Monitor
Contractering wijkverpleging 2019

Mei 2019

Nederlandse Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding
2. Terugblik 2018
3. Omvang inkoop wijkverpleging 2019
4. Ervaringen met de contractering 2019
5. Inkoop van wijkverpleging voor 2019
6. Verbeterthema’s wijkverpleging 2018 en verder
7. Terugdringing ongecontracteerde zorg

Samenvatting

Samenvatting

De wijkverpleging verandert. Mensen blijven langer thuis wonen en de zorg die zij nodig hebben wordt complexer. Aanbieders en zorgverzekeraars zullen hierop moeten inspelen. Dat kunnen ze het beste doen als ze contracten met elkaar sluiten waarin zij afspraken maken over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Zo kunnen zij samen invulling geven aan thema's zoals de juiste zorg op de juiste plek, kwaliteit, wachttijden en administratie. De contractering in de wijkverpleging staat onder druk. Partijen hebben in het hoofdlijnenakkoord afgesproken hier samen werk van te maken.

Vanuit de NZa ondersteunen we hen daarbij. Door samen met partijen te werken aan een nieuwe bekostiging, mee te werken aan de registratiestandaard 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', de professionalisering van de bedrijfsvoering (correct declareren) en de aanpak van wachttijden. Maar ook door deze monitor, waarin we de zorginkoop tussen verzekeraars en aanbieders in kaart brengen, de voortgang aangeven en partijen handvatten bieden voor het contracteerproces.

In deze monitor bezien we de zorginkoop voor 2019 in het licht van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019 – 2022 dat de betrokken organisaties gesloten hebben. We hebben het hoofdlijnenakkoord gemonitord, gekeken naar de ongecontracteerde zorg, de tarieven en de toegankelijkheid van de wijkverpleging en ervaringen van aanbieders en zorgverzekeraars bij het proces van contractering en bijcontractering geïnventariseerd.

Belangrijkste conclusies
Op basis van de monitor trekt de NZa een aantal conclusies. De belangrijkste zijn:

Zichtbare aanpak ongecontracteerde zorg
Wij vinden goede afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een voorwaarde voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Dit betekent echter niet dat zorgverzekeraars elke zorgaanbieder zomaar moeten contracteren, zeker niet als zij het belang van de patiënt niet centraal stellen. Wij stellen vast dat zorgverzekeraars de ongecontracteerde zorg voortvarend aanpakken. Dit doen zij vooral via de machtigingsprocedure en het cessieverbod. Hiermee geven zij invulling aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Voor het eerst in jaren verwachten zij een daling in de kosten voor ongecontracteerde zorg van naar schatting € 346 miljoen (2018) naar € 269 miljoen (2019). Op enkele punten kan de inzet nog verbeteren. Zo kunnen zorgverzekeraars de voordelen van gecontracteerde zorg en de nadelen van ongecontracteerde zorg beter aan hun verzekerden communiceren. Ook constateren wij dat zorgverzekeraars de mogelijkheden voor samenwerking bij controles op (on)gecontracteerde zorg nog meer kunnen verkennen. Daarnaast kunnen zij doorverwijzers nog meer stimuleren om te verwijzen naar de gecontracteerde zorg.

Groot deel aanbieders werkt met 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'
Inmiddels maakt 44% van de zorgaanbieders afspraken met de zorgverzekeraars over 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'. Dat levert voor aanbieders meestal een vereenvoudiging van de administratieve lasten op, omdat zorgverzekeraars van hen géén dubbele registratie verwachten. Wij vinden dat een positieve ontwikkeling en verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze afspraken voortzetten, zodat volgend jaar een nog groter percentage afstapt van de 5-minutenregistratie.

Ruimte voor verbetering in bijcontractering
De belangrijkste oorzaak van patiëntenstops is de onzekerheid rondom bijcontractering op het moment dat een aanbieder zijn omzetplafond bereikt. Aanbieders geven aan dat zorgverzekeraars de voorwaarden om extra zorg in te kopen niet goed communiceren en dat het lang duurt voor zorgverzekeraars daarover beslissen. Wij vinden dat het proces ordentelijk en snel moet verlopen. Wij gaan kijken of zorgverzekeraars, naast de inhoudelijke reden voor het budgetplafond, de indieningstermijn, beslistermijn en de voorwaarden voor bijcontractering duidelijk aangeven. Dat geldt ook voor de doorleververplichting voor nieuwe patiënten, voordat op een bijcontracteringsverzoek is beslist. Aanbieders kunnen verzoeken tot bijcontractering beter documenteren en op het juiste moment indienen als zij verwachten dat zij binnen afzienbare tijd hun omzetplafond overschrijden. De zorgverzekeraar moet hier dan tijdig op anticiperen door meer in te kopen of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen.

Integrale tarieven voor vrijwel alle gecontracteerde aanbieders
Vrijwel alle aanbieders maken in het contract met de verzekeraar gebruik van integrale tarieven. Het integrale tarief is deels gebaseerd op de historische patiëntenpopulatie van de aanbieder. Het is aan partijen om binnen het maximum tarief een reëel integraal tarief af te spreken waarvoor zij hun zorg kunnen leveren. Op basis van de responsgroep is het tarief gemiddeld met 3.38% gestegen.

Grote aanbieders spreken gemiddeld een significant hoger tarief af met hun dominante zorgverzekeraar dan kleinere aanbieders. Een breder scala aan prestaties en afspraken over de inzet van gespecialiseerde verpleging speelt hierbij waarschijnlijk een rol. Wij hebben dit echter niet nader onderzocht. De komende jaren ontwikkelen wij in nauwe samenwerking met brancheorganisaties, wijkverpleegkundigen en universiteiten een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging, die waarde gedreven netwerkzorg stimuleert. Zo beogen we de zichtbaarheid te verhogen van de zorgvraag van de cliënt en de uitkomsten van de geleverde zorg. Dat moet leiden tot betere contractafspraken over inhoud en uitkomst van wijkverpleging tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Wachttijden wijkverpleging
Voor de wijkverpleging is er geen verplichte registratie van de wachttijden, behalve bij casemanagement dementie (sinds 1 december 2018). In verschillende regio's is sprake van wachttijden voor casemanagement dementie. Het tijdig actualiseren van het integrale tarief en het monitoren van wachttijden door zorgverzekeraars draagt bij aan het verkleinen en voorkomen van wachttijdproblematiek. In onze aangekondigde controles bij zorgverzekeraars later dit jaar zullen we hieraan nader aandacht besteden. Van aanbieders van casemanagement dementie verwachten wij dat zij hun wachttijden registreren en tijdig bij zorgverzekeraars knelpunten benoemen.

Hoofdlijnenakkoord

Het hoofddoel van het hoofdlijnenakkoord is te zorgen dat goede wijkverpleging ook in de toekomst beschikbaar blijft en waar nodig verbetert. Partijen hebben ons gevraagd om de afspraken die zij gemaakt hebben te monitoren. In het akkoord focussen zij op een aantal thema's. Het eerste houdt in dat zorgverzekeraars en aanbieders bij de contractering gebruik maken van bestaande kwaliteitsparameters. Het tweede is dat zij kostprijsverhogende ontwikkelingen bespreken. Het derde betreft een adequate financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken en specialistische verpleging. Het vierde thema tenslotte betreft het verbeteren van de relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars.

Partijen maken werk van het eerste verbeterthema: zij delen met elkaar méér stuurinformatie voor de contractering. Wel vinden partijen dat de landelijke kaders (Zorgkaart.nl, doelgroepenregistratie en kwaliteitskader) vooralsnog onvoldoende bruikbare data bevatten.
Daarom meten zorgverzekeraars elk op eigen wijze de doelmatigheid van de aanbieder. Wij zien dat dit de transparantie voor de individuele aanbieder niet bevordert.

In lijn met het tweede verbeterthema spreken alle zorgverzekeraars over kostprijsverhogende ontwikkelingen met (grotere) aanbieders en geven zij aan de OVA (overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling) in de contractprijzen te vertalen. Uit navraag bij de geënquêteerde zorgaanbieders blijkt een gemiddelde tariefstijging van 3.38%. Dit percentage ligt lager dan het door de NZa gehanteerde prijsindexatiecijfer van 3,91% voor 2019, waarvan de OVA deel uitmaakt.

Afspraken over het derde verbeterthema, de financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken en specialistische verpleging, komen moeilijk op gang. Zorgverzekeraars werken onvoldoende samen bij onplanbare zorg en bij wijkgerichte preventie. Ook zien wij geen duidelijke beweging van zorgverzekeraars om gespecialiseerde verpleging selectiever in te kopen, ook als personeelstekorten hier wél om vragen. Wij zien op beide onderwerpen nog veel ontwikkelruimte.

Het verbeteren van de relatie tussen lokale partijen is het vierde verbeterthema. In het algemeen zijn aanbieders méér tevreden over het zorginkoopproces. Desondanks zien wij dat zorgverzekeraars minder fysieke interactie hebben met de kleinere aanbieders. Dat is een gemiste kans. Wél bieden zorgverzekeraars op hun website soms laagdrempelige informatie over de zorginkoop.

Overig aandachtspunten

Verbeteren kennisniveau kleine aanbieders

Wij zien een stijging van het aantal kleine aanbieders in vrije vestiging. De Wtzi stelt geen nadere eisen aan kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering. Bij kleinere aanbieders in de wijkverpleging is vaak sprake van een kennisachterstand, soms over de elementaire inhoud van de overeenkomst, ook als zij gecontracteerd zijn. Zij hebben veel minder vaak direct contact met de zorgverzekeraar. Kennisachterstand van één van de partijen beïnvloedt het contracteerproces. Dit vraagt actie van kleine aanbieders om hun kennis op peil te krijgen én van zorgverzekeraars om hen goed te informeren, bijvoorbeeld door middel van regiobijeenkomsten.

Delen van uitkomsten controles
Als zorgverzekeraars de uitkomsten van rechtmatigheidscontroles méér met elkaar delen, kan dit de onrechtmatige zorg ontmoedigen. Dit geldt bijvoorbeeld bij het ontbreken van zorgplannen, indicatiestelling volgens de normen van de beroepsgroep of van enige onderbouwing van productiecijfers. Ook zien wij nog ruimte om de landelijke controles op rechtmatige declaraties uit te bouwen. Een ander terrein waarop verzekeraars kunnen samenwerken is bij het delen van informatie over aanbieders die falen op de uitsluitingsgronden voor een contract. Daar waar onrechtmatig werd of wordt gehandeld zouden zorgverzekeraars méér ruimte moeten hebben voor gezamenlijke actie, en die actie ook beter kunnen uitventen.

Bevordering e-health en technologie is nog geen gemeengoed
Alle zorgverzekeraars zeggen e-health en innovatieve technologie te stimuleren, maar beperken afspraken hierover vooral tot de grote aanbieders. Wij zien graag dat e-health en innovatieve technologieën die de kwaliteit van leven kunnen verhogen sneller van de grond komen. Dit is een verantwoordelijkheid van zowel aanbieders als zorgverzekeraars. We vinden het daarom wenselijk dat zij hierover het gesprek aangaan en afspraken maken. Nu constateren we dat er nog te veel naar elkaar wordt gekeken: zorgverzekeraars beschrijven volgens de aanbieders de goedkeuringscriteria voor innovaties te summier; aanbieders zijn daarom terughoudend om met overtuiging innovatievoorstellen te doen.

Delen good practices
Partijen kunnen (andere) good practices nog méér delen. Zo kunnen meerjarencontracten worden ingezet om investeringen te belonen in innovaties, technologie, kwaliteit, of in een opleidings- en stagebeleid. We zien good practices bij zorgverzekeraars die één fysiek of telefonisch aanspreekpunt organiseren voor aanbieders en hun benchmarkuitkomsten ook met kleinere aanbieders communiceren.

We zien voorlopers die zzp-ers het gehele jaar de mogelijkheid bieden om in een contract in te stappen en een zorgverzekeraar die verwijzers informeert over de noodzaak van gecontracteerd zorgaanbod en de rol van zijn wachtlijstbemiddeling. Tot slot noemen we de zorgverzekeraar die verzekerden op zijn website goed informeert over de voordelen van gecontracteerde zorg en de nadelen van ongecontracteerde zorg.

Aanbevelingen

Op basis van de monitor doet de NZa de volgende aanbevelingen:

- Terugdringen ongecontracteerde zorg: het ligt voor de hand dat zorgverzekeraars hun verzekerden nog beter informeren over de nadelen van ongecontracteerde zorg. Ook constateren wij dat zorgverzekeraars de mogelijkheden voor samenwerking bij controles op (on)gecontracteerde zorg nog meer kunnen verkennen. Ook kunnen zij doorverwijzers nog meer stimuleren om te verwijzen naar gecontracteerde zorg;
- Terugdringen wachttijden: wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij het integrale tarief tijdig actualiseren en de wachtproblematiek beter monitoren. We verwachten dat aanbieders de wachttijden voor casemanagement dementie registreren en knelpunten in de toegankelijkheid tijdig bij zorgverzekeraars benoemen;
- Verbeteren bijcontractering: wij gaan nadrukkelijker kijken of zorgverzekeraars aangeven waarom er een budgetplafond wordt afgesproken en of zij duidelijke afspraken maken over de termijn van indiening, beslistermijn en de voorwaarden voor bijcontractering. Aanbieders zouden hun verzoeken tot (bij)contractering beter kunnen documenteren en op het juiste tijdstip indienen;
- Bevorderen innovatie: wij verwachten dat zorgverzekeraars en aanbieders hierover méér met elkaar in gesprek gaan.

Wij zullen deze aanbevelingen actief onder de aandacht brengen van de diverse partijen. In een volgende monitor zullen we onder andere bezien in hoeverre hieraan opvolging is gegeven. Tevens zullen we dit jaar nog een verdiepend onderzoek doen naar de redenen waarom partijen geen contracten met elkaar willen sluiten.

1. Inleiding

1. Inleiding

Zorgverzekeraars moeten voldoende goede zorg inkopen voor hun verzekerden. Zij maken daarvoor contractafspraken met aanbieders. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle aanbieders contracten af te sluiten. Wel moeten zij voor de basisverzekering voldoen aan hun zorgplicht: de verplichting van een zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg (natura), of vergoeding van de kosten van zorg en indien gevraagd zorgbemiddeling (restitutie), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Doel
Met deze monitor brengt de NZa de zorginkoop 2019 van wijkverpleging in kaart. We gaan specifiek in op de contractafspraken die aanbieders en zorgverzekeraars hebben gemaakt over het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het integrale tarief), de inkoop van innovatie en e-health, casemanagement dementie, de Common Eye verbeterthema's en de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord waarin de genoemde verbeterthema's verder in zijn opgegaan.

Waar relevante informatie beschikbaar was, sluiten we zoveel mogelijk aan op de afspraken die partijen in het meerjarenakkoord 2019 – 2022 gemaakt hebben. Ook inventariseren we de ervaringen van aanbieders en zorgverzekeraars bij het inkoopproces. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in de voorgaande jaren.

Onderzoeksopzet en proces
We hebben voor deze monitor zowel zorgverzekeraars als aanbieders geënquêteerd. Daar waar in deze monitor gesproken wordt over 'zorgverzekeraars', bedoelen we de elf verzekeraar-concerns zoals weergegeven in het document 'Bronnen en methoden' dat als bijlage bij deze monitor is gevoegd. In dit document is ook een overzicht te vinden van de zorgverzekeraars die onder de verschillende concerns vallen.

Soms beperken wij ons tot zeven zorgverzekeraars, die wij voor deze monitor hebben geïnterviewd. Wij geven dat in de tekst expliciet aan. Waar wij spreken over 'aanbieders', bedoelen we de 239 aanbieders die onze enquête hebben ingevuld. We hebben hen gevraagd de enquête in te vullen over hun dominante zorgverzekeraar. Zie hiervoor eveneens de bijlage 'Bronnen en methoden'.

Tenslotte hebben wij onze bevindingen in deze monitor integraal geconsulteerd. Voor een overzicht van geconsulteerde partijen verwijzen wij naar de bijlage.

Common Eye verbeterthema's
ActiZ, Zorgthuisnl, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland zijn in 2018 met elkaar 4 verbeterthema's met betrekking tot de contractering overeengekomen. Deze verbeterthema's moeten aanbieders en zorgverzekeraars handvatten geven om kwaliteit en doelmatigheid een plek te geven in de contractering.

Leeswijzer
In deze monitor blikken we in hoofdstuk 2 terug op het verloop van de contractering, patiëntenstops, bijcontractering en wachtlijsten dementie. Hoofdstuk 3 gaat in op het aandeel aanbieders dat een contract afsloot en de reden voor het wel of niet contracteren. Hoofdstuk 4 beschrijft de ervaringen van zorgverzekeraars en aanbieders met het inkoopproces van hun dominante zorgverzekeraar.

De inkoop van de reguliere wijkverpleging volgt in hoofdstuk 5, waarbij we onderscheid maken in het integrale uurtarief en overige experimenttarieven en we nader ingaan op innovatie, e-health en zorgplan = planning =realisatie, tenzij. Hoofdstuk 6 gaat in op de verbeterthema's in het kader van het Common Eye traject en de nadere uitwerking in het Hoofdlijnenakkoord. Hoofdstuk 7 gaat in op de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om de niet gecontracteerde zorg teug te dringen.

Dominante zorgverzekeraar
Onder de dominante verzekeraar wordt verstaan de verzekeraar waarmee de aanbieder over het grootste gedeelte van zijn omzet afspraken heeft gemaakt.

2. Terugblik 2018

2. Terugblik 2018

In deze monitor staan we stil bij de cyclus contracteren → bereiken budgetplafond → bijcontracteren. Daarom kijken we in dit hoofdstuk terug op het jaar 2018.

Resultaat contractering

9 van de 11 zorgverzekeraars hebben een deel van de aanbieders die een contract voor 2018 hebben gekregen, pas vanaf 1 januari 2018 gecontracteerd. Het gaat bij 7 van deze 9 zorgverzekeraars overigens om minder dan 6% van hun gecontracteerde zorg; bij de overige twee om hooguit 9%. De resterende 2 zorgverzekeraars zeggen na deze datum geen enkel contract meer te hebben gesloten. Begin 2017 had 1 zorgverzekeraar de meeste aanbieders nog niet gecontracteerd, begin 2018 is daar geen sprake meer van. 2 van de 11 zorgverzekeraars hebben de contractering 2018 helemaal afgerond op 1 januari 2018. In de vorige monitor gaven 3 zorgverzekeraars aan dit voor 2017 gerealiseerd te hebben op 1 januari 2017.

Redenen voor het nog niet kunnen afronden van de contractering zijn divers. Zo geven zorgverzekeraars aan nog in onderhandeling te zijn met een aantal aanbieders (3 zorgverzekeraars), was men nog in overleg over het addendum bij het contract of was het contract inhoudelijk wel klaar, maar nog niet ondertekend.

We hebben zorgverzekeraars gevraagd of zij ook aanbieders vanaf 1 juli 2018 hebben gecontracteerd voor 2018. 3 zorgverzekeraars geven aan dat inderdaad te hebben gedaan. Het gaat hier om 1% van hun gecontracteerde zorg in 2018 (in euro's). Deze zorgverzekeraars sluiten ook gedurende het contractjaar zelf nog contracten met nieuwe aanbieders die aan de voorwaarden voldoen. Zij krijgen dan een contract op de eerste van de maand volgend op de contractverlening. Het gaat hier veelal om kleine aanbieders aldus zorgverzekeraars.

Patiëntenstops 2018

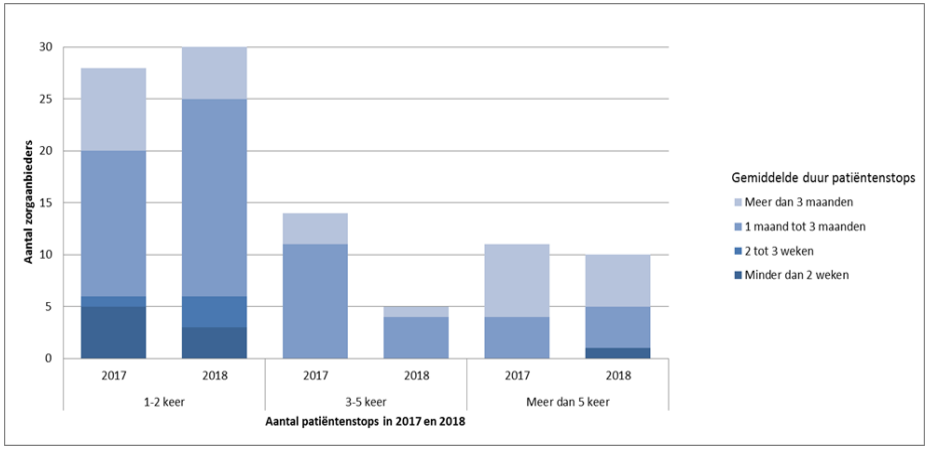
Bij een patiëntenstop kondigt de aanbieder bij een zorgverzekeraar aan geen (nieuwe) patiënten meer in zorg te nemen. Dit kan verschillende redenen hebben, maar meestal gaat het om het bereiken van het budgetplafond bij deze zorgverzekeraar of een tekort aan personeel om aan de zorgvraag te voldoen. Een patiëntenstop hoeft niet direct een gevaar te betekenen voor de continuïteit van zorg, zolang de patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. Voor de continuïteit van zorg is het in principe irrelevant welke aanbieder deze zorg levert, omdat het gaat om de continuïteit van de zorg, niet om die van de aanbieder. Als de patiëntenstops echter op (te) grote schaal voorkomen en patiënten ook niet bij andere aanbieders in een de regio terecht kunnen, kan wel een gevaar voor de toegankelijkheid van zorg ontstaan.

Patiëntenstop in verband met het bereiken budgetplafond
Het budget- of omzetplafond is onderdeel van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en aanbieder. Over het algemeen nemen zorgverzekeraars daarbij een doorleverplicht op. Dit houdt in dat de aanbieder zorg moet blijven leveren aan nieuwe en/of bestaande patiënten, ook als het budgetplafond is bereikt. Daarbij wordt de aanbieder geacht tijdig bij de zorgverzekeraar aan de bel te trekken, zodat de zorgverzekeraar passende actie kan ondernemen.
Meestal geldt deze doorleverplicht voor zowel bestaande als nieuwe patiënten, maar bij een aantal zorgverzekeraars geldt deze doorleverplicht alleen voor bestaande patiënten.

Een aanbieder kan een patiëntenstop afgeven voor patiënten van een bepaalde zorgverzekeraar. In 2018 heeft een iets groter aandeel van de aanbieders (19% versus 16% in 2017) een patiëntenstop afgegeven in verband met het bereiken van het budgetplafond. Daarnaast heeft in 2018 ongeveer een derde van de aanbieders (34% versus 46% in 2017) een patiëntenstop overwogen, maar is daar uiteindelijk niet toe overgegaan. Bijna de helft van de aanbieders (47% versus 38% in 2017) geeft aan dat een patiëntenstop niet aan de orde is geweest.

In de figuur hiernaast staat aangegeven hoe vaak aanbieders een patiëntenstop hebben afgegeven vanwege het bereiken van het budgetplafond en hoe lang deze stops duurden.

Figuur 1. Gemiddelde duur patiëntenstops vanwege bereiken budgetplafonds in 2017 en 2018



Bron: NZa

Van de aanbieders die een of meer stop(s) hebben afgegeven vanwege het bereiken van het budgetplafond, deed 67% (versus 53% in 2017) dat een of twee keer. 11% (versus 26% in 2017) deed dat 3 tot 5 keer en 22% (versus 21% in 2017) van de aanbieders gaf meer dan 5 keer een patiëntenstop af. Hierbij moet in het achterhoofd worden gehouden dat een aanbieder voor verzekerden van meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd een patiëntenstop kan afgeven; verschillende simultane patiëntenstops zijn dus mogelijk.

Bovenstaande figuur toont tevens de duur van de stops in 2017 en 2018. In 2018 duurden de meeste patiëntenstops tussen de 1 en 3 maanden (60% versus 55% in 2017). Nog eens bijna een kwart van de patiëntenstops (24% versus 34% in 2017) duurde meer dan 3 maanden. 16% (versus 12% in 2017) duurde minder dan 3 weken.

Zoals aan het begin van de paragraaf is aangegeven, hoeven patiëntenstops geen gevaar voor de continuïteit van de zorg te betekenen, zolang patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. Voor de meer specialistische vormen van zorg, zoals palliatief terminale zorg, casemanagement dementie en intensieve kindzorg kan het lastiger zijn om nieuwe patiënten bij andere aanbieders onder te brengen, omdat niet elke aanbieder deze zorgvormen levert.

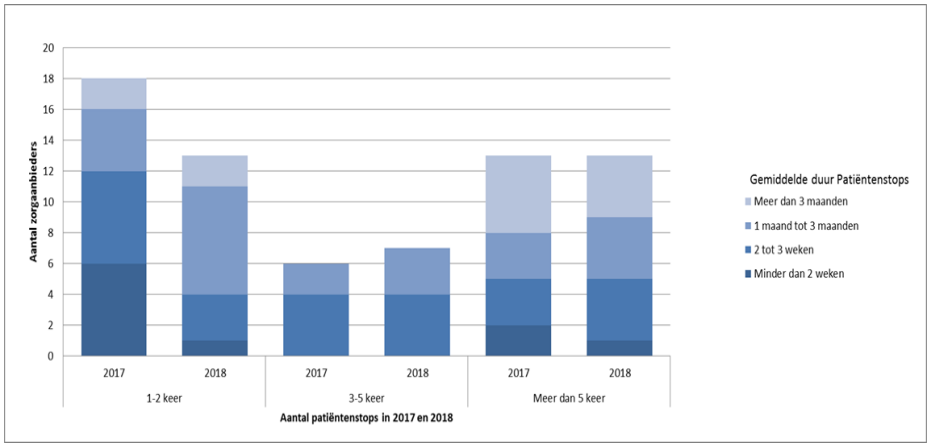
De 4 zorgverzekeraars die te maken hebben gehad met patiëntenstops in verband met het bereiken van het budgetplafond, geven aan dat deze stops in ieder geval niet golden voor zorg die geen uitstel duldt zoals palliatief terminale zorg*. Zorglevering hiervan was volgens de zorgverzekeraar dus geborgd.

Patiëntenstop in verband met beschikbaarheid personeel

De beschikbaarheid van personeel in de zorg is al een aantal jaren een probleem. Onlangs verschenen in het nieuws artikelen dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop wijkverpleging 2018 190 miljoen euro 'op de plank lieten liggen'. Aanbieders moeten steeds vaker nee verkopen, omdat het personeel er niet is. 'Als deze trend doorzet, kunnen zorgverzekeraars niet meer voldoen aan hun zorgplicht', aldus de artikelen. De minister is afgelopen jaar een campagne gestart voor meer mensen in de zorg. Uit onze enquête onder aanbieders blijkt dat 14% (versus 12% in 2017) van de aanbieders een patiëntenstop heeft afgegeven in verband met een gebrek aan personeel. Daarnaast heeft een substantieel gedeelte (24% versus 18% in 2017) dit overwogen, maar is daartoe uiteindelijk niet over gegaan.

In de figuur hiernaast staat aangegeven hoe vaak aanbieders een patiëntenstop hebben afgegeven in verband met de beschikbaarheid van personeel en hoe lang deze duurden.

Figuur 2. Gemiddelde duur patiëntenstops vanwege personeelstekort in 2017 en 2018



Bron: NZa

Van de aanbieders die een of meer stop(s) hebben afgegeven vanwege personeelstekort deed 39% (versus 49% in 2017) dat 1 of 2 keer, 21% (versus 16% in 2017) 3 tot 5 keer en 39% (versus 35% in 2017) meer dan 5 keer. De figuur laat ook de duur van de stops zien in 2017 en 2018. In 2018 duurden de meeste patiëntenstops tussen de 1 en 3 maanden (42% versus 24% in 2017). Nog eens bijna een vijfde van de patiëntenstops (18% versus 19% in 2017) duurde meer dan 3 maanden. De overige patiëntenstops duurden 2 tot 3 weken (33% versus 35% in 2017) en minder dan 2 weken (6% versus 22% in 2017).

We hebben aanbieders gevraagd wat ze hebben gedaan als zij patiënten niet in zorg konden nemen. Zoals eerder aangegeven hebben ze namelijk afspraken met zorgverzekeraars gemaakt over doorleverplicht.

* De NZa onderzoekt signalen van ongecontracteerde zorgaanbieders die aangeven dat ze van de zorgverzekeraar maar een beperkt aantal uren zorg mogen leveren voor palliatieve patiënten.

Bijna alle aanbieders verwijzen patiënten die ze niet in zorg kunnen nemen door naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar (40%) of naar andere aanbieders (56%). Slechts een enkele aanbieder verwijst patiënten niet door. Reden daarvoor is bijvoorbeeld dat deze patiënten komen via verwijzers zoals huisartsen of ziekenhuizen en deze vaak zelf naar alternatieven zoeken als de patiënt niet in zorg kan worden genomen.

10 zorgverzekeraars hebben in 2018 te maken gekregen met patiëntenstops in verband met een personeelstekort. Zij hebben verschillende activiteiten ondernomen om dit probleem op te lossen. Zo is er veelal ingezet op zorgbemiddeling, zodat patiënten elders terecht konden voor zorg. Maar een aantal zorgverzekeraars is ook in gesprek gegaan met aanbieders. Bijvoorbeeld tijdens regiobijeenkomsten en op basis daarvan aanvullende afspraken met aanbieders die nog wel capaciteit hebben. Of om te kijken of samenwerking tussen aanbieders gezamenlijke zorgverlening aan de patiënt mogelijk maakt en de eventuele inzet hierbij van de mantelzorg. Een zorgverzekeraar geeft aan een overgangsregeling te hebben getroffen waarbij MBO-verpleegkundigen onder voorwaarden indicaties mogen stellen.

Zoals in de inleiding is beschreven hebben we afwijkend ten opzichte van voorgaande jaren aanbieders gevraagd de vragen te beantwoorden voor hun dominante zorgverzekeraar. Voor dit onderwerp zien we echter geen significante verschillen tussen zorgverzekeraars.

Bijcontractering 2018

Zorgverzekeraars moeten vanuit de zorgplicht voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Dit gebeurt op basis van inschattingen voorafgaand aan het jaar. Idealiter zijn deze initiële afspraken passend, worden de gemaakte afspraken opgevolgd en is bijcontractering gedurende het jaar niet nodig. De realiteit laat zich echter niet altijd volledig voorspellen. Bijstellen van de contracten blijkt regelmatig nodig.

Als een aanbieder het budgetplafond van een zorgverzekeraar dreigt te overschrijden, doet dit allereerst een beroep op de aanbieder. Hij zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten. Daarnaast moet hij de zorgverzekeraar tijdig inlichten en - indien nodig - de wachtenden naar een andere aanbieder doorverwijzen. De zorgverzekeraar kan bij het bereiken van het budgetplafond extra zorg bij deze aanbieder inkopen, of de wachtenden bij een andere gecontracteerde aanbieder onderbrengen.

Van de aanbieders die de enquête invulden, heeft 34% een verzoek tot bijcontractering gedaan bij hun dominante zorgverzekeraar. Een veelgehoord signaal is dat het lang duurt voordat een zorgverzekeraar beslist op een verzoek tot bijcontactering. Slechts 11 van de 82 aanbieders, die een verzoek tot bijcontactering hadden gedaan, hebben de tijdsduur aangegeven voordat de zorgverzekeraar een beslissing had genomen. Deze aantallen zijn dan ook niet echt representatief, maar geven slechts een indicatie. Een aantal van hen geeft aan dat het 2 weken tot een maand duurde, en of meer dan 3 maanden. In een aantal van de gevallen was er nog geen besluit genomen.

Aanbieders die moeten wachten op een besluit van de zorgverzekeraar of hun verzoek tot bijcontractering wordt gehonoreerd, verkeren in onzekerheid of de geleverde zorg zal worden vergoed. Voor aanbieders geldt immers veelal een doorleverplicht, ook als het budgetplafond is bereikt.

De aanbieders kunnen de onzekerheid reduceren door, conform de contractafspraken, de zorgverzekeraar tijdig te waarschuwen en het verzoek volgens de afspraken te onderbouwen.

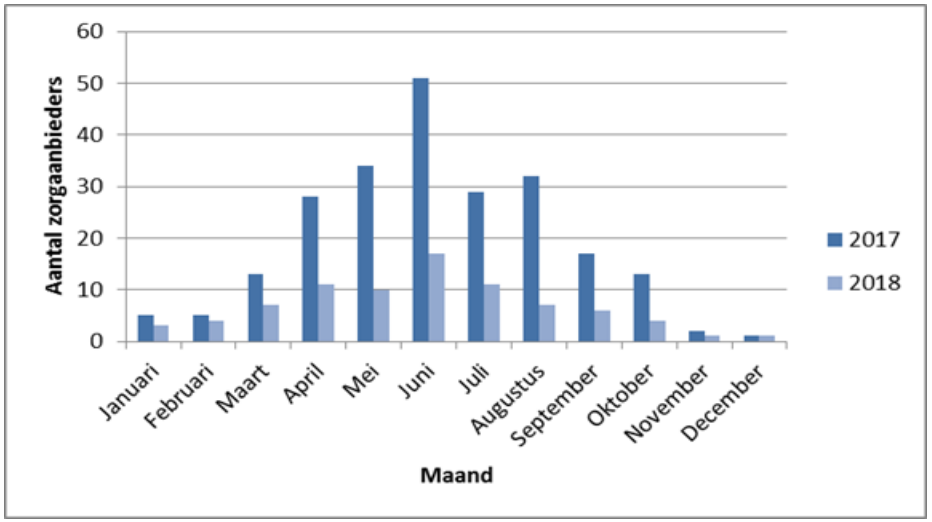
Wat die afspraken dan precies zijn, blijkt niet duidelijk uit de overeenkomsten of de inkoopdocumenten van zeven zorgverzekeraars, circa 95% van de inkoopmarkt. De zes onder hen, die een omzetplafond hanteren, benoemen niet expliciet de criteria waaraan het verzoek tot bijcontractering moet voldoen, evenmin wanneer een verzoek te vroeg wordt ingediend. Ook noemen ze geen termijn waarop zij op zo'n verzoek beslissen. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Hoofdlijnakkoord .

Desgevraagd noemen de zes betreffende zorgverzekeraars als voorwaarden om bij te contracteren ondermeer: doelmatige inzet, zorgplicht, goede onderbouwing voor verzoek, toename aantal unieke patiënten en palliatieve zorg. Ze hanteren allen een doorleververplichting, vier van hen ook voor nieuwe patiënten. Slechts twee van deze zes zorgverzekeraars leggen contractueel duidelijk vast dat de aanbieder in geval van stops met hen moet overleggen en moet door bemiddelen.

In de grafiek is te zien in welke maand van het jaar de aanbieders een eerste signaal hebben afgegeven over de behoefte tot bijcontractering. Ongeveer de helft van de aanbieders doet dit, net als in 2017, in het tweede kwartaal, met een piek in juni.

Hoofdlijnenakkoord 2019-2022
Paragraaf 2.3 'Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad', onderdeel 'Tijdens contractjaar', punt p ' Zorgverzekeraars stellen heldere momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot contractering'.

Figuur 3. Moment signaal behoefte bijcontractering 2017 en 2018



Bron: NZa

Figuur 3 laat zien dat 62% (versus 59% in 2017) van de aanbieders in het eerste half jaar zegt de budgetafspraak te zullen overschrijden. Dit hoeft niet direct een bedreiging van de continuïteit van zorg te zijn.

Belangrijk is dan in de eerste plaats of het een groot of klein deel van het totaalbudget van de betreffende aanbieder betreft en of er regionaal andere aanbieders met eenzelfde zorgaanbod zijn.

In de tweede plaats moeten zorgverzekeraars correct ingediende bijcontracteringsverzoeken tijdig in behandeling nemen. Veel aanbieders gaven net als in 2017 wel erg voortijdig aan dat een budget niet toereikend is; soms al in januari.

In tegenstelling tot 2017 hebben we bijcontracteringsverzoeken 2018 beperkt tot verzoeken aan de dominante zorgverzekeraar. De aantallen bijcontracteringsverzoeken zijn daardoor niet te vergelijken met 2017, maar we constateren wel dat het aantal aanbieders dat een verzoek doet is toegenomen ten opzichte van 2017. De zorgverzekeraar ontvangt uiteraard ook bijcontracteringsverzoeken van aanbieders in en buiten zijn kernwerkgebied, waarvoor hij niet dominant is. De vier grote zorgverzekeraars hebben elk van 20% - 36% van hun gecontracteerde aanbieders in 2018 tenminste één verzoek tot bijcontractering ontvangen. Enkele regionale zorgverzekeraars noemen hogere percentages, maar die betreffen uitsluitend hun kernwerkgebied.

Casemanagement dementie

Bij casemanagement dementie (CMD) lijkt, in tegenstelling tot de overige wijkverpleging, niet zozeer sprake van tijdelijke patiëntenstops, maar van wachtlijsten. We bezochten in het najaar van 2018 net als in 2017 6 dementienetwerken die volgens recent onderzoek (Wachtlijst per 1 juli 2018 cf. het 'onderzoek naar het huidig gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement dementie 2018' van HHM, 28 augustus 2018) - aanzienlijke wachtlijsten kenden. Verder vroegen wij de betrokken zorgverzekeraars om op onze bevindingen actie te nemen.

Bij de 6 netwerken met de grootste wachtlijsten staan circa 75% van de mensen geregistreerd die op 1 juli 2018 al langer dan 6 weken (Treeknorm) wachtten op CMD. De overige 25% waren verdeeld over 12 van de overige 55 dementieregio's. Uit eerder genoemd onderzoek bleek dat er per 1 juli 2018 496 mensen langer wachter dan de Treeknorm.

De betreffende netwerken wisten niet zeker of hun wachtlijst nog slechts wachtenden bevat die op korte termijn CMD willen ontvangen en voor CMD waren geïndiceerd (NZa-regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie NR/REG-1827). 2 van de 6 netwerken hadden überhaupt geen zicht op de wachtlijst in hun eigen dementieregio, waarvan 1 ook zorginhoudelijk (opleidingsbeleid, werving, uitgangspunten) geen regie lijkt te voeren.

In de 6 netwerken wordt CMD bovengemiddeld geleverd door dedicated casemanagers: professionals die volledig voor casemanagement zijn vrijgespeeld en geen andere zorg leveren. Hun caseload varieert per regio. Op één uitzondering na hebben de geïnterviewde netwerken geen problemen met het werven van casemanagers. Zij nemen hiervoor ook maatschappelijk werkers aan, mits zij gekwalificeerd zijn.

Binnen 5 van de 6 bezochte netwerken zijn aanbieders terughoudend met CMD wegens de hoge loonkosten. Dat legt dan wel meer druk op de wijkverpleging en de ouderenadviseurs. De samenwerking met gemeenten is niet optimaal, bijvoorbeeld bij de afhandeling van zorg- en informatievragen in de wijk. Hoofdstuk 6 gaat wat verder in op wijkgericht werken.

Zorginkoop van de ketenzorg dementie

De bekostiging van het netwerk varieert sterk tussen de zes regio's met de grootste wachtlijsten. Het gaat om de kassiersfunctie, overlegstructuur, coördinatie, informatie en instructie. Twee van de zes netwerken vinden dat de representerende zorgverzekeraar de niet productie-gebonden kosten van hun netwerk structureel voldoende bekostigt. De andere netwerken vinden dat niet.

De netwerken vinden het vervelend dat zij in het tweede kwartaal van 2018 wél een meerjarenplan aan hun representant hebben moeten aanleveren, maar hierop nooit iets vernomen hebben, ondanks hun grote wachtlijst. Aan de andere kant zien wij dat netwerken ook zelf hun interne organisatie niet altijd op orde hebben.

Zorginkoop casemanagement dementie in de wijkverpleging
Alle 6 geïnterviewde netwerken zeggen dat de zorgverzekeraars bij hen voor hun eigen verzekerden individueel CMD inkopen via het integrale tarief bij één of meer van de bij het netwerk aangesloten zorgaanbieders. De netwerken vinden dat het integrale tarief de extra inzet van duur personeel afremt, nodig voor het wegwerken van de wachtlijsten. Wij tekenen hierbij aan, dat een integraal tarief altijd een mix is van dure en goedkope prestaties, en gepaste inzet van de duurdere zorg ook een taak is van de zorgaanbieder zelf. Bovendien onderzoeken wij nog of de in 2018 aangeleverde wachtlijstinformatie in lijn is met de NZa-regeling. Hoe groot is het probleem nu?

Conclusie
Terugkijkend naar 2018 concluderen wij dat – net als vorig jaar – voor het overgrote deel van de zorg de contractonderhandelingen voor 1 januari 2018 waren afgerond. Bij de meeste zorgverzekeraars die begin 2018 nog aan het onderhandelen waren, betrof het een relatief klein deel van de zorg namelijk minder dan 6% (versus minder dan 5% in 2017). Als contractonderhandelingen aan het begin van het jaar nog niet zijn afgerond, gaat dit ten koste van de consument die in het overstapseizoen onvolledige informatie krijgt over het gecontracteerde zorgaanbod.

Wij concluderen dat meer dan de helft van de geënquêteerde aanbieders (53% versus 62% in 2017) een patiëntenstop vanwege het bereiken van het budgetplafond heeft afgekondigd of overwogen. Onzekerheid over de financiële uitkomst van de bijcontractering blijft hiermee de belangrijkste reden voor de patiëntenstop. Ook heeft meer dan een derde van de aanbieders (38% versus 30% in 2017) een patiëntenstop afgegeven wegens personeelstekort, of overwogen. Bovendien tendeert deze patiëntenstop naar een langere duur.

Zolang patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen, leidt een patiëntenstop niet tot gevaar voor de toegankelijkheid van zorg. Uit recent onderzoek in opdracht van de NZa blijkt dat er nog geen wachtlijsten zijn voor wijkverpleging, maar dat de toegankelijkheid wel onder druk staat (Significant, rapport Toegankelijkheid van de wijkverpleging). Deze monitor bevestigt dit.

Als het budgetplafond van een aanbieder wordt bereikt, zijn zowel de aanbieders als de zorgverzekeraar aan zet. De aanbieder zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten en kan patiënten eventueel doorverwijzen naar andere aanbieders.
De zorgverzekeraar moet tijdig bepalen of hij het budget van een aanbieder verhoogt of patiënten bij een andere aanbieder onderbrengt.

Van de aanbieders die de enquête hebben ingevuld, heeft 34% een verzoek tot bijcontractering gedaan bij hun dominante zorgverzekeraar. Net als in 2017 geeft meer dan de helft (62% versus 59% in 2017) van de aanbieders al in het eerste half jaar van 2018 aan dat het budgetplafond van de dominante zorgverzekeraar niet toereikend is. De NZa maakt zich zorgen over het toenemende aantal aanbieders met bijcontracteringsverzoeken en de onduidelijkheid over de afhandeling van deze verzoeken. Dit komt de bijcontractering niet ten goede.

Wij hebben verder ingezoomd op het casemangement dementie. Deze vorm van wijkverpleging kent niet zozeer (tijdelijke) patiëntenstops als wel structurele wachtlijsten. Ook hier noemen de betrokken zorgaanbieders de financiële middelen de belangrijkste oorzaak. Wij vinden een reële hoogte van het tarief een zaak van zorgverzekeraar en aanbieder samen. Wij zien echter ook dat de netwerken hun interne organisatie en de wachtlijstregistratie nog niet allemaal op orde hebben.

3. Omvang inkoop wijkverpleging 2019

3. Omvang inkoop wijkverpleging 2019

In dit hoofdstuk gaan we in op gecontracteerde en ongecontracteerde zorg in 2019. In de vorige edities van deze monitor keken wij voor welke bedragen zorgverzekeraars in totaal aan wijkverpleging inkochten. Dit jaar kijken wij vooral naar het aandeel aanbieders dat een contract afsloot en de reden voor het wel of niet contracteren.

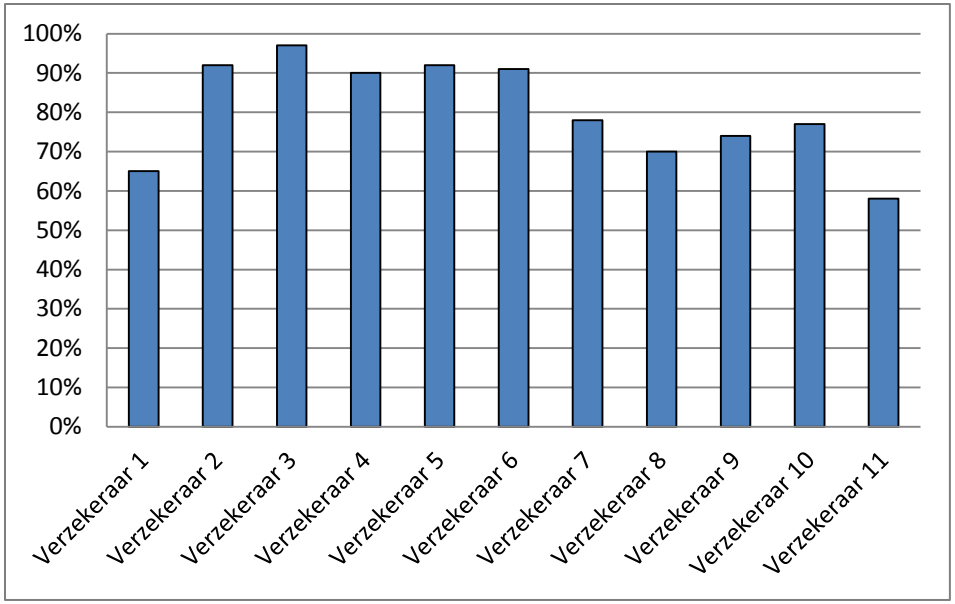
Gecontracteerde zorg

Van de 239 aanbieders die onze enquête invulden, had ruim 94% voor 2019 een contract met een of meerdere zorgverzekeraars afgesloten. Ten opzichte van vorig jaar is dat ruim 2,5% meer. 5 zorgverzekeraars sloten met de meeste aanbieders (90% of meer) voor 2019 een contract af. 3 zorgverzekeraars sloten contracten met tweederde van de aanbieders of minder. Figuur 4 toont met hoeveel procent van de aanbieders de zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten voor 2019.

We informeerden bij welke zorgverzekeraar aanbieders het grootste aandeel van hun omzet in 2018 – gecontracteerd en ongecontracteerd – behaalden. 8 zorgverzekeraars werden zo als 'dominante' zorgverzekeraar aangemerkt. Gemiddeld declareren aanbieders meer dan 60% van hun totale omzet bij hun dominante zorgverzekeraar.

De inkoop van de wijkverpleging, die vooral via het experiment bekostiging verpleging en bekostiging plaatsvond, bespreken we uitgebreid in hoofdstuk 5.

Figuur 4. Percentage aanbieders met contract per zorgverzekeraar



Bron: NZa

Ongecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak in het sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, en bij ongecontracteerde zorg hebben zij hier nauwelijks tot geen mogelijkheden toe. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 geven partijen dan ook aan dat zij de groei van ongecontracteerde zorg onwenselijk vinden en hebben ze toezegging gedaan om het aandeel ongecontracteerde zorg terug te dringen. Het streven is om in 2019 een daling te realiseren ten opzichte van ijkjaar 2017. In hoofdstuk 7 gaan we uitgebreider in op ongecontracteerde zorg.

Iets meer dan 5% van de aanbieders geeft in de vragenlijst aan géén contracten te hebben gesloten met zorgverzekeraars. Deze aanbieders hebben gemiddeld bezien een lagere omzet dan de aanbieders mét een contract. In totaal werd door aanbieders voor ruim € 346 miljoen aan ongecontracteerde zorg verleend. Ongeveer 55% hiervan is ongecontracteerde zorg aan naturaverzekerden, de rest betreft restitutieverzekerden.

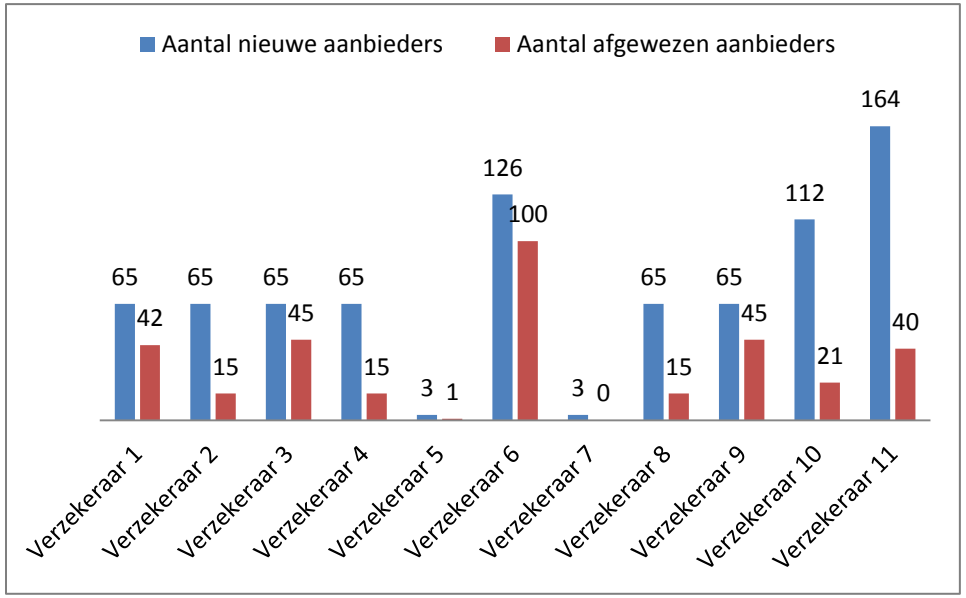
Voor sommige aanbieders is het een bewuste keuze geweest om geen contract af te sluiten met een zorgverzekeraar. De meeste zorgverzekeraars (9 van de 11) zagen hun contractaanbod 2019 door één of meer aanbieders bewust geweigerd. Zorgverzekeraars gaven aan dat de voornaamste redenen van aanbieders hiervoor waren:

- De zorgverzekeraar heeft geen patiënten in het werkgebied van de betreffende aanbieder(s);
- De afgesproken tarieven zijn te laag en/of bij geen contract is er de mogelijkheid om hogere tarieven te rekenen;
- De aanbieders zijn gestopt met het leveren van wijkverpleging.

Opvallend is dat dit jaar niet één aanbieder 'teveel administratieve lasten' als reden opgeeft om van een contract af te zien, terwijl dit vorig jaar nog wel het geval was.

Andersom kiezen ook zorgverzekeraars er soms bewust voor om geen contract met een aanbieder af te sluiten. Uit onze interviews met zorgverzekeraars bleek dat zij het aantal nieuwe aanbieders die wijkverpleging leveren, zien stijgen. Gemiddeld meldden zich tot nu toe 73 nieuwe aanbieders voor een contract voor 2019. Alle zorgverzekeraars, op één na, hebben er bewust voor gekozen om een aantal van deze nieuwe aanbieders voor 2019 geen contract te geven. Het percentage nieuwe aanbieders dat geen contract kreeg liep uiteen van 0% tot 79%. In figuur 5 is te zien met hoeveel nieuwe aanbieders de zorgverzekeraars te maken kregen voor contractjaar 2019 en hoeveel daarvan zij afwezen.

Tabel 5. Aantal nieuwe en afgewezen aanbieders



Bron: NZa

Dat deze aanbieders niet aan contractvoorwaarden voldoen, werd door alle zorgverzekeraars genoemd als reden om geen contract overeen te komen. 9 van de 10 zorgverzekeraars die een contract afwezen, noemden daarnaast problemen met integriteit en fraude als reden. Meer dan de helft van de zorgverzekeraars noemden verder dat zij twijfels hadden bij de kwaliteit van de zorgverlening. Uit gesprekken met zorgverzekeraars bleek daarnaast nog dat een andere reden om geen contract te sluiten de soms zorgelijke kwaliteit van nieuwe zorgaanbieders is.

Conclusie
Wij concluderen dat de meeste aanbieders met één of meer zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten. Verder zien wij dat aanbieders 'administratieve lasten van contracteren' niet meer melden als reden om af te zien van een contract. De (ervaren) administratieve lasten zijn mogelijk verminderd.

Wij zien dat alle zorgverzekeraars bestaande contracten hebben voortgezet en nieuwe afgesloten. Volgens opgave van zorgverzekeraars meldden zich méér aanbieders voor een contract dan vorig jaar. Gemiddeld kreeg 39% van de nieuwe aanbieders geen contract voor 2019.

In totaal werd voor € 346 miljoen aan ongecontracteerde zorg geleverd. Hiervan is 55% zorg in natura en de rest aan restitutieverzekerden. 5% van de aanbieders uit de enquête heeft geen contracten gesloten met zorgverzekeraars.

Het aantal nieuwe aanbieders in wijkverpleging stijgt, maar niet alle nieuwe aanbieders krijgen een contract aangeboden. Redenen om aanbieders niet te contracteren zijn niet voldoen aan contractvoorwaarden of problemen met integriteit of fraude.

4. Ervaringen met de contractering 2019

4. Ervaringen met de contractering 2019

Het is voor de werking van het gezondheidszorgsysteem belangrijk dat het contracteerproces goed functioneert. Zorgverzekeraars moeten zich naar verzekerden kunnen onderscheiden op een doelmatige en doeltreffende zorginkoop. Aanbieders moeten hierbij de gelegenheid krijgen voorstellen te doen, zonder een overmaat aan administratieve lasten. Belangentegenstellingen tussen partijen zijn gezond, zolang zij niet leiden tot onnodige bureaucratie en de contractering niet frustreren.

In dit hoofdstuk kijken we naar de ervaringen met zowel het proces van de contractering 2019, als het proces van bijcontractering 2018.

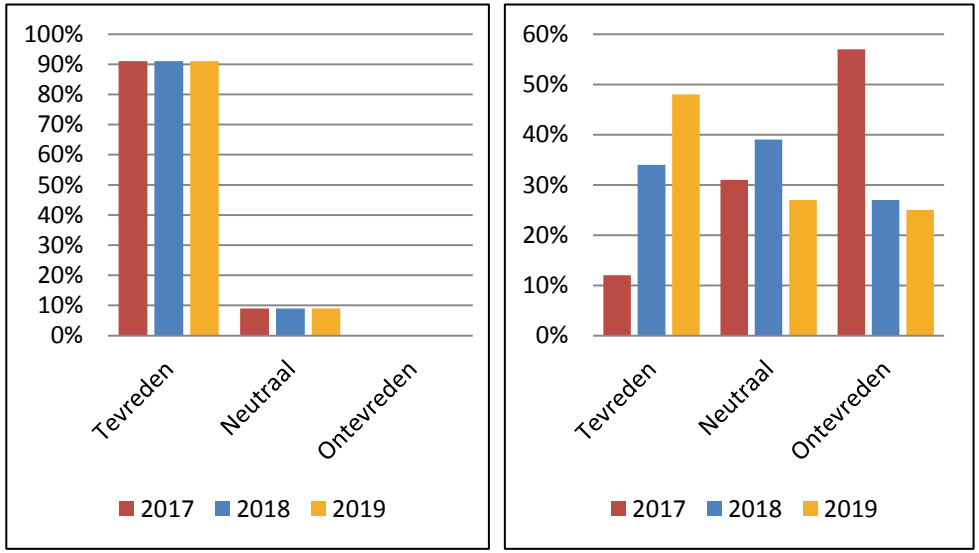
Ervaringen met het proces van contracteren 2019

Net als voorgaande jaren blijkt dat zorgverzekeraars en aanbieders verschillend aankijken tegen het proces van contractering. Over het algemeen zijn zorgverzekeraars meer tevreden over het contracteerproces dan aanbieders. In figuur 6 is de tevredenheid van zorgverzekeraars en aanbieders weergegeven.

Net als vorig jaar is ook dit jaar de tevredenheid onder zorgverzekeraars hetzelfde gebleven: de meesten zijn tevreden en geen enkele is echt ontevreden. De stijgende lijn van de tevredenheid onder aanbieders over het contracteerproces die vorig jaar te zien was, zet zich dit jaar voort. Bijna de helft van de aanbieders was over het contracteerproces 2019 tevreden. Dat is meer dan vorig jaar, toen lag het percentage tevreden aanbieders op 34%.

Dit verschil zou gedeeltelijk veroorzaakt kunnen worden omdat aanbieders dit jaar de vraag moesten beantwoorden over hun dominante zorgverzekeraar. Echter, de stijgende trend was ook al te zien tussen de jaren 2017 en 2018, toen de vraagstelling wel hetzelfde was. In 2017 was het percentage tevreden aanbieders namelijk slechts 12%. Het percentage ontevreden aanbieders was vorig jaar 27% en is dit jaar dus nog licht gedaald.

Figuur 6. Tevredenheid zorgverzekeraars en aanbieders



Bron: NZa

Tevredenheid aanbieders

We bekeken ook of er verschillen zijn in de mate waarin aanbieders tevreden zijn over het contracteerproces met hun dominante zorgverzekeraar. Over 4 grote zorgverzekeraars was de respons hoog genoeg om de tevredenheid onder aanbieders te vergelijken, maar hier zagen we geen significante afwijkingen ten opzichte van de totale onderzochte populatie. Desondanks zien we in de variatiebreedte tussen deze vier wél verschillen in tevredenheid van aanbieders over hun dominante zorgverzekeraar. Het percentage tevreden aanbieders bij de grote 4 zorgverzekeraars loopt uiteen van 32% tot 58% en het percentage ontevreden aanbieders ligt tussen 14% en 32%. Opvallend is dat relatief veel aanbieders (15%) over één dominante zorgverzekeraar van de grote 4 geen mening hebben vanwege het ontbreken van een inkoopgesprek.

We zien ook tussen de regionale zorgverzekeraars aanzienlijke verschillen, maar de aantallen aanbieders zijn te klein om hierover harde uitspraken te doen. Verder is er geen aantoonbaar verschil in tevredenheid tussen grote en kleine aanbieders over de dominante zorgverzekeraar.

Er zijn 4 voornaamste redenen die aanbieders noemen die aan hun ontevredenheid ten grondslag liggen. 33% van de aanbieders die ontevreden waren, gaven als reden dat er in sommige gevallen geen enkele mogelijkheid voor een gesprek werd geboden door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders konden niet onderhandelen over het tarief in een gesprek. Vaak is dit het geval bij kleine aanbieders waar kleine contracten mee gesloten worden. Deze zeggen dat bij kleine contracten geen gesprek wordt gevoerd en aanpassingen van het tarief of het budget niet mogelijk zijn. Dit kritiekpunt werd ook in 2018 genoemd.

De 2e reden die veel genoemd werd (25%) is dat de doorlooptijd erg lang was. Sommige aanbieders hadden op het moment van invullen van onze enquête nog geen getekend contract met een zorgverzekeraar terwijl het proces al in de zomer van 2018 gestart was.

Ten 3e was van de ontevreden aanbieders 23% ontevreden over het uiteindelijke tarief dat ze hebben gekregen. Dit tarief ligt volgens deze aanbieders te ver onder de NZa-maximumtarieven.

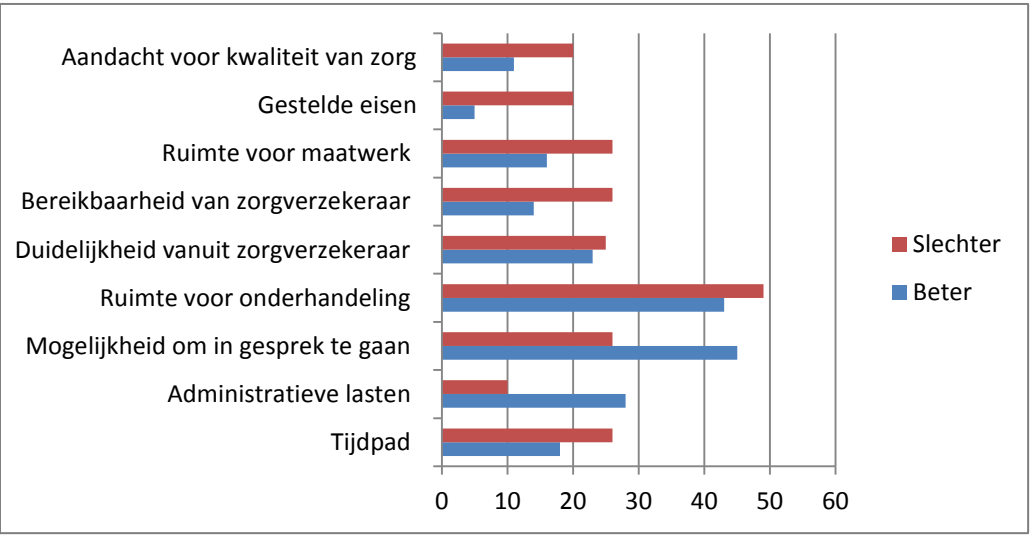
Het 4e punt van ontevredenheid werd door 23% van de ontevreden aanbieders genoemd en kwam voort uit de slechte bereikbaarheid van de zorgverzekeraars. Inkopers waren volgens deze aanbieders erg slecht bereikbaar, soms zelfs maanden niet. De aanbieders (31%) die aangeven tevreden te zijn over het inkoopproces waren juist tevreden over het goede contact met hun zorginkopers, omdat ze goed bereikbaar zijn en op een vaak gelijkwaardige manier het gesprek voeren met aanbieders.

Er valt geen relatie te leggen tussen grote of kleine zorgverzekeraars: in beide groepen zijn er duidelijke verschillen in tevredenheid te zien.

We hebben aanbieders de vraag gesteld wat er beter of slechter ging in het inkoopproces 2019 ten opzichte van die van 2018. Bijna de helft van de aanbieders antwoordde dat er niets beter of slechter ging dan vorig jaar.

Figuur 7 presenteert hoe vaak aanbieders bepaalde aspecten van het inkoopproces van 2019 beter of slechter beoordeelden ten opzichte van het inkoopproces van 2018. Opvallend is dat 'ruimte voor onderhandeling' door veel aanbieders zowel slechter als beter dan 2018 wordt ervaren. Daarnaast is de verbeterde beoordeling van administratieve lasten en de mogelijkheid om in gesprek te gaan een goede ontwikkeling.

Figuur 7. Beoordeling aspecten inkoopproces door aanbieders



Bron: NZa

Wat verder opvalt, is dat de meeste onderdelen slechter dan vorig jaar worden beoordeeld, ondanks het feit dat de algemene tevredenheid duidelijk is toegenomen. Vorig jaar gaf nog ruim een derde van de respondenten aan dat geen enkel onderdeel beter ging dan tijdens de inkoop van het jaar ervoor. Dit jaar was dat bijna de helft.

Tevredenheid zorgverzekeraars

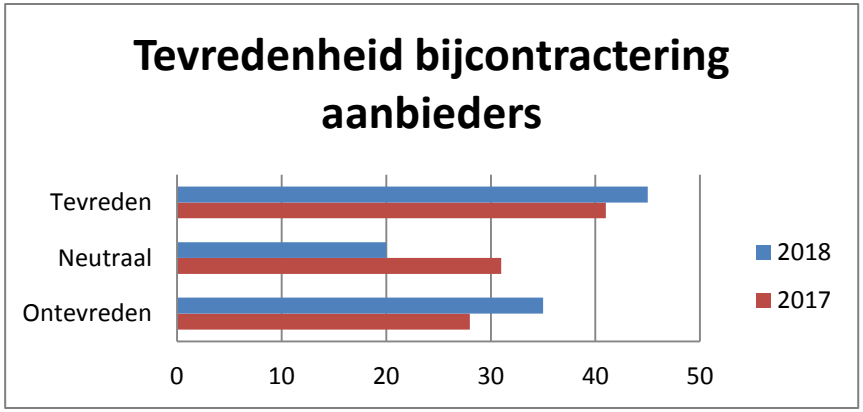
Zorgverzekeraars zijn vooral tevreden als het contracteerproces volgens planning en dus tijdig verloopt. Ook hechten zij waarde aan een goed en inhoudelijk gesprek. Deze redenen voor tevredenheid werden vorig jaar ook genoemd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met een neutrale mening over het contracteerproces zeggen hier ook waarde aan te hechten, maar zij misten juist een inhoudelijk gesprek bij bepaalde aanbieders en het proces liep vertraging op.

Geen van de zorgverzekeraars beoordeelde het proces slechter dan in 2018. 8 van hen gaven zelfs aan dat het proces beter verliep dan in 2018. Het punt dat het meest genoemd werd is dat het tijdspad in 2019 beter was dan in 2018, met name door een strakkere planning aan de kant van de zorgverzekeraars.

Hoewel zorgverzekeraars even tevreden lijken over het contracteerproces als vorig jaar, geeft desgevraagd een van de zorgverzekeraars aan dat ze in toenemende mate een veranderende houding aan de kant van aanbieders waarnemen, waarbij uitsluitend gefocust wordt op de tarieven. Het is lastig om een goed gesprek aan te gaan met bepaalde aanbieders. Deze aanbieders kijken te eenzijdig naar de contractering en zijn onvoldoende bereid om goede onderbouwingen te geven. Hierdoor moet een zorgverzekeraar onnodig veel tijd steken in bepaalde aanbieders, wat haaks staat op administratieve lastenverlichting uit het hoofdlijnenakkoord.

Ervaringen met het proces van bijcontracteren 2018

Figuur 8. Tevredenheid bijcontractering aanbieders



Bron: NZa

Tevredenheid aanbieders

In 2018 deden 82 aanbieders (34%) een aanvraag tot bijcontractering bij hun dominante zorgverzekeraar. In 2017 waren er 235 aanbieders (77%) die een aanvraag tot bijcontractering hebben gedaan, maar daaronder zaten zeker ook aanvragen die ze bij hun niet-dominante zorgverzekeraar(s) hebben gedaan. Met zekerheid kunnen we dus niet zeggen dat het aantal is afgenomen. Een groot deel van de aanbieders die een aanvraag tot bijcontractering hebben gedaan, is tevreden over dit proces, zo laat figuur 8 zien. Dit percentage ligt hoger dan vorig jaar, maar ook meer aanbieders zijn ontevreden over het proces van bijcontracteren in het jaar 2018 ten opzichte van 2017.

Meer dan de helft van de aanbieders (57%) ziet mogelijke verbeterpunten in het proces van bijcontracteren. Onder deze aanbieders zijn de 3 meest genoemde verbeterpunten:

1. Ruimte voor onderhandeling (66%)
2. Mogelijkheid om in gesprek te gaan (55%)
3. Ruimte voor maatwerk (45%)

Een opvallend resultaat is dat geen van de aanbieders een groot verbeterpunt ziet op het gebied van administratieve lasten, terwijl dat toch een 'hot topic' is binnen de sector.

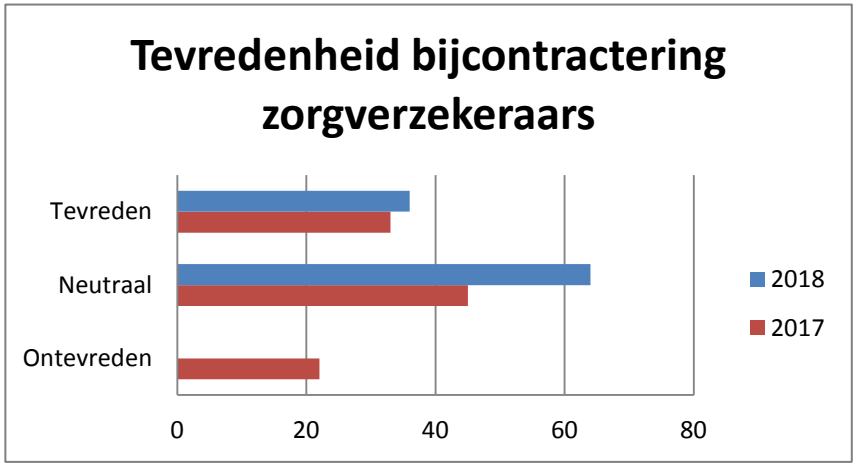
Meer dan tweederde (69%) van de aanbieders vindt de overeenkomst 2019 met de dominante zorgverzekeraar niet verbeterd ten opzichte van 2018 als het gaat om de duidelijkheid waaraan een correcte en tijdige indiening van een verzoek tot bijcontracteren moet voldoen. Nog meer aanbieders, namelijk 77%, vinden de overeenkomst ook niet duidelijker over de beslissingstermijn van de zorgverzekeraar op het verzoek tot bijcontracteren. 70% van de aanbieders vindt daarnaast dat de duidelijkheid over de doorleververplichting van zorg aan nieuwe patiënten, zolang het verzoek tot bijcontracteren nog niet afgehandeld is, evenmin is verbeterd ten opzichte van 2018.

We bekeken ook of er onder aanbieders verschillen zijn in de mate van tevredenheid over het proces van bijcontractering bij de dominante zorgverzekeraar. Van de 4 grote zorgverzekeraars waarbij we de vergelijking konden maken, zien we geen significant afwijkende tevredenheid onder aanbieders ten opzichte van de totale onderzochte populatie. Desondanks zien we hier, net als bij het contracteerproces, in de variatiebreedte tussen deze 4 wél aanzienlijke verschillen in tevredenheid van aanbieders bij hun dominante zorgverzekeraar. Het percentage tevreden aanbieders bij de 4 grote zorgverzekeraars varieert van 31% tot 72% en het percentage ontevreden aanbieders varieert van 22% tot 56%.

Opvallend is dat de zorgverzekeraar waar de meeste aanbieders tevreden over waren voor het reguliere inkoopproces, zeker niet het hoogst scoort qua tevredenheid over het bijcontracteren.

Er is geen aantoonbaar verschil in tevredenheid over bijcontracteren gevonden tussen kleine en grote zorgaanbieders.

Figuur 9. Tevredenheid bijcontractering zorgverzekeraars



Bron: NZa

Tevredenheid zorgverzekeraars

Op onze enquêtevraag aan zorgverzekeraars over hun tevredenheid over het proces van bijcontracteren voor het jaar 2018, geeft geen enkele zorgverzekeraar aan ontevreden te zijn. Vorig jaar gaf nog 22% aan ontevreden te zijn. Wel zijn zorgverzekeraars nog steeds minder tevreden over het proces van bijcontracteren dan over het algemene inkoopproces.

Het aandeel neutrale zorgverzekeraars is gestegen. Zorgverzekeraars die zich neutraal uitspraken over het proces van bijcontracteren gaven hierbij het meest aan dat bijcontracteren bij hen niet speelt, aangezien zij geen omzetplafond hanteren. Dit kan echter geen effect op de tevredenheid hebben gehad, aangezien het aantal zorgverzekeraars dat een omzetplafond hanteert gelijk is gebleven, namelijk 6. Een meer inhoudelijke reden die gegeven wordt, is dat aanbieders zich volgens deze zorgverzekeraar nog steeds niet tijdig melden met een verzoek tot bijcontractering. Dat staat overigens haaks op de uitkomsten die we presenteren in figuur 9, waar te zien is dat al in januari gestart wordt met verzoeken tot bijcontracteren en de meeste aanbieders dit in het tweede kwartaal doen.

Tevreden zorgverzekeraars melden dat het proces goed verlopen is, net als de gesprekken. Als complicerende factor wordt door een zorgverzekeraar wel nog de arbeidsmarkt genoemd. Bij ondoelmatige aanbieders is er afgelopen jaar ook (extra) groei geweest.
In principe zouden de zorgverzekeraars dit in een gezonde markt niet bij willen contracteren. Echter, zij zien zich nu verplicht om dit te doen, gezien de zorgplicht die zij hebben.

8 van de 11 zorgverzekeraars ziet geen verbeterpunten voor het proces van bijcontracteren. De 3 zorgverzekeraars die wel verbeterpunten zien, willen vooral:

- minder administratieve lasten;
- meer duidelijkheid van aanbieders;
- meer inzicht in de uitkomsten en kwaliteit van zorg.

Dat zijn dus andere verbeterpunten dan de punten die aanbieders noemen.

Conclusie
Wij constateren dat zorgverzekeraars meer tevreden zijn over het algemene contracteerproces dan aanbieders, net als vorig jaar. Verder zien wij dat aanbieders gemiddeld een positiever eindoordeel over de contractering hebben dan vorig jaar. Dat moeten we wel relativeren, aangezien zij zeven van de negen onderdelen gemiddeld slechter beoordelen dan vorig jaar. Wel vinden wij het positief dat zorgaanbieders de administratieve lasten en mogelijkheid om te onderhandelen en in gesprek te gaan vaak beter beoordelen dan vorig jaar. Die laatste werd echter ook als een grote oorzaak van ontevredenheid genoemd, net als de doorlooptijd en het uiteindelijke tarief.

De tevredenheid van aanbieders over hun dominante zorgverzekeraar lijkt ondermeer te worden bepaald door de (on)mogelijkheid om in gesprek te gaan en de mogelijkheden voor echte onderhandeling. Wij concluderen dat aanbieders weinig invloed op de contractafspraken ervaren. Toch zien wij dat een groot deel van de aanbieders meer ruimte ziet voor onderhandeling dan vorig jaar. Er zijn dus grote verschillen, die vooral zijn terug te voeren op de dominante zorgverzekeraar waarmee de aanbieder te maken heeft.

Wij zien niet dat aanbieders méér tevreden zijn over regionale zorgverzekeraars dan over de grote zorgverzekeraars. De tevredenheid van zorgaanbieders varieert tussen regionale zorgverzekeraars net zo sterk als tussen grote zorgverzekeraars.

Wij concluderen dat de (on)tevredenheid van de zorgverzekeraars vooral wordt ingegeven door het tijdspad en hoe de gesprekken met aanbieders verlopen. De planning verliep volgens zorgverzekeraars dit jaar beter dan vorig jaar.

Wij constateren dat aanbieders, net als vorig jaar, sterk verschillen in hun ervaringen over het proces van bijcontractering. Hoewel meer aanbieders dit jaar aangaven tevreden te zijn over het contracteerproces 2019 en bijcontractering 2019, gaven ook meer aanbieders aan dat zij ontevreden zijn over het proces van bijcontracteren. Aanbieders vinden de overeenkomsten op het gebied van bijcontractering niet duidelijker geworden ten opzichte van vorig jaar. Wij zien dat zorgverzekeraars tevredener geworden zijn over het proces van bijcontracteren: geen van hen is nog ontevreden, in tegenstelling tot vorig jaar.

5. Inkoop van wijkverpleging voor 2019

5. Inkoop van wijkverpleging voor 2019

In dit hoofdstuk staan wij stil bij de inkoop van de reguliere, patiëntgebonden wijkverpleging. Deze inkoop kan sinds 2016 op 2 manieren plaatsvinden: via de reguliere prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven heeft vastgesteld en via het experiment bekostiging verpleging en verzorging.

Inkoop wijkverpleging via reguliere prestaties

In de vorige editie van deze monitor keken we ook nog naar de inkoop wijkverpleging via de reguliere prestaties. Hieruit bleek dat nog slechts 2% van de contracten 2018 tariefafspraken betrof van een beperkt aantal zorgverzekeraars via de reguliere prestaties.

Uit de interviews met zorgverzekeraars blijkt dat het bij de contracten 2019 nog slechts gaat om 1 aanbieder met 1 zorgverzekeraar, die hiervoor om louter administratieve redenen koos. Het betreft een bedrag van € 272.500, nog geen 0,01% van de totale gecontracteerde zorg.

Wij kunnen ons dit jaar volledig richten op de inkoop van wijkverpleging via de experimentprestatie.

Inkoop wijkverpleging via experiment

In deze paragraaf kijken we naar de inkoop van wijkverpleging via het experiment bekostiging Wijkverpleging. Om meer precies te kunnen analyseren waar verschillen tussen aanbieders vandaan komen, maken wij onderscheid tussen aanbieders naar hun omzet wijkverpleging. De aanbieders die hebben deelgenomen aan de enquête zijn ingedeeld in zes omzet-klassen. In onderstaande tabel staat per klasse aangegeven hoeveel aanbieders in de enquête zich in deze klasse bevinden.

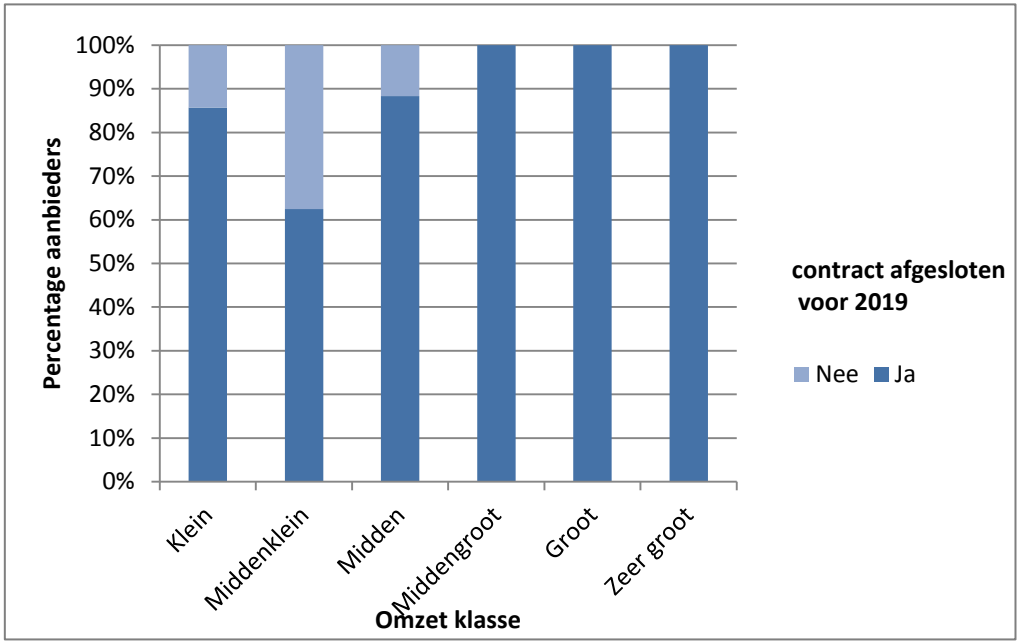
Tabel 1. Grootte aanbieders naar omzet

Omvang naar omzet	Ondergrens €	Bovengrens €	Aantal aanbieders
Klein	€ 1	€ 10.000	7
Middenklein	€ 10.000	€ 100.000	8
Midden	€ 100.000	€ 1.000.000	77
Middengroot	€ 1.000.000	€ 10.000.000	102
Groot	€ 10.000.000	€ 100.000.000	43
Zeer groot	€ 100.000.000	€ 1.000.000.000	2
Totaal respons	**-**	**-**	**239**

Bron: NZa

Ruim 94% van de geënquêteerde aanbieders geeft aan voor 2019 een contract te hebben gesloten met één of meerdere zorgverzekeraars. We zien dat niet-gecontracteerde aanbieders met name instellingen zijn met een omzet uit wijkverpleging lager dan € 1.000.000.

Figuur 10. Percentage gecontracteerde aanbieders per omzetklasse



Bron: NZa

93% van de aanbieders met een contract heeft een integraal tarief afgesproken met zijn dominante zorgverzekeraar. Dit percentage is gelijk aan het percentage dat wij vonden in onze monitor van vorig jaar.

Tabel 2. Aanbieders met een integraal tarief

Heeft de aanbieder een integraal tarief afgesproken met de dominante zorgverzekeraar?				
	Ja	Nee*	Overig**	N
Totaal	93%	3%	4%	226

* Deze vraag richt zich op de integrale tarieven tussen aanbieders en hun dominante verzekeraar. Wanneer aanbieders aangeven géén integraal tarief met hun dominante zorgverzekeraar te hebben afgesproken, kunnen zij met andere zorgverzekeraars wél een integraal tarief hebben afgesproken.
** Een aantal aanbieders geeft aan dat deze vraag niet van toepassing is of dat ze geen contract hebben afgesloten. Dit kan het geval zijn, wanneer een aanbieder wel een contract heeft afgesloten met een of meerdere zorgverzekeraars, maar niet met de dominante zorgverzekeraar.

Bron: NZa

Bij de aanbieders zonder afspraken over integrale tarieven gaat het vooral om aanbieders die nog geen zekerheid hebben over een contract en/of de hoogte van het tarief of met een minimale omzet.

Voor ruim 96% van bovenstaande aanbieders geldt dat zij ook in 2018 een integraal tarief hadden afgesproken met hun dominante zorgverzekeraar. Dit betekent dat 4% van de aanbieders met een integraal tarief in 2019, dit in 2018 niet hadden.

De hoogte van het integrale tarief

Het integraal tarief verschilt per aanbieder. Maar eerst kijken we naar de gemiddelde hoogte van het integraal tarief in 2018 en 2019.

Hierbij hebben wij eventuele 5-minutentarieven (of tarieven per andere tijdseenheden) omgerekend naar uurtarieven:

Tabel 3. Integrale uurtarieven 2018 en 2019 bij geënqueteerde aanbieders

	2018	2019	Verschil abs.	Verschil %
Minimum	€44,40	€46,20	€1,80	4,05%
Maximum	€80,64	€83,88	€3,24	4,02%
Gemiddelde	€52,64	€54,42	€1,78	3,38%

In de cijfers in deze tabel is één aanbieder met tarieven per patiënt per maand, niet meegenomen, omdat hierbij het uurtarief niet eenduidig is vast te stellen.

Bron: NZa

De gemiddelde tariefstijging is 3,38%. Dit is minder dan de door de NZa gehanteerde prijsindexatie van de maximum tarieven 2019, van 3,91%. We kunnen niet met zekerheid vaststellen of de indexatie, waarvan de OVA (Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling) deel uitmaakt, volledig is meegenomen. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen ook andere effecten in de tarieven hebben afgesproken. Een voorbeeld hiervan zijn doelmatigheidsdoelstellingen.

Welke prestaties zijn onderdeel van het integrale tarief?
De 212 aanbieders met een integraal tarief in 2019 geven aan dat de onderstaande prestaties zijn opgenomen in het integraal tarief:

Tabel 4. Prestaties opgenomen in integraal tarief

Prestaties	Aantal aanbieders met integraal tarief 2019 waarbij prestatie in tarief is opgenomen	Percentage tov alle aanbieders met een integraal tarief 2019
Persoonlijke verzorging	206	97%
Verpleging	205	97%
Oproepbare verzorging	154	73%
Oproepbare verpleging	150	71%
Verpleging: palliatief terminale zorg	135	64%
Advies, instructie en voorlichting (AIV)	115	54%
Gespecialiseerde verpleging	101	48%
Ketenzorg dementie	82	39%
Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg	33	16%
Overige prestaties	23	11%
Beloning op maat	20	9%
Regiefunctie Complexe wondzorg	13	6%
Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar	13	6%
Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg	3	1%
Verblijf intensieve kindzorg	1	0%
Totale respons	**212**	**100%**

Bron: NZa

Wij proberen hieronder een aantal verklarende factoren te vinden voor verschillen in het integraal tarief tussen aanbieders bij dezelfde dominante zorgverzekeraar.

Wij constateren dat het gemiddelde integrale tarief 2019 dat de aanbieder met een grote omzet afspreekt, significant hoger ligt dan dat van aanbieders met een kleinere omzet. Aanbieders met een grote omzet hebben in het algemeen een breder scala aan prestaties. Factoren zoals een zwaardere historische patiëntenpopulatie en recente afspraken over doelmatigheid en over de inzet van gespecialiseerde verpleging spelen waarschijnlijk een rol. Wij hebben dit echter niet nader onderzocht.

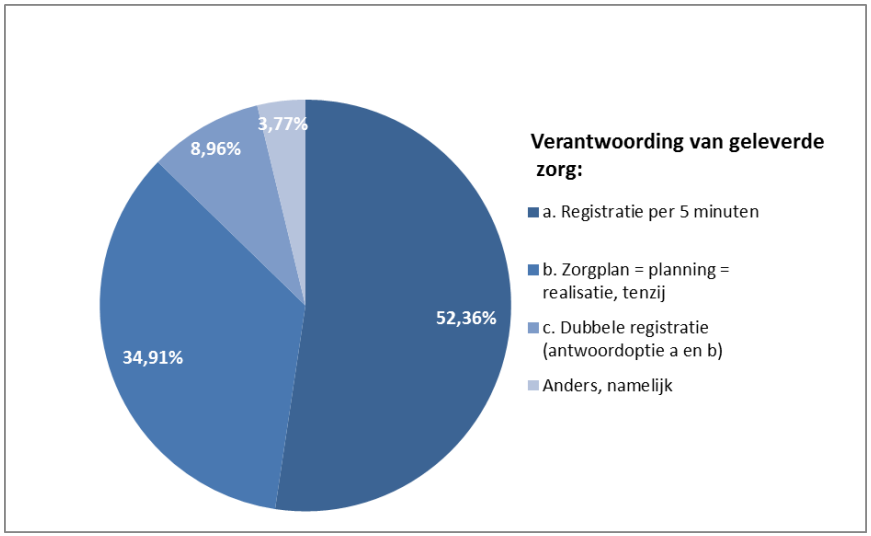
Tabel 5. Hoogte integraal tarief bij verschillende grootte aanbieders

Omzet van aanbieder	Aantal 2018	Gemiddeld tarief 2018	St. Dev '18	Aantal 2019	Gemiddeld tarief 2019	St. Dev '19
€0 tot €10.000.000	162	€51,59	€5,35	170	€53,29	€5,56
€10.000.000 of meer	39	€56,97	€3,33	39	€59,34	€3,27
Totaal	**201**	**€52,64**	**€5,45**	**209**	**€54,42**	**€5,79**

Bron: NZa

Wijze van verantwoorden van geleverde zorg:
Aan respondenten vroegen wij op welke wijze zij de geleverde zorg aan de dominante zorgverzekeraar registreren en verantwoorden. Het algemene beeld is als volgt:

Figuur 11. Wijze van registratie/verantwoording van geleverde zorg in 2019



Bron: NZa

Het beeld van aanbieders, opgesplitst naar dominante zorgverzekeraar, is als volgt:

Tabel 6. Wijze verantwoording geleverde zorg (in 2019) naar dominante zorgverzekeraar

Wijze van verantwoorden geleverde zorg:	Grote zorg-verzekeraar 1	Grote zorg-verzekeraar 2	Grote zorg-verzekeraar 3	Grote zorg-verzekeraar 4	Overige zorgver-zekeraars	Totaal
a. Registratie per 5 minuten	57%	56%	49%	46%	55%	52%
b. Zorgplan = planning = realisatie, tenzij	30%	33%	40%	37%	35%	35%
c. Dubbele registratie (antwoordoptie a en b)	7%	7%	8%	15%	10%	9%
Anders, namelijk	7%	4%	3%	2%	0%	4%
Eindtotaal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Totalen absoluut	**193**				**20**	**213**

Bron: NZa

Aan de hand van de gegevens in de enquête hebben we gekeken of bij de grotere aanbieders (€ 10.000.000,- of hoger) er vaker sprake is van registratie via zorgplan = planning = realisatie, tenzij (Z=P=R, T). Dit is niet het geval:

Tabel 7. Wijze van verantwoording van zorg bij grote aanbieders (> 10 mio)

a. Registratie per 5 minuten	**52%**
b. Zorgplan = planning = realisatie, tenzij	31%
c. Dubbele registratie (antwoordoptie a en b)	10%
Anders	7%
Eindtotaal	**100%**

Bron: NZa

We vinden geen duidelijk verband tussen grootte van omzet van een aanbieder en type verantwoording.

Ervaringen met Z=P=R, T:
De ervaringen van aanbieders met het registreren van zorg via Z=P=R, T zijn overwegend positief. Circa tweederde van de aanbieders die optie b of optie c (volgens bovenstaande tabel) hanteert, geeft aan tevreden te zijn en op verschillende vlakken goede ervaringen te hebben met de vernieuwde verantwoording. Met name de administratieve lastenverlichting wordt vaak beschreven als een verbetering ten opzichte van de registratie per 5 minuten. Toch geeft zo'n 6% van de aanbieders aan van de door hen verwachte administratieve lastenverlichting juist niets te merken. Hierbij gaat het in vrijwel alle gevallen om aanbieders die gebruik maken van een dubbele registratie (optie C).

Aanvullende contractvoorwaarden zorgverzekeraar bij Z=P=R, T
Over het algemeen hanteren de zorgverzekeraars geen aanvullende contractvoorwaarden bij Z=P=R, T. 88% van de aanbieders die Z=P=R,T hanteren, worden niet met aanvullende voorwaarden geconfronteerd. De overige 12% wel: zij moeten van tevoren toestemming vragen voor deze registratiewijze, of moeten voldoen aan doelmatigheidseisen.

Enquête zorgverzekeraars
Alle zorgverzekeraars gebruiken het experiment bekostiging verpleging en verzorging om een integraal uurtarief in te kopen in de contractering voor 2019. Dit komt overeen met het beeld dat we krijgen bij de aanbieders. Een zorgverzekeraar geeft expliciet aan met alle aanbieders van wijkverpleging een integraal tarief te hebben afgesproken.

Zorgverzekeraars maken op de volgende onderwerpen specifieke afspraken met aanbieders waarmee een integraal tarief is afgesproken:

Tabel 8. Specifieke afspraken rond integraal tarief

Onderwerpen van specifieke afspraken met aanbieders met een integraal tarief	aantal zorg-verzekeraars	%
Doelgroepenregistratie	11	100%
Doelmatige inzet van zorg	11	100%
Inzet farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie	10	91%
Kwaliteit van zorg	7	64%
Deskundigheidsinzet	6	55%
Afrondingsystematiek	4	36%
Anders, namelijk	0	0%

Bron: NZa

Administratieve afspraken Z = P = R, T
8 zorgverzekeraars maken administratieve afspraken over de voorwaarden voor zorgplan = planning = realisatie, tenzij. Hiervan geven 3 zorgverzekeraars aan dat dit standaard in de contracten is opgenomen en dus door iedere aanbieder gebruikt kan worden. 1 zorgverzekeraar geeft aan dat aanbieders de mogelijkheid is geboden, waarbij hij monitort hoe groot het effect van minder administratieve druk is op de zorg-productiviteit van medewerkers. Zorgverzekeraars vinden administratieve lastenverlichting een belangrijke reden om Z = P = R, T als registratiemethode in de contracten op te nemen. We zagen eerder in tabel X dat 9% van de aanbieders naast Z = P = R, T ook nog in eenheden van 5 minuten registreert, wat mogelijk juist leidt tot meer administratieve lasten.

Ook de 3 zorgverzekeraars die geen administratieve afspraken maken over de voorwaarden voor Z= P = R, T, staan deze registratie wel toe.

Administratieve afspraken 5-minutenregistratie
Zorgverzekeraars geven in grote meerderheid aan het landelijk declaratieprotocol Wijkverpleging en/of de handreiking te hanteren en verder geen aanvullende eisen te stellen. Twee zorgverzekeraars benadrukken nog dat 5-minutenregistratie nooit een verplichting is geweest, in tegenstelling tot de 5-minuten declaratie.

Administratieve afspraken doelgroepenregistratie
10 zorgverzekeraars geven aan hierbij de landelijke standaard te volgen en de aanbieders te verplichten de integrale prestaties te declareren op doelgroep.

Administratieve afspraken dubbele registratie (regulier naast integraal)
Alle zorgverzekeraars verwachten géén dubbele registratie van de aanbieder. Als hij dit toch doet, doet hij dat op eigen gelegenheid.

Alternatieven voor integraal uurtarief
Het experiment bekostiging verpleging en verzorging biedt ruimte voor partijen om tarieven af te spreken die niet per uur, maar bijvoorbeeld per dag of per maand worden gedeclareerd. 8 zorgverzekeraars maken van deze mogelijkheid gebruik. 4 van hen hanteren in één of meerdere experimenten een tarief per patiënt per dag. 7 van hen hanteren een tarief per patiënt per maand.

In totaal zeggen zorgverzekeraars dat zij met 70 aanbieders tarieven hebben afgesproken op maand- of op dagbasis. 60 a 65 aanbieders werken met een maandtarief, 5 tot 10 aanbieders met een dagtarief. Daarbij gaat het in totaal om circa € 332 miljoen aan gecontracteerde zorg (waarvan 1 zorgverzekeraar ruim 71% voor zijn rekening neemt). In 2018 en 2017 was dat nog € 158 miljoen resp. € 68 miljoen. 2 van de zorgverzekeraars die enkel met een integraal uurtarief werken, geven aan nu nog niet met dag- week- of maandtarieven te werken, maar dit per 2020 wel van plan te zijn. Eén zorgverzekeraar geeft geen verdere toelichting.

Inzet van nieuwe ontwikkelingen en technologie

Zowel aanbieders als zorgverzekeraars is gevraagd naar de inzet van nieuwe ontwikkelingen en technologie in de wijkverpleging. Maken aanbieders met hun dominante zorgverzekeraar hierover afspraken en stimuleert de dominante zorgverzekeraar de inzet van innovatieve zorgconcepten en e-health? Op die vragen geeft deze paragraaf antwoord.

9 van de 11 zorgverzekeraars stimuleren in hun contracteerbeleid voor 2019 zowel innovatieve zorgconcepten als de inzet van e-health daarbij. In tabel 9 staan de belangrijkste criteria waaraan innovatieve zorgconcepten door zorgverzekeraars worden getoetst alvorens eventueel geaccepteerd te worden.

Tabel 9. Criteria innovatieve zorgconcepten

Het innovatieve zorgconcept moet:	n
Bijdragen aan de verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg	6
Bijdragen aan het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie.	3
Duidelijke ingebed worden binnen de organisatie van de aanbieder	3
Een duidelijk toegevoegde waarde hebben voor de verzekerden, bijvoorbeeld door het stimuleren van zelfmanagement door de patiënt, zodat inzicht in en controle over zijn eigen gezondheid wordt vergroot.	1
Potentieel voor grote groepen patiënten beschikbaar gemaakt kunnen worden.	1
Een bijdrage leveren aan oplossen van de arbeidsmarktproblematiek	1

Bron: NZa

De criteria zijn niet nader toegelicht. 3 zorgverzekeraars geven aan geen harde criteria te hanteren, maar open te staan voor goede initiatieven.

Criteria voor e-health:
Voor e-health initiatieven zien we veelal dezelfde criteria.

Tabel 10. Criteria e-health

Het e-health initiatief moet:	n
Bijdragen aan de verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg	4
Duidelijk maken welke extra service het biedt aan patiënten	3
Bijdragen aan het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie.	1
Vernieuwend zijn en bijdragen aan de klantbeleving	1
Een bijdrage leveren aan oplossen van de arbeidsmarktproblematiek	1
Potentieel bij een grote groep patiënten ingezet kunnen worden	1

Bron: NZa

1 zorgverzekeraar geeft aan geen harde criteria te hanteren, maar open te staan voor goede initiatieven.

Navraag bij aanbieders leert dat 73% géén afspraken met de dominante zorgverzekeraar maakt over de inzet van slimme technologie. Het beeld dat deze afspraken vaker niet dan wel worden gemaakt is voor alle aanbieders gelijk, met uitzondering van de groep 'grote' aanbieders (omzet tussen € 10 en € 100 miljoen). Daar maakt 65% juist wél afspraken over de inzet van slimme technologie. Afspraken gaan vooral over de inzet van beeldschermzorg en farmaceutische telezorg, zoals het gebruik van een medicijndispenser.

Stimuleren van innovatieve technologie en e-health

9 zorgverzekeraars geven aan de inzet van innovatieve technologie en e-health te stimuleren. Zij doen op verschillende manieren (zorgverzekeraars konden bij deze vragen meer dan één antwoord geven).

Tabel 11. Wijze van stimuleren innovatieve technologie

Stimulans innovatieve technologie	N	%
Via apart experiment (anders dan via het integrale uurtarief)	6	67%
Via meerjarenovereenkomst	4	44%
Via hoogte tarief	6	67%
Anders, namelijk:	5	56%
Aantal zorgverzekeraars dat innovatieve technologie stimuleert	9	-

Bron: NZa

Onder het kopje 'anders, namelijk', geven zorgverzekeraars aan dat soms van stimuleren geen sprake is geweest, verder wordt er vooral toelichting gegeven op de gegeven antwoorden.

Tabel 12. Wijze van stimuleren e-health

Stimulans e-health	N	Percentage
Via apart experiment (anders dan via het integrale uurtarief)	3	33%
Via meerjarenovereenkomst	3	33%
Via hoogte tarief	5	56%
Andere:	7	78%
Aantal zorgverzekeraars dat e-health stimuleert	9	-

Bron: NZa

Ook bij de vraag over het stimuleren van e-health werd de 'anders, namelijk' categorie gebruikt om aan te geven dat er in de praktijk geen voorbeelden van stimuleren van e-health waren te geven. Verder wordt de prestatie 'beloning op maat' genoemd, waarbinnen e-health wordt bekostigd.

Conclusies

Gebruik van het experiment en hoogte van het tarief
Wij concluderen dat vrijwel elke aanbieder van wijkverpleging inmiddels werkt via het experiment verpleging en verzorging. Het gemiddelde integrale uurtarief is ten opzichte van 2018 gestegen met 3,38%, van €52,64 naar €54,42. Dat is een ander percentage dan de stijging van de NZa-tarieven. Daarbij constateren wij dat grote aanbieders (> €10.000.000 omzet) door hun dominante zorgverzekeraar gecontracteerd worden tegen een significant hoger gemiddeld integraal uurtarief dan kleinere aanbieders.

Registratie en verantwoording van geleverde zorg
Wij zien geen verband tussen de grootte van een aanbieder en de wijze van registratie/verantwoording van geleverde zorg. Meer dan de helft (52%) van de aanbieders registreert de geleverde zorg nog via de 5-minutenregistratie.

Toch past al 44% Z=P=R, T toe, een goed uitgangspunt voor het bereiken van het doel uit het 'convenant afschaffen minutenregistratie wijkverpleging'. Dat doel is dat alle aanbieders per 1-1-2020 met deze nieuwe registratiestandaard werken. Alle zorgverzekeraars omarmen de nieuwe registratiestandaard, met administratieve lastenverlichting als belangrijkste reden. Ruim 66% van de aanbieders die werkt met de nieuwe registratiestandaard, ervaart een daling van de administratieve lasten.

Wij concluderen dat 9% van de aanbieders zowel de 5-minutenregistratie als Z=P=R,T toepast. Een onwenselijke situatie, die de administratieve lasten eerder verzwaart dan verlicht. Wij constateren dat aanbieders dit niet doen omdat zorgverzekeraars dit vragen. Zorgverzekeraars geven unaniem aan dat zij dubbele registratie niet eisen of verwachten.

Voorwaarden aan het werken met Z=P=R,T
Wij concluderen dat zorgverzekeraars soms aanvullende voorwaarden stellen aan aanbieders, zoals doelmatigheidseisen, om gebruik te mogen maken van de nieuwe registratiestandaard. 12% van de aanbieders meldt aanvullende voorwaarden.

Afspraken en stimuleren van Innovatieve technologie en e-health
Hoewel vrijwel alle zorgverzekeraars aangeven e-health en innovatieve technologie te stimuleren, geeft 73% van de aanbieders aan hierover géén afspraken te maken met hun dominante zorgverzekeraar. Bij de grote aanbieders is dit beeld anders, 65% maakt juist wél afspraken over de inzet van e-health en innovatieve technologie.

Wij zien graag dat e-health en innovatieve technologieën die de kwaliteit van leven kunnen verhogen sneller van de grond komen. Dit is een verantwoordelijkheid van zowel aanbieders als zorgverzekeraars. We vinden het daarom wenselijk dat zij hierover meer in gesprek zijn en meer afspraken maken.

Wij constateren op basis van de tabellen in paragraaf 'Inkoop wijkverpleging via experiment' dat de criteria/voorwaarden, die zorgverzekeraars hanteren bij het goedkeuren van innovatieve zorgconcepten en e-health, algemeen zijn beschreven. Het is daardoor voor aanbieders onduidelijk wanneer een innovatie slagingskans heeft en mogelijk minder aantrekkelijk om deze aan te dragen bij de zorgverzekeraar.

6. Verbeterthema's wijkverpleging 2018 en verder

6. Verbeterthema's wijkverpleging 2018 en verder

ActiZ, Zorgthuisnl, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland zijn in 2018 met elkaar vier verbeterthema's met betrekking tot de contractering overeengekomen. In de monitor bekijken wij de follow up naar 2019. Ook spelen hier de vervolgafspraken die partijen in het meerjarenakkoord wijkverpleging 2019 – 2022 op deze verbeterthema's hebben gegeven.

De afspraken zijn verdeeld over 4 verbeterthema's. Achtereenvolgens komen aan de orde: het gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters , het bespreken van kostprijsverhogende ontwikkelingen, de financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken resp. specialistische verpleging en het verbeteren van de relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars.

Deze verbeterthema's moeten aanbieders en zorgverzekeraars handvatten geven om kwaliteit en doelmatigheid een plek te geven in de contractering. Er zijn meerdere jaren nodig om de verbeterthema's aan te pakken. In deze monitor zien we hoe het veld inmiddels vaart.

Bestaande kwaliteitsparameters in contractering 2019

Partijen hebben met elkaar afgesproken om gebruik te maken van bestaande kwaliteitsparameters. De afspraak is dat de aanbieders transparant zijn over de doelgroepen, en zorgverzekeraars hun benchmarkgegevens inzichtelijk maken voor de aanbieders. Wij hebben hierbij geïnformeerd naar de dominante zorgverzekeraar.

Doelgroepeninformatie wordt – net als vorig jaar – door de meeste aanbieders gedeeld met de zorgverzekeraar. Bij de benchmarkinformatie zien we een toename in gebruik: alle zorgverzekeraars doen hier iets mee. Zorgverzekeraars, op 1 na, delen deze benchmarkinformatie ook met aanbieders. Soms doen ze dit alleen met een beperkt aantal grote aanbieders. Dit verklaart mogelijk waarom de helft van de aanbieders, net als vorig jaar, meldt dat zij van hun dominante zorgverzekeraar geen benchmarkinformatie ontvingen. We zien dat 1 dominante zorgverzekeraar significant vaker benchmarkinformatie terugkoppelt aan zijn gecontracteerde aanbieders. Een algemeen doelmatigheidsoordeel krijgen méér aanbieders terug. Daarover straks meer.

Vormgeving van de doelmatigheidsmeting door zorgverzekeraars

We hebben 7 zorgverzekeraars nader onderzocht en geïnterviewd, onder andere over het benchmarken van de doelmatigheidsmetingen. Verzekeraars berekenen ieder op eigen wijze de zorguren, doorlooptijd en/of kosten van de betreffende aanbieder per verzekerde patiënt, en of deze boven of onder verwachting is. 5 zorgverzekeraars 'wegen' de verzekerde patiënt hierbij op kenmerken, zoals vereveningscriteria, demografische CBS-data, declaratiegegevens en/of polisinformatie. Ieder ontwikkelt zijn eigen methodiek door, in afwachting van nieuwe landelijke bekostigingsregels.

Slechts 3 zorgverzekeraars gebruiken (mede) de uitkomsten van de doelgroepenregistratie actief. Drie anderen nemen zich dat voor. Beperkingen zien zorgverzekeraars wel: ze vinden de huidige doelgroepen niet homogeen genoeg en de registratie niet eenduidig.

Alle 7 geïnterviewde zorgverzekeraars verbinden aan hun doelmatigheidsbenchmark (financiële) gevolgen. Ze gebruiken de uitkomsten als spiegelinformatie, ook voor een periodiek overleg met de aanbieder. Soms toetsen zij ze ook aan criteria voor bijcontractering. De doelmatigheidsbenchmark heeft bij meer dan de helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars invloed op het afgesproken volume en tarief. Bij 2 zorgverzekeraars heeft deze ook invloed op het al dan niet verkrijgen van een meerjarencontract.

4 van de geïnterviewde zorgverzekeraars delen aanbieders in verschillende benchmarkklassen in. 2 daarvan doen dat niet alleen op harde doelmatigheidscijfers, maar ook op scholingsniveau en Net Promoter Score (NPS). 2 zorg-verzekeraars willen ook preventieactiviteiten gaan meenemen, en de vervolgkosten, die de aanbieder elders in de Zvw genereert.

Perceptie van de aanbieders op de doelmatigheidsmetingen
Bijna alle zorgverzekeraars delen doelmatigheidsmetingen met aanbieders. Toch weet een kwart van alle aanbieders niet of hun dominante zorgverzekeraar hen nu doelmatig vindt of niet. Van de aanbieders die het oordeel van hun dominante zorgverzekeraar wél kennen zegt ca 34% doelmatig te werken, 43% gemiddeld en 23% ondoelmatig.

De meeste geïnterviewde zorgverzekeraars bevestigen dat de aanbieder soms tegenstrijdige benchmarkuitslagen krijgt van de verschillende zorgverzekeraars. Dit zit 'm niet alleen in zorgzwaarteverschillen van zijn clientèle per zorgverzekeraar, maar ook in een gebrek aan uniforme benchmarking.

De meeste zorgverzekeraars willen landelijk best met aanbieders praten over een meer uniforme doelmatigheidsmeting, mits die met alternatieven komen.

Overige afspraken over doelmatigheid en kwaliteit
We bekeken of zorgverzekeraars en aanbieders andere gerichte afspraken maken over kwaliteit en doelmatigheid, indachtig het Common Eye traject. Het gaat om de inzet van instrumenten uit het Kwaliteitsregister (Zorgkaart Nederland en de NPS) en informatie van Patiëntenfederatie Nederland over de patiëntwaardering van aanbieders.

De geïnterviewde zorgverzekeraars eisen in het algemeen dat de aanbieder op zijn website de uitkomsten van een periodiek klanttevredenheidsonderzoek publiceert. Zij eisen soms ook expliciet dat de aanbieder de tripartiete vastgestelde V&V-kwaliteitsindicatoren tijdig aan het Kwaliteitsinstituut aanlevert. De Zorgkaart vinden de geïnterviewde zorgverzekeraars nu nog niet het geschikte instrument, omdat aanbieders hun patiënttevredenheid kunnen manipuleren, en/of wegens onvolledigheid van data. Bovendien kan een ondoelmatige aanbieder, die doet wat de patiënt vraagt, tevreden patiënten hebben.

De helft van de aanbieders maken met hun dominante zorgverzekeraar gerichte afspraken over kwaliteit of doelmatigheid. Zij zien het accent op doelmatigheid liggen en niet op kwaliteit. Het gaat over onderwerpen als het (maximum) aantal uren per patiënt en de gemiddelde kosten per patiënt. Het halen van de afspraken is nodig om bijvoorbeeld een opslag op het tarief te krijgen, of om bijgecontracteerd te worden. Sommige aanbieders ervaren dat de afspraken eenzijdig door de zorgverzekeraar worden opgelegd.

Kostprijsverhogende ontwikkelingen in onderhandeling 2019

Partijen spraken af de kostprijsverhogende ontwikkelingen onderwerp van gesprek te laten zijn tijdens de onderhandeling tussen de individuele aanbieder en zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is dat zorgverzekeraars in de contractering reëel omgaan met effecten van ontwikkelingen die invloed hebben op de kostprijs. Wij focussen hier op de dominante zorgverzekeraar.

Alle zorgverzekeraars bespraken kostprijsverhogende ontwikkelingen tijdens de onderhandelingen voor 2019 met individuele aanbieders; vorig jaar deed de helft dat. De meeste zorgverzekeraars doen dit selectief: alleen met grote landelijke aanbieders, aanbieders die belangrijk zijn in zijn kerngebied of op verzoek van de betreffende aanbieder.

Bijna 60% van de aanbieders geeft dan ook aan dat kostprijsverhogende ontwikkelingen bij hen géén onderwerp van gesprek waren tijdens het inkoopproces, ongeveer in lijn met het beeld van vorig jaar. Zij zeggen net als vorig jaar dat de contractering digitaal gebeurt en er veelal dus geen gesprek of onderhandeling plaatsvindt.

Aanbieders die kostprijsverhogende ontwikkelingen wél bespraken met de dominante zorgverzekeraar sneden vooral de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) aan, maar ook de arbeidsmarktproblematiek. Zorgverzekeraars noemen vooral de cao-ontwikkelingen als gespreksonderwerp. Als onderwerp van lokale onderhandeling 2019 noemen zij naast loon- en prijsontwikkelingen de eventuele productiviteits- en doelmatigheidswinst en de ontwikkeling van het volume, conform het hoofdlijnenakkoord

Alle zorgverzekeraars zeggen dat ze conform de afspraken in het hoofdlijnenakkoord, de OVA volledig hebben doorvertaald in de contractprijzen (enkele grote zorgverzekeraars bevestigen in de Zorgvisie van 18 februari 2019 het beeld dat zij het loonkostendeel van het tarief voor de OVA hebben aangepast).

Financiering van infrastructurele ontwikkellingen & wijkgericht werken in 2019

Partijen erkennen het belang van de continuïteit van de infrastructurele voorzieningen, onder andere voor onplanbare zorg. Bij voorkeur bepalen de individuele aanbieder van deze voorzieningen en de (dominante) zorgverzekeraar hoe deze voorzieningen worden vormgegeven en gecontracteerd. Hetzelfde geldt voor wijkgericht werken, bijvoorbeeld bij de bekostiging van de regiefunctie van de wijkverpleegkundige over mantelzorgers, sociale domein, gespecialiseerde zorg, eerste en tweede lijn.

Bij regionale afspraken over infrastructurele voorzieningen is het wenselijk als zorgverzekeraars elkaars afspraken met ‘de belangrijkste aanbieder’ zoveel mogelijk volgen en congruent gedrag tonen. Dat geldt ook voor afspraken over wijkgericht werken, die eveneens een sterk regionaal element kennen en voor zover niet aan individuele zorgtrajecten gekoppeld.

Afspraken over de beschikbaarheidsfunctie van onplanbare zorg Net als in 2018 hebben twee zorgverzekeraars in hun werkgebied de beschikbaarheidsfunctie in 2019 geconcentreerd bij enkele aanbieders. Dat kan leiden tot een efficiëntere inzet en continuïteit van de regionale onplanbare zorg. De andere zorgverzekeraars vinden de organisatie van deze functie nog steeds een taak van het veld zelf. Wél streven 2 van hen uitdrukkelijk naar meer lokale samenhang tussen wijkverpleging, SEH en huisartsenpost.

7 zorgverzekeraars zeggen dat zij in het contracteerbeleid 2019 ten opzichte van 2018 stappen hebben gezet om de beschikbaarheidsfunctie te stimuleren. Dit gebeurt door samenwerkingsafspraken om de organisatie van de onplanbare zorg efficiënter in te richten en door het gesprek aan te gaan voor regionale initiatieven. Dit proces wordt bij sommige ook in 2019 verder ontwikkeld.

Daarentegen ervaart slechts 1 op de 7 aanbieders verbetering in de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg. Dit uit zich volgens hen in een (concrete intentie voor) betere samenwerking in de regio. Die samenwerking is volgens aanbieders nog niet optimaal. De zorgverzekeraars volgen de afspraken en vergoeding door de dominante zorgverzekeraar in de regio voor de uitvoering van deze functie bijvoorbeeld niet of nauwelijks.

Partijen onderschreven in 2018 bij het overeenkomen van de vier verbeterthema's dat het wenselijk is als zorgverzekeraars elkaars afspraken over infrastructurele voorzieningen zoveel mogelijk volgen.

Toch zien we dat slechts 1 zorgverzekeraar dit buiten het kernwerkgebied doet, en alleen mits er een goede onderbouwing van de kosten wordt aangeleverd. De andere zorgverzekeraars maken hier geen aparte afspraken over, bijvoorbeeld omdat hun marktaandeel buiten het kernwerkgebied te klein is of omdat het integraal onderdeel vormt van de afspraken met (alle) aanbieders van wijkverpleging. Desgevraagd zegt 1 zorgverzekeraar dat hij bij voor hem belangrijke aanbieders ook buiten zijn kernregio's de beschikbaarheidsfunctie tegen zijn eigen voorwaarden inkoopt. Hij beaamt dat zorgverzekeraars in hun periferie de afspraken van de dominante zorgverzekeraar lang niet altijd volgen.

Afspraken over wijkgericht werken

Wijkgericht werken omvat activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject. Het betreft hier vooral het verbinden van het medisch en sociaal domein. In het contracteerbeleid 2019 hebben de meeste zorgverzekeraars geen stappen gezet ten opzichte van 2018 om wijkgericht werken te stimuleren.

2 zorgverzekeraars volgen buiten het kernwerkgebied onder voorwaarden de afspraken van de marktleider. 1 geïnterviewde zorgverzekeraar zegt desgevraagd dat zorgverzekeraars doorgaans aannemen dat buiten hun eigen kernwerkgebied de regionale dominant wijkgericht werken contracteert. Ook gaan zij er in het algemeen van uit dat de regionale dominant voorziet in voldoende financiering, ook al kan die de kosten uitsluitend over zijn eigen verzekerden om slaan. Wel ziet hij mogelijke issues in regio's met versnipperde verzekeraarsaandelen.

Aanbieders die met de dominante zorgverzekeraar afspraken maken over wijkgericht werken – ongeveer een derde - zien hierin geen verandering ten opzichte van vorig jaar. Voor de niet-patiëntgebonden activiteiten zegt driekwart van de aanbieders géén compensatie – zoals een opslag – in het tarief te ontvangen, ook al geven ze aan afspraken met de zorgverzekeraar te maken over wijkgericht werken. 1 dominante zorgverzekeraar maakt significant minder afspraken over wijkgericht werken dan de andere (grotere) zorgverzekeraars.

Meer dan de helft van de aanbieders is niet op de hoogte van afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars in hun werkgebied over de bekostiging van wijkgerichte preventie. De minderheid die het wel weet zegt dat de afspraken gaan over de voorkeur van gemeenten voor specifieke aanbieders, de verdeling van de financiële bijdrage of over de samenwerking in het algemeen. Aanbieders in het werkgebied van 1 specifieke dominante zorgverzekeraar zijn significant minder bekend met de regionale afspraken over wijkgerichte preventie.

Financiering gespecialiseerde verpleging in 2019

Partijen benadrukken het belang van gespecialiseerde verpleging en spraken af om de continuïteit van gespecialiseerde verpleging te borgen. Wij drongen in onze vorige monitor bij partijen er op aan om de beschikbare expertise optimaal te benutten, waarbij:

- Zij gespecialiseerde zorg waar nodig concentreren bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale opleidingsfunctie;
- Zij infrastructuren en netwerken voor gespecialiseerde zorg bevorderen, ook voor zorgbemiddeling en achtervang, en;
- Zorgverzekeraars in hun inkoopbbeleid aanbieders belonen voor specialistische verpleging zoals palliatief terminale zorg (PTZ), specialistische verpleging thuis (MSVT) en medische kindzorg (MKZ).

Afspraken over gespecialiseerde verpleging

In vergelijking met 2018 werken de geïnterviewde zorgverzekeraars de normen voor PTZ, MSVT en MKZ verder uit. De wijze waarop zij deze zorg inkopen lijkt niet veel veranderd.

4 van de geïnterviewde zorgverzekeraars stellen aanvullende eisen aan (gespecialiseerde) PTZ, waarop de aanbieder facultatief kan inschrijven. De 3 andere zorgverzekeraars zien PTZ als onderdeel van de reguliere wijkverpleging, en laten de organisatie hiervan aan het veld. Andere specifieke stappen ten opzichte van het inkoopbeleid 2018 om (dreigende) personeelstekorten in de PTZ te ondervangen zijn er niet. PTZ komt aan bod in reguliere gesprekken met aanbieders of in de kernregio's in de netwerken palliatieve zorg.

De voormalige medisch-specialistische verpleging thuis is vanaf 2018 opgegaan in verpleging of gespecialiseerde verpleging en maakt meestal onderdeel uit van de integrale tarieven voor verpleging en verzorging.

Alle zorgverzekeraars stellen aan MKZ aanvullende eisen; slechts 4 doen dat echter zichtbaar in het inkoopbeleid ook voor MKZ thuis. De meeste zorgverzekeraars zeggen dat ze op dit onderwerp stappen zetten. Zij contracteren bijvoorbeeld meer aanbieders, kopen slechts in bij gespecialiseerde aanbieders of maken experimentafspraken om capaciteit van kindverpleegkundigen zo efficiënt mogelijk in te zetten en de zorg kwalitatief beter te maken.

Investeren in een betere relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Het laatste verbeterthema omvat het verbeteren van de relatie tussen zorgverzekeraars en de aanbieders. Partijen hebben afgesproken dat ze hun relaties op alle niveaus willen verbeteren. Zorgverzekeraars investeren in de relatie met respect voor diversiteit van de kleine en grote aanbieders. Aanbieders begrijpen hierbij dat zorgverzekeraars met kleine aantallen verzekerden de contractering digitaal zullen doen.

Bereikbaarheid en contact over de contractering

De meeste zorgverzekeraars hebben hun bereikbaarheid voor de contractering voor 2019 niet anders ingericht dan het jaar daarvoor. Eén zorgverzekeraar heeft dat wel: hij vergrootte de bereikbaarheid tijdens de feestdagen, verbeterde de online service en stelde meer medewerkers beschikbaar. Van alle aanbieders noemt 80% de email als belangrijk contactmiddel met de dominante zorgverzekeraar, ongeveer 60% de telefoon en/of face-to-face, en ongeveer 40% het inkoopportaal Vecozo. Andere genoemde contactmogelijkheden zijn whatsapp, twitter, de website en fysieke bijeenkomsten met aanbieders.

Informatie voor aanbieders op de website van de zorgverzekeraar
De informatie op de website van de zorgverzekeraar is van belang voor aanbieders die een contract willen aangaan. Enkele van de 7 geïnterviewde zorgverzekeraars tonen hier goede, laagdrempelige initiatieven. Voor de wijkverpleging biedt de website van 2 zorgverzekeraars directe toegang tot de zorginkopers. Een 3e zorgverzekeraar toont een animatie van het contracteerproces voor zzp-ers en een 4e verstrekt uitgebreide informatie over bijeenkomsten met zorgverleners en een laagdrempelige aanmelding voor deelname.

Afspraken regio-overleggen
Het algemene beeld over de regio-overleggen is hetzelfde als vorig jaar, behalve dat we een afname zien in het aantal zorgverzekeraars dat deze organiseert: van de helft van de zorgverzekeraars vorig jaar naar 4 dit jaar. Net als vorig jaar doen ze dit in hun kernregio en enkelen ook daarbuiten. Wederom zijn zorgverzekeraars positief over de overleggen en noemen ze deze informatief en waardevol. Aanbieders ervaren de regio-overleggen over het algemeen ook weer als prettig en constructief, hoewel sommigen de mogelijkheid tot inspraak tijdens de bijeenkomst missen of de onderwerpen te algemeen of niet relevant vinden.

Afspraken met andere zorgverzekeraars over beperking van de administratieve lasten voor aanbieders
Het individuele inkoopbeleid is bij uitstek concurrentieel. Desondanks ziet de NZa ruimte voor een zekere 'uniforme eenvoud' om administratieve lasten voor aanbieders te verlagen. Te denken valt aan het niet langer accepteren van dubbele registratie van reguliere prestaties of een doelmatigheidsmeting die patiënten op uniforme wijze weegt, ongeacht waar deze verzekerd zijn. Wij kunnen ons voorstellen dat aanbieders zich soms hoogspringers voelen, die met verschillende systemen en afspraken te maken hebben en niet precies weten waar de lat ligt.

Alle zorgverzekeraars zijn met elkaar in gesprek over het beperken van de administratieve lasten voor aanbieders. Aan de orde komt bijvoorbeeld het uniformeren van algemene voorwaarden en volgbeleid waarin de zorgverzekeraar zich buiten het werkgebied conformeert aan de afspraken die de marktleider met de aanbieder maakt. Daarnaast noemen zorgverzekeraars de bijeenkomsten met Zorgverzekeraars Nederland om overbodige registraties te schrappen.

Zorgverzekeraars vinden unaniem dat dit al tot verbeteringen in administratieve lasten heeft geleid. Concreet zien ze dit in het schrappen van de 5-minutenregistratie en een uniforme declaratieparagraaf in de contracten. Opvallend is echter dat de aanbieders nog geen verdere uniformering van de eisen van verschillende zorgverzekeraars ervaren, terwijl vorig jaar meer dan de helft van de aanbieders dit wél ervoer. Enkelen zien de eisen zelf steeds diverser worden.

Conclusie
Wij zien dat partijen de verbeterthema's uit het Common Eye traject hebben opgepakt en ook hun vervolgafspraken in het meerjarenakkoord wijkverpleging 2019-2022. Wij zien nog veel ontwikkelingsruimte.

Bestaande kwaliteitsparameters gebruiken voor de contractering
Wij constateren dat alle zorgverzekeraars met een kernwerkgebied de doelmatigheid van de aanbieder met eigen criteria en methoden meten en hieraan (financiële) gevolgen verbinden. Aanbieders zien zich hierdoor op verschillende wijzen gemeten - soms met tegenstrijdige uitkomsten - en vinden dat (zeer) ingewikkeld.

De meeste zorgverzekeraars zijn bereid om de metingen te uniformeren, maar andere vinden juist dat dit de mededinging beperkt. Annex hieraan gebruiken de zorgverzekeraars de uitkomsten van de landelijke doelgroepenregistratie maar mondjesmaat actief, omdat ze de registratie niet eenduidig vinden en het systeem onvoldoende ontwikkeld. Dat geldt ook voor het landelijk kwaliteitskader en de patiëntwaarderingen uit ZorgkaartNederland.nl. In de afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder lijkt kwaliteit ondergeschikt te blijven aan doelmatigheid.

Plek voor kostprijsverhogende ontwikkelingen in de onderhandelingen
Wij concluderen dat alle zorgverzekeraars in de inkoopgesprekken die zij voeren de kostprijsverhogende ontwikkelingen meenemen. Vorig jaar was dat nog niet zo. Zij beperken zich daarbij vooral tot de grote aanbieders. De OVA was een belangrijk onderwerp, net als de arbeidsmarktproblematiek, en is volgens de zorgverzekeraars geheel doorvertaald in de contractprijzen.

Financiering van infrastructurele voorzieningen en wijkgericht werken
De zorgverzekeraars zeggen de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg verder te stimuleren, bijvoorbeeld voor een efficiëntere inrichting van de organisatie van onplanbare zorg. Wij constateren dat aanbieders in het algemeen weinig verbeteringen zien. Zorgverzekeraars hebben geen duidelijke volgafspraken over de non – concurrentiële infrastructurele voorzieningen en evenmin over wijkgerichte preventie.

Financiering van gespecialiseerde verpleging
Wij zien dat zorgverzekeraars de eisen voor palliatieve zorg en medische kindzorg hebben aangescherpt, en wij hebben de indruk dat MSVT iets selectiever wordt ingekocht. Een duidelijke beweging om deze schaarse expertise te bundelen / concentreren zien we niet.

Investeren in een betere relatie
Wij concluderen dat 1 grote zorgverzekeraar zijn online service en zijn bereikbaarheid tijdens de feestdagen heeft verbeterd en hiervoor ook meer medewerkers beschikbaar stelt. Verder lijken iets meer aanbieders dan vorig jaar face-to-face contact te hebben met de zorgverzekeraar.

We zien op de websites van zorgverzekeraars laagdrempelige initiatieven om aanbieders te informeren over de zorginkoop. We zien echter ook dat minder zorgverzekeraars regio-overleggen organiseren, ondanks de positieve ervaringen van het veld. Zorgverzekeraars bespreken met elkaar de beperking van administratieve lasten, maar de meeste aanbieders ervaren nog geen uniformering van eisen van verzekeraars.

7. Terugdringing ongecontracteerde zorg

7. Terugdringing ongecontracteerde zorg

ActiZ, Zorgthuisnl, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VGN, ZN en het Ministerie van VWS spraken in het Hoofdlijnenakkoord de ambitie uit om de ongecontracteerde zorg terug te dringen (Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022, 6 juni 2018). Afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders zijn ook volgens ons een voorwaarde voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt zijn deze des te belangrijker, nu ongecontracteerde wijkverpleging lijkt te leiden tot een ondoelmatige personeelsinzet (Brief van de Minister aan de TK van 12 april 2018, kenmerk 1322403-175002-Z) .

De omzet van ongecontracteerde wijkverpleging neemt zeer snel toe. Volgens Vektis-data (brief van de Minister aan de TK van 9 november 2018, kenmerk 372281-183975-Z) bedroeg deze in 2015 en 2016 € 36,9 en € 104,3 miljoen. In de eerste helft van 2017 bedroeg deze al € 83,5 miljoen, wat bij deze trend een totaalomzet 2017 suggereert van minstens € 170 miljoen. Zorgverzekeraars schatten voor 2018 in totaal € 346 miljoen (inschatting van alle zorgverzekeraars op de vragenlijst van de monitor). Voor 2019 schatten zorgverzekeraars voor het eerst in jaren een daling in de kosten van ongecontracteerde zorg naar €269 miljoen (Volgens de inschatting van zorgverzekeraars in de kwartaalstaten van het Zorginstituut denken zij de kosten van ongecontracteerde zorg in 2019 tot € 269 miljoen terug te dringen).

Zorgverzekeraars kunnen de ongecontracteerde zorg langs 2 wegen terugdringen.

Enerzijds kunnen zij ongecontracteerde zorg zoveel mogelijk ontmoedigen. Anderzijds kunnen zij het contracteerproces bevorderen (brief aan de Minister aan de TK van 9 november 2018, kenmerk 372281-183975-Z). Het hoofdlijnenakkoord werd gesloten nadat de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid al hadden gepubliceerd. Deze monitor bekijkt dan ook slechts of een eerste aanzet is gedaan.

Tegengaan van ongecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars onderkennen dat ongecontracteerde zorg voor de patiënt prettig kan zijn. Ongecontracteerde aanbieders werken vaak zonder stops, wachtlijsten en beperking van het aantal zorguren. Ook kunnen deze aanbieders marktverhoudingen doorbreken.

Zorgverzekeraars zien echter steeds meer patiënten in ongecontracteerde zorg, met onevenredig veel uren zorg die kwalitatief niet altijd op orde is en onvoldoende aansluit op de rest van de zorgketen. Ook stapt de verzekerde op advies van de ongecontracteerde aanbieder soms over op een resititutiepolis, zodat zorgverzekeraars volledig moeten vergoeden. Zorgverzekeraars werpen tegen ongecontracteerde zorg barrières op, welke we hieronder benoemen, en informeren verzekerden hierover.

Hanteren van een cessieverbod en weigeren van de betaalovereenkomst
Via een cessie-overeenkomst met de patiënt kan de (ongecontracteerde) aanbieder zelf bij de betreffende zorgverzekeraar de verleende zorg op papier declareren. Via een betaalovereenkomst met de zorgverzekeraar kan de (ongecontracteerde) aanbieder dit elektronisch doen, en dus snel en gemakkelijk. Een cessieverbod in de polisvoorwaarden én een weigering van de betaalovereenkomst aan de aanbieder leiden ertoe dat de patiënt de rekening van ongecontracteerde zorg voortaan zelf aan zijn zorgverzekeraar moet declareren. Misschien ziet de verzekerde, mits hierover duidelijk geïnformeerd, dan van ongecontracteerde zorg af.

2 zorgverzekeraars hadden de cessie al vóór 2019 verboden in hun polisvoorwaarden. 5 zorgverzekeraars doen dit vanaf 2019. Aan deze 7 zorgverzekeraars kan de ongecontracteerde aanbieder dus niet op papier declareren. Bij 1 van hen kan dat nog wel elektronisch. De 4 overige zorgverzekeraars verbieden in hun polissen 2019 de cessie niet. 1 van deze 4 hebben we gesproken. Hij accepteert alleen papieren declaraties en wil de ongecontracteerde zorg zo beter controleren.

Beperking van de vergoeding van ongecontracteerde zorg.
Alle zorgverzekeraars beperken op hun naturapolis de vergoeding van ongecontracteerde zorg, meestal tot zo'n 70% á 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Zorgverzekeraars weten niet of ze dit onverkort kunnen continueren, gezien recente gerechtelijke uitspraken (Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze tegen VGZ Zorgverzekeraar NV e.a. 1 februari 2019, Rechtbank Gelderland, Zaaknummer: NL17.14249). 1 zorgverzekeraar vergoedt een vergelijkbaar percentage, maar dan van de werkelijke nota. Hij sluit echter niet uit dat de ongecontracteerde aanbieders hun naturaverzekerden onderhands alsnog compenseren.

Hanteren van een machtiging voor ongecontracteerde zorg
Hierbij moeten verzekerden aan hun zorgverzekeraar toestemming vragen vóórdat zij gebruik maken van ongecontracteerde zorg, willen zij deze zorg vergoed krijgen. Hierbij schat de zorgverzekeraar het gepast gebruik van zorg in, via het zorgplan en de indicatiestelling. Ook al weigert hij vergoeding niet altijd, kan hij zo toch de ongecontracteerde zorg ontmoedigen. 1 zorgverzekeraar wil de verzekerde zo bovendien tijdig waarschuwen dat het om ongecontracteerde zorg gaat.

1 zorgverzekeraar past als enige geen machtiging toe, en ziet veel meer in een goede controle achteraf op de feitelijke zorgverlening en declaratie, dan in een papieren werkelijkheid vooraf.

Patiëntinformatie van de zorgverzekeraar over mogelijke nadelen van ongecontracteerde zorg.
Alle 7 geïnterviewde zorgverzekeraars informeren de patiënt over de gevolgen van ongecontracteerde zorg via hun wachtlijstbemiddeling en hun polisvoorwaarden.

Uit de websites van de 7 zorgverzekeraars blijkt eind 2018 dat:
- 1 zorgverzekeraar op zijn website duidelijk wijst op de nadelen van ongecontracteerde zorg: geen afspraken over kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg, mogelijke beperking van de vergoeding van de nota die de verzekerde bovendien eerst moet voorschieten.
- De overige 6 onderzochte zorgverzekeraars slechts ingaan op de financiële aspecten: de noodzaak dat de verzekerde de nota eerst moet voorschieten en een mogelijke vergoedingsbeperking. 2 van hen zeggen dat zij de verzekerde in ongecontracteerde zorg ook per brief hebben gewezen op hun gewijzigde machtigings- en declaratiebeleid.

3 zorgverzekeraars zien in hun kernregio soms mogelijkheden om met het ziekenhuis te overleggen, om patiënten zo min mogelijk naar ongecontracteerde aanbieders te verwijzen. Zij hebben overigens niet de indruk dat dergelijke verwijzingen veel voorkomen.
De 4 andere zorgverzekeraars die wij gesproken hebben zijn hier minder zeker van. Een van hen informeert de huisartsen over zijn zorgbemiddeling omdat de eerstelijn niet weet wie ongecontracteerd is.

Controle als drukmiddel
Zorgverzekeraars denken in het algemeen dat het goed zou zijn als ze met elkaar meer signalen delen over onrechtmatig werkende (ongecontracteerde) zorgaanbieders. De huidige situatie is hoe dan ook niet ideaal, waarbij de ene zorgverzekeraar naar zijn eigen gevoel meer bijdraagt aan de data-uitwisseling dan de andere.

De geïnterviewde zorgverzekeraars denken dat een 'piepsysteem' verder kan gaan dan de huidige uitwisseling van fraudesignalen. Dan moeten zij wel duidelijke criteria vinden voor een zorgvuldige doormelding: wanneer delen zij elkaars signalen van onrechtmatige declaratie en zorgverlening? En delen zij lijsten van aanbieders, die zij op hun uitsluitingscriteria afwijzen? 1 zorgverzekeraar zegt dat een verdere uniformering van deze criteria en van controles bij zo'n 'piepsysteem' helpt.

Zorgverzekeraars zien wettelijke belemmeringen voor de uitwisseling van controleresultaten. Signalen van onrechtmatige zorgverlening of een dubieus verleden zijn juridisch al snel als bijzondere persoonsgegevens aan te merken. Wel zien wij dat zorgverzekeraars in ZN-verband data uitwisselen over specifiek tevoren omschreven doelen. Zij hebben hierover dan wél de betrokkenen -aanbieders en verzekerden- ingelicht.

Bevorderen van het contracteerproces
Het Hoofdlijnenakkoord benoemt een aantal maatregelen om tot een verdere verbetering van de contractering te komen en een verhoging van de contracteergraad. Het betreft niet alleen de verbeterthema's die in hoofdstuk 6 al aan de orde zijn geweest, maar ook (andere) stappen ter verbetering van het contracteerklimaat. Wij onderzochten via interviews en bureauonderzoek zeven zorgverzekeraars, circa 95% van de markt. Hieronder benoemen we maatregelen die we tegen zijn gekomen om tot een betere contractering en contracteergraad te komen.

Meerjarenafspraken
Meerjarenafspraken kunnen aanbieders de rust en de ruimte bieden voor investeringen in innovaties, inzet van technologie, kwaliteit, opleidings- en stagebeleid. Daarom gaan twee zorgverzekeraars standaard uit van een meerjarenovereenkomst. 3 andere zorgverzekeraars reserveren meerjarenafspraken voor aanbieders, die doelmatig (willen) werken. Een 6e zorgverzekeraar reserveert de meerjarenovereenkomst voor langdurige samenwerkingsrelaties met het sociale domein. De 7e hanteert geen meerjarenovereenkomst, maar beperkt via een minimale gegevensuitvraag de administratieve last van de contractering 2019.

Beloning van aanbieders die aantoonbaar kwaliteit leveren
2 zorgverzekeraars verwerken de uitkomsten van patiënttevredenheid en het opleidingsniveau resp. –beleid van de aanbieder in hun benchmarks als onderdeel van een beloningsbeleid. Ook stellen alle zorgverzekeraars een minimumscholingsniveau en deelname aan een patiënttevredenheidsonderzoek als basiseis voor het aangaan van een overeenkomst.
De zorgverzekeraars vinden in het algemeen dat eenduidige richtlijnen en criteria voor beoordeling van doelmatigheid en kwaliteit van de wijkverpleging nog niet voorhanden zijn.

Contractering van nieuwe aanbieders en ZZP-ers
2 zorgverzekeraars contracteren alleen nieuwe aanbieders die zich onderscheiden van het bestaande zorgaanbod. 1 van hen verlangt een minimumjaaromzet, maar heroverweegt dit. De 3e zorgverzekeraar stelt een solvabiliteitseis. De 4 andere zorgverzekeraars stellen een uiterste inschrijfdatum. Drie van hen stellen verder weinig beperkingen; de 4e maximeert de eerstejaarsomzet. Tot slot kan de aanbieder zich bij 3 van de 7 zorgverzekeraars het hele jaar inschrijven.

Eénpitter-ZZP-ers worden door drie zorgverzekeraars niet gecontracteerd. Wel accepteren zij ZZP-ers in onderaanneming, resp. als ZZP-ers aangesloten zijn bij een samenwerkingsverband of coöperatie. De 4 overige zorgverzekeraars accepteren wel éénpitters, mits zij voldoen aan het KiWa-keurmerk en voldoende achterwacht hebben georganiseerd voor 24/7 beschikbaarheid.

Transparantie van criteria waarop nieuwe aanbieders worden geweigerd
Uit de inkoopdocumenten van de 7 onderzochte zorgverzekeraars blijken de voorwaarden en beperkingen waarop nieuwe aanbieders (niet) worden gecontracteerd. Onderdeel hiervan zijn de uitsluitingsgronden voor nieuwe aanbieders (zoals fraude-issues, een verleden van financiële of bestuurlijke instabiliteit, rechterlijke uitspraken, kwaliteits-issues).

Vereenvoudiging van het contracteerproces
Zorgverzekeraars willen in het algemeen de administratieve lasten voor bestaande aanbieders zo veel mogelijk beperken. 4 zorgverzekeraars noemen nog aanvullend beleid. 2 van hen hanteren standaard een tweejarige overeenkomst. De 3e vraagt ook bij nieuwe aanbieders slechts beperkte informatie op, als de dominante zorgverzekeraar hen al gecontracteerd heeft.

De 4e volgt onder voorwaarden de afspraken over sociale infrastructuur en regionale beschikbaarheid, die de aanbieder met de dominante zorgverzekeraar maakt.

Patiëntinformatie over het gecontracteerde aanbod
De onderzochte zorgverzekeraars geven op hun website tijdens de overstapperiode allemaal een actueel overzicht van het gecontracteerde zorgaanbod aan de patiënt.

De voordelen van gecontracteerde zorg voor de patiënt komen bij 3 zorgverzekeraars op de website duidelijk aan bod: afspraken over kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg en (volledige) vergoeding van de nota zonder tussenkomst van de verzekerde.
De website van de 4e zorgverzekeraar toont dit slechts summier; de websites van de overige drie zorgverzekeraars vermelden hierover niets.

Zorgverzekeraars noemen zelf de volgende verbetermogelijkheden:
- uniformering van de huidige verschillen tussen zorgverzekeraars in algemene inkoopvoorwaarden en uitsluitingscriteria. Die verschillen zijn niet altijd concurrentieel en voor (nieuwe) aanbieders soms moeilijk;
- goede benaderbaarheid van de dominante zorgverzekeraar voor zijn kernwerkgebied, op één loket, zodat perifere zorgverzekeraars niet met vragen van aanbieders worden overlopen;
- informatiebijeenkomsten van zorgverzekeraars voor (kleine) nieuwe aanbieders, waar elementaire kennis – bijvoorbeeld over de inhoud van de overeenkomst - soms ontbreekt;
- contractering van meer (kleine) aanbieders, die aan de voorwaarden voldoen.

Voor zorgaanbieders zien verzekeraars de volgende verbeterpunten:

- ZZP-ers werken méér samen onder een heldere governance en goede onderlinge afspraken over indicatiestelling, opleidingsniveau, achtervang en ondersteuning bij de zorgverkoop en de declaratie;
- aanbieders accepteren dat de zorgverzekeraar geen contracteerplicht heeft en voor zijn eigen patiëntmix zijn eigen tariefbeleid hanteert en retourneren bij akkoord de ondertekende overeenkomst tijdig.

Zorgverzekeraars denken dat wetswijzigingen zoden aan de dijk zetten. Zij zien graag het hinderpaalcriterium uit de Zvw geschrapt, en een WTZa die eisen stelt aan kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering bij de toetreding van nieuwe zorgaanbieders.

Kennisachterstand kleine aanbieders

Wij zien aanzienlijke kennisachterstanden bij vooral kleinere aanbieders, ook bij kleine gecontracteerde aanbieders. Dat blijkt in ieder geval uit enkele door ons onderzochte items. Dit is op zich niet zo verrassend, maar het sluit goed aan bij de vragen van de geïnterviewde zorgverzekeraars. ”Wat kan de dominante zorgverzekeraar beter doen, en wat de aanbieder?”

Tabel 13. Percentage aanbieders dat bekend is met inkoopgesprek, benchmarkscore resp. afspraken over wijkgerichte preventie

Omzetaandeel bij de dominante zorgverzekeraar van de zorgaanbieder	Aantal aanbieders	Inkoopgesprek	Doelmatigheids-score	Preventie
<100.000	17	24%	41%	24%
100.000 - 316.000	22	23%	55%	18%
316.000 - 1.000.000	67	34%	73%	27%
1.000.000 - 3.160.000	48	69%	85%	38%
3.160.000 -10.000.000	34	94%	91%	47%
>10.000.000	32	94%	97%	69%
Totaal	**220**	**58%**	**78%**	**37%**

Bron: NZa

Verder zien wij dat aanbieders – meer dan een kwart – hun contracten niet altijd tijdig ondertekend retour zenden. Ook dit sluit aan bij de aandachtspunten die zorgverzekeraars in hun interviews al stelden. We zien dit bij kleine aanbieders minder vaak dan bij grote, die overigens ook met méér zorgverzekeraars contracten sluiten.

Conclusie
Wij zien dat alle zorgverzekeraars maatregelen nemen om de ongecontracteerde zorg terug te dringen, die in omzet snel toeneemt.

Tegengaan van ongecontracteerde zorg
Wij concluderen dat bij steeds meer zorgverzekeraars de verzekerde de rekening van ongecontracteerde zorg moet voorschieten.
Hij moet verder bij bijna alle zorgverzekeraars toestemming vragen vóórdat hij gebruik maakt van ongecontracteerde zorg. Alle naturaverzekeraars beperken bovendien de restitutievergoeding nog steeds tot circa 70% á 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Deze maatregelen zijn slechts zinvol, als zorgverzekeraars de verzekerde hierover goed informeren.

Wij zien dat zorgverzekeraars doorverwijzing naar ongecontracteerde zorg nauwelijks of lastig denken te kunnen voorkomen. Soms informeren zij de huisarts daarom over hun wachtlijstbemiddeling en/of overleggen hierover met transferafdelingen. Zorgverzekeraars delen elkaars signalen van onrechtmatige declaratie en zorgverlening niet structureel, noch de contractweigeringen. Zij zijn daartoe in principe wél bereid.

Bevorderen van het contracteerproces
Wij zien dat bijna alle zorgverzekeraars meer meerjarenafspraken maken. Zo geven zij de aanbieder de ruimte voor investeringen in kwaliteit, innovatie en opleiding. Zij vinden wél dat eenduidige richtlijnen en criteria voor de kwaliteitsbeoordeling nog ontbreken.

Zorgverzekeraars spannen zich in om nieuwe aanbieders te contracteren die aan hun eisen voldoen. Ook vermelden zij hun weigeringsgronden bij de contractering duidelijk. Zij zijn bovendien in principe bereid om hun algemene inkoopvoorwaarden en uitsluitingscriteria te uniformeren.

Wij concluderen dat zorgverzekeraars op hun websites de voordelen van gecontracteerde zorg voor de patiënt duidelijker naar voren kunnen brengen. Ook zien wij toetredingsbarrières voor zorgaanbieders, bijvoorbeeld eisen aan minimumjaaromzet of aan innovatie. Wij vinden dat aanbieders hun kennis voor de contractering op peil moeten brengen en dat verzekeraars hen goed moeten infomeren

Juridische obstakels voor beperking van ongecontracteerde zorg
Dit betreft de gerechtelijke uitspraken rond het hinderpaalcriterium en de mededingings- en privacywetgeving. Dit raakt vooral de vergoeding, de uniformering van de inkoopcriteria en het delen van uitkomsten van rechtmatigheidscontroles en contractgunning. Omdat verder de WTZa geen eisen stelt aan kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering, denken zorgverzekeraars de ongecontracteerde zorg beperkt te kunnen terugdringen.

NZa · Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht · Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht · 088 - 770 8 770 · info@nza.nl · www.nza.nl
Wij werken aan goede en betaalbare zorg.