een niet gecontracteerde zorgverlener bij vrije integrale tarieven een onaanvaardbaar hoog tarief declareert, moet de zorgverzekeraar dit (juridisch) 'aanvechten' en aantonen waarom dit tarief onaanvaardbaar hoog is. Dit is vrijwel ondoenlijk en zeer tijdrovend.

Uitleg context

Van rechtswege dient er één bekostigingsregime te zijn. Daarom werd tot 2016 zowel de gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg bekostigd vanuit de prestaties verpleging (VP) en persoonlijke verzorging (PV) waarvoor de NZa maximum tarieven vaststelt.

Een experimenteerruimte geeft een uitzondering op de wettelijke eis dat er één bekostigingsregime moet zijn. Sinds 2016 bestaat er vanwege diverse opeenvolgende experimenten een scheiding in de bekostiging tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg. Voor de gecontracteerde zorg geldt vanwege het experiment een integraal vrij uurtarief en in sommige contractrelaties zelfs week- of maandtarieven. Voor niet gecontracteerde zorg gelden nog steeds de maximale tarieven voor verpleging (VP) en persoonlijke verzorging (PV).

Het huidige experiment loopt eind 2028 af. De NZa lijkt niet voornemens te zijn dan een volgend experiment op te starten wat zou betekenen dat er van rechtswege weer één bekostigingsregime zal gelden. Dan zouden er twee opties zijn. Ofwel een terugkeer naar de prestaties verpleging (VP) en persoonlijke verzorging (PV) voor zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg ofwel een integraal vrij uurtarief voor zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg.

Theoretisch bestaat er ook nog de optie van een integrale prestatie met een gemaximeerd tarief voor zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg. Wij gaan ervan uit dat deze optie alleen theoretisch blijft omdat werken met een gemaximeerd tarief veel van de positieve recente ontwikkelingen in de gecontracteerde wijkverpleging teniet zou doen. Zowel de optie om het integrale vrije als het gemaximeerde uurtarief van toepassing te laten worden op niet gecontracteerde zorg, zouden zeer onwenselijke effecten hebben. Dat geldt voor de uurtarieven maar zo mogelijk nog meer voor de maandtarieven.



Zowel de aanbieders van gecontracteerde zorg als de zorgverzekeraars zijn tevreden met het integrale vrije uurtarief (of maandtarief) en willen niet terug naar de losse prestaties verpleging (VP) en persoonlijke verzorging (PV). In die zin is het experiment tot op heden goed bevallen. ZN en Actiz hebben bij de NZa al gedurende enkele jaren aangegeven dat de integrale vrije tarieven niet mogen gelden voor niet gecontracteerde zorg. Dit geeft namelijk de ongewenste prikkel dat dit niet gecontracteerde zorg te aantrekkelijk maakt, wat contrair is aan de gewenste beweging om het aandeel niet gecontracteerde zorg terug te brengen. Integrale vrije tarieven voor niet gecontracteerde zorg zijn niet in lijn met passende en toegankelijke zorg en geven een kostenverhoging (ondoelmatigheid) voor de wijkverpleegkundige zorg in Nederland. Daarom is het essentieel dat de huidige scheiding in de bekostiging gehandhaafd blijft. Dit kan (alleen) mogelijk gemaakt worden door een aanpassing van de Wmg (Wet Marktordening Gezondheidszorg).

Een aanpassing van de Wmg vereist een meerjarig traject tot wetswijziging. Dit traject dient tijdig te worden ingezet. Momenteel is er nog een kleine drie jaar tot het eind van het experiment dus wat Actiz en ZN betreft is haast geboden.

De NZa heeft in opdracht van VWS een consultatie genaamd de uitvoeringstoets uitgevoerd om in kaart te brengen “..of en onder welke voorwaarden de integrale prestaties onderdeel kunnen worden van de reguliere bekostiging”*, m.a.w. als de integrale tarieven zouden gaan gelden voor zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg. Hierin zijn ook de leden van Actiz en ZN geconsulteerd. Deze consultatie resulteert in een breed gedragen advies dat integrale tarieven alleen geschikt zijn voor gecontracteerde zorgverleners.

Omdat het van het hoogste belang is dat u als opdrachtgever aan de NZa deze argumentatie begrijpt én ondersteunt, vragen wij om een gesprek met u. In de bijlage treft u onze argumentatie aan, die wij in het bestuurlijk gesprek graag nader willen toelichten.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

ActiZ

Drs. W.J. Adema RA MBA
Directeur Zorg

W. van Soest,
directeur

cc. NZa - drs. J. Rijnveld, directeur Regulering



Bijlage

Hieronder staat de argumentatie nader toegelicht waarom integrale prestaties met vrije en maximum integrale tarieven voor niet gecontracteerde zorg een nadelig effect hebben op kosten/doelmatigheid, toegankelijkheid, passende zorg en een vergroting geven van het aandeel niet gecontracteerde zorg.

- Geen passend tarief en geen passende zorg bij integrale tarieven voor niet gecontracteerde zorg:
 - Een recent onderzoek door de NZa (onderdeel van de macroplaat) heeft aangetoond dat er verschillen bestaan in tarieven tussen diverse typen zorgaanbieders. Dit doet recht aan verschillen in organisatiekosten, overhead, niveau medewerkers (dus andere loonkosten) en in de zwaarte van cliënten. Met een integraal tarief voor ook niet gecontracteerde aanbieders worden alle aanbieders 'op één hoop gegooid' waarmee het zicht op de terechte verschillen verloren gaat. Bij (vrije en maximum) integrale tarieven worden er te hoge en geen passende tarieven toegekend aan niet gecontracteerde zorgaanbieders. Het huidige integrale tarief is mede berekend op basis van de verhouding persoonlijke verzorging en verpleging (PV/VP). Deze verhouding bij gecontracteerde zorgaanbieders is anders en niet toepasbaar op niet-gecontracteerde zorgaanbieders (omdat daar die verhouding anders ligt), met het gevolg dat de meeste niet gecontracteerde zorgaanbieders teveel vergoeding krijgen en sommige te weinig. Kenmerkend voor niet gecontracteerde-wijkverpleging is dat het vooral gaat om hoog-volume en laagcomplexe zorg. Dat vraagt om een ander tarief. Er wordt bij niet gecontracteerde zorg meer verzorging geleverd dan bij gecontracteerde zorg dus bij een integraal tarief zal niet gecontracteerde zorg eerder overgecompenseerd worden.
 - Bij een integraal uurtarief wordt het voor niet gecontracteerde zorgverleners aantrekkelijk om laagcomplexe/enkelvoudige zorg te leveren. Inzet van het laagst inzetbare personeel levert bij een tarief afgeleid van een gemiddeld (gebaseerd op een andere verhouding van zorgzwaarte) gecontracteerd tarief de meeste winst op. Andersom geldt hetzelfde: Bij een integraal uurtarief wordt het voor een niet gecontracteerde aanbieder onaantrekkelijk om zorg te leveren voor de complexe cliënten die om een hoog niveau vragen, deze komen dus mogelijk tussen wal en schip te vallen. Bij (vrije of maximum) integrale tarieven kan er niet gedifferentieerd worden in tarief tussen niet-gecontracteerde aanbieders. Met een gecontracteerde aanbieder werkt een integraal (uur)tarief wel aangezien daar een relatie mee wordt onderhouden door zorgverzekeraars. Daarmee kan aan aanbieders (face to face of telefonisch/mail), aanvullende voorwaarden worden gesteld in het inkoopbeleid waarbij zorgverzekeraars op basis van personeels- en cliëntmix een passend (uur)tarief afspreken. Bij niet gecontracteerde zorg ontbreekt deze relatie en kunnen zorgverzekeraars geen aanvullende contracteisen stellen.
- Niet passende en willekeurige tarieven: Bij vrije integrale tarieven kunnen zorgverleners zelf bepalen welke tarieven zij rekenen. Dit kan leiden tot willekeurige tarieven, waarbij de ene zorgverlener veel hogere tarieven rekent dan de andere. Dit maakt het voor de verzekerde lastig om een goede keuze te maken en kan leiden tot onduidelijkheid over de kosten. De ervaring van verzekeraars is dat niet gecontracteerde partijen veelal weinig transparant zijn over deze kosten. Verzekerden worden dan achteraf met hoge kosten geconfronteerd.
- Hogere kosten voor de verzekerde: Als er (vrije en maximum) integrale tarieven worden gehanteerd, kan dit leiden tot hogere kosten voor de verzekerde. Zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt met gecontracteerde zorgverleners over de tarieven die zij mogen rekenen. Bij niet-gecontracteerde zorgverleners zijn deze tarieven niet vastgelegd, waardoor zij hogere tarieven kunnen rekenen. Dit kan leiden tot hogere kosten voor de verzekerde, die deze kosten zelf moet dragen als deze niet vergoed worden door de zorgverzekeraar.



- Niet gecontracteerde zorg zal toenemen en meer versnippering van aanbieders. Bij (vrije en maximum) integrale tarieven voor een niet-gecontracteerde aanbieder wordt het aantrekkelijker geen contract aan te gaan (en minder aantrekkelijk wel een contract aan te gaan). Niet gecontracteerde zorg heeft namelijk de financiële voordelen van een integraal (uur)tarief, geen aanvullende contracteisen en er is geen leverplicht als een complexe cliënt zich meldt. Als er meer niet-gecontracteerde aanbieders de markt gaan betreden, is dit op zich al onwenselijk (met grotere kans op het aantrekken van niet bonafide partijen) - en zeker omdat dit de ontwikkeling naar een betere organisatie van de zorg in de 1^e lijn – in de vorm van herkenbare/aanspreekbare teams en hechte wijkverbanden – bemoeilijkt.
- Langere tarieven dreigen te verdwijnen bij integrale tarieven voor niet gecontracteerde zorg: Bij (vrije en maximum) integrale tarieven voor niet gecontracteerde zorg is er geen plek voor langere tarieven week-/maand-/kwartaaltarieven: Langere tarieven vereisen een intensieve en vertrouwde relatie en kunnen alleen voor grotere aanbieders gelden. Deze tarieven horen nu bij de integrale vrije tarieven voor de gecontracteerde zorgverleners en zouden bij het regulier worden van de integrale tarieven wel toegankelijk kunnen worden voor niet gecontracteerde zorg. Deze langere tarieven zijn echter per definitie niet geschikt voor niet gecontracteerde zorg.
- Ongewenste en kostbare jurisdisering: Indien een niet gecontracteerde zorgverlener bij vrije integrale tarieven een onaanvaardbaar hoog tarief declareert moet de zorgverzekeraar dit (juridisch) aanvechten en aantonen waarom dit tarief onaanvaardbaar hoog is. Omgekeerd bestaat ook het risico dat de niet-gecontracteerde zorgverlener de hoogte van de geboden vergoeding aanvecht.
Maar vanwege het integrale tarief kunnen zorgverzekeraars juridisch niet meer aantonen waarom het tarief van een niet gecontracteerde aanbieder onaanvaardbaar hoog kan zijn. Het bijeffect is dat er waarschijnlijk juridische trajecten zullen gaan ontstaan waarbij de verzekerde een beroep zal doen op de hardheidsclausule in het geval zorgverzekeraars een deel van rekening niet vergoeden. Dat fenomeen zal vaker plaats gaan vinden als de niet gecontracteerde aanbieders zelf mogen bepalen (vrije tarieven) wat ze in rekening mogen brengen.
- Onduidelijkheid machtiging: Vrije en maximum integrale tarieven voor niet-gecontracteerde aanbieders geven veel onduidelijkheden over hoe de zorg dan zorgvuldig te machtigen (controle op doelmatigheid, inzet passend niveau en kostprijs) en hoe om te gaan met korting voor de verzekerde. Verzekeraars kunnen geen onderscheid meer maken tussen de prestaties verzorging en verpleging omdat deze niet meer bestaan.
- Machtiging/onafhankelijke indicatiestelling regelt alleen volume, niet tarief: De machtiging (en mogelijk later de onafhankelijke indicatiestelling, zoals opgenomen in de beleidsvoornemens) regelt enkel het aantal te leveren uren zorg, maar is (juridisch) niet geschikt om de tariefskant ook te regelen. Het zou namelijk betekenen dat er voor niet gecontracteerde zorg een contract per client zou moeten worden afgesproken – contrair aan de aard van niet gecontracteerde zorg en qua capaciteit onmogelijk.
- Onuitvoerbaarheid door onduidelijkheid over de hoogte van de vergoeding: Zorgverzekeraars moeten voorafgaand aan het jaar duidelijkheid geven over de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg, via het gehanteerde vergoedingspercentage. Nu steunt dit op het NZa maximum tarief van de afzonderlijke prestaties. Bij een integrale prestatie is het niet meer helder hoe het verband is tussen de vergoeding en werkelijke kosten en is het op voorhand voor de verzekerden niet duidelijk welke rekening zij zelf moeten betalen. De vooraf te geven transparantie over kosten voor de verzekerde is daarmee niet mogelijk.
- Nadelige consequenties voor Zvw-pgb: Als er een integraal tarief voor niet gecontracteerde zorg zou komen, kan dat ook gaan gelden voor het Zvw-pgb. Echter, de verhouding tussen verzorging en verpleging binnen het formele PGB enerzijds en bij niet gecontracteerde zorg anderzijds ligt heel



anders. Bij niet gecontracteerde zorg betreft de zorg grotendeels verzorging maar de zorg binnen het formele zorg betreft voornamelijk verpleging. Maar als het tarief voor formele zorg in het Zvw-pgb gelijk wordt getrokken aan het integrale tarief niet gecontracteerde zorg dan wordt het tarief te laag voor het formele pgb. Dan zal het tarief in het pgb vervolgens toch opgehoogd moeten worden om kostendekkend te worden maar dan kunnen niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan sturen op PGB bij hun klanten. Dit zou een aanzuigende werking op het Zvw-pgb geven.