

Monitor contractering wijkverpleging 2020

Versie 1

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Monitor contractering wijkverpleging 2020

Permalink: http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_223579_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 24-03-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_223579_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 10-03-2020

Taal: nl

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
1 Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Leeswijzer.....	7
2 Terugblik 2019.....	8
2.1 Resultaat contractering.....	8
2.2 Patiëntenstops.....	8
2.2.1 Patiëntenstops als gevolg van het bereiken van het omzetplafond.....	8
2.2.2 Patiëntenstops als gevolg van een tekort aan personeel.....	10
2.3 Bijcontracteren.....	11
3 Zorginkoop wijkverpleging 2020.....	15
3.1 Aanbieders met en zonder contract.....	15
3.1.1 Aanbieders met een contract met de zorgverzekeraar.....	15
3.1.2 Aanbieders zonder contract met de zorgverzekeraar.....	15
3.2 Ervaringen met het proces van contractering 2020.....	17
3.3 Inhoud contracten.....	19
3.3.1 Inkoop tegen het integrale tarief.....	19
3.3.2 Wijze van verantwoord en geleverde zorg.....	23
3.3.3 Innovatie en e-health.....	25
3.3.4 Bijcontracteren.....	28
4 Verbeterthema's wijkverpleging.....	30
4.1 Bestaande kwaliteitsparameters in contractering.....	30
4.2 Kostprijsverhogende ontwikkeling in onderhandeling.....	31
4.2.1 Kostprijsverhogende ontwikkelingen in de lokale onderhandelingen.....	31
4.2.2 Informatie-uitwisseling van partijen over de tariefopbouw.....	32
4.2.3 De verwerking van de OVA in het contracttarief.....	33
4.3 Financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken en gespecialiseerde verpleging.....	34
4.3.1 Afspraken over de beschikbaarheidsfunctie van onplanbare nachtzorg.....	34
4.3.2 Afspraken over wijkgericht werken.....	35
4.3.3 Afspraken over gespecialiseerde verpleging.....	36
4.4 Verbeteren relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars.....	37
4.4.1 Bereikbaarheid en contact over de contractering.....	37
4.4.2 Afspraken informatiebijeenkomsten in de regio.....	37
4.4.3 Beperking van de administratieve lasten voor aanbieders.....	38
5 Stimuleren van contractering.....	39
5.1 Tegengaan ongecontracteerde zorg.....	39
5.1.1 Cessieverbod en weigeren van de betaalovereenkomst.....	39

5.1.2 Beperking van de vergoeding van ongecontracteerde zorg.....	40
5.1.3 Hanteren van een machtiging voor ongecontracteerde zorg.....	40
5.2 Bevorderen van het contracteerproces.....	40
5.2.1 Meerjarenafspraken.....	41
5.2.2 Beloning van aanbieders die aantoonbaar kwaliteit leveren.....	41
5.2.3 Contractering van nieuwe aanbieders.....	41
5.2.4 Contractering van zzp'ers.....	42
5.2.5 Transparantie van criteria waarop nieuwe aanbieders worden geweigerd.....	42
5.2.6 Vereenvoudiging van het contracteerproces.....	42
5.2.7 Patiëntinformatie op de website van zorgverzekeraars over gecontracteerde en ongecontracteerde zorg.....	42
5.2.8 Patiëntinformatie van (deels) ongecontracteerde aanbieders over de gevolgen van ongecontracteerde zorg.....	43
5.2.9 Kennisachterstand kleine aanbieders.....	43
5.2.10 Tijdig retourneren van de overeenkomst.....	44
6 Conclusies en aanbevelingen.....	45
6.1 Conclusies.....	45
6.1.1 Proces.....	45
6.1.2 Inhoud.....	46
6.2 Aanbevelingen.....	47
7 Bijlage: Afspraken Hoofdlijnenakkoord.....	49
8 Bijlage: Bronnen en methoden.....	51

Samenvatting

De wijkverpleging is essentieel om de kwaliteit van leven thuis te bevorderen voor mensen die als gevolg van ziekte, behandeling of beperking kwetsbaar zijn. De wijkverpleging stelt hierbij het functioneren van mensen en hun omgeving centraal. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. Het lukt de wijkverpleging nog steeds om de mensen tijdig de juiste zorg te verlenen ondanks de druk die de vergrijzing en de personeelstekorten op de sector leggen. Dit is wat ons betreft een prestatie van formaat.

De wijkverpleging komt de laatste jaren steeds meer onder druk. Er komen steeds meer ouderen bij (75+) en meer mensen hebben chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. De vraag naar zorg neemt verder toe, en tegelijkertijd is het steeds lastiger om mensen te vinden die in de zorg kunnen werken. Het risico neemt toe dat mensen niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook lopen bij ongewijzigd beleid de zorgkosten de komende jaren sterk op.

Toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg kunnen we in de toekomst alleen borgen als we de zorg anders organiseren. Door regionaal in kaart te brengen welke zorg nodig is en het aanbod daarop te laten aansluiten. Door samenwerking te stimuleren tussen de verschillende aanbieders, zodat de patiënt snel en op de juiste plek geholpen wordt. Zorgverzekeraars en aanbieders hebben hier een gezamenlijke opdracht. Maar ook bij de NZa dragen we daaraan bij. Zo monitoren we op verzoek van partijen de landelijke afspraken en geven hen handreikingen voor verbeteringen. Daar waar de NZa aan zet is, kijken we naar hoe we onze regelgeving en toezicht kunnen verbeteren voor de juiste zorg op de juiste plek. In ons toezicht gaan we na of de afspraken die partijen maken bijdragen aan de beweging die moet worden ingezet.

In de eerste lijn betekent dit dat aanbieders zoals huisartsen, praktijkondersteuners, de wijkverpleging en de paramedische zorg in de regio nog meer moeten gaan samenwerken en met de zorgverzekeraar een gezamenlijke visie ontwikkelen op basis van de (toekomstige) zorgvraag van patiënten in die regio. De wijkverpleging heeft hierin een sleutelrol. Gelukkig zien wij dat de landelijke partijen hierin stappen hebben gezet. Dit heeft geresulteerd in een aantal concrete afspraken in het Hoofdpijnenakkoord 2019 – 2022.

De landelijke samenwerkingsbereidheid voor de wijkverpleging zien we ook lokaal terug in de afspraken die zorgverzekeraars en aanbieders momenteel met elkaar maken. Zo kwamen zij een efficiënte organisatie van de onplanbare zorg overeen, en maakten zij afspraken over de verwerking van de overheidsbijdrage (OVA) voor de gestegen loonkosten in de tarieven van de aanbieders. Positief vinden we de ontwikkeling van landelijke uitkomstmaten voor kwaliteit van de geleverde zorg, net als de landelijke leidraad voor een herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging die partijen hebben opgesteld. Verder noemen wij hier ontwikkeling van de actieagenda van 'Contractering van innovatieve zorgvormen en e-health' die in samenwerking tussen landelijke partijen tot stand komt.

Lokale afspraken zijn uiteraard alleen geborgd als hieraan een overeenkomst ten grondslag ligt. Wij zien dat zorgverzekeraars werk maken van het terugdringen van de ongecontracteerde zorg. Volgens eerste onderzoeken van Vektis werpen hun inspanningen vruchten af.

We constateren dat de contractering in de wijkverpleging beter gaat. Inmiddels is meer dan de helft van de aanbieders tevreden over het contracteerproces. Ook zien wij dat aanbieders nog veel verschillen waarnemen tussen de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars, maar een breekpunt vinden zij dat niet, op enkele deelonderwerpen na.

Desondanks zien wij in de wijkverpleging ook een aantal aandachtspunten. Deze gaan niet zozeer over de intenties en de afspraken van landelijke en lokale partijen, maar vooral over de feitelijke uitvoering ervan.

Dat geldt bijvoorbeeld voor de organisatie van de onplanbare zorg en activiteiten rondom preventie. Voor preventie is tevens een verdergaande verbinding met het sociale domein noodzakelijk. Bij de onplanbare nachtzorg draait het om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg, waarvan alle gecontracteerde aanbieders regionaal op de hoogte zouden moeten zijn. Wij zien dat een dergelijke organisatie in 2020 nog vorm moet krijgen en vooral kleinere aanbieders van eventuele regionale afspraken niet op de hoogte zijn. Bovendien ervaart bijna de helft van de aanbieders die hierover wel afspraken hebben gemaakt met de dominante zorgverzekeraar, de vergoeding hiervoor niet als adequaat.

Ook kan de contractering nog meer dienstbaar zijn aan e-health, innovatie en aan een verdere uitrol van de uitkomstmaten voor kwaliteit, die het veld heeft ontwikkeld. Wij zien hier nog weinig beweging. Verbetering op deze punten kan zorg die nu nog elders plaatsvindt, dichterbij huis brengen. De bijcontractering blijft een hoofdpijn punt, met name de transparantie naar de aanbieder over het proces. Vooral de onzekerheid of het bijcontracteringsverzoek wordt gehonoreerd, en tegen welke voorwaarden, speelt de aanbieder parten.

Bovenstaande onderwerpen moeten gaan bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek. Ook wij zelf willen deze beweging stimuleren. Zo ontwikkelen wij samen met het veld een nieuw bekostigingsmodel dat niet uitnodigt tot productie, zoals nu, maar dat primair gericht is op de patiënt.

De administratiedruk kan nog verder omlaag door begrijpelijke en eenvoudige regels. Dat geldt in de eerste plaats voor de bijcontractering. Transparantie over de voorwaarden en de reactietermijnen van de zorgverzekeraar is nog steeds geen gemeengoed. Wij nemen ons voor om signalen van aanbieders hierover gericht te onderzoeken. Verder gaan wij zorgverzekeraars hier rechtstreeks op aanspreken en beraden ons op eventuele verdere vervolgstappen. Ook de registratie is een belangrijk punt van aandacht voor deze sector. Door vereenvoudiging van het proces kan de schaarse capaciteit worden ingezet waar zij ook hoort: de zorg zelf. Een groot deel van de aanbieders registreert nog steeds niet volgens 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', zonder dat wij weten of zij een administratief eenvoudig alternatief toepassen. Een meerderheid van de aanbieders registreert overigens inmiddels wel volgens de nieuwe methodiek.

Wij zien enerzijds dat alle zorgverzekeraars de voorcalculatorische OVA in de tarieven 2020 hebben verwerkt. Anderzijds constateren wij dat meerdere zorgverzekeraars generieke of getrapte extra kortingen toepassen, bijvoorbeeld uit doelmatigheidsoverwegingen. Het is aan landelijke partijen om te evalueren, of de OVA niet alleen naar de letter, maar ook naar de geest van hun HLA-afspraken volledig is doorvertaald in de tarieven.

Tot slot zien wij dat zorgverzekeraars het nieuwe kwaliteitskader voor de wijkverpleging nog slechts beperkt met aanbieders bespreken. Voor zover zij dit al doen, gebeurt dit alleen met de grote aanbieders. Weliswaar komen in 2020 pas de eerste uitkomsten op de eerste indicatoren binnen, maar wij denken dat een goede uitrol hiervan ook bij de contractering een ruimere aandacht verdient.

Resumerend vinden wij, dat er veel initiatieven in de wijkverpleging zijn om de uitdagingen in de sector aan te pakken. Tegelijkertijd constateren wij dat de voortgang moeizaam is. Wij hebben in hoofdstuk 6 dan ook aanbevelingen voor zowel aanbieder als zorgverzekeraar geformuleerd. Tot slot verwijzen wij naar het onderliggend rapport, waarin wij gedetailleerder op de contractering ingaan en op haar deelaspecten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

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 ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg (natura), of vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) krijgt en, indien gevraagd, bemiddeling naar zorg waaraan hij behoefte heeft binnen zijn wettelijke aanspraken. 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. Contracteren is hierbij een middel en geen doel op zich.

Met deze monitor brengt de NZa de zorginkoop 2020 van wijkverpleging in kaart. We gaan specifiek in op de contractafspraken die aanbieders en zorgverzekeraars maken over het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het integrale tarief), de inkoop van innovatie en e-health, de Common Eye verbeterthema's en de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord waar 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 Hoofdlijnenakkoord 2019 – 2022 hebben gemaakt. We maken daarbij een onderscheid in afspraken over het proces van contractering en afspraken over de inhoud van contractering. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in de voorgaande jaren.

1.2 Leeswijzer

Het beeld van de afspraken over het proces en de inhoud van de contractering die partijen hebben gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord komt in de diverse hoofdstukken terug. In elke hoofdstuk staat aan het begin aangegeven op welke afspraken het hoofdstuk ingaat. Als bijlage hebben we de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord opgenomen.

In deze monitor blikken we in hoofdstuk 2 terug op het verloop van de contractering, patiëntenstops en bijcontractering. Dit betreffen vooral de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord die betrekking hebben op het proces. Hoofdstuk 3 gaat in de zorginkoop van wijkverpleging 2020, waarin zowel afspraken over het proces en inhoud van de contractering worden besproken. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op de verbeterthema's in het kader van het Common Eye traject en de nadere uitwerking in het Hoofdlijnenakkoord en hoofdstuk 5 op het stimuleren van contractering. Hoofdstuk 6 sluit ten slotte af met conclusies over het realiseren van de gemaakte afspraken in het Hoofdlijnenakkoord en aanbevelingen.

2 Terugblik 2019

In dit hoofdstuk blikken we terug op het jaar 2019 en daarmee op de afspraken die hierover in het Hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt over het contact tijdens het contractjaar (HLA 2:3: p, q en r).

2.1 Resultaat contractering

Om het resultaat en het verloop van de contractering in 2019 goed in kaart te brengen, kijken we naar welk percentage van de contracten dat over 2019 is afgesloten, tijdig (voor 1 januari 2019) was afgesloten. In 2019 gaven tien van de elf zorgverzekeraars aan nog na 1 januari 2019 gecontracteerd te hebben. Bij de grote zorgverzekeraars was (ongewogen) gemiddeld bijna 96% van de contracten voor 1 januari getekend. Bij de kleine zorgverzekeraars gemiddeld ruim 91%. We zien wel grote verschillen tussen de zorgverzekeraars. Eén zorgverzekeraar had op 1 januari 2019 pas 78% van zijn contracten 2019 afgesloten, de meeste zorgverzekeraars zitten rond de 97%.

Redenen voor het niet tijdig afronden van het contracteerproces zijn de invoering van machtigingen en het cessieverbod per 1 april 2019. Daarbij gaf de zorgverzekeraar ongecontracteerde aanbieders de mogelijkheid om alsnog een aanvraag te doen voor een contract, toen het cessieverbod en machtigingenbeleid werd aangekondigd. Ook wordt genoemd dat contracten al wel waren overeengekomen, maar nog niet administratief afgehandeld of nog niet ondertekend retour ontvangen.

Een zeer klein deel van alle contracten is zelfs pas na 1 juli 2019 afgesloten. Dit gebeurt wanneer nieuwe aanbieders toetreden en zich gedurende het jaar aanmelden voor een contract, bij zes van de zorgverzekeraars. Zij geven nieuwe aanbieders het gehele jaar door de gelegenheid om te contracteren. Het gaat bij deze zorgverzekeraars dan om maximaal 1% van hun contracten.

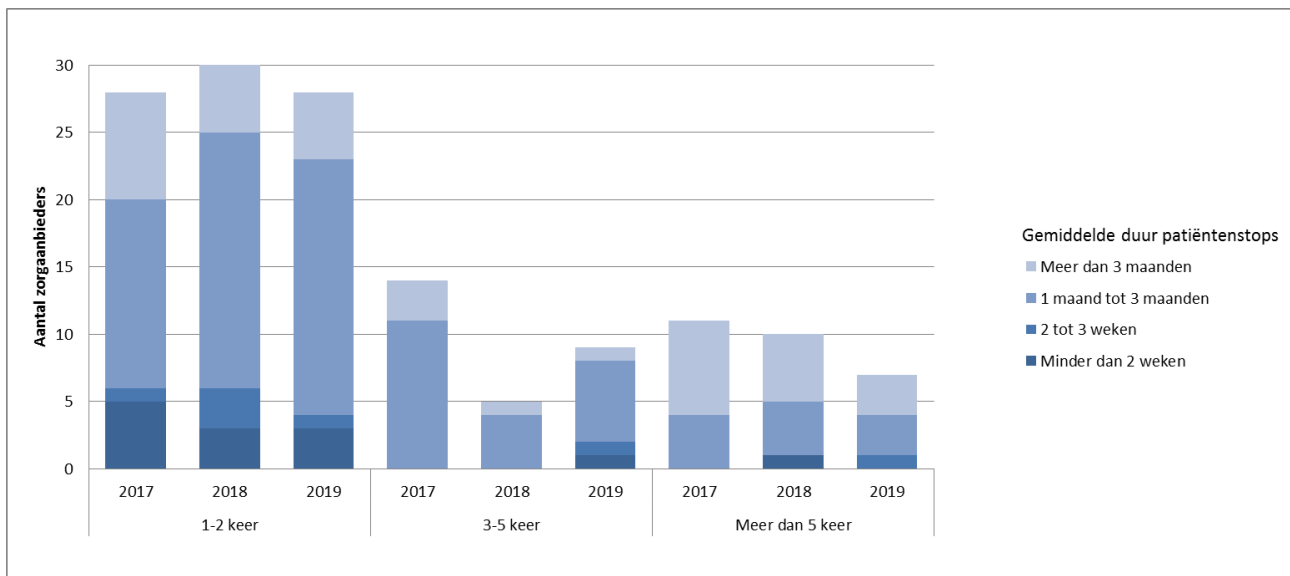
2.2 Patiëntenstops

Bij een patiëntenstop kondigt de aanbieder aan dat hij bij een zorgverzekeraar geen (nieuwe) patiënten meer in zorg neemt. Dit kan verschillende redenen hebben, maar meestal gaat het om het bereiken van het omzetplafond bij deze zorgverzekeraar of een tekort aan personeel om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

2.2.1 Patiëntenstops als gevolg van het bereiken van het omzetplafond

In 2019 zien we dat ruim 18% van de aanbieders een patiëntenstop heeft afgegeven in verband met het bereiken van het omzetplafond (tegenover 19% in 2018 en 16% in 2017). 30% van de aanbieders heeft wel een patiëntenstop overwogen, maar heeft er uiteindelijk voor gekozen deze niet af te geven (tegenover 34% in 2018 en 46% in 2017). De overige aanbieders (circa 52%) geven aan dat er van een patiëntenstop als gevolg van het bereiken van het omzetplafond geen sprake is geweest en ook niet is overwogen.

Figuur 1: Aantal en duur van patiëntenstops als gevolg van het bereiken van het omzetplafond in de periode 2017-2019 (N=44)



Bron: NZa

In bijna 64% van de gevallen kondigde een aanbieder één tot twee keer een patiëntenstop af (2018: 67%, 2017: 53%). 20% deed dit drie tot vijf keer (2018: 11%, 2017: 26%), 16% deed dat meer dan vijf keer (tegenover 22% in 2018 en 21% in 2017). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat een aanbieder bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd het omzetplafond kan bereiken en een patiëntenstop afgeeft. Meerdere, gelijktijdige patiëntenstops zijn dus mogelijk.

Als we kijken naar de duur van de patiëntenstops, dan zien we dat in 64% van de gevallen, een patiëntenstop tussen de één en drie maanden duurde. Dit is iets meer dan in 2018 (60%). Ruim één op de vijf (20%) van de patiëntenstops duurt langer dan drie maanden (2018: 24%, 2017: 34%). Korte patiëntenstops (drie weken of minder) vormen ongeveer 16%, net als in 2018, 2017: 12%. Wat ook dit jaar opvalt is dat de patiëntenstops bij aanbieders die vaker patiëntenstops af moesten geven, gemiddeld ook langer duren. In de groep waarin meer dan vijf keer een patiëntenstop moest worden afgegeven, duurde bijna 43% van de patiëntenstops langer dan drie maanden. In de andere groepen is dit maximaal 18%.

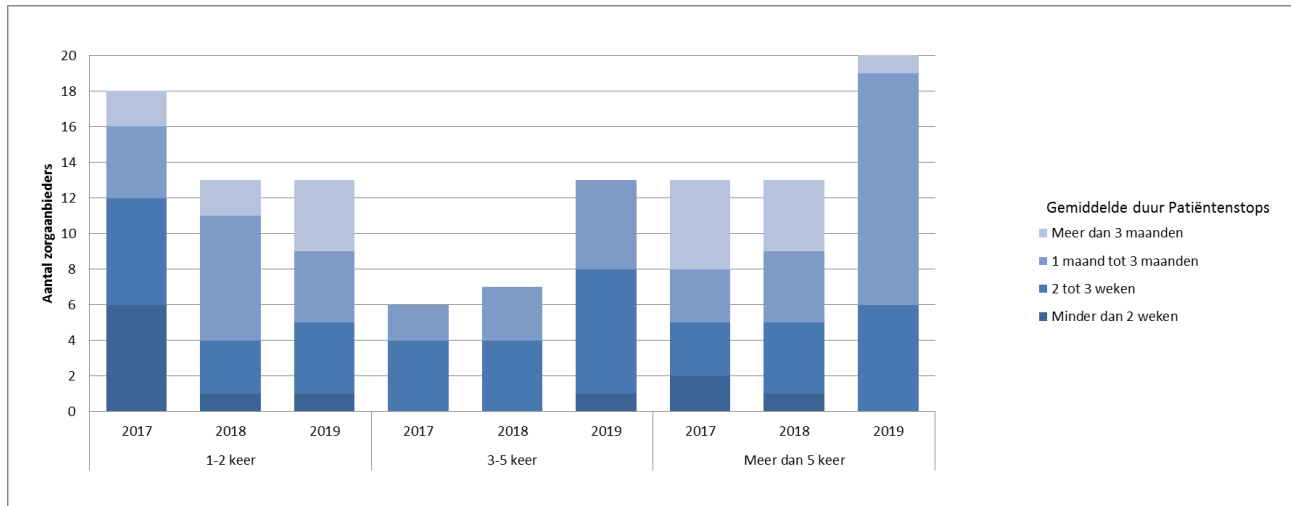
Patiëntenstops hoeven geen gevaar voor de continuïteit van de zorg te betekenen, zolang patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. Voor de meer specialistische vormen van zorg, zoals palliatief terminale zorg, kan het lastiger zijn om nieuwe patiënten bij andere aanbieders onder te brengen, omdat niet elke aanbieder deze zorgvormen levert. Meer dan de helft van de aanbieders (57%) die een patiëntenstop afkondigden geeft aan spoedzorg en palliatief terminale zorg buiten de patiëntenstop te houden. De drie zorgverzekeraars die te maken kregen met aanbieders met patiëntenstops, geven aan dat aanbieders over het algemeen tijdig aan de bel trekken bij een voornemen tot het instellen van een patiëntenstop. Opvallend is dat volgens deze zorgverzekeraars palliatieve zorg en spoedzorg altijd buiten de patiëntenstop gehouden worden en de levering van deze specialistische zorgvormen dus geborgd is. Dit strookt niet met het beeld dat aanbieders geven. Dat slechts drie zorgverzekeraars aangeven te maken te hebben met patiëntenstops in verband met omzetplafonds is ook opvallend. Slechts 45% van de aanbieders met patiëntenstops in onze enquête hebben als dominante zorgverzekeraar deze drie zorgverzekeraars. Zo'n 55% van de patiëntenstops zouden dus verborgen stops kunnen zijn en niet bekend bij (de andere) zorgverzekeraars.

Ook kunnen zorgverzekeraar en aanbieder in hun contracten een doorleververplichting afspreken. Aanbieders zijn dan verplicht om zorg te leveren aan nieuwe cliënten, ook al is het omzetplafond bereikt. Dat laatste moet de aanbieder op tijd bij de zorgverzekeraar melden, met een aanvraag voor bijcontractering. 73% van de aanbieders geeft aan geen doorleverplicht voor nieuwe patiënten te hebben afgesproken. Wanneer dat wel het geval is, geldt de doorleverplicht in de meeste gevallen voor alle nieuwe patiënten van die zorgverzekeraar, niet alleen voor patiënten die de meer specialistische vormen van zorg nodig hebben.

2.2.2 Patiëntenstops als gevolg van een tekort aan personeel

Het tekort aan personeel in de wijkverpleging is al een aantal jaren een probleem. Van de 240 aanbieders die onze enquête hebben ingevuld, geeft 20% aan gedurende het afgelopen jaar vanwege een personeelstekort een patiëntenstop te hebben ingesteld. 20% van de aanbieders heeft een patiëntenstop overwogen, maar dit uiteindelijk niet gedaan. We zien hierin een stijgende trend, want in 2018 was dit nog respectievelijk 14% en 24% (2017: 12% en 18%).

Figuur 2: Aantal en duur van patiëntenstops als gevolg van een tekort aan personeel in de periode 2017-2019. (N = 44)



Bron: NZa

Opvallend is dat in bijna 47% van de gevallen, een aanbieder vaker dan vijf keer een patiëntenstop in moest stellen. In 2018 was dit nog 39%. Circa 26% van de aanbieders met een patiëntenstop kondigde één tot twee keer een patiëntenstop af, even zoveel deden dat drie tot vijf keer. De patiëntenstops duurden over het algemeen één tot drie maanden (45% tegenover 42% in 2018). 16% duurde langer dan drie maanden (tegenover 18% in 2018 en 19% in 2017). De rest duurde twee tot drie weken (35%) of minder dan twee weken (4%).

86% van de aanbieders verwijzen zorgvragers die zij niet in zorg konden nemen door. Meestal naar een andere aanbieder die ze wel in zorg kon nemen, maar één op de vijf van hen verwijst in plaats daarvan door naar zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. 14% van de aanbieders verwijst de betreffende zorgvragers niet door. Het liefst zien wij dat *alle* aanbieders cliënten doorverwijzen die zij niet in zorg kunnen nemen. Cliënten weten zelfs immers vaak niet waar zij terecht kunnen.

Tien zorgverzekeraars hadden in 2019 een of meerdere aanbieders die een patiëntenstop afkondigden vanwege een personeelstekort. Hierbij melden ze dat aanbieders deze patiëntenstops vaak niet tijdig aankondigen. Slechts twee zorgverzekeraars geven aan dat dit wel tijdig gebeurt. De rest geeft aan dat bij gemiddeld 40% (met een uitschieter naar 100%) van de bekende patiëntenstops er niet tijdig wordt aangekondigd dat de aanbieder een patiëntenstop overweegt.

Om problemen rondom een patiëntenstop het hoofd te bieden, zetten de zorgverzekeraars extra in op zorgbemiddeling (alle tien) en op het verbeteren van de samenwerking tussen aanbieders (zes zorgverzekeraars).

Al met al zien we het aantal patiëntenstops als gevolg van een tekort aan personeel stijgen. Ook moeten aanbieders ze steeds vaker per jaar instellen. Ook dit jaar zien we weinig verschil tussen aanbieders met verschillende dominante zorgverzekeraars: de beelden zijn over de hele breedte vergelijkbaar.

2.3 Bijcontracteren

Zorgverzekeraars hebben een zogenaamde zorgplicht. Dat betekent dat zij voldoende zorg voor hun verzekerden moeten inkopen. Dit inkopen gebeurt op basis van inschattingen die voorafgaand aan het jaar worden gemaakt. Omdat niet altijd vooraf in te schatten is wat de zorgvraag gaat zijn, is bijstellen van het gecontracteerde volume regelmatig nodig. Als een aanbieder het omzetplafond van een zorgverzekeraar dreigt te overschrijden, betekent dit allereerst dat de aanbieder zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten. Contractueel moet hij de zorgverzekeraar tijdig inlichten en - zo nodig - de wachtenden naar een andere aanbieder doorverwijzen. De zorgverzekeraar kan bij het bereiken van het omzetplafond extra zorg bij deze aanbieder inkopen, of de wachtenden bij een andere gecontracteerde aanbieder onderbrengen.

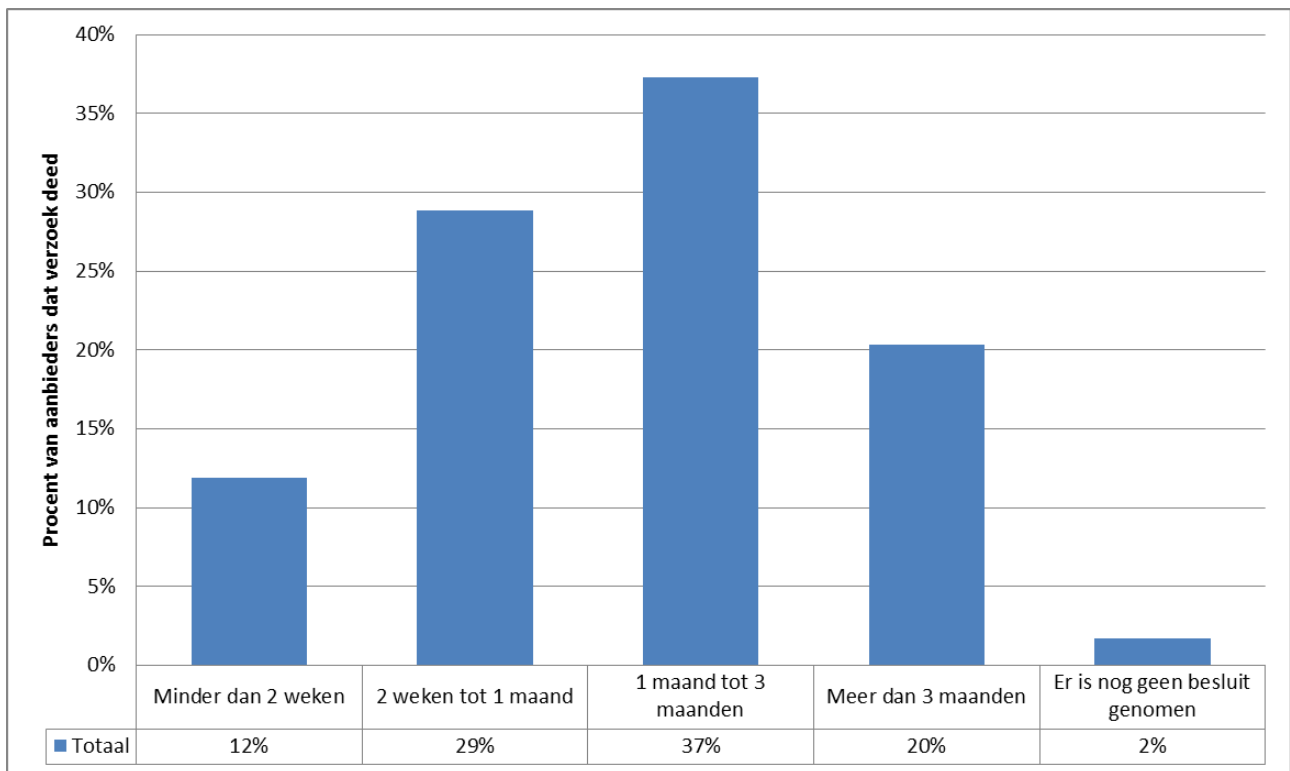
Van de aanbieders die onze enquête invulden, geeft een kwart (25%) aan een verzoek tot bijcontracteren te hebben gedaan (tegenover 34% in 2018). Bij aanbieders met twee van de zorgverzekeraars als dominante zorgverzekeraar ligt dit percentage iets hoger, op circa 35%.

De zeven zorgverzekeraars die een omzetplafond hanteren, kregen in 2019 in totaal 554 verzoeken voor bijcontractering. 96% daarvan was bij de grote zorgverzekeraars. Als voorwaarden voor bijcontractering wordt door zes van de zeven zorgverzekeraars het voldoen aan de doelmatigheidseisen genoemd. Bij vijf van de zeven zorgverzekeraars is een stijging van het aantal unieke cliënten een voorwaarde om tot bijcontracteren over te gaan. Ongeveer 56% van de aanvragen voldoet aan de voorwaarden die de zorgverzekeraars aan bijcontracteren stelt. Dit percentage loopt uiteen bij de verschillende zorgverzekeraars. Van 35% bij de een, tot 100% bij de ander.

Dit wil echter niet zeggen dat alle verzoeken die aan de voorwaarden voldoen ook zijn gehonoreerd. Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij correct ingediende aanvragen niet altijd honoreren, met name wanneer de zorgverzekeraar in de regio nog ruimte ziet bij andere aanbieders. Zo voorkomen zorgverzekeraars dat er regionaal capaciteit onbenut blijft.

Zorgverzekeraars moeten correct ingediende verzoeken tijdig in behandeling nemen, om onzekerheid over het al dan niet honoreren van het verzoek tot bijcontracteren te voorkomen. Ook dit jaar vroegen wij aanbieders naar hoe lang het duurde voordat zij een reactie kregen van de zorgverzekeraar op hun verzoek tot bijcontractering. Het beeld is als volgt:

Figuur 3: Reactietermijn zorgverzekeraar op een verzoek tot bijcontractering door de aanbieder (N = 59)

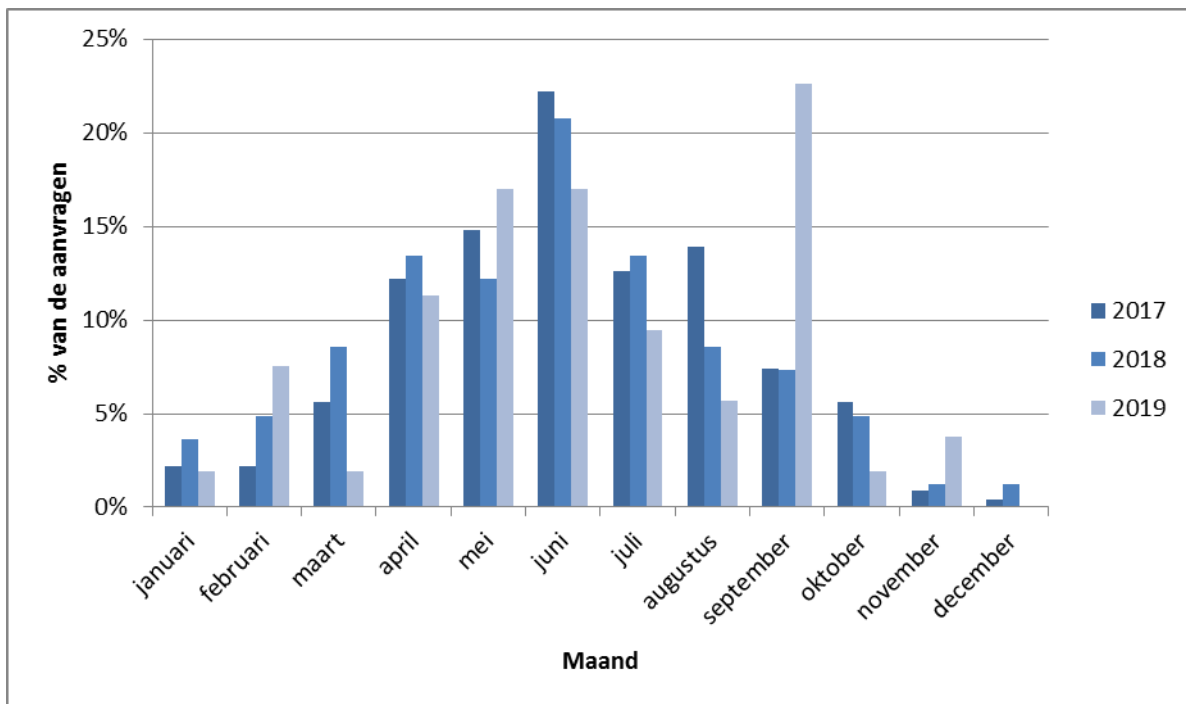


Bron: NZa

Iets minder dan 58% van de aanbidders die een verzoek deden, kreeg pas na een maand of langer een definitief besluit van de dominant om wel of niet bij te contracteren. Aanbidders die moeten wachten op een besluit van de zorgverzekeraar of hun verzoek tot bijcontractering wordt gehonoreerd, verkeren mogelijk in onzekerheid of de geleverde zorg zal worden vergoed, alhoewel ook tussentijdse communicatie plaatsvindt. Voor sommige aanbidders geldt een doorleverplicht (zie vorige paragraaf), ook als het omzetplafond is bereikt. Door tijdig bij de zorgverzekeraar aan de bel te trekken over een mogelijke overschrijding van het omzetplafond, kunnen aanbidders ook zelf een stuk van de onzekerheid wegnemen.

We zien dat de maand waarin aanbidders het eerste signaal afgeven niet langer juni is. Hier zien we de eerste signalen voor een deel naar de maand mei verschuiven. In september lijkt zich een nieuwe, tweede piek te vormen. In de figuur hieronder het beeld in percentages.

Figuur 4: % per maand van totaal aantal 1e signalen van de behoefte tot bijcontracteren (N= 59)



Bron: NZa

We zien met name dat kwartaal drie een stijging laat zien (38% tegenover 29% in 2018), terwijl alle andere kwartalen een lichte daling laten zien. Het aantal aanbieders dat in het eerste half jaar al aangeeft de omzetafspraken te zullen overschrijden ligt op 57% (versus 63% in 2018).

Het feit dat sommige aanbieders hun omzetplafond dreigen te overschrijden 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 die de zorg voor (nieuwe) patiënten eventueel kunnen overnemen.

De zeven zorgverzekeraars die verzoeken tot bijcontractering kregen, geven aan dat deze verzoeken meestal tijdig binnen waren. We zien hierin wel grote verschillen tussen de zorgverzekeraars: bij de kleine zorgverzekeraars ligt het aantal aanvragen dat op tijd wordt ingediend rond de 95%, de grote zorgverzekeraars rapporteren zo'n 69%. Te vroeg is 5% bij de kleine zorgverzekeraars en 14% bij de grote zorgverzekeraars. Te laat respectievelijk 0% en 17%

Aanbieders zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over het proces van bijcontracteren (ruim 47%). Ruim een kwart (25%) is ontevreden tot zeer ontevreden. De rest (28%) beschrijft zijn mening als 'neutraal'. Één zorgverzekeraar scoort als dominante zorgverzekeraar beter op het proces van bijcontracteren dan de anderen, met 57% tevreden tot zeer tevreden aanbieders. Deze zorgverzekeraar geeft altijd een reactie binnen vijf werkdagen op het verzoek tot bijcontractering, geeft aan of het verzoek gezien de regionale situatie kansrijk is en zo ja, welke info de aanbieder hiervoor eventueel nog moet aanleveren.

Aanbieders die positief denken over het proces van bijcontracteren, zijn blij met de goede en snelle dialoog met de zorgverzekeraar. Ook een flexibele opstelling van zorgverzekeraars wordt positief beoordeeld. De aanbieders die aangeven ontevreden tot zeer ontevreden te zijn, noemen vaak de negatieve uitkomst van de beslissing en de niet transparante besluitvorming. Te lang moeten wachten op een beslissing is ook een reden voor ontevredenheid.

Als verbeterpunten voor het proces noemen de aanbieders meer ruimte voor onderhandeling en de mogelijkheid om in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar. Ook het tijdspad kan verbeterd worden. Daarnaast wordt geopperd dat een omzetplafond flexibel zou moeten zijn: wanneer een aanbieder in de regio niet voldoende zorg kan leveren door een personeelstekort, maar een andere aanbieder kan dit wel, dan zou het plafond mee moeten bewegen met het beschikbare zorgaanbod.

De zeven zorgverzekeraars die met bijcontractering te maken hebben, zijn over het algemeen tevreden over het proces van bijcontracteren (71%), de rest is 'neutraal'. Van de grote zorgverzekeraars zijn er twee tevreden, twee neutraal.

Zorgverzekeraars noemen als positief punt met name het feit dat aanbieder en zorgverzekeraar elkaar tijdig weten te vinden en tot een gezamenlijke conclusie komen: bijcontracteren of niet.

Een belangrijk verbeterpunt volgens zorgverzekeraars is desondanks het tijdspad van het proces. Ook de onderbouwing vanuit aanbieders over de verzoeken en de duidelijkheid in het contract over de voorwaarden van bijcontracteren kunnen volgens de zorgverzekeraar nog worden verbeterd.

3 Zorginkoop wijkverpleging 2020

Dit hoofdstuk gaat zowel in op afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord die gaan over het contact over contractering voorafgaande aan het contractjaar (HLA 2.3: k en l) als de afspraken die gaan over e-health en technologie (HLA 2.7: iv en viii). Tevens gaat het hoofdstuk in op het experiment bekostiging verpleging en verzorging en de wijze van registratie.

3.1 Aanbieders met en zonder contract

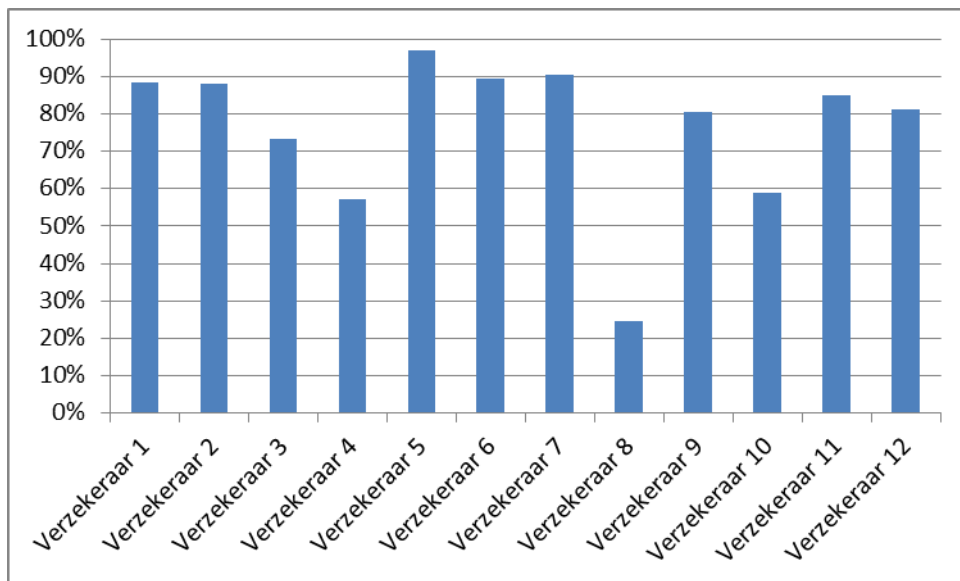
3.1.1 Aanbieders met een contract met de zorgverzekeraar

95% van de aanbieders die onze enquête invulde heeft in 2020 een contract afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars. Vorig jaar was dit ook ruim 94%. 93% van de aanbieders deed dat ook met de voor hem dominante zorgverzekeraar.

Negen zorgverzekeraars werden door de verschillende aanbieders aangemerkt als dominante zorgverzekeraar. Bij deze dominante zorgverzekeraar declareerden de aanbieders gemiddeld ruim 58% van hun omzet (tegenover 60% in 2019).

Acht zorgverzekeraars sloten met de meeste van de geënquêteerde aanbieders (80% of meer) voor 2020 een contract af. Drie zorgverzekeraars sloten contracten met twee derde van de aanbieders of minder. Onderstaande figuur toont met hoeveel procent van de gecontracteerde aanbieders in onze enquête de zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten voor 2020.

Figuur 5: % gecontracteerde aanbieders met contract per zorgverzekeraar (N=227)



Bron: NZa

3.1.2 Aanbieders zonder contract met de zorgverzekeraar

Meer dan de helft van de zorgverzekeraars (55%) geeft aan dat het is voorgekomen dat aanbieders die zij een contract aanbieden, dit bewust niet met hen hebben afgesloten. Volgens zorgverzekeraars komt dit doordat deze aanbieders de tarieven niet toereikend vinden en ongecontracteerd hogere volumes kunnen rekenen. Ook komt het voor dat aanbieders gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging. Tot slot worden contracten soms geweigerd, omdat de zorgverzekeraar in de regio te weinig verzekerd heeft, waardoor het contract niet interessant is voor de aanbieder.

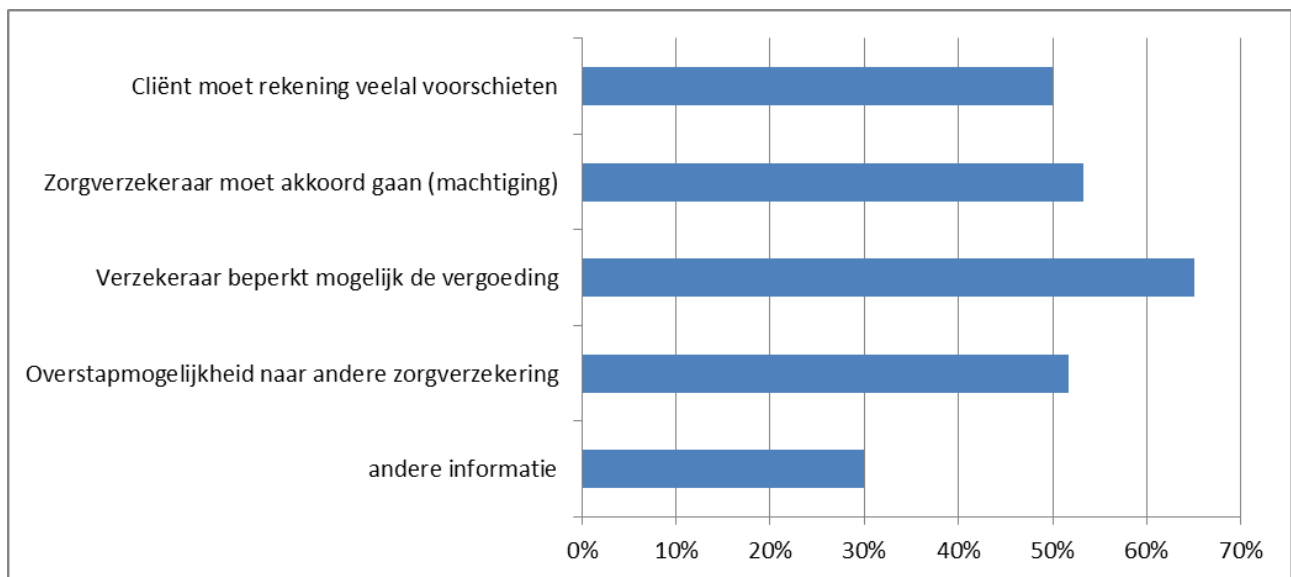
Aanbieders bevestigen dit beeld. 32% van hen geeft aan dat hij bewust geen contract 2020 afsloot bij een zorgverzekeraar. Vaak wordt als reden genoemd dat de aangeboden tarieven te laag zijn (74%), er geen onderhandelingsmogelijkheden waren (19%) of omdat de aanbieder geen cliënten heeft van de

betreffende zorgverzekeraar (17%). De administratieve lastendruk wordt door 5% van deze aanbieders genoemd als reden om geen contract af te sluiten.

Wanneer verzekerden dan toch voor een ongecontracteerde aanbieder kiezen, is dit omdat zij een persoonlijke voorkeur voor een van de zorgverleners hebben of omdat de aanbieder beter aansluit op de behoeften van de cliënt. Overigens geeft een meerderheid van de betreffende aanbieders (57%) aan hier niet mee te maken te hebben of geen ongecontracteerde zorg te willen leveren.

78% van de aanbieders die geen contract hebben bij een of meerdere zorgverzekeraars, informeren hun cliënten over de consequenties van ongecontracteerde zorg. Driekwart (76%) van de aanbieders die dat doen, informeren persoonlijk, via de wijkverpleegkundige. 25% van deze aanbieders doen dit (ook) per brief of op de website (23%). Onderwerpen die hierbij naar cliënten worden gecommuniceerd staan in onderstaande figuur.

Figuur 6: Consequenties ongecontracteerde zorg waarop cliënt door aanbieder wordt gewezen (meerdere antwoorden mogelijk) (N=60)



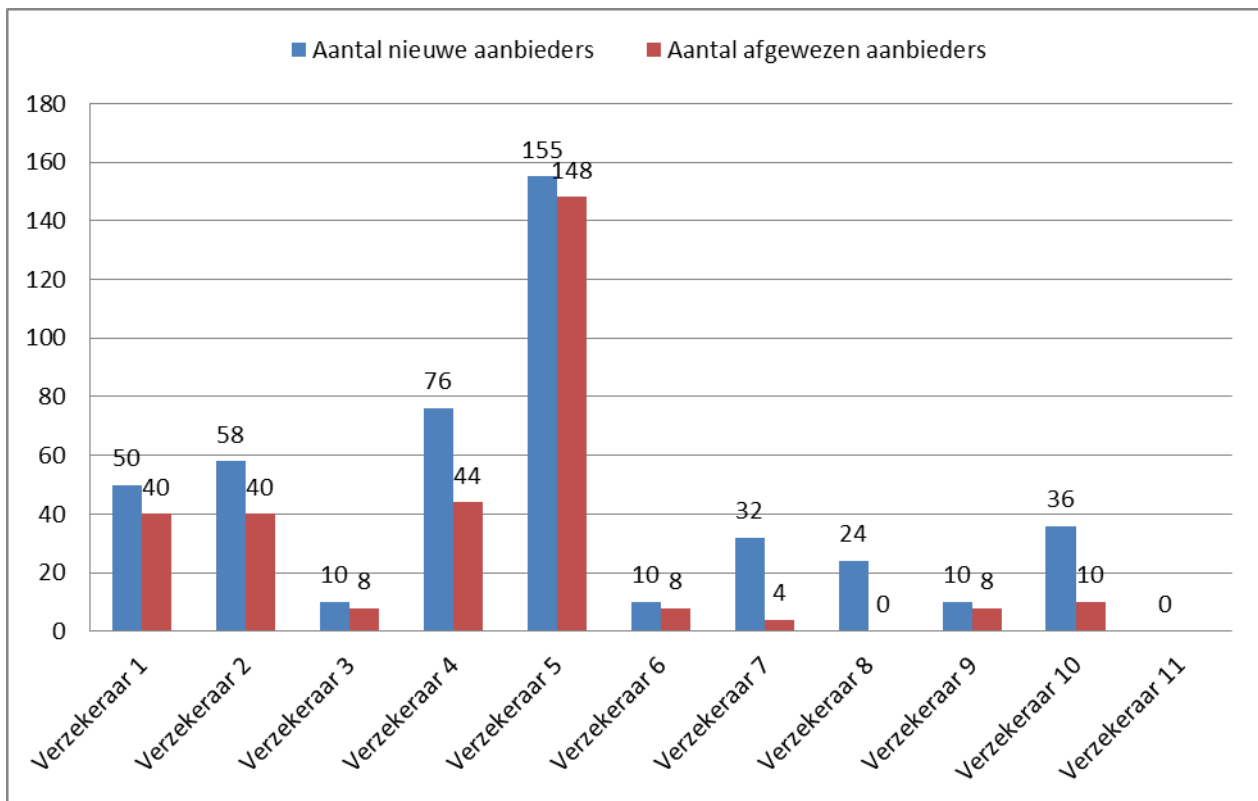
Bron: NZa

Deze aanbieders geven daarmee invulling aan een passage uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 waarin is afgesproken: 'Om de keuze-informatie van de cliënt te faciliteren zijn zorgverzekeraars en aanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. De bijdrage die de verzekerde zelf dient te betalen als hij/zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde aanbieder, mag geen verrassing voor de verzekerde zijn'.

Wij legden zorgverzekeraars de volgende stelling voor: 'het zou de wijkverpleegkundige zorg ten goede komen als nieuwe wetgeving het leveren van ongecontracteerde wijkverpleegkundige zorg onmogelijk zo maken'. Bijna 91% is het hier volledig mee eens of grotendeels mee eens.

Ook zorgverzekeraars kiezen er soms voor om geen contract aan te gaan met aanbieders. In de figuur hieronder zien we per zorgverzekeraar het aantal nieuwe aanbieders dat zich meldde voor een contract in 2020, maar daarvoor geen contract had.

Figuur 7: Per zorgverzekeraar het aantal nieuwe aanbieders dat een contract wilde en het aantal dat werd afgewezen (N=11)



Bron: NZa

Jaarlijks krijgen sommige zorgverzekeraars dus flink wat nieuwe aanmeldingen. Wat betreft het accepteren van nieuwe aanbieders zien we een divers beeld. De ene zorgverzekeraar weigert 95% van de nieuwe aanmelders, de ander accepteert ze allemaal. De drie meest genoemde redenen (elk door 88% van de zorgverzekeraars) om nieuwe aanbieders af te wijzen zijn:

1. de aanbieder kan de inzet van een niveau 5 verpleegkundige niet garanderen
2. twijfel aan de kwaliteit van de zorgverlening
3. issues met integriteit / fraude.

3.2 Ervaringen met het proces van contractering 2020

Belangentegenstellingen tussen partijen zijn gezond, zolang zij niet leiden tot onnodige bureaucratie en de contractering niet frustreren.

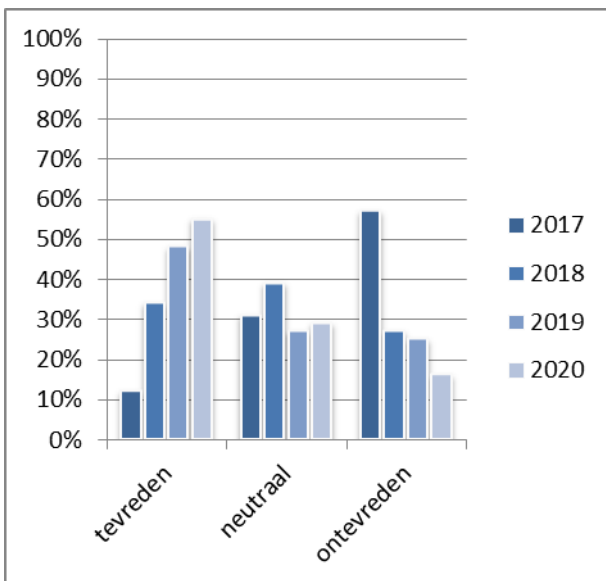
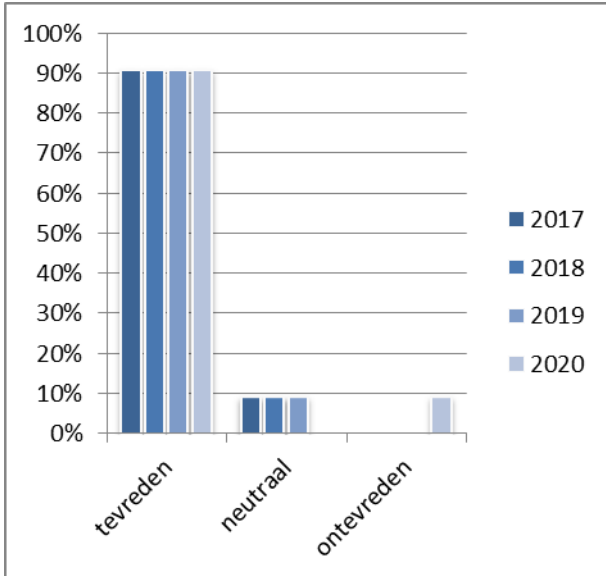
Zorgverzekeraars en aanbieders hebben elk een andere visie op het verloop van het contracteerproces. We zien door de jaren heen dat zorgverzekeraars over het algemeen vrijwel unaniem tevreden zijn over het proces, terwijl aanbieders een stuk minder tevreden zijn. Er is wel een duidelijke trend zichtbaar. Steeds minder aanbieders zijn ontevreden over het contracteerproces (16% tegenover 25% vorig jaar) met hun dominante zorgverzekeraar. Voor het eerst sinds 2017 zijn meer dan de helft van de aanbieders tevreden over het contracteerproces (55% tegenover 48% over de contractering 2019). Bij één dominante zorgverzekeraar is het aandeel ontevreden aanbieders opvallend groter, met 29%.

Aanbieders die ontevreden zijn noemen als reden hiervoor het gebrek aan de mogelijkheid om met de zorgverzekeraar te onderhandelen over de contractvoorwaarden. Ook noemen zij als reden dat in gesprek komen met de zorgverzekeraar onmogelijk is. De uiteindelijke voorwaarden in het contract kunnen ook redenen zijn voor ontevredenheid. Aanbieders noemen de doorlooptijd van het inkoopproces een probleem. Ook het uiteindelijk niet krijgen van een contract is reden voor ontevredenheid bij aanbieders.

Tevreden aanbieders noemen de dialoog en frequent contact met de zorgverzekeraar als reden voor hun tevredenheid. Ze waarderen het wanneer er meerjarenafspraken worden gemaakt en wanneer de zorgverzekeraar flexibel is en maatwerk levert.

In de figuur hieronder is de tevredenheid van zorgverzekeraars (links) en aanbieders (rechts) door de jaren heen weergegeven:

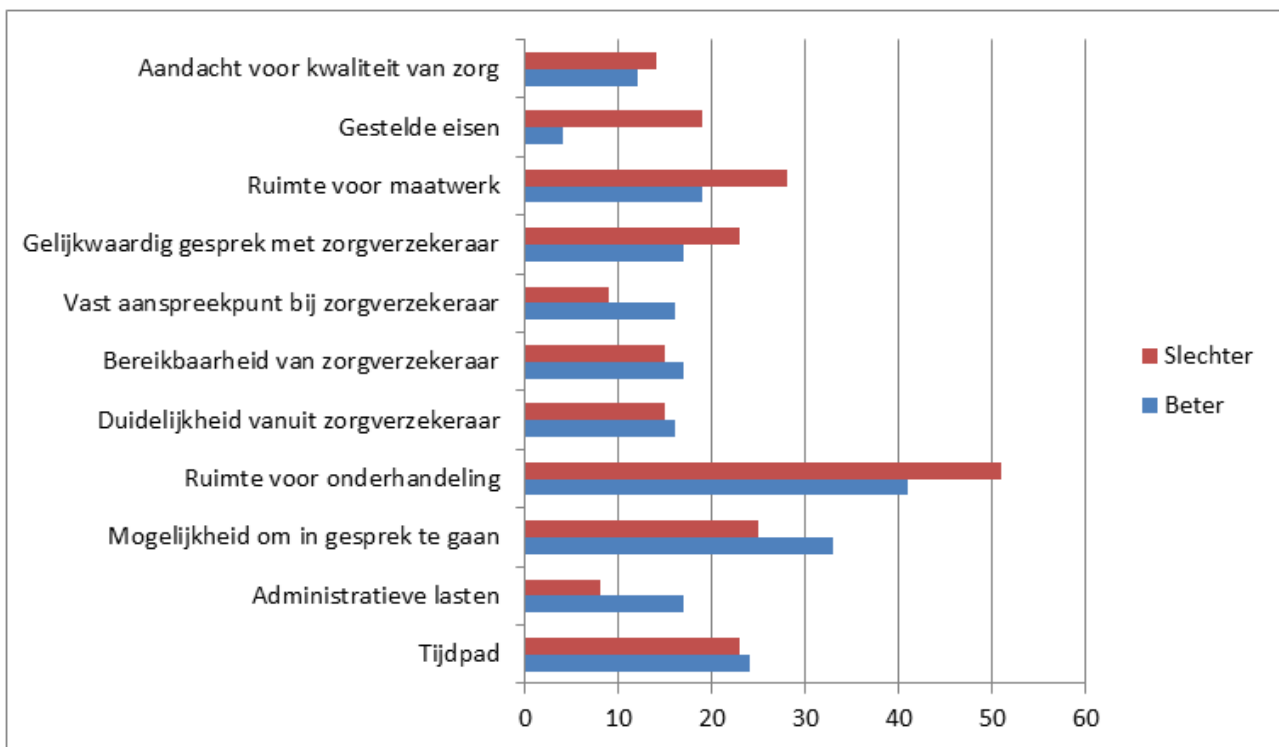
Figuur 8: *Tevredenheid contractering 2017 – 2020 zorgverzekeraars en aanbieders (N = 227)*



Bron: NZa

We hebben aanbieders de vraag gesteld wat er beter of slechter ging in het contracteerproces 2020 ten opzichte van dat van 2019. Bijna de helft (48%) van de aanbieders antwoordde dat er niets beter of slechter ging dan vorig jaar. In de figuur hieronder staan verschillende aspecten van het contracteerproces genoemd met daarbij hoeveel aanbieders aangeven dat het proces op dit aspect is verbeterd of verslechterd:

Figuur 9: *Oordeel aanbieders op verbetering / verslechtering aspecten van het contracteerproces (N = 227)*



Bron: NZa

Ook dit jaar valt op dat ruimte voor onderhandeling door veel aanbieders als een verbetering ten opzichte van vorig jaar wordt gezien, maar ook door veel aanbieders als een verslechtering. Wat ook opvalt is dat de meeste aspecten door meer aanbieders worden genoemd als een verslechtering ten opzichte van vorig jaar dan als een verbetering, terwijl de algemene tevredenheid over het contracteerproces is gestegen ten opzichte van vorig jaar. Dit is goed te verklaren wanneer ontevreden aanbieders meer punten noemen die zijn verslechterd, dan tevreden aanbieders verbeterde punten noemen.

Een signaal dat wij vaak horen van de zorgverzekeraars is dat zij nog op de ondertekening van de zorgovereenkomst wachten, terwijl de uiterste termijn al is verstreken. En dat, terwijl de voorwaarden bij de aanbieder op dat moment al volledig bekend zijn. Toch nog bijna 32% geeft aan inderdaad de ondertekende overeenkomst(en) bij een of meer zorgverzekeraars pas na het sluiten van de uiterste datum naar de betreffende zorgverzekeraars te hebben geretourneerd.

Voor het te laat ondertekenen worden verschillende oorzaken genoemd. De zorgverzekeraar die zelf al veel deadlines niet heeft gehaald waardoor het hele proces vertraagd is. Ook worden genoemd: aanbieder oneens met de voorwaarden (tarief, omzetplafond) en fouten in het proces zowel intern als bij de zorgverzekeraar (VECOZO, foutief aangeboden contracten).

3.3 Inhoud contracten

3.3.1 Inkoop tegen het integrale tarief

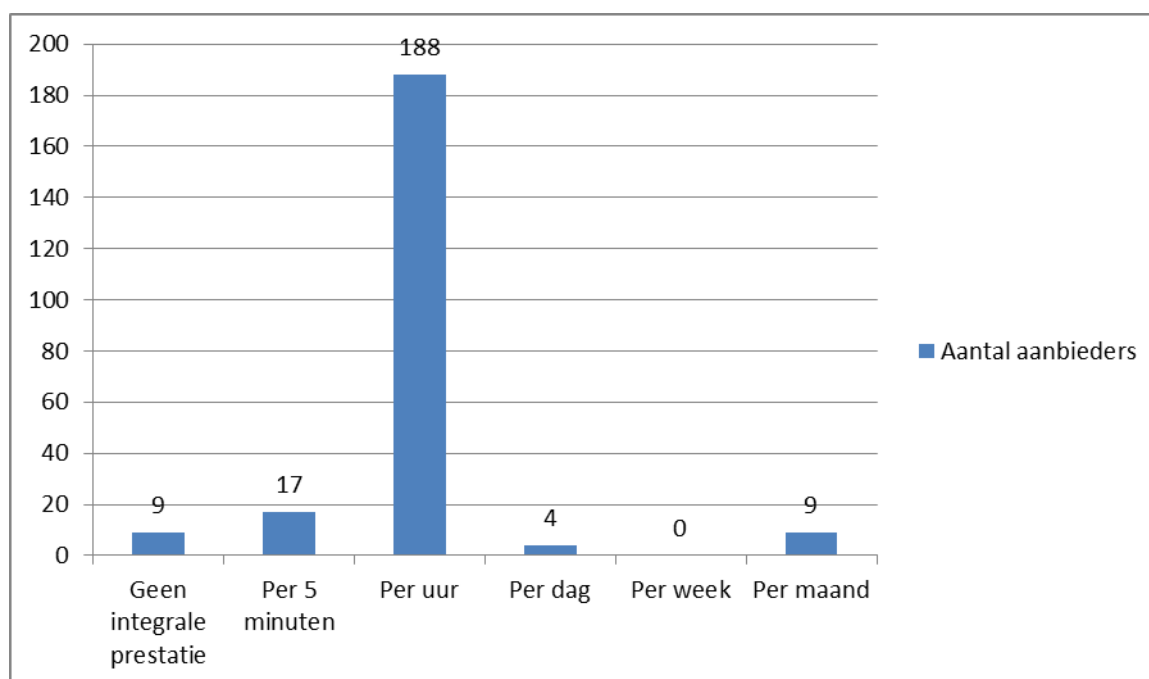
De inkoop van wijkverpleging kan sinds 2016 op twee manieren plaatsvinden: via de reguliere prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven heeft vastgesteld en via het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Net als vorig jaar wordt nagenoeg alle gecontracteerde wijkverpleging ingekocht binnen het experiment, tegen een integraal tarief. 96% van de aanbieders met een contract heeft een integraal tarief afgesproken met de dominante zorgverzekeraar. Dit percentage is iets hoger dan het percentage van 93% dat wij vonden in onze monitor van vorig jaar. Bij de gecontracteerde aanbieders zonder afspraken over integrale tarieven is dit niet door de zorgverzekeraar aangeboden of vinden aanbieders het niet aan de orde bij de specifieke zorg die zij leveren, bijvoorbeeld intensieve kindzorg.

Negen van de elf zorgverzekeraars geven aan dat ze voor 2020 ook nog aanbieders gecontracteerd hebben tegen de reguliere prestaties. Dit betreft met name de prestaties thuiszorgtechnologie, intensieve kindzorg, complexe wondzorg en belonen op maat. Zeven van deze zorgverzekeraars noemen expliciet dat alle 'reguliere' wijkverpleging gecontracteerd wordt binnen het experiment.

Soort integraal tarief

Bij meer dan 80% van de gecontracteerde aanbieders betreft dit een integraal tarief per uur. De overige integrale afspraken betreffen integrale tarieven per vijf minuten, per dag of per maand. Drie aanbieders gebruiken meerdere soorten integrale tarieven. Met name gecontracteerde aanbieders in de laagste omzetklasse spreken geen integraal tarief af met hun dominante zorgverzekeraar (17% van deze omzetklasse vergeleken met 4% van alle aanbieders). Een integraal tarief per maand wordt met name in de hogere omzetklassen afgesproken.

Figuur 10: Integraal tarief per gecontracteerde aanbieder (N=224)



* Het betreft hier integrale tarieven tussen aanbieders en hun dominante zorgverzekeraar. Wanneer aanbieders aangeven géén integraal tarief met hun dominante zorgverzekeraar te hebben afgesproken, kunnen zij met andere zorgverzekeraars wel een integraal tarief hebben afgesproken.

** Een aantal aanbieders (n=16) geeft aan dat een integraal tarief niet van toepassing is omdat ze geen contract hebben afgesloten. Dit kan het geval zijn wanneer een aanbieder wel een contract heeft afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars, maar niet met de dominante zorgverzekeraar.

Bron: NZa.

Tabel 1: Percentage aanbieders per omzetklasse en soort integraal tarief dat zij met hun dominante zorgverzekeraar hebben afgesproken (N=224)

Omzetgrootte bij dominante verzekeraar	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000	Totaal
Geen integrale prestatie	20%	5%	0%	3%	4%
Per 5 minuten	0%	11%	7%	0%	7%

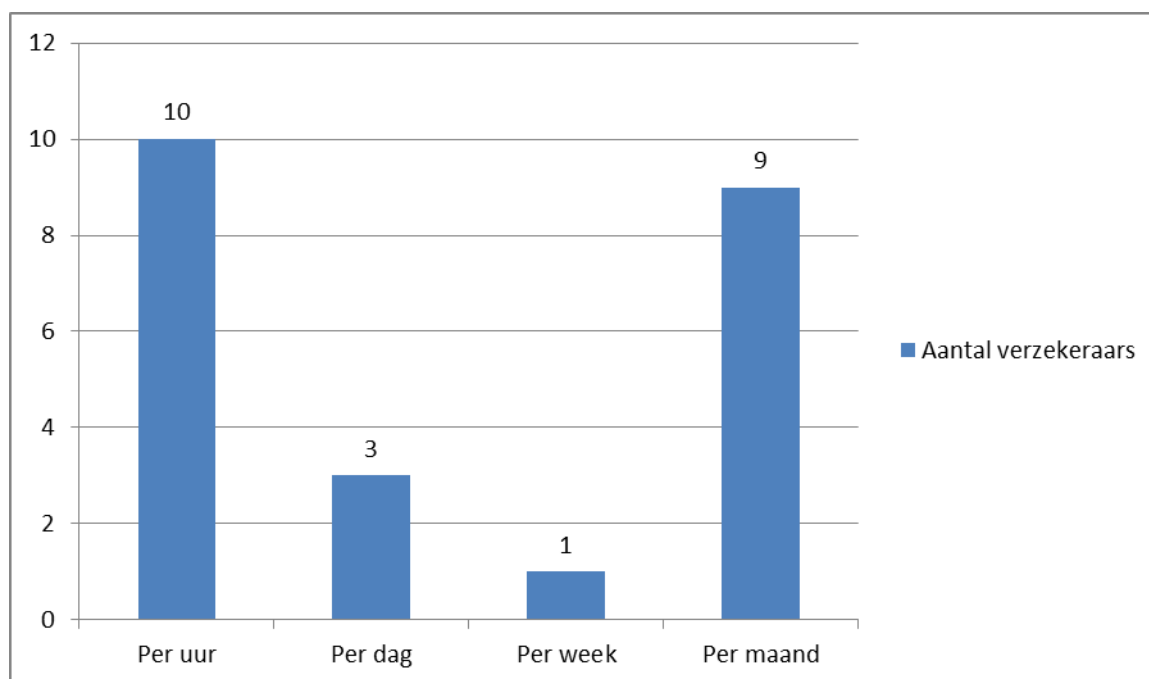
Omzetgrootte bij dominante verzekeraar	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000	Totaal
Per uur	67%	81%	87%	87%	83%
Per dag	13%	1%	1%	0%	2%
Per maand	0%	2%	5%	10%	4%
Totaal	15 (100%)	99 (100%)	82 (100%)	31 (100%)	227 (100%)

* Drie aanbieders geven aan dat zij twee verschillende soorten integrale tarieven afgesproken hebben met hun dominante zorgverzekeraar, daarom is het totale aantal 227 prestaties bij 224 aanbieders.

Bron: NZa

Op één van de grote zorgverzekeraars na maken alle zorgverzekeraars gebruik van een integraal uurtarief. Daarnaast maken tien zorgverzekeraars gebruik van andere afspraken dan een integraal uurtarief, het integrale maandtarief wordt het meeste gebruikt. Deze afspraken lijken nog beperkt in omvang en aantal. Het beeld van zorgverzekeraars dat ook tarieven per dag, week en maand worden gebruikt, komt maar zeer beperkt terug in het beeld wat aanbieders geven.

Figuur 11: Integraal tarief per zorgverzekeraar (N=11)



Bron: NZa

De meeste zorgverzekeraars maken specifieke afspraken met aanbieders waarmee ze integraal uurtarief afspreken.

Tabel 2: Specifieke afspraken met aanbieders met een integraal uurtarief

Onderwerpen van specifieke afspraken	Aantal zorgverzekeraars
Doelgroepenregistratie	9
Doelmatige inzet van zorg	9

Onderwerpen van specifieke afspraken	Aantal zorgverzekeraars
Inzet van thuiszorgtechnologie/e-health/innovatie	7
Kwaliteit van zorg	6
Preventie	5

Bron: NZa

Welke prestaties zijn onderdeel van het integrale tarief?

De 205 aanbieders met een integraal uurtarief (en een omgerekend 5-minutentarief) in 2020 geven aan dat de onderstaande prestaties zijn opgenomen in het integrale tarief.

Tabel 3: Prestaties opgenomen in het integrale uurtarief (N=205)

Prestatie	Aantal aanbieders met integraal uurtarief in 2020 waarbij prestatie in tarief is opgenomen	Percentage t.o.v. alle aanbieders met integraal uurtarief in 2020
Persoonlijke verzorging	195	95%
Verpleging	192	94%
Verpleging: palliatief terminale zorg	128	62%
Oproepbare verzorging	130	63%
Oproepbare verpleging	126	62%
Advies, instructie en voorlichting (AIV)	94	46%
Gespecialiseerde verpleging	88	44 %
Ketenzorg dementie	59	29%
Thuiszorgtechnologie	52	25%
Indicatiestelling pgb	57	28%
Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg	26	13%
Beloning op maat	16	8%
Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar	13	6%
Regiefunctie complexe wondzorg	10	5%
Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg	1	1%
Verblijf intensieve kindzorg	2	1%
Totaal	205	

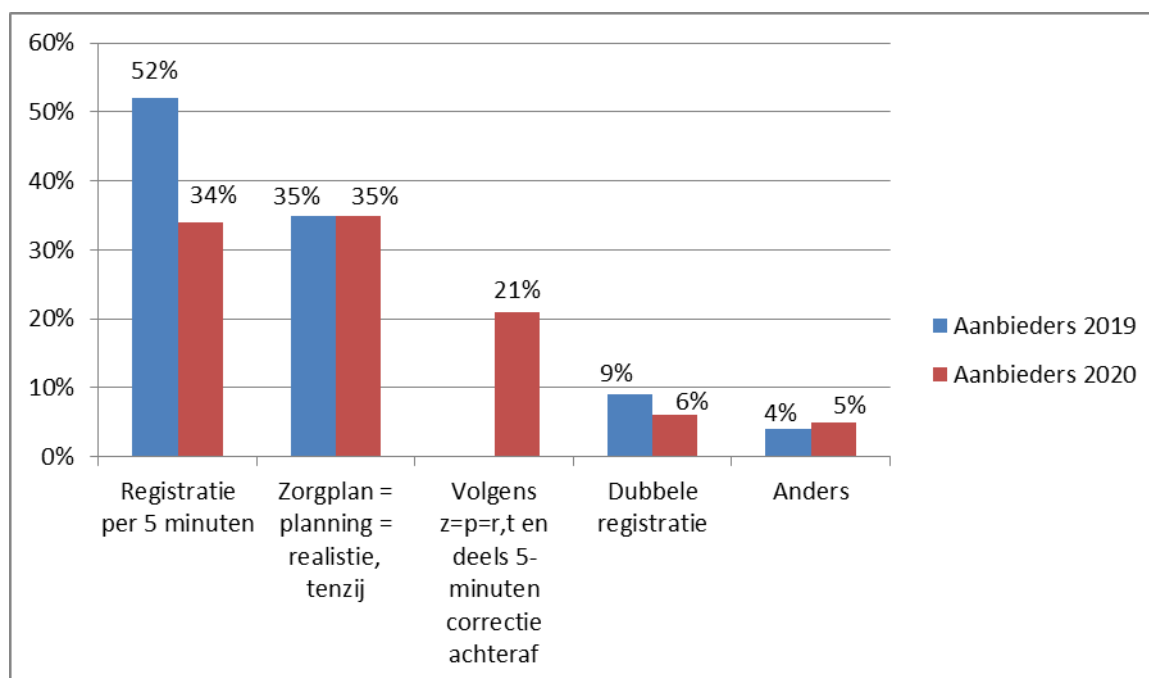
Bron: NZa

Dit beeld komt grotendeels overeen met de prestaties die uitmaken van een integraal maandtarief. Alleen de prestaties oproepbare verpleging, AIV (advies, instructie en voorlichting), gespecialiseerde verpleging, ketenzorg dementie, thuiszorgtechnologie en regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg maken veel vaker onderdeel uit een integraal maandtarief dan bij een integraal uurtarief het geval is. Bij een integraal dagtarief is er alleen sprake van de prestaties verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg, verblijf intensieve kindzorg en verpleging: palliatief terminale zorg.

3.3.2 Wijze van verantwoorden van geleverde zorg

De respondenten verantwoorden de geleverde zorg in 2020 op de volgende manier. Het aantal aanbieders dat gebruik maakt van de vijf minuten registratie daalt: vorig jaar was dit 52%, nu is dit 34% van de aanbieders. Steeds meer aanbieders maken (deels of volledig) gebruik van de nieuwe registratiestandaard: in 2019 was dit 35%, nu is dit 56%. Het aantal aanbieders wat een dubbele registratie hanteert (per vijf minuten en volgens de nieuwe registratiestandaard) is afgenomen: van 9% in 2019 naar 6% in 2020. Wanneer we deze aanbieders meetellen als aanbieders die ook de nieuwe registratiestandaard hanteren, is het totaal aantal aanbieders wat verantwoordt volgens zorgplan = planning = realisatie, tenzij ((z=p=r,t), toegenomen van 44% in 2019 naar 62% in 2020. De wijze van verantwoording lijkt niet direct samen te hangen met de omzetgrootte van de aanbieder.

Figuur 12: Registratiewijze per aanbieder, vergelijking 2019 (N=239) en 2020 (N=240)



Bron: NZa

Tabel 4: Wijze verantwoording geleverde zorg (in 2020) naar omzetklasse (N=240)

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
Registratie per 5 minuten	33%	33%	33%	39%
Zorgplan = planning = realisatie, tenzij	28%	35%	42%	19%

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
Volgens z=p,r,t en voor een deel van de zorgactiviteiten correctie achteraf per vijf minuten	22%	20%	19%	29%
Dubbele registratie	6%	7%	5%	3%
Anders	11%	6%	1%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

Tabel 5: Wijze verantwoording geleverde zorg (in 2020) naar dominante zorgverzekeraar (N=240)

Registratiewijze	Totaal gemiddelde	Grote zorgverzekeraar 1	Grote zorgverzekeraar 2	Grote zorgverzekeraar 3	Grote zorgverzekeraar 4	Overige zorgverzekeraars
Registratie per 5 minuten	34%	31%	31%	37%	25%	52%
Zorgplan = planning = realisatie, tenzij	35%	40%	27%	41%	38%	18%
Volgens z=p,r,t en voor een deel van de zorgactiviteiten correctie achteraf per vijf minuten	21%	18 %	25%	12%	23%	26%
Dubbele registratie	6%	5%	6 %	2%	9%	4%
Anders	5%	6%	10 %	7%	5%	0%

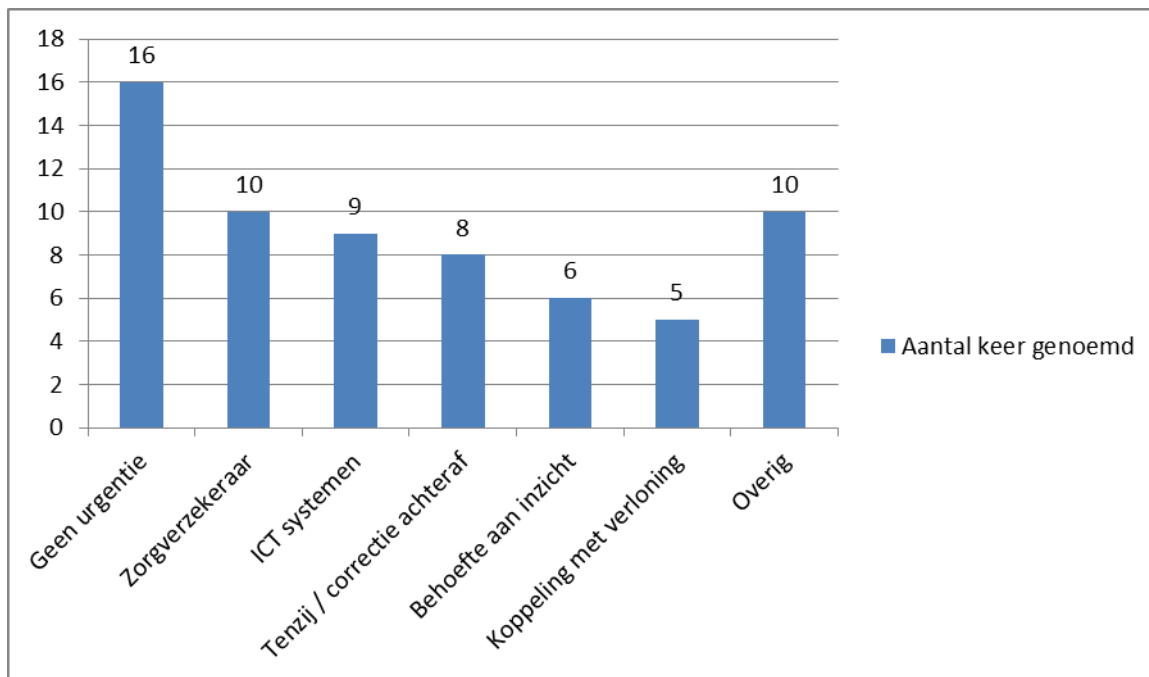
Bron: NZa

De ervaringen van aanbieders met het registreren van zorg via de registratiestandaard z=p,r,t zijn overwegend positief. Van de 147 aanbieders die (onder andere) werken met de nieuwe registratiestandaard geeft 64% expliciet aan hier tevreden over te zijn, zij merken een administratieve lastenverlichting. Dit is gelijk aan vorig jaar. De overige aanbieders noemen dat zij weinig of geen verschil merken in administratieve lastenverlichting. Zij noemen hiervoor de volgende redenen: verschil in registratie met

de Wlz, onduidelijkheid over de toepassing van 'tenzij', declaratie per vijf minuten, correctief achteraf doorvoeren en het aanpassen van zorgplannen kosten meer tijd dan verwacht.

65% van de aanbieders werkt nog niet, niet uitsluitend of niet volledig volgens de nieuwe registratiestandaard. Ruim de helft van deze aanbieders (55%) is van plan om in 2020 volledig over te stappen op z=p=r, t. 45% is dit niet van plan, zij ervaren onderstaande belemmeringen hiervoor. De aanbieders die geen urgentie ervaren, werken voor het grootste gedeelte met een geautomatiseerde tijdsregistratie.

Figuur 13: Ervaren belemmeringen door aanbieders om in 2020 volledig over te stappen op z=p=r, t (N=70)



Bron: NZa

Aan de 157 aanbieders die nog niet (uitsluitend) werken volgens z=p=r, t, hebben we ook gevraagd wat zij nodig hebben om hierop over te stappen. De redenen die zij hiervoor aangeven komen redelijk overeen met de hierboven genoemde belemmeringen. 50 aanbieders noemen dat er interne zaken aangepakt moeten worden, zoals ICT systemen en bedrijfsvoering. 18 aanbieders geven aan dat ze duidelijkheid en medewerking van zorgverzekeraars nodig hebben.

Negen zorgverzekeraars hebben specifieke administratieve afspraken gemaakt over de voorwaarden om z=p=r, t te gebruiken. Bij zes zorgverzekeraars moet een aanbieder het melden als hij z=p=r, t gaat hanteren. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat aanbieders in principe de vijf minuten registratie hanteren, tenzij een aanbieder aangeeft conform z=p=r, t te willen werken. Toch geeft 92% van de aanbieders aan dat ze niet geconfronteerd worden met aanvullende voorwaarden bij het gebruiken van z=p=r, t. 8% van de aanbieders geeft aan dat zij wel aanvullende voorwaarden krijgen: zij moeten het vooraf bij de zorgverzekeraar melden als ze deze registratiewijze willen gebruiken of ze krijgen aanvullende voorwaarden met betrekking tot het zorgplan opgelegd.

Geen enkele zorgverzekeraar maakt specifieke administratieve afspraken over een eventuele dubbele registratie (vijf minuten registratie naast z=p=r, t). Toch geeft bijna 6% van de aanbieders aan dat zij een dubbele registratie hanteren. We hebben niet helder wat de redenen van deze aanbieders hiervoor zijn. Het hanteren van een dubbele registratie is een onwenselijke situatie, die de administratieve lasten verzwaart in plaats van verlicht.

3.3.3 Innovatie en e-health

Bijna alle respondenten, zowel zorgverzekeraars als aanbieders, geven aan dat zij de inzet van e-health en technologische interventies stimuleren. Tien zorgverzekeraars hebben hier vragen over beantwoord.

Negen van deze zorgverzekeraars stimuleren de inzet van e-health en technologische interventies in hun contracteerbeleid 2020. De tiende zorgverzekeraar heeft dit onderwerp niet opgenomen in het contracteerbeleid 2020. Zij zien wel de meerwaarde van e-health, maar vinden dat e-health/technologise interventies zichzelf moeten terugbetalen.

Bij een kleine helft van de aanbieders (46%) is de inzet van e-health en technologische interventies onderwerp van gesprek met de dominante zorgverzekeraar. Bij de andere aanbieders (54%) is dat niet het geval. Dit beeld is bij alle zorgverzekeraars redelijk gelijk, behalve bij één van de kleinere zorgverzekeraars waar een veel kleiner gedeelte van de aanbieders (18%) aangeeft dat e-health en technologische interventies onderwerp van gesprek zijn. Verder valt op dat e-health en technologische interventies vaker onderwerp van gesprek zijn met de dominante zorgverzekeraar wanneer het een grotere aanbieder betreft.

Tabel 6: E-health als onderwerp van gesprek met dominante zorgverzekeraar naar omzetgrootte van aanbieders (N=240)

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	Totaal gemiddelde	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
E-health wel besproken met dominante verzekeraar	46%	22%	26%	63%	87%
E-health niet besproken met dominante verzekeraar	54%	78%	74%	37%	13%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

De negen zorgverzekeraars die innovatie stimuleren in hun contracteerbeleid 2020, maken hierover alle negen afspraken via de nieuwe prestatie thuiszorgtechnologie. Zeven van deze zorgverzekeraars maken daarnaast afspraken over dit onderwerp binnen het integrale tarief. Twee zorgverzekeraars maken hiervoor verder gebruik van de prestatie beloning op maat. Slechts bij een klein deel van de aanbieders (28%) wordt de inzet van e-health en technologische interventies ook daadwerkelijk vertaald in zulke concrete contractafspraken met de dominante zorgverzekeraar. Dit beeld wisselt erg per zorgverzekeraar, variërend van 9% tot 50% van de aanbieders die aangeeft dat er zulke afspraken gemaakt worden. Het beeld voor de vier grote zorgverzekeraars is redelijk gelijk. We zien dat er vaker concrete contractafspraken over de inzet van e-health en technologische interventies worden gemaakt naarmate het een grotere aanbieder betreft.

Tabel 7: Concrete contractafspraken over de inzet van e-health naar omzetgrootte van aanbieders (N=240)

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	Totaal gemiddelde	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
Wel concrete contractafspraken over de in-	28%	6%	12%	38%	68%

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	Totaal gemiddelde	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
inzet van e-health					
Geen concrete contractafspraken over de inzet van e-health	73%	94%	88%	62%	32%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

De afspraken die gemaakt worden zijn als volgt:

Tabel 8: Wijze waarop de inzet van e-health en technologische interventies vertaald wordt in concrete contractafspraken volgens aanbieders (N=66). Een enkele aanbieder kruiste meerdere antwoordopties aan

	Aantal aanbieders	%
Via de nieuwe prestatie thuiszorgtechnologie	57	86%
Via de prestatie beloning op maat	6	9%
Binnen het integrale tarief	5	8%

Bron: NZa

Bij de overige aanbieders (73%) worden er geen concrete contractafspraken gemaakt over de inzet van e-health en technologische interventies. De helft van deze aanbieders geeft hiervoor wisselende redenen. Zij geven vaak aan dat zij zich hiervoor te klein vinden of hier überhaupt nog niet aan toe zijn. Iets minder dan de helft van deze aanbieders (47%) geeft aan dat er geen gesprek plaatsvindt met de dominante zorgverzekeraar.

Drie zorgverzekeraars maken in specifieke gevallen shared savings afspraken, om de kosten en baten van de inzet e-health/technologise interventies te delen tussen zorgverzekeraar en aanbieder. 8% van de aanbieders geeft aan zulke shared savings afspraken te hebben met de dominante zorgverzekeraar.

33% van de aanbieders maakt afspraken met de dominante zorgverzekeraar over 'De Juiste Zorg Op De Juiste Plek'. De volgende voorbeelden worden hierbij genoemd: samenwerkingsafspraken met ziekenhuis en huisartsen, regionale organisatie van onplanbare nachtzorg en afspraken over doorstroming naar de Wlz. We zien niet dat er vaker afspraken gemaakt worden over 'De Juiste Zorg Op De Juiste Plek' naarmate het een grotere aanbieder betreft, behalve bij aanbieders in de hoogste omzetklasse. Die groep heeft gemiddeld twee keer zo vaak afspraken met de dominante zorgverzekeraar over dit onderwerp als kleinere aanbieders. De aanbieders (67%) die geen afspraken hebben met hun dominante zorgverzekeraar over 'De Juiste Zorg Op De Juiste Plek' noemen als redenen dat er geen gesprek plaatsvindt met de dominante zorgverzekeraar of dat dit geen onderwerp van gesprek is.

Tabel 9: Afspraken met de dominante zorgverzekeraar over 'De Juiste Zorg Op De Juiste Plek' naar omzetgrootte van aanbieders (N=240)

Omzetgrootte bij dominante verzekeraar	<= 100.000	100.000 <= 1.000.000	1.000.000 <= 10.000.000	> 10.000.000
Wel afspraken over JZOJP	33%	25%	32%	65%
Geen afspraken over JZOJP	67%	76%	68%	36%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

3.3.4 Bijcontracteren

Zorgverzekeraars gaan wisselend om met het opnemen van een doorleververplichting voor nieuwe cliënten in de contractvoorwaarden. Drie zorgverzekeraars hebben voor 2020 voor alle aanbieders deze doorleververplichting opgenomen. Twee zorgverzekeraars hebben voor een klein gedeelte (resp. 1% en 8%) van de door hen gecontracteerde aanbieders een doorleververplichting opgenomen. Zes zorgverzekeraars hebben voor geen enkele aanbieder een doorleververplichting opgenomen.

Van de acht zorgverzekeraars die helemaal niet of niet voor alle aanbieders een doorleververplichting hebben opgenomen, verlangen vier zorgverzekeraars dat een aanbieder hen op de hoogte brengt van een eventuele patiëntenstop en dat de aanbieder de betreffende verzekerde doorverwijst naar wachtlijstbemiddeling van de zorgverzekeraar. Alle vijf de zorgverzekeraars die deels of in het geheel een doorleververplichting opleggen, hanteren wel een omzetplafond voor de betreffende aanbieders, maar zij hebben onder voorwaarden de mogelijkheid tot bijcontractering.

Wanneer het gaat over de inhoud van de contracten wat betreft bijcontracteren, vindt het grootste gedeelte van de aanbieders (ruim 70%) dat de overeenkomst 2020 met de dominante zorgverzekeraar niet verbeterd is ten opzichte van 2019. Verder bevelen de landelijke vertegenwoordigers van de aanbieders ons aan om gericht signalenonderzoek te doen naar de hoogte van het geboden tarief voor additionele productie boven het afgesproken plafond. Dit tarief zou mogelijk niet kostendekkend zijn.

Tabel 10: Hoe verhoudt het contract 2020 zich volgens aanbieders t.o.v. het contract 2019 als het gaat over bijcontracteren? (N=240)

Onderwerp	Verbeterd	Niet verbeterd
Duidelijkheid waaraan een correcte en tijdige indiening van een verzoek tot bijcontracteren moet voldoen.	28%	72%
Duidelijkheid over de beslissingstermijn van de zorgverzekeraar m.b.t. het verzoek tot bijcontracteren.	23%	77%
Duidelijkheid over de doorleververplichting van zorg aan nieuwe cliënten zolang het ver-	28%	73%

Onderwerp	Verbeterd	Niet verbeterd
zoek tot bijcontracteren nog niet is afgehandeld.		

Bron: NZa

4 Verbeterthema's wijkverpleging

ActiZ, Zorgthuisnl, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland zijn in 2018 met elkaar vier verbeterthema's voor de contractering overeengekomen. Op deze verbeterthema's zijn bovendien vervolgspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 – 2022 (HLA 2.3: b, c, d, f en n). In de monitor bekijken wij de follow up naar 2020. 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. Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord die gaan over de OVA (HLA 3.1: biii).

4.1 Bestaande kwaliteitsparameters in contractering

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.

Net als vorig jaar declareren de meeste aanbieders volgens de doelgroepenregistratie. Zorgverzekeraars gebruiken de doelgroepenregistratie voornamelijk voor onderbouwing van het tarief, het maken van inhoudelijke afspraken en om aanbieders te benchmarken. Zorgverzekeraars spreken aanbieders aan die afwijken van hun benchmark en kunnen hier ook financiële gevolgen aan verbinden. Dit betreft bijvoorbeeld de hoogte van het tarief, het te contracteren volume en de beoordeling van een verzoek tot bijcontractering.

Net als vorig jaar delen alle zorgverzekeraars met een kernwerkgebied deze benchmarkinformatie met de aanbieders. Het betreft dan voornamelijk het aantal uren of kosten per gewogen verzekerde, in zorg bij de aanbieder. Net als vorig jaar doen zij dit vaker met de voor hen belangrijke spelers, in casus een beperkt aantal grote aanbieders. Wel geeft dit jaar 59% van de aanbieders aan dat zij benchmarkinformatie teruggekoppeld gekregen hebben van de dominante zorgverzekeraar. Vorig jaar was dat nog 49%. Van de aanbieders wie aangeven dat zij benchmarkinformatie teruggekoppeld hebben gekregen van de dominante zorgverzekeraar, zegt 33% doelmatig te werken, 28% gemiddeld en 17% ondoelmatig. Kleinere aanbieders scoren hierin niet persé ongunstiger dan grote.

Vorig jaar gaf 27% van de aanbieders aan niet te weten of hun dominante zorgverzekeraar hen doelmatig vindt of niet, nu is dit nog 22%. De grote aanbieders weten allen hun doelmatigheidsscore. Middelgrote en kleinere aanbieders zijn hiervan minder vaak op de hoogte.

4.1.2 Overige afspraken over doelmatigheid en kwaliteit

Ten opzichte van vorig jaar maakt een groter gedeelte van de aanbieders gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid met de dominante zorgverzekeraar, 55% tegen 46% van de geënquêteerde aanbieders. Het accent hierbij ligt nog steeds op doelmatigheid en niet op kwaliteit. Het betreft voornamelijk het (maximum) aantal geleverde uren en kosten per patiënt. Een aantal aanbieders ervaart deze afspraken als eenzijdig, door de zorgverzekeraar opgelegd. Zorgverzekeraars maken vaker afspraken over kwaliteit en doelmatigheid met grote aanbieders dan met kleine.

Tabel 11: Het aantal aanbieders dat gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid maakt met de dominante zorgverzekeraar (N=240)

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal aanbieders	% aanbieders met gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid
<= 100.000	18	17%
100.000 <= 1.000.000	110	41%
1.000.000 <= 10.000.000	81	77%

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal aanbieders	% aanbieders met gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid
> 10.000.000	31	68%
Totaal	240	55%

Bron: NZa

Aanbieders zouden hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar maken, zowel voor cliënten als voor zorgverzekeraars en gemeenten. Zorgverzekeraars eisen dan ook dat aanbieders een klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren en op hun website openbaar maken. 75% van de aanbieders zegt hiervoor de uitkomstenindicator PREM te gebruiken. 12% van de aanbieders doet dit middels een andere indicator of methode. Aanbieders noemen bijvoorbeeld eigen patiënttevredenheidsonderzoeken. De overige 13% van de aanbieders zegt hun kwaliteit en doelmatigheid niet zichtbaar te maken.

Bij ruim de meerderheid van de aanbieders 75%, is het kwaliteitskader wijkverpleging geen onderwerp van gesprek geweest met de dominante zorgverzekeraar. Wanneer het kwaliteitskader wijkverpleging wel een onderwerp van gesprek vormt, wordt er vaak besproken wat de aanbieder doet om aan dit kwaliteitskader te voldoen. Zorgverzekeraars bespreken het kwaliteitskader voornamelijk met grote aanbieders.

4.2 Kostprijsverhogende ontwikkeling in onderhandeling

4.2.1 Kostprijsverhogende ontwikkelingen in de lokale onderhandelingen

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. Ook aanbieders met kleinere aantallen verzekerden kregen hiertoe de gelegenheid, op eigen verzoek. Met hen verlopen de contacten veelal schriftelijk en telefonisch. Vorig jaar toonde hetzelfde beeld.

Tabel 12: Kostprijsverhogende ontwikkelingen in onderhandeling, die zorgverzekeraars benoemen (N=11)

Aantal zorgverzekeraars			
Besproken ontwikkelingen: o.a.	11	Contact hierover met kleine aanbieders via:	11
Loon- en prijsontwikkelingen, incl. de nieuwe cao voor VVT	11	Schriftelijk / e-mail	11
Historische prijsverschillen	11	Telefonisch	10
Productiviteit, doelmatigheid	10	Face-to-face (sporadisch)	5
Ziekteverzuim	8		
Reorganisatiekosten	6		
Volumeontwikkeling	6		

Aantal zorgverzekeraars			
Veranderingen in zorgzwaarte	5		
Effecten van zinnige zorg	4		

Bron: NZa

Kostprijsverhogende ontwikkelingen zijn volgens driekwart van de aanbieders niet aan de orde geweest in onderhandelingen met de dominante zorgverzekeraar. Hieraan ligt ten grondslag dat de contractering veelal digitaal gebeurt en daarbij geen onderhandeling plaatsvindt. Vorig jaar was dat nog krap 60%.

Aanbieders die kostprijsverhogende ontwikkelingen wél bespraken met de dominante zorgverzekeraar sneden een aantal onderwerpen aan die ook in het Hoofdlijnenakkoord worden genoemd. Vorig jaar hadden wij dit minder diepgaand onderzocht. Ook toen bleken de loon- en prijsontwikkelingen overigens het belangrijkste onderwerp.

Het beeld bij de contractering 2020 is als volgt.

Tabel 13: Kostprijsverhogende ontwikkelingen in onderhandeling, die aanbieders benoemen (N=240)

Aantal aanbieders		
Kostprijsverhogende ontwikkelingen niet aan de orde geweest	179	75%
Kostprijsverhogende ontwikkelingen wel aan de orde geweest, namelijk:	61	25%
Loon- en prijsontwikkelingen, incl. de nieuwe cao voor VVT	56	23%
Productiviteit, doelmatigheid	44	18%
Volumeontwikkeling	33	14%
Effecten van zinnige zorg	19	8%
Historische prijsverschillen	16	7%
Ziekteverzuim	14	6%

Bron: NZa

4.2.2 Informatie-uitwisseling van partijen over de tariefopbouw

In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 hebben landelijke partijen afgesproken dat in de lokale onderhandelingen de OVA volledig wordt doorvertaald in de contracttarieven. De Minister hecht aan de nakoming van deze afspraken door alle partijen. De landelijke partijen hebben geconcludeerd dat zij in de contractronde 2020 zekerheid willen hebben dat deze afspraak ook daadwerkelijk wordt nageleefd. Hiernaar hebben wij het veld gevraagd, de zorgverzekeraars tevens via een informatieverzoek.

Tabel 14: Aanbieders die zich door de dominante zorgverzekeraar geïnformeerd voelden over de tariefopbouw 2020 (N=240)

Aantal aanbieders		
Zag geen algemene uitleg van de dominante zorgverzekeraar	106	44%
Benoemt wél een algemene uitleg van de dominante zorgverzekeraar, namelijk per:	134	56%
Brief	72	30%
Mail	35	15%
(Inkoop)gesprek	25	10%
Website	13	5%
Contract / Zorginkoopdocumenten	9	4%
Telefonisch	8	3%

Bron: NZa

Tabel 15: Aanbieders die zich door de dominante zorgverzekeraar geïnformeerd voelden over de verwerking van de OVA (N=240)

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal	Zag de OVA duidelijk toegelicht	Betwist desondanks de berekeningswijze	Vroeg de verzekeraar om een nadere uitleg
<= 100.000	18	17%	6%	28%
100.000 <= 1.000.000	110	30%	5%	16%
1.000.000 <= 10.000.000	81	69%	20%	46%
> 10.000.000	31	97%	23%	68%
Totaal	240	51%	13%	34%

Bron: NZa

Bijna de helft van de aanbieders miste een toelichting van de dominante zorgverzekeraar over de verwerking van de OVA, of vond haar niet duidelijk genoeg, ook niet na een eventuele nadere uitleg van de zorgverzekeraar. Van de aanbieders die de toelichting over de verwerking van de OVA wel duidelijk genoeg vonden, betwistte een kwart de juistheid van de berekening.

Kleinere aanbieders voelden zich slechter geïnformeerd over de OVA dan de grotere, maar trekken ook minder snel bij de zorgverzekeraar aan de bel. De ervaringen van de aanbieders bij een nadere uitleg van de zorgverzekeraar zijn sterk wisselend. We zien een tendens dat grotere aanbieders met de uitleg iets tevredener zijn dan de kleinere, en de uitleg van grotere zorgverzekeraars iets beter lijkt te voldoen.

4.2.3 De verwerking van de OVA in het contracttarief

Uit ons informatieverzoek naar de verwerking van de indexatie van de materiële kosten en de OVA in de tarieven 2020 blijkt het volgende:

- alle zorgverzekeraars hebben het voorlopige OVA percentage van 2,52% verwerkt in de tarieven 2020;

- de OVA 2019 pakt in het tarief 2020 voor veel aanbieders hoger uit, omdat veel zorgverzekeraars hebben afgezien van de nacalculatie op het voorlopige OVA-percentage 2019 van 4,08% naar het definitieve OVA-percentage 2019 van 3,42%;
- vier zorgverzekeraars corrigeren de tarieven van (een deel van) de gecontracteerde aanbieders volgens hun inkoopmethodiek sterker voor doelmatigheid dan in voorgaande jaren. Twee van hen doen dit via een generieke korting. De twee anderen doen dit via een getrapte korting naar gelang de aanbieder slechter scoort op hun benchmark. Of de overige zorgverzekeraars dit ook doen – via individuele tariefaanpassingen – was geen onderwerp van ons informatieverzoek.

4.3 Financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken en gespecialiseerde verpleging

Partijen erkennen het belang van de continuïteit van de infrastructurele voorzieningen, onder andere voor onplanbare zorg. Landelijke partijen hebben hierover afspraken gemaakt in hun gezamenlijke kader voor toekomstbestendige wijkverpleging van 24 juli 2019. 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, 1ste en 2de 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.

4.3.1 Afspraken over de beschikbaarheidsfunctie van onplanbare nachtzorg

18% van de aanbieders ervaart dat de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg beter georganiseerd is in de regio dan vorig jaar: meer samenwerking en inhoudelijk betere afspraken. Focussen we verder op de onplanbare nachtzorg, dan zien we het volgende.

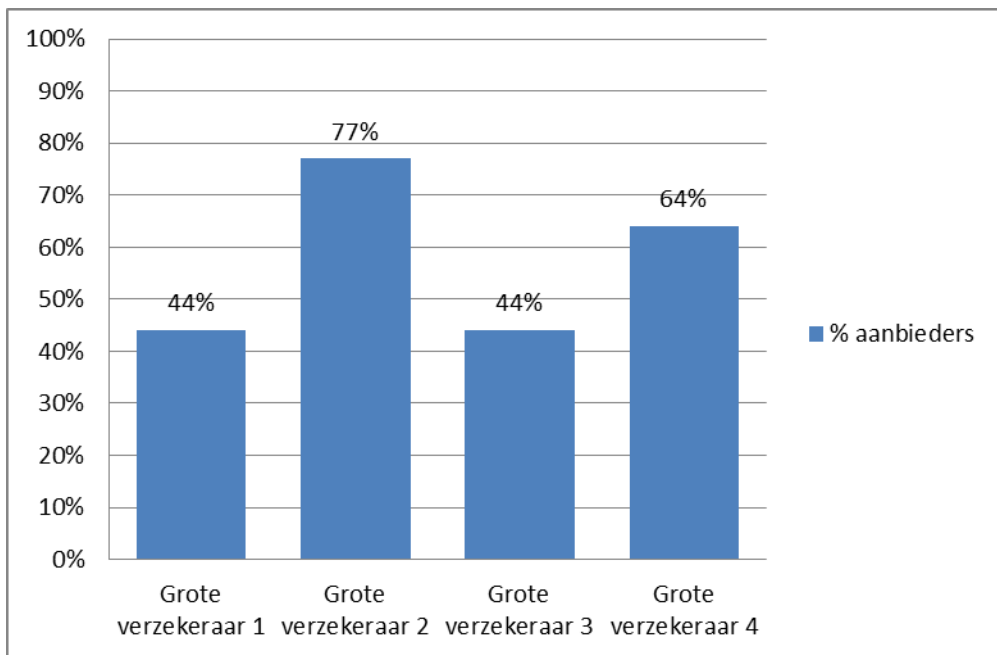
Drie zorgverzekeraars zeggen dat ze per 1 januari 2020 de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg gecontracteerd hebben met alle relevante aanbieders in hun regio. Twee zorgverzekeraars met een kernwerkgebied hebben de onplanbare nachtzorg in een deel van het kernwerkgebied gerealiseerd; nog eens drie zijn met de voorbereidingen hiervoor begonnen. De resterende drie zorgverzekeraars hebben geen kernwerkgebied. Alle zorgverzekeraars zeggen ernaar te streven om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van onplanbare nachtzorg bij de aanbieders te contracteren die hiervoor door de regie-voerende zorgverzekeraar zijn aangewezen en hier dus congruent gedrag in te vertonen.

Zeven van de acht zorgverzekeraars met een kernwerkgebied zeggen ook tegen belemmeringen aan te lopen bij de contractering van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg, met name:

- gedeelde toegang tot de woning en cliëntgegevens van andere zorgorganisaties voor wie de aanbieder van nachtzorg de bereikbaarheid organiseert;
- het op één lijn krijgen van de aanbieders. Niet alle aanbieders zijn bezig met de onplanbare nachtzorg en het levert ook discussies over financiële verwerking van de afspraken tussen de aanbieders.

In totaal zegt 28% van de geënquêteerde aanbieders vanaf 1 januari 2020 met alle aanbieders in hun regio gezamenlijke afspraken te hebben over onplanbare nachtzorg. Dit percentage varieert niet sterk met de grootte van de aanbieder. Voor de grote zorgverzekeraars varieert dit percentage van circa 20% tot 40% van de aanbieders. Iets minder dan de helft van de aanbieders met afspraken over onplanbare nachtzorg vindt deze afspraken niet kostendekkend. Voor de grote zorgverzekeraars varieert dit van een kwart tot méér dan de helft van de betreffende aanbieders.

Figuur 14: Percentage aanbieders voor wie de afspraken over onplanbare nachtzorg kostendekkend zijn (N=68)



Bron: NZa

De overige 72% van de geënquêteerde aanbieders heeft dus aangegeven, nog geen gezamenlijke afspraken met alle aanbieders in hun regio te hebben over onplanbare nachtzorg. Iets meer dan de helft hiervan is al wel begonnen met de voorbereidingen voor de regionale organisatie van onplanbare nachtzorg en verwacht deze meestal nog in 2020 af te ronden. De andere helft ondervindt hiervoor nog te grote belemmeringen. Zij merken dat er voornamelijk afspraken gemaakt worden met de grootste aanbieders van de regio en vinden weinig aansluiting bij andere aanbieders in de regio.

4.3.2 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.

De meerderheid van de zorgverzekeraars, zeven zorgverzekeraars, maken in 2020 afspraken over wijkgericht werken. Deze afspraken gaan voornamelijk over het sociale domein, de 1ste lijn en de regiefunctie wijkverpleegkundige met betrekking tot mantelzorgers. Daarnaast ook over de 2de lijn en over gespecialiseerde zorg. Dit is geen verandering ten opzichte van vorig jaar. Verder geven acht zorgverzekeraars aan ernaar te streven de regiefunctie voor wijkgericht werken bij aanbieders te contracteren die voor deze non-concurrentiële taak door de regionale marktleider zijn aangewezen. Dit zijn zowel zorgverzekeraars met als zonder een eigen kernwerkgebied.

Van de geënquêteerde aanbieders geeft 30% aan in 2020 afspraken te maken over wijkgericht werken. Hier is een kleine daling te zien ten opzichte van vorig jaar, toen dit nog een percentage van 34% was. Bij de grote zorgverzekeraars varieert dit percentage van 13% tot 42% van de aanbieders. De afspraken worden vooral met de grote aanbieders gemaakt. Aanbieders noemen hier dezelfde onderwerpen als de zorgverzekeraars.

Tabel 16: Het aantal aanbieders dat gerichte afspraken over wijkgericht werken maakt met de dominante zorgverzekeraar respectievelijk een compensatie (N=240)

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal aanbieders	% aanbieders met afspraken over wijkgericht werken	% aanbieders die zich hiervoor financieel gecompenseerd voelt
<= 100.000	18	11%	0%

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal aanbieders	% aanbieders met afspraken over wijkgericht werken	% aanbieders die zich hiervoor financieel gecompenseerd voelt
100.000 <= 1.000.000	110	12%	5%
1.000.000 <= 10.000.000	81	40%	28%
> 10.000.000	31	84%	71%
Totaal	240	30%	21%

Bron: NZa

21% (vorig jaar 26%) van de aanbieders zegt een compensatie te hebben gekregen in het tarief voor niet cliëntgebonden activiteiten binnen wijkgericht werken. Hier is ook te zien dat de afspraken niet alleen vaker met de grote aanbieders gemaakt worden, maar deze afspraken van grote aanbieders ook vaker financieel gedekt worden.

Slechts 8% van alle geënquêteerde aanbieders zegt überhaupt op de hoogte te zijn van nadere samenwerking voor de wijkgerichte preventie tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ook grote aanbieders zijn hier nauwelijks mee bekend. Vorig jaar zei nog 14% van alle geënquêteerde aanbieders op de hoogte te zijn van dergelijke afspraken.

4.3.3 Afspraken over gespecialiseerde verpleging

Partijen benadrukken het belang van gespecialiseerde verpleging en spraken af om de continuïteit van gespecialiseerde verpleging te borgen.

Aan de zorgverzekeraars is gevraagd of zij in het inkoopbeleid 2020 ter ondervanging van het (dreigende) personeelstekort nog stappen hebben gezet in een verdere regionale samenwerking, specialisatie, kwaliteitsverbetering en concentratie van schaarste expertise en anderszins, voor: palliatieve terminale zorg (PTZ), verpleging en verzorging van kinderen (MKZ), casemanagement dementie (CMD) en specialistische verpleging thuis. Aan de aanbieders is gevraagd of zij met de dominante zorgverzekeraar specifieke afspraken gemaakt hebben over kwalitatief goede zorg aan deze kwetsbare groepen en de beloning hiervan. Hieruit blijkt dat deze afspraken niet standaard gemaakt worden met de dominante zorgverzekeraar. Echter, ook niet alle aanbieders leveren deze specifieke zorgvormen.

In de PTZ zeggen drie zorgverzekeraars stappen te hebben gezet. Bijvoorbeeld om meer duidelijkheid te verkrijgen in hospicezorg onder aanspraak wijkverpleging versus eerstelijnsverblijf. 44% van de aanbieders zegt met de dominante zorgverzekeraar afspraken te maken over PTZ. Het percentage aanbieders dat over PTZ afspraken maakt verschilt niet sterk per (grote) dominante zorgverzekeraar. Wel neemt dit sterk toe met de grootte van de aanbieder.

In de MKZ zeggen eveneens drie zorgverzekeraars wijzigingen aangebracht te hebben in het inkoopbeleid 2020. Hier wordt genoemd het contracteren van meer aanbieders medische kindzorg of het contracteren tegen een hoger tarief; andere zorgverzekeraars zeggen hier ook geen zorgplichtissues te ervaren. 8% van de aanbieders zeggen over deze specialistische functie afspraken te maken met de dominante zorgverzekeraar.

Twee zorgverzekeraars hebben in CMD regionaal stappen gezet via aparte afspraken over knelpunten en financiering. 34% van de aanbieders zegt over CMD afspraken te maken met hun dominante zorgverzekeraar. Het percentage aanbieders dat over CMD afspraken maakt verschilt niet sterk per (grote) dominante zorgverzekeraar. Wel neemt dit sterk toe met de grootte van de aanbieder.

Tenslotte hebben drie zorgverzekeraars wijzigingen aangebracht in het inkoopbeleid 2020 wat betreft specialistische verpleging thuis. Zo zijn bijvoorbeeld tarieven verhoogd bij een gewijzigde casemix. Bij de aanbieders is terug te zien dat 24% van de aanbieders met de dominante zorgverzekeraar afspraken maakt over gespecialiseerde verpleging thuis. Het percentage aanbieders dat over specialistische verpleging

afspraken maakt per (grote) dominante zorgverzekeraar wijkt hier nauwelijks van af. Wel neemt dit sterk toe met de grootte van de aanbieder.

4.4 Verbeteren relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars

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.

4.4.1 Bereikbaarheid en contact over de contractering

Zorgverzekeraars hebben de bereikbaarheid gedurende de contractering over het algemeen niet anders ingericht ten opzichte van 2019. Eén zorgverzekeraar geeft aan sinds dit jaar alle wijkverpleging zelf in te kopen en dus ook in 2020 hiervoor volledig bereikbaar te zijn. Verder geven zorgverzekeraars aan in 2019 overwegend contact te hebben gehad met 38% van hun aanbieders via zorginkoopportaal VECOZO, met 35% middels e-mail, met 15% telefonisch en met de resterende 12% van de aanbieders overwegend via Face-to-face. Zorgverzekeraars vermelden geen andere vormen waarop overwegend contact plaatsvindt.

Aanbieders hadden de mogelijkheid meerdere vormen van contact te vermelden en benoemden het vaakst e-mail als overwegend contactmiddel met de dominante zorgverzekeraar. Ook gebruiken aanbieders communicatiemiddelen als WhatsApp en contact via het eigen zorgverlenersportaal van Zilveren Kruis. De percentages komen sterk overeen met vorig jaar.

Tabel 17: Manieren van overwegend contact met dominante zorgverzekeraar, die aanbieders benoemen (N=240)

Overwegend contact met zorgverzekeraars, middels:	2019	2020
E-mail	80%	79%
Telefonisch	47%	48%
Face-to-face	37%	43%
VECOZO	42%	40%
Anders	7%	6%

Bron: NZa

4.4.2 Afspraken informatiebijeenkomsten in de regio

Vijf zorgverzekeraars nemen zich voor in 2020 informatiebijeenkomsten te organiseren met het zorgaanbod over de contractering, anders dan via het periodieke overleg met de individuele aanbieder. Vorig jaar zeiden vier zorgverzekeraars regiobijeenkomsten te organiseren. Ook geven drie zorgverzekeraars aan dat zij in 2019 zelf uitgenodigd zijn op regionale bijeenkomsten van aanbieders over onderwerpen die het contracteerbeleid 2020 aangingen.

Een groot deel van de aanbieders geeft wederom aan deze bijeenkomsten erg nuttig en informatief te ervaren. Ook geven een aantal aanbieders nog steeds aan de bijeenkomsten te algemeen te vinden en weinig ruimte voor inspraak te zien. Het percentage aanbieders dat aangeeft dat er in de regio overleggen worden georganiseerd tussen aanbieders en dominante zorgverzekeraars is wel gestegen, van vorig jaar 44% naar nu 53%. Ook zien we dat grote aanbieders vaker bekend zijn met regio overleggen georganiseerd tussen aanbieders en dominante zorgverzekeraars dan kleine aanbieders.

Naast regiobijeenkomsten met aanbieders over de contractering, zien we ook dat zorgverzekeraars net als in 2019 van plan zijn om andere informatiebijeenkomsten te organiseren met aanbieders.

Bijvoorbeeld bijeenkomsten over specifieke onderwerpen (juiste zorg op de juiste plaats, e-health, innovaties), bijeenkomsten met regionale organisaties van verplegenden en bijeenkomsten, panels of klankbordgroepen met verplegenden en verzorgenden.

4.4.3 Beperking van de administratieve lasten voor aanbieders

Vorig jaar werd geconcludeerd dat alle zorgverzekeraars met elkaar in gesprek zijn over het beperken van de administratieve lasten voor aanbieders. Dit jaar zeggen vijf zorgverzekeraars dat zij bij andere zorgverzekeraars een verdere uniformering van contractvoorwaarden aankaarten, voornamelijk over minimumeisen en administratieve bepalingen. Toch ervaart nog altijd meer dan de helft (65% versus 75% in 2019) van de aanbieders hier niets of nauwelijks iets van. Bovendien zijn er nog steeds aanbieders (16% versus 11% in 2019) die juist meer diversiteit ervaren in de contractvoorwaarden. Slechts (9% versus 14% in 2019) zegt iets van de verdergaande uniformering van de contractvoorwaarden te merken. Deze aanbieders vinden de afwijkingen in de inkoopvoorwaarden van de verschillende zorgverzekeraars niet groot.

5 Stimuleren van contractering

Partijen spraken in het Hoofdlijnenakkoord (HLA 2.3: t, u, x en y) de ambitie uit om de ongecontracteerde zorg terug te dringen. Ook wij zien in afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders een voorwaarde voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt zijn deze nog belangrijker, omdat ongecontracteerde wijkverpleging onverminderd lijkt te leiden tot een ondoelmatige personeelsinzet.

Volgens Vektis-data stijgt het omzetaandeel niet gecontracteerde wijkverpleging van 4,3% in 2016 naar 9,0% in 2018. Vervolgonderzoek van Vektis ziet een daling naar 7,4% in het eerste kwartaal van 2019, vooral door de afname van het aantal zorguren per cliënt per maand.

Zorgverzekeraars kunnen de ongecontracteerde zorg langs twee wegen terugdringen. Enerzijds kunnen zij ongecontracteerde zorg zoveel mogelijk ontmoedigen (5.1) Anderzijds kunnen zij het contracteerproces bevorderen (5.2).

5.1 Tegengaan ongecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars onderkennen dat ongecontracteerde zorg voor de patiënt prettig kan zijn. De ongecontracteerde aanbieder werkt vaak zonder stops noch wachtlijsten en beperkt het aantal zorguren mogelijk minder snel. Ook kan hij marktverhoudingen doorbreken.

Zorgverzekeraars zien echter ook dat de ongecontracteerde aanbieder onevenredig veel uren zorg verleent die kwalitatief niet altijd op orde is en niet goed aansluit op de rest van de zorgketen. Ook adviseert deze aanbieder de verzekerde soms om over te stappen op een restitutiepolis, zodat zorgverzekeraars volledig moeten vergoeden. Zorgverzekeraars werpen de hieronder genoemde barrières op om ongecontracteerde zorg tegen te gaan.

5.1.1 Cessieverbod en weigeren van de betaalovereenkomst

Via een cessie-overeenkomst met de patiënt kan de (ongecontracteerde) aanbieder zelf bij de zorgverzekeraar de verleende zorg op papier declareren. Via een betaalovereenkomst met de zorgverzekeraar kan hij dit elektronisch doen, 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.

Zeven zorgverzekeraars hadden de cessie al vóór 2020 verboden in hun polisvoorwaarden. Twee zorgverzekeraars doen dit vanaf 2020 in tenminste een deel van hun polissen. Aan deze zorgverzekeraars kan de ongecontracteerde aanbieder dus niet meer op papier declareren.

Tabel 18: Cessieverbod door zorgverzekeraars bij ongecontracteerde zorg in (N=12)

Toepassing van cessieverbod	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Alle gevoerde polissen	8	7
In deel van de polissen	1	0
Hanteert geen cessieverbod	3	5

Bron: NZa

Tien van de elf op dit punt onderzochte zorgverzekeraars verlenen in het algemeen de ongecontracteerde aanbieder geen betaalovereenkomst meer. Deze aanbieder kan hierdoor in 2020 niet meer elektronisch declareren.

Tabel 19: Betaalovereenkomsten verleend door zorgverzekeraars aan ongecontracteerde zorg (N=11)

Verleent in 2020 nog betaalovereenkomst	Zorgverzekeraars Aantal in 2020
Nee, niet aan ongecontracteerde aanbieders	8
Nee, met uitzondering van ongecontracteerde aanbieders waarmee al langer betaalrelaties bestaan	2
Ja	1

Bron: NZa

5.1.2 Beperking van de vergoeding van ongecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars beperken op hun naturapolissen de vergoeding van ongecontracteerde zorg, meestal tot zo'n 70% á 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Het beeld is vrijwel identiek aan de vorige monitor.

5.1.3 Hanteren van een machtiging voor ongecontracteerde zorg

Hierbij moeten verzekerden aan hun zorgverzekeraar toestemming vragen vóóordat 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.

Tabel 20: Machtiging door zorgverzekeraars van ongecontracteerde zorg (N=11)

Toepassing van machtiging voor verzekerden die in 2020 gebruik (willen) maken van ongecontracteerde zorg	Zorgverzekeraars Aantal in 2020
Ja	8
Ja, uitgezonderd verzekerden, bij ongecontracteerde aanbieder in zorg die in 2019 wél gecontracteerd was	2
Nee	1

Bron: NZa

Eén 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. Net als in 2019 maken tien zorgverzekeraars gebruik van de machtiging.

5.2 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 4 al aan de orde zijn geweest, maar ook (andere) stappen ter verbetering van het contracteerklimaat. Wij onderzochten de inkoopdocumenten van 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.

5.2.1 Meerjarenafspraken

Meerjarenafspraken kunnen aanbieders rust en ruimte bieden voor investeringen in innovaties, technologie, kwaliteit en opleidingsbeleid en worden steeds meer toegepast. Zes van de zeven onderzochte zorgverzekeraars maken tenminste met een deel van de aanbieders meerjarenafspraken. Drie van hen doen dit bij voorkeur met allemaal. In 2019 waren dit er nog twee.

Tabel 21: Algemeen beleid van zorgverzekeraars voor meerjarenovereenkomsten (N=7)

Inzet van meerjarenovereenkomst	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Meerjarenovereenkomst breed uitgezet bij gecontracteerde aanbieders	3	2
Selectief, voor doelmatigheidsdoelstellingen	2	3
Selectief, voor samenwerkingsrelatie - Wmo	1	1
Sluit geen meerjarenovereenkomsten	1	1

Bron: NZa

5.2.2 Beloning van aanbieders die aantoonbaar kwaliteit leveren

In 2019 zijn drie uitkomstindicatoren van het kwaliteitskader voor het eerst gemeten, waarvan de laatste twee nog in de pilotfase zijn: cliënttevredenheid (PREM), kwetsbaarheid en ongeplande ziekenhuisbezoeken. Drie van de zeven onderzochte zorgverzekeraars geven in hun inkoopdocumenten aan dat zij de uitkomsten zo mogelijk zullen inzetten als een eerste spiegelinformatie voor 2020.

5.2.3 Contractering van nieuwe aanbieders

Vier van de zeven onderzochte zorgverzekeraars bieden nieuwe aanbieders de mogelijkheid om zich het hele jaar door in te schrijven. In 2019 waren dit er nog drie. De meeste zorgverzekeraars werpen echter ook één of meer drempels op. Ze willen betrouwbare, ervaren aanbieders en versnippering van het zorgaanbod zoveel mogelijk voorkomen.

Tabel 22: Specifieke inkoop-eisen nieuwe aanbieders (N=7)

Extra eisen van zorgverzekeraar aan nieuwe aanbieder	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Moet onderscheidend aanbod hebben	3	2
Moet al een minimumomzet realiseren	2	3
Moet voldoen aan extra solvabiliteitseisen	1	1

Extra eisen van zorgverzekeraar aan nieuwe aanbieder	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Gebonden aan beperkte maximumomzet	2	2

Bron: NZa

5.2.4 Contractering van zzp'ers

Eénpitter-zzp'ers worden net als vorig jaar door drie zorgverzekeraars niet gecontracteerd. Wel accepteren deze zorgverzekeraars zzp'ers, die aangesloten zijn bij een samenwerkingsverband of coöperatie. De vier overige zorgverzekeraars accepteren wel éénpitters, mits de kwaliteit en de beschikbaarheid voor de verzekerde geborgd is.

5.2.5 Transparantie van criteria waarop nieuwe aanbieders worden geweigerd

Net als vorig jaar zijn de inkoopdocumenten van de zeven onderzochte zorgverzekeraars duidelijk over de voorwaarden en beperkingen waarop nieuwe aanbieders worden gecontracteerd. Uitsluitingsgronden voor aanbieders zijn onder meer fraude-issues, een verleden van financiële of bestuurlijke instabiliteit, rechterlijke uitspraken en kwaliteits-issues.

5.2.6 Vereenvoudiging van het contracteerproces

Drie van de onderzochte zorgverzekeraars hanteren standaard een tweejarige overeenkomst. Een van hen volgt net als vorig jaar onder voorwaarden de afspraken over sociale infrastructuur en regionale beschikbaarheid, die de aanbieder met de dominante zorgverzekeraar maakt. Een bredere toepassing van een dergelijk volgebeleid door andere zorgverzekeraars zien we niet, behalve de afspraken die zij rond de onplanbare nachtzorg hebben gemaakt.

Vorig jaar toonden zorgverzekeraars zich in principe bereid om hun algemene inkoopvoorwaarden en uitsluitingscriteria te uniformeren. Wij hebben echter geen signalen dat de wens tot een dergelijke uniformering bij de aanbieders breed leeft, behoudens bij een beperkt aantal voorwaarden.

5.2.7 Patiëntinformatie op de website van zorgverzekeraars over gecontracteerde en ongecontracteerde zorg

De websites van de zeven onderzochte zorgverzekeraars gaven tijdens de overstapperiode een actueel overzicht van het gecontracteerde zorgaanbod. Slechts drie van hen gaan nader in op de voordelen van gecontracteerde zorg voor kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg en/of de vergoeding. Wel informeren zij de verzekerde allen over de mogelijke financiële nadelen van ongecontracteerde zorg: een eventuele vergoedingsbeperking en het moeten voorschieten van de rekening. Het beeld is hetzelfde als vorig jaar.

Tabel 23: Patiëntinformatie op de website (N=7)

Informatie van de zorgverzekeraar over gecontracteerde / ongecontracteerde zorg	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Actueel overzicht van gecontracteerd aanbod	7	7
Voordelen van gecontracteerde zorg	3	3
Financiële nadelen van ongecontracteerde zorg	7	7

Informatie van de zorgverzekeraar over gecontracteerde / ongecontracteerde zorg	Zorgverzekeraars Aantal in 2020	Zorgverzekeraars Aantal in 2019
Overige nadelen van ongecontracteerde zorg	1	1

Bron: NZa

5.2.8 Patiëntinformatie van (deels) ongecontracteerde aanbieders over de gevolgen van ongecontracteerde zorg

Bijna een derde van de onderzochte aanbieders heeft bewust met (een of meer) zorgverzekeraars geen contract 2020 afgesloten. Veel van deze aanbieders, zowel grote als kleine, informeren ook zelf de cliënt over een of meerdere consequenties van ongecontracteerde zorg, als deze laat weten van hun diensten gebruik te willen maken. Alle partijen hebben hier ook belang bij.

Tabel 24: Patiëntinformatie van (deels) ongecontracteerde aanbieders over de gevolgen van ongecontracteerde zorg (N=77)

Aandeel aanbieders van (deels) ongecontracteerde zorg					
Informeert de zorgvragers niet 17 22%					
Informeert de zorgvragers wel. WAAR-OVER?	60	78%	Informeert de zorgvragers wel. HOE?	60	78%
Vergoedingsbeperking	39	65%	Wijkverpleegkundige	46	77%
Machtigingsbeleid	32	53%	Brief	15	25%
Overstap zorgverzekering	31	52%	Website	14	23%
Voorschieten rekening	30	50%	Cliëntenservice	10	17%
Verwijst cliënt naar elders	10	17%	Ander personeel	5	8%

Bron: NZa

5.2.9 Kennisachterstand kleine aanbieders

Bij de informatievoorziening over de OVA blijkt net als vorig jaar dat bij de kleine aanbieders een duidelijke kennisachterstand bestaat over de contractering. Een zaak voor zowel zorgverzekeraars als aanbieders.

Wij constateerden dat informatiebijeenkomsten voor (aspirant) aanbieders en een goede benaderbaarheid van de zorgverzekeraar deze kennispositie zouden kunnen verbeteren. Tegelijkertijd kunnen kleine aanbieders, met name zzp'ers, ook zelf onderlinge afspraken maken over indicatiestelling, achtervang, opleidingsniveau en ondersteuning bij de zorgverkoop en de declaratie.

5.2.10 Tijdig retourneren van de overeenkomst

Zorgverzekeraars vinden dat aanbieders de contracten tijdig ondertekend terug moeten sturen, wil de zorginkoop goed verlopen. We zagen in hoofdstuk 3 dat 32% van de aanbieders dit niet altijd doet. In de vorige monitor was dat nog 27%.

6 Conclusies en aanbevelingen

Centraal in deze monitor staan de procesmatige en de inhoudelijke afspraken die partijen hebben gemaakt over de contractering in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 tot en met 2022. Deze afspraken hebben tot doel om de betaalbaarheid, kwaliteit en de toegankelijkheid van de wijkverpleging nu en in de toekomst te waarborgen. Hiervan maken tevens deel uit de afspraken over e-health, nieuwe technologie en de verwerking van de OVA in de tarieven. De NZa monitort de opvolging en voortgang van deze afspraken jaarlijks.

6.1 Conclusies

6.1.1 Proces

In het Hoofdlijnenakkoord zijn verschillende afspraken gemaakt over het contracteringsproces. Deze betreffen het investeren in een betere relatie (2.3:b-d), het contact tussen partijen over de contractering voorafgaande aan het contractjaar (2.3:k en l), het contact tussen tijdens het contractjaar (2.3:p, q en r), het verbeteren van de informatie aan de cliënt (2.3: t en u) en het verminderen van de omvang van niet-gecontracteerde zorg (2.3:y).

Investeren in een betere relatie (2.3: b-d)

In hoofdstuk vier komt naar voren dat de stijgende lijn van meer face-to-face contact tussen aanbieders en zorgverzekeraars lijkt door te zetten. Een groter percentage aanbieders geeft aan overwegend face-to-face contact te hebben met zorgverzekeraars. Een deel van de zorgverzekeraars – met name de grotere – steken veel energie in regio-overleggen en andersoortige informatiebijeenkomsten met aanbieders en zorgverleners. Ze doen dit echter niet allemaal, terwijl een groot deel van de aanbieders deze bijeenkomsten nog steeds erg nuttig vindt.

Net als vorig jaar zien wij een zekere informatieachterstand bij kleinere aanbieders. Het is begrijpelijk dat de zorgverzekeraar de contractering met kleine aanbieders digitaal afdoet. Duidelijk is echter, dat hij met informatiebijeenkomsten dit kennishiaat kan verminderen. Kleinere aanbieders kunnen hieraan ook zelf wat doen. Zoals vorig jaar adviseren wij hen om hiervoor de samenwerking te zoeken.

Contact over de contractering voorafgaande aan het contractjaar (2.3: k en l)

De aanbieders ervaren de verdere uniformering van de contractvoorwaarden niet of nauwelijks. Ook zien we dat zorgverzekeraars verschillen in de mate waarin ze nieuwe aanbieders contracteren. Zij vermelden hun weigeringsgronden bij de contractering wél duidelijk. In hoofdstuk drie zien we hoe dan ook dat voor het eerst sinds 2017 meer dan de helft van de aanbieders tevreden is over het contracteerproces. Net als vorig jaar blijken kleine aanbieders minder goed op de hoogte van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, maar vragen hem ook minder vaak om toelichting. Verder zien wij nog steeds, dat aanbieders hun zorgovereenkomst niet altijd tijdig ondertekend aan de zorgverzekeraar retourneren.

Contact tijdens het contractjaar (2.3: p, q en r)

Over het contact tijdens het contractjaar zijn zowel zorgverzekeraars als aanbieders blijkens hoofdstuk twee tevredener dan vorig jaar. 70% van de aanbieders vindt desondanks dat de overeenkomst niet duidelijker is geworden ten opzichte van 2019 over de bijcontractering en de doorleververplichting. Zorgverzekeraars gaan wisselend om met het opnemen van een doorleververplichting bij het bereiken van een budgetplafond voor nieuwe cliënten in de contractvoorwaarden. Het aantal aanbieders dat tijdens het jaar een verzoek indient tot bijcontractering daalt overigens.

De patiëntenstops wegens budgetplafonds en capaciteitstekorten doen zich onverminderd voor. Stops vanwege personeelstekorten worden vaker meermaals per jaar ingesteld. Het is duidelijk dat de personeelsproblematiek toeneemt en dit de toegankelijkheid van de wijkverpleging verder onder druk zet. Ook zien wij nog steeds dat zorgverzekeraars hun voorwaarden voor bijcontractering beter moeten toelichten. Dit laat onverlet dat aanbieders hun bijcontracteringsverzoeken goed moeten onderbouwen en eventuele patiëntenstops tijdig aan de zorgverzekeraar moeten melden.

Verminderen van de omvang van niet-gecontracteerde zorg (2.3:y)

In hoofdstuk vijf zien wij dat de zorgverzekeraars de maatregelen doortrekken, die zij vorig jaar hebben genomen om ongecontracteerde zorg te verminderen. Zorgverzekeraars hanteren hierbij het cessieverbod en de machtiging. Ook sluiten zij meestal geen betaalovereenkomsten meer met aanbieders, waarmee zij geen contract hebben. Dit is relevant omdat ongecontracteerde zorg gepaard gaat met relatief hoge kosten per cliënt. Een recent verschenen onderzoek van Vektis naar de omvang van ongecontracteerde zorg geeft ons een eerste indruk dat de zorgverzekeraars met deze maatregelen, met name de machtiging, erin slagen om de ongecontracteerde zorg daadwerkelijk terug te dringen.

Verbeteren van de informatie aan de cliënt (2.3: t en u)

Tot slot zien wij in hoofdstuk vijf dat aanbieders, zowel grote als kleine, cliënten wijzen op de mogelijke consequenties als zij van ongecontracteerde zorg gebruik willen maken. Wij constateren dat zorgverzekeraars, net als vorig jaar, op hun websites de voordelen van gecontracteerde en de nadelen van ongecontracteerde zorg voor de verzekerde duidelijker naar voren kunnen brengen.

6.1.2 Inhoud

Naast procesmatige bevat het Hoofdlijnenakkoord ook inhoudelijke afspraken over de contractering. Zo betreffen deze het gebruik van bestaande kwaliteitsparameters (2.3:b-a en n), de kostprijsverhogende ontwikkelingen (2.3:b-b en 3.1: b-iii) en de financiering van infrastructurele voorzieningen, wijkgericht werken en specialistische verpleging (2.3:b-c en f). Verder zijn er afspraken gemaakt over e-health en technologie (2.7: iv). Meerjarencontracten zouden hierbij behulpzaam kunnen zijn (2.3:e en 2.7: vii). Naast deze afspraken zijn er afspraken gemaakt over de wijze van het verantwoorden van de zorg (z=p=r, t).

Bestaande en nieuwe kwaliteitsparameters (2.3:b-a en n)

De zorgverzekeraars bespreken weliswaar het nieuwe kwaliteitskader wijkverpleging met grote aanbieders, maar met het grootste deel van de aanbieders gebeurt dat niet. De consequenties van dit nieuwe kwaliteitskader lijken hoe dan ook bij een groot deel van het veld niet duidelijk. Wij hadden, ook in deze voorbereidende fase, al meer voortgang verwacht. We zien verder in hoofdstuk vier dat ten opzichte van de vorige monitors meer aanbieders inhoudelijke afspraken maken over de doelmatigheid met de dominante zorgverzekeraar. Het accent ligt nog sterk op de kosten en de betaalbaarheid en onvoldoende op kwaliteit.

Kostprijsverhogende ontwikkelingen (2.3:b-b en 3.1: b-iii)

In hoofdstuk vier zien we verder dat alle zorgverzekeraars met aanbieders spreken over kostprijsverhogende ontwikkelingen. Slechts een kwart van de aanbieders zegt hierover daadwerkelijk te hebben onderhandeld. Verder miste de helft van de aanbieders een toelichting van de dominante zorgverzekeraar over de verwerking van de OVA, of vond haar niet duidelijk genoeg. Dat geldt in grotere mate voor de kleine aanbieders. Daar staat tegenover dat kleine aanbieders de zorgverzekeraar ook veel minder vaak om een nadere uitleg vragen. Eén derde van de aanbieders (groot en klein) heeft uiteindelijk de zorgverzekeraar om een nadere uitleg gevraagd.

Alle zorgverzekeraars hebben de OVA in de tarieven van de aanbieders geïndexeerd. Wel verschillen zij in de wijze waarop ze dit hebben doorgevoerd. Ook constateren wij dat meerdere zorgverzekeraars via een generieke of getrapte / gestaffelde afslagmethodiek extra kortingen toepassen, bijvoorbeeld uit overwegingen van doelmatigheid. Het is aan landelijke partijen om de afspraak hierover te evalueren, of de OVA nu materieel volledig in de tarieven is doorvertaald. Cruciaal hierin is de vraag of de afspraak niet alleen naar de letter, maar ook naar de geest is nagekomen.

Financiering van infrastructurele voorzieningen, wijkgericht werken en specialistische verpleging (2.3:b-c en f)

Blijkens hoofdstuk vier zeggen drie van de acht zorgverzekeraars met een kernwerkgebied dat ze per 1 januari 2020 de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg gecontracteerd hebben met alle relevante aanbieders in hun regio. De overige vijf zorgverzekeraars hebben dit nog niet in hun (gehele) kernwerkgebied georganiseerd. Het blijkt niet altijd eenvoudig om de relevante aanbieders op één lijn te krijgen, terwijl dat uit het oogpunt van toegankelijkheid wel nodig is. Van de 28% van de aanbieders die afspraken over onplanbare nachtzorg heeft gemaakt, vindt iets minder dan de helft deze afspraken niet kostendekkend. Voor de grote zorgverzekeraars varieert dit van een kwart

tot méér dan de helft van de betreffende aanbieders. Alle zorgverzekeraars zeggen de beschikbaarheid en bereikbaarheid van onplanbare nachtzorg bij de aanbieders te contracteren die hiervoor door de regievoerende zorgverzekeraar zijn aangewezen, en dus congruent gedrag in te vertonen.

De meerderheid van de zorgverzekeraars zegt voor 2020 afspraken te maken over wijkgericht werken. Van de geënquêteerde aanbieders geeft 30% aan voor 2020 afspraken te maken over wijkgericht werken, iets minder dan in 2019. De afspraken worden vooral met de grote aanbieders gemaakt. 21% van de aanbieders zegt een compensatie te hebben gekregen in het tarief voor niet cliëntgebonden activiteiten binnen wijkgericht werken. Vorig jaar was dat nog 26%.

Slechts 8% van alle geënquêteerde aanbieders zegt überhaupt op de hoogte te zijn van een nadere samenwerking over wijkgerichte preventie tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ook grote aanbieders zijn hier nauwelijks mee bekend. Vorig jaar zei nog 14% van alle geënquêteerde aanbieders op de hoogte te zijn van dergelijke afspraken.

Een minderheid van de zorgverzekeraars zegt stappen te hebben gezet in het inkoopbeleid 2020 voor specifieke zorgvormen ter ondervanging van (dreigende) personeelstekorten. Wij zien dat het percentage aanbieders dat afspraken maakt met de zorgverzekeraar over deze specifieke zorgvormen niet sterk verschilt per dominante zorgverzekeraar. Wel neemt dit percentage sterk toe met de grootte van de aanbieder.

E-health en technologie (2.7: iv)

Hoewel bijna alle zorgverzekeraars in hoofdstuk drie aangeven e-health en technologische interventies te stimuleren, is dit bij 54% van de aanbieders geen onderwerp van gesprek met de dominante zorgverzekeraar. Wij vinden dat een punt van zorg, omdat hiermee de beschikbaarheid van zorg kan worden verbeterd, ook bij personeelsschaarste. Slechts bij een klein deel van de geënquêteerde aanbieders (28%) leidt e-health tot concrete contractafspraken. Overigens zetten alle zorgverzekeraars hun meerjarenafspraken door. Zo geven zij desbetreffende aanbieders de ruimte voor investeringen in kwaliteit, innovatie en opleiding.

Wijze van verantwoord van de zorg

Ten slotte zien we in hoofdstuk drie dat het aandeel aanbieders dat gebruikt maakt van de nieuwe registratiewijze 'zorgplan=planning=realisatie, tenzij' is gestegen van 44% in 2019 naar 62% in 2020. Alhoewel we nog niet het comfort hebben dat de 39% overige aanbieders volgens een alternatieve regelarme methodiek registreren, zien wij dit als een aanzienlijke vooruitgang ten opzichte van 2019.

6.2 Aanbevelingen

In onze vorige monitor hebben we aangegeven nadrukkelijker te gaan kijken of zorgverzekeraars aangeven wanneer zij een budgetplafond met de aanbieder afspreken en hierbij duidelijkheid geven over de termijn van indiening, hun beslistermijn op bijcontracteringsverzoeken en hun voorwaarden voor bijcontractering. Wij zien in de huidige monitor dat aanbieders over het algemeen het contract hierover niet duidelijker vinden dan in de contractering 2019.

Om de zorg toegankelijk te houden moet ingezet worden op de juiste zorg op de juiste plek. In het Hoofdlijnenakkoord zijn diverse inhoudelijke afspraken gemaakt die daaraan moeten bijdragen, zoals over onplanbare nachtzorg, wijkgericht werken, e-health en innovatie. We zien echter dat dit nog maar beperkt of vertraagd van de grond komt in de contractering. De activiteiten op dit vlak spelen zich nu vooral af op de tafels van de diverse taakgroepen die zijn gekoppeld aan het Hoofdlijnenakkoord. Wij roepen partijen op deze plannen om te zetten in acties die landen in de contractering, zodat we de komende jaren in de monitor de effecten daarvan kunnen zien.

Dit verwachten wij van de zorgverzekeraar:

- Duidelijke afspraken maken over indieningstijdstip bijcontracteringverzoek, reactietermijn, beslistermijn en zijn voorwaarden voor bijcontractering.

- Duidelijker zijn wanneer de aanbieder bij stops moet doorverwijzen naar alternatieve aanbieders en / of eventueel moet terugverwijzen naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.
- Op de website de consequenties van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg duidelijker presenteren.
- Concrete afspraken maken over tijdige aanlevering van data voor het nieuwe kwaliteitskader en meer aandacht voor dit kwaliteitskader in zijn benchmark van aanbieders.
- Nog meer aandacht besteden aan de informatiepositie van kleinere aanbieders.
- Overleggen met aanbieders over een kostendekkende vergoeding voor de onplanbare nachtzorg.
- Afspraken over preventie, coördinatiefunctie, samenwerking met de gemeenten beter voor het voetlicht brengen bij aanbieders.
- Vertalen van beleidsvoornemens rond e-health en innovatie in meer concrete afspraken met aanbieders.

Dit verwachten wij van de aanbieder:

- Tijdig aanleveren van de landelijke indicatorenset voor het kwaliteitskader.
- Tijdig aanleveren van de ondertekende zorgovereenkomst aan de zorgverzekeraar
- Verbeteren van zijn kennis van de contractering bijvoorbeeld door de zorgverzekeraars te raadplegen, hun informatiebijeenkomsten te bezoeken of via onderlinge ondersteuning in een samenwerkingsverband.
- Meer samenwerkingsbereidheid om de onplanbare nachtzorg tot een succes te maken.
- De cliënt tijdig, vóór de indicatiestelling, informeren over de consequenties als hij van ongecontracteerde zorg gebruik wil maken.
- Werk maken van een regelarme registratiemethodiek, als hij deze nog niet operationeel heeft.
- Werk maken van het ontsluiten van patiëntgegevens in spoedeisende gevallen.
- Actievere houding om e-health en innovatie te laten vliegen en ervaringen te delen met de zorgverzekeraar

Wij gaan dit jaar de uitkomsten van de monitor gericht aan zorgverzekeraars terugkoppelen en deze gericht aansporen tot verbetering. Verder zullen wij de uitkomsten en onze aanbevelingen op regiobijeenkomsten van aanbieders naar voren brengen.

7 Bijlage: Afspraken Hoofdlijnenakkoord

Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad

- (2.3-b) Om dit doel beter te ondersteunen hebben partijen onder leiding van bureau Common Eye de afspraak gemaakt aan een viertal verbeterthema's te werken, namelijk:
 - a. Gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters voor contractering.
 - b. Plek voor externe kostprijsverhogende ontwikkelingen in de onderhandelingen.
 - c. Financiering van infrastructurele voorzieningen, specialistische verpleging en wijkgericht werken.
 - d. Investeren in een betere relatie.
- (2.3-c) Partijen erkennen het belang van het borgen van de continuïteit van infrastructurele voorzieningen voor onplanbare zorg en nachtzorg. Het uitgangspunt hierbij is dat deze niet-concurrentieel zijn.
- (2.3-d) Bij regionale afspraken over infrastructurele voorzieningen zullen zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen met inachtneming van hun eigen verantwoordelijkheid.
- (2.3-e) Partijen zien de meerwaarde van meerjarencontracten en de lagere administratieve lasten. Meerjarencontracten zijn geen doel op zich en moeten ruimte bieden voor beleidsontwikkelingen. Ook geven partijen bij de jaarlijkse inkoopcyclus voldoende ruimte aan duurzame afspraken en innovatie.
- (2.3-f) Partijen hebben specifieke aandacht voor de zorg aan kwetsbare groepen, waaronder casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging, de medische kindzorg en palliatief terminale zorg (PTZ). Het leveren van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit kan extra worden beloond.

Contact over contractering

- (2.3-k) Zorgverzekeraars (zorginkopers) zijn voldoende (digitaal) bereikbaar voor aanbieders en zijn in samenspraak beschikbaar voor overleg dat de koepels van aanbieders in de regio's voor hun leden organiseren en/of organiseren zelf informatiebijeenkomsten voor aanbieders in de regio.
- (2.3-l) Aanbieders, inclusief kleine aanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn transparant over de redenen waarom aanbieders niet worden gecontracteerd. Administratieve lasten worden teruggedrongen door meer standaardisatie van het contracteerproces en contracteerdokumentatie.

Kwaliteit en contractering

- (2.3-n) Aanbieders maken hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar, zodat voor zowel cliënten als zorgverzekeraars/gemeenten transparant is wat de kwaliteit van zorg is.

Tijdens contractjaar

- (2.3-p) Zorgverzekeraars stellen heldere momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot contractering.
- (2.3-q) Als aanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds dan maken zij cliënten attent op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling of zij verwijzen cliënten zelf naar een andere zorgaanbieder.
- (2.3-r) Bij budgetplafonds worden heldere afspraken gemaakt over de voortzetting van de zorg voor bestaande en nieuwe cliënten.

Verbeteren informatie aan cliënt

- (2.3-t) Om de keuze-informatie van de cliënt te faciliteren zijn zorgverzekeraars en aanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. De bijdrage die de verzekerde zelf dient te betalen als hij/zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, mag geen verrassing voor de verzekerde zijn.

- (2.3-u) Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren (bijvoorbeeld op hun website of bij het afsluiten van de polis) over welke aanbieders gecontracteerd zijn en over de (mogelijke) (financiële) gevolgen van niet-gecontracteerde zorg.

Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg

- (2.3-x) Wijkverpleegkundigen indiceren zelf. Partijen spreken af dat bij niet-gecontracteerde zorg gebruik kan worden gemaakt van een second opinion, waarbij een andere partij kan worden gevraagd de indicatiestelling opnieuw te beoordelen. Dit indien er signalen zijn dat er sprake is van een niet-passende indicatie. Partijen brengen in kaart wat de mogelijkheden zijn om deze second opinion vorm te geven.
- (2.3-y) Om de kostenbeheersing van de zorg te bevorderen benutten zorgverzekeraars in de huidige praktijk het cessieverbod en het machtigingsvereiste. Als jurisprudentie hiertoe aanleiding geeft, wordt dit gezamenlijk beoordeeld en bezien of en hoe met wetgeving het gebruik van deze instrumenten kan worden versterkt.

E-health en technologie

- (2.7-iv) Zorgverzekeraars en aanbieders nemen in de contractering standaard e-health toepassingen en innovatieve mogelijkheden mee als deze doelmatig zijn, meerwaarde voor cliënten en/of hun mantelzorgers bieden en de kwaliteit van de professionele zorg verhogen.
- (2.7-viii) Meerjarencontracten kunnen behulpzaam zijn om kosten en baten van de inzet van e-health te delen.

Beschikbaar macrokader

- (3.1-biii) Onderwerpen van lokale onderhandelingen zijn: loon- en prijs ontwikkelingen, productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijke geobjectiveerde gegevens), effecten van zinnige zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. In de lokale onderhandelingen wordt de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) volledig doorvertaald in de af te spreken prijzen in contracten.

8 Bijlage: Bronnen en methoden

Dit document is een bijlage bij de Monitor Contractering Wijkverpleging 2020. In de Monitor Contractering Wijkverpleging 2020 brengt de NZa de zorginkoop (contractering) van wijkverpleging in kaart voor het jaar 2020 en focust hierbij op de activiteit die in 2019 heeft plaatsgevonden. In deze bijlage beschrijven we hoe het onderzoek is uitgevoerd.

Scope

In de monitor staan we specifiek stil bij de contractafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders maken over de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord. We kijken naar het proces van contractering, bijcontracteren en patiëntenstops, naar de verbeterthema's in het kader van het Common Eye traject. Ook kijken we naar het stimuleren van gecontracteerde zorg. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in 2018 en 2019.

Methode

De monitor kent zowel een kwalitatief als een kwantitatief karakter. Voor de informatieverzameling hebben we onderstaande methoden gebruikt.

Enquêtes

Voor zowel zorgverzekeraars als aanbieders is een online vragenformulier opgesteld. De thema's waarover in de enquête de vragen worden gesteld, zijn vooraf extern voorgelegd aan Actiz, Thuiszorg NL, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, VWS en Zorgverzekeraars Nederland.

Tijdens de analyse zijn de vragenformulieren van aanbieders opgedeeld in groepen aanbieders, naar hun dominante zorgverzekeraar. Dit stelde ons in staat om onze analyse verder toe te spitsen. Zo konden we verschillen in zorginkoop inzichtelijk maken tussen aanbieders met verschillende dominante zorgverzekeraars.

Ook groepeerden we aanbieders naar de omvang van hun omzet in omzetklassen:

- Omzet tot en met €100.000,-
- Omzet van €100.000,- tot en met €1.000.000,-
- Omzet van €1.000.000,- tot en met €10.000.000,-
- Een omzet groter dan €10.000.000,-

Zo konden we analyseren of, en op welke manier, omzethoogte van een aanbieder gerelateerd is aan de uitkomsten van het contracteerproces. Afhankelijk van de vraagstelling nemen we de totaalomzet of de omzet van de aanbieder bij de dominante zorgverzekeraar.

Daar waar antwoordcombinaties aanleiding vormden voor twijfel over de juistheid van ingevulde gegevens, is contact opgenomen met de aanbieder om de juistheid van de gegevens te checken. Dit heeft er in sommige gevallen toe geleid dat, met name cijfermatige gegevens, zijn aangepast.

In één geval bleek een aanbieder twee enquêtes te hebben ingevuld. Een van de enquêtes is in overleg met de betreffende aanbieder verwijderd uit ons analysebestand.

Interviews

In aanvulling op de enquêtes hebben we gesprekken gevoerd met drie verschillende typen aanbieders, om nader in te zoomen op diverse thema's zoals casemanagement dementie, ongecontracteerde zorg e.d. De drie typen waren:

1. Een grote aanbieder (omzet >10 miljoen)
2. Een samenwerkingsverband van zzp'ers
3. Een middelgrote aanbieder (omzet tussen 1 en 10 miljoen)

Informatieverzoek OVA

Aan zorgverzekeraars vroegen wij ons een algemeen calculatieschema te overleggen over de verwerking van de OVA in het tarief, ter onderscheid van de andere aanpassingen die zij doorvoeren. Wij vroegen de volgende informatie:

- Het basistarief 2019, waarop zij de aanpassingen naar 2020 doorvoeren en de grondslag van dat basistarief, bijv. het gemiddeld gecontracteerd tarief 2019, of het individuele tarief van de aanbieder 2019
- Aanpassing van dit basistarief voor de nacalculatie op de OVA en CEP 2019 en met de voorcalculatorische OVA en CEP 2020
- Andere generieke aanpassingen 2020 +/- en +/- die de zorgverzekeraar toepast, bijv. voor hun generieke taakstellingen en kostprijsverhogende ontwikkelingen
- Een korte uiteenzetting van de methodiek waarmee de zorgverzekeraar individuele aanpassingen voor de aanbieder doorvoert, bijvoorbeeld: aftrekken of toeslagen op het tarief 2020 naar gelang de aanbieder aan de doelmatigheidsdoelstellingen voldoet, staffelkortingen voor zover de aanbieder het omzetplafond te boven gaat (0% vergoeding, gedeeltelijke vergoeding, volledige vergoeding) of anderszins
- Bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld substantiële veranderingen in de zorgzwaartemix, fusies. Deze moeten tenminste worden benoemd.

Wij analyseerden en vergeleken de gegeven antwoorden en waar nodig vroegen wij aanvullende informatie of verduidelijking aan de verzekeraars.

Overig

De overige informatie in deze monitor is afkomstig van deskresearch, de zorgovereenkomsten, het zorginkoopbeleid en de websites van de zorgverzekeraars en van informatie uit het veld.

In de tekst

Waar we in de monitor spreken over 'de aanbieders' hebben we het over de aanbieders die de enquête hebben ingevuld.

Wanneer wij de verzekeraarsconcerns hebben geanonimiseerd door ze te nummeren, is dit telkens volstrekt at random gebeurd. Dat wil dan ook zeggen dat verzekeraar 8 bij de ene vraag of figuur een andere verzekeraar kan zijn dan verzekeraar 8 bij een andere vraag of figuur.

Doordat wij percentages afronden op gehelen, kan het voorkomen dat totalen niet optellen tot 100%.

Respons enquêtes

Om een zo hoog mogelijke respons onder aanbieders te verkrijgen, hebben we de contactgegevens (emailadres) opgezocht van alle aanbieders die we konden vinden. We hebben alle aanbieders meegenomen die we ook voor de monitor in 2019 hadden aangeschreven. Deze lijst van aanbieders is gebaseerd op de aanbieders die in 2015 wijkverpleging hadden gedeclareerd. Daarnaast hebben we voor deze monitor ook alle aanbieders meegenomen die bij zorgverzekeraars gecontracteerd waren voor het experiment over de overheveling van de extramurale verpleging in 2017. Zzp'ers zijn niet benaderd voor het onderzoek, omdat uit een eerdere monitor bleek dat deze vrijwel niet worden gecontracteerd (Monitor Wijkverpleging 2016), onlangs werd dit bevestigd in het onderzoek dat Vektis deed naar ongecontracteerde zorg. De online vragenlijst is vervolgens toegestuurd aan die aanbieders van wie een emailadres te achterhalen was. Daarnaast hebben ook Actiz en ZorgthuisNL hun leden actief benaderd om de enquête in te vullen. Zo zijn met name aanbieders aangeschreven uit de achterban van de partijen die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging. De monitor was openbaar en door iedereen in te vullen, maar waarschijnlijk hebben zzp'ers niet of nauwelijks gereageerd.

Respons aanbieders

Er zijn 652 aanbieders van wijkverpleging aangeschreven (Volgens Vektis gegevens waren er 800 instellingen die wijkverpleging leverden in 2018). Daarnaast hebben ook aanbieders gereageerd die wij niet hebben aangeschreven. In totaal vulden 240 aanbieders de vragenlijst in. Omdat het niet gaat om een aselechte steekproef, kunnen we niet zeggen of het hier gaat om een representatieve groep. Over een aantal zaken valt wel iets te zeggen.

Verhouding kleine en grote aanbieders: wij hebben 'kleine aanbieders' gedefinieerd als aanbieders met een omzet van minder dan 10 miljoen euro (bron: Actiz, 2019). In 2015 hadden in Nederland 527 van 588 aanbieders (90%) een omzet onder 10 miljoen (bron: Vektis declaratiedata verpleging en verzorging 2015).

Het percentage respondenten met een omzet onder 10 miljoen komt voldoende overeen met de percentages in Nederland. Van de 240 respondenten heeft namelijk 80% een omzet van minder dan 10 miljoen in de wijkverpleging en 20% een omzet van meer dan 10 miljoen.

Respons zorgverzekeraars

De vragenlijst voor zorgverzekeraars is aan alle zorgverzekeraar-concerns toegestuurd. Deze staan in onderstaande tabel weergegeven. De Friesland Zorgverzekeraar is, alhoewel onderdeel van Achmea, apart benaderd, omdat zij de wijkverpleging voor de regio Friesland zelfstandig inkopen.

Tabel 25: Overzicht zorgverzekeraar - concerns

Concern	Categorie in monitor (Klein / Groot)	Zorgverzekeraars
Achmea	Groot	Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. FBTO Zorgverzekeringen N.V. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. OZF Zorgverzekeringen N.V. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	Klein	
ASR	Klein	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
CZ	Groot	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. OHRA Zorgverzekeringen N.V. OWM CZ Groep Zorgverzekeringen U.A.
DSW-SH	Klein	OWM DSW Verzekeraar U.A. Stad Holland Verzekeraar O.W.M. U.A.
ENO	Klein	Eno Verzekeraar N.V.
Menzis	Groot	Anderzorg N.V. Menzis Verzekeraar N.V.
ONVZ	Klein	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.

Concern	Categorie in monitor (Klein / Groot)	Zorgverzekeraars
VGZ	Groot	IZA Verzekeraar N.V. IZZ Verzekeraar N.V. N.V. Univé Zorg N.V. Verzekeraar UMC VGZ Verzekeraar N.V. N.V. VGZ Cares
Zorg & Zekerheid	Klein	OWM Verzekeraar Zorg en Zekerheid UA
Caresq	Klein	IptiQ Life S.A. Eucare

Alle elf concerns van zorgverzekeraars hebben de enquête ingevuld (Eucare werd vertegenwoordigd door Caresq). De respons van de zorgverzekeraars is 100%. Waar we in de monitor spreken over 'de zorgverzekeraars', hebben we het dus over de zorgverzekeraars op concernniveau.

Consultatie

De resultaten van de monitor zijn in een bijeenkomst geconsulteerd bij Actiz, ThuiszorgNL, Patiëntenfederatie Nederland, VWS, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland.