

Vergaderjaar 2024–2025

23 235

Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 245

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 augustus 2025

Op 3 september a.s. ga ik met u in gesprek over de wijkverpleging, die een sleutelrol speelt in toekomstbestendige zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk bieden en coördineren zorg in de thuissituatie, in samenwerking met huisartsen, apothekers, paramedici en het sociaal domein. Door de vergrijzing en toenemende complexiteit van zorgvragen vind ik het van groot belang te investeren in een sterke wijkverpleging. Alleen zo kunnen zij samen met andere professionals en mantelzorgers inspelen op de groeiende en veranderende zorgbehoeften.

In aanloop naar dit debat informeer ik u graag over de ontwikkelingen rond de bekostiging van de wijkverpleging, die ondersteunend moet zijn aan deze opgave. Met deze brief bied ik u daarom het uitvoeringsadvies aan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van integrale prestaties in de wijkverpleging. Dit advies is het resultaat van een onderzoek dat de afgelopen zes maanden op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is uitgevoerd en waarbij verschillende veldpartijen zijn geconsulteerd¹. Bij uitzondering stuur ik u deze brief in het reces. Reden hiervoor is dat ik u ruim voor het commissiedebat wijkverpleging van 3 september wil informeren over de uitkomsten van het rapport van de NZa. In deze brief licht ik de aanleiding van dit rapport toe, ga ik in op recente ontwikkelingen in de bekostiging, en schets ik de vervolgstappen die ik op basis van de uitkomsten wil zetten.

Aanleiding UVT

Sinds 2016 vinden in de wijkverpleging aaneengeschakelde bekostigings-experimenten plaats met als doel de bekostiging beter te laten aansluiten bij het leveren van passende zorg. Het uitgangspunt van deze experi-

¹ ZiN, ZN, Actiz, Zorgthuisnl, V&VN, PFN, Buurtzorg, Binkz, SPOT, PerSaldo, deskundigen en andere ketenpartners

menten is om bij te dragen aan meer professionele autonomie, minder administratieve lasten en betere uitkomsten voor cliënten, terwijl tegelijkertijd betere sturing op kwaliteit en kosten wordt gerealiseerd.

Binnen het eerste experiment, *verpleging en verzorging*, werd het mogelijk om integrale prestaties te declareren in plaats van de reguliere, losse prestaties. In het experiment gelden voor de integrale prestaties vrije tarieven. De tarieven worden in de contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bepaald en vastgelegd. Het afsluiten van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar was en is een voorwaarde om gebruik te maken van de experimentele bekostiging. Ondanks het experimentele karakter zijn integrale prestaties sinds 2017 in de praktijk de standaard geworden voor gecontracteerde wijkverpleging, mede vanwege de duidelijke meerwaarde ten opzichte van het reguliere systeem. Bijna alle gecontracteerde partijen maken inmiddels gebruik van dit experiment. In de praktijk bleken integrale prestaties namelijk meer ruimte voor professionele autonomie te bieden en minder administratieve lasten te geven. De effecten van het gebruik van integrale prestaties zijn uitgebreid beschreven in evaluaties van de NZa (2019², 2023³) en in het bijgevoegde uitvoeringsadvies.

Tegelijkertijd bleef de behoefte bestaan om de bekostiging verder door te ontwikkelen, onder meer om beter zicht te krijgen op de zwaarte van de zorgvraag en de uitkomsten van de verleende zorg. Het vervolgexperiment *Cliëntprofielen verpleging en verzorging*, introduceerde om die reden naast het integrale tarief de cliëntprofielen. Hierover heeft de NZa met het veld in een convenant⁴ afspraken gemaakt. Waar het integrale tarief zorgde voor administratieve verlichting en meer professionele autonomie, was het idee dat cliëntprofielen hieraan meer inhoudelijke onderbouwing van de geleverde zorg, transparantie over zorgzwaarte en daarmee sturingsmogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zouden toevoegen. In juli 2024 heeft uw Kamer echter bij motie⁵ verzocht om cliëntprofielen uit het experiment te laten vervallen. Sindsdien beperkt het huidige experiment zich tot het gebruik van integrale tarieven (per uur, dag, week of maand). Dit experiment loopt tot en met 2028. Ruim voor het aflopen van het experiment moet een besluit worden genomen of de experimentbekostiging moet worden opgenomen in de reguliere bekostiging. Als dit niet gebeurt zal de volledige sector vanaf 2029 weer gebruik moeten maken van wat nu nog de reguliere bekostiging is (losse prestaties voor verpleging en verzorging met maximumtarieven).

Gezien het succes van het werken met integrale prestaties, en het feit dat hier inmiddels geruime tijd mee is geëxperimenteerd, verken ik of en op welke manier het kan worden opgenomen in de reguliere bekostiging. Deze verkenning is des te noodzakelijker nu het onderdeel *cliëntprofielen* is komen te vervallen, dat bedoeld was om inhoudelijke informatie en transparantie over de geleverde zorg te bieden, en daarmee een aantal risico's van integrale prestaties met vrije tarieven te mitigeren. Specifiek voor niet-gecontracteerde zorg waarbij er geen inhoudelijke afspraken gemaakt worden tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan het integrale tarief zonder aanvullende onderbouwing risico's opleveren. Het is op dit moment niet mogelijk om binnen een sector regulier twee bekostigingssystemen te hanteren. Het regulier maken van integrale

² Eindrapport Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging – Nederlandse Zorgautoriteit

³ Rapportage evaluatie experiment in de wijkverpleging – Verwachtingen experiment cliëntprofielen en systeemfuncties in de wijkverpleging – Nederlandse Zorgautoriteit

⁴ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit

⁵ Kamerstukken II, 2023/24, 29 509, nr. 80.

prestaties met vrije tarieven zou daarmee automatisch betekenen dat deze prestaties ook door niet-gecontracteerde zorgaanbieders mogen worden gedeclareerd, wat nu wegens het experiment met contractvereiste niet mogelijk is. Om die reden heb ik de NZa verzocht inzicht te bieden wat de gevolgen zouden zijn van het regulier maken van de integrale prestaties met vrije tarieven en hierbij te toetsen op uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid, en mogelijke frauderisico's, en te analyseren in hoeverre die bekostiging past binnen de huidige wet- en regelgeving, en waar deze eventueel knelt of aanpassing vereist.

Het uitvoeringsadvies

De NZa onderbouwt het advies met drie toetsen, te weten een toets op uitvoeringsconsequenties en controles, een markttoets en een fraude-toets. Daarbij maakt zij onderscheid tussen gevolgen voor gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. Hieronder vat ik kort de resultaten ten aanzien van elke toets samen:

- *Toets op uitvoeringsconsequenties en controles*
Voor de uitvoeringsconsequenties heeft de NZa gekeken naar effecten van integrale prestaties met vrije tarieven ten opzichte van de huidige reguliere bekostiging ten aanzien van de kwaliteit van zorg, professionele autonomie, doelmatige besteding, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en administratieve lasten.
 - Ten aanzien van kwaliteit wordt positief gedacht over integrale prestaties omdat het de mogelijkheid biedt om zorg op- en af te schalen en passende zorg te leveren. Tegelijkertijd zien veel partijen ook risico's, die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen, wanneer integrale prestaties regulier worden. Voor de gecontracteerde zorg geldt dat er over deze risico's afspraken kunnen worden gemaakt. Bij de niet-gecontracteerde zorg is deze mogelijkheid er niet, met mogelijk verschraving van zorg tot gevolg.
 - Op het gebied van professionele autonomie blijken integrale prestaties een positief effect te realiseren. De ervaren professionele autonomie blijkt toe te nemen naarmate de duur van de integrale prestatie toeneemt (uur/dag/week/maand/kwartaal), maar heeft ook al positief effect bij het integrale uurtarief.
 - Op het gebied van kostenbeheersing laat de NZa zien dat het integrale tarief bij gecontracteerde zorgaanbieders passende zorg stimuleert en daarmee een goede balans vormt in verantwoording van kosten (administratie) en vrijheid van de zorgaanbieder. Voor niet gecontracteerde zorgaanbieders signaleert de NZa een prikkel om laagcomplexiteit tegen een hoog tarief te leveren, waarmee verwacht wordt dat de macrokosten voor niet-gecontracteerde zorg mogelijk toenemen bij het regulier maken van de integrale tarieven.
 - De NZa concludeert dat integrale prestaties de administratieve lasten verlagen ten opzichte van de losse prestaties uit de reguliere bekostiging, omdat de prestaties *verpleging of verzorging* niet apart vastgelegd en gedeclareerd hoeven te worden.
- Op basis van deze toets op uitvoeringsconsequenties concludeert de NZa dat integrale prestaties voor gecontracteerde zorg de toets goed doorstaan. Voor de niet-gecontracteerde zorg zien zij onaanvaardbare risico's voor de kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag.
- *Markttoets*
De NZa heeft in het kader van de markttoets twee tariefsoorten binnen de integrale prestatie wijkverpleging met elkaar vergeleken: integrale prestatie met een vrij tarief en integrale prestatie met een maximumtarief.
 - Het hanteren van een maximumtarief kent bij integrale prestaties een belangrijk knelpunt, namelijk de uitdaging om het juiste

maximum tariefniveau vast te stellen. Een maximumtarief dat is gebaseerd op het gemiddelde dekt vaak niet voldoende de kosten van gespecialiseerde zorg, terwijl een tarief dat is afgestemd op de zwaarste doelgroepen kan leiden tot overcompensatie en daardoor niet doelmatig is.

- Vrije tarieven sluiten beter aan bij de variatie in zorgzwaarte binnen de wijkverpleging en bieden daarmee meer flexibiliteit. Tegelijkertijd signaleert de NZa ook risico's bij toepassen van vrije tarieven in de hele sector, met name voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De verwachting is dat het aanbod van zorg aan cliënten met complexe zorgvragen – zoals gespecialiseerde verpleging thuis en medische kindzorg – zal afnemen, omdat is gebleken dat de vergoeding voor deze zorg bij vrije tarieven lager ligt dan het maximum van de prestatie *verpleging* uit de reguliere bekostiging.

De NZa concludeert hiermee dat zowel een maximumtarief als een vrij tarief voor de gehele sector zal leiden tot marktrisico's. Het integrale vrije tarief biedt de grootste meerwaarde voor de sector als uitsluitend de gecontracteerde aanbieders hier gebruik van maken.

- *De fraudetoets*

Deze toets heeft onderzocht welk effect het hanteren van integrale prestaties heeft op het risico op fraude.

- In het reguliere bekostigingssysteem wordt gedeclareerd op basis van de prestaties *verpleging* of *verzorging*. Het risico op fraude neemt toe doordat het integrale tarief voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders hoger zal uitvallen dan het huidige tarief voor de prestatie *verzorging*. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar bij niet-gecontracteerde zorg geen inzicht meer in de verhouding tussen de prestaties *verpleging* of *verzorging*, waardoor risicoanalyses rondom controle en fraude slechter uit te voeren worden. Deze factoren kunnen aanbieders prikkelen om lichtere cliënten te selecteren of onder te behandelen aangezien er geen contractuele afspraken met zorgverzekeraars zijn om dat te voorkomen.
- Frauderen gaat meer lonen. Reeds bestaande frauderisico's nemen door deze ontwikkeling logischerwijs toe. Het zorgt ervoor dat het gemakkelijker is om zorgdossiers en administratie achteraf op te stellen of passend te maken. Ook is het moeilijker om (via data- of risicoanalyse) een gegronde aanleiding te vinden tot het starten van een fraudeonderzoek.
- Voor gecontracteerde zorg wordt hetzelfde risico gesignaleerd ten aanzien van risicoselectie en onderbehandeling. Tegelijkertijd worden daar wel afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waardoor de NZa die risico's als minder groot ziet.

De fraudetoets concludeert dat het regulier maken van integrale prestaties voor zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders leidt tot een toename van frauderisico's in de wijkverpleging. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn er echter geen mitigerende maatregelen mogelijk, waardoor de frauderisico's niet weggenomen kunnen worden.

- *Conclusie*

De NZa concludeert dat er voor de gecontracteerde zorg duidelijke meerwaarde zit in het regulier maken van de huidige experimentprestaties: integrale prestaties met een vrij tarief. Voor het niet-gecontracteerde deel van de zorg wegen de voordelen echter niet op tegen de bijbehorende risico's. De NZa is van mening dat de niet-gecontracteerde zorg de verdere ontwikkeling van de gecontracteerde zorg niet in de weg mag staan. Om deze ontwikkeling te ondersteunen, ziet de NZa duaal bekostigen als enige wenselijke optie voor de sector wijkverpleging. Dat wil zeggen dat integrale prestaties en een vrij tarief kunnen worden gedeclareerd in geval sprake is van een overeenkomst

met de zorgverzekeraar. Daarnaast is sprake van reguliere prestaties *verpleging of verzorging* en bijpassende (maximum)tarieven.

Vervolgstappen

Ik ben de NZa dankbaar voor het uitgebreide advies. Ik blijf inzetten op de twee sporen die mijn ambtsvoorganger eerder met uw Kamer heeft gedeeld⁶. Het eerste spoor betreft de verkenning naar de structurele inbedding van de integrale prestaties in de reguliere bekostiging voor de wijkverpleging. Het uitvoeringsadvies is een belangrijke eerste stap in deze verkenning. Ik deel de conclusie van de NZa uit dit rapport en zie daarin de bevestiging dat het regulier maken van de integrale prestaties voor gecontracteerde zorgaanbieders een wenselijke stap is. Tegelijkertijd zijn er grote risico's als het gaat om het regulier maken van deze prestaties voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze conclusie wordt gesteund door Actiz en ZN, die mij een brief hebben gestuurd waarin zij pleiten voor gedifferentieerd bekostigen voor niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (bijlage 2). De Minister van VWS en ik werken daarom momenteel in overleg met de NZa aan een verkenning van de mogelijkheden van duale prestatie- en tariefregulering voor de wijkverpleging.

Naar het zich nu laat aanzien vraagt een duale prestatie- en tariefregulering een aanpassing van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast gaan partijen aan de slag met welke informatie aan de contractering kan worden toegevoegd om weliswaar minder grote, maar aanwezige risico's op risicoselectie en onderhandeling bij gecontracteerde zorg te minimaliseren.

Met de verschillende evaluaties van de integrale prestaties, het uitvoeringsadvies, en het komen te vervallen van de cliëntprofielen in het huidige experiment, acht ik de jaarlijkse evaluatie van het experiment – die vooral toezag op de ontwikkeling van cliëntprofielen – niet meer van toegevoegde waarde, en onnodig belastend voor de sector. Het experiment zal nog wel aan het einde van de looptijd, volgens de regels, worden geëvalueerd. Hiermee doe ik de motie van het lid Dijk⁷ over het jaarlijks met de Kamer delen van het verslag van de monitoring van het experiment af.

Het tweede spoor waarop ik inzet, omvat een bredere dialoog met het veld om bekostiging en contractering beter aan te laten sluiten bij de beleidsdoelen voor de eerstelijnszorg. De wijze van bekostigen is belangrijk, maar hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van de bekostiging bepaalt uiteindelijk of de wijkverpleging nu en in de toekomst toegankelijk blijft voor ieder die dat nodig heeft. Na de zomer ga ik hierover met partijen in gesprek. Ik verwacht u voor het einde van het jaar te kunnen informeren over de uitkomsten van dit gesprek.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
N.J.F. Pouw-Verweij

⁶ Kamerstukken II, 2023/24, 33 578, nr. 121.

⁷ Kamerstukken II, 2022/23, 23 235, nr. 239.