

Stimuleren van contracteren in de ggz: wat te leren van redenen om geen contract aan te gaan?

Kwalitatieve verkenning op de monitor contractering ggz 2019



- Datum: 29 augustus 2019
- Versie: 1.0
- Auteurs: Mischa Buter, Quinten van Geest en Lisanne Puijk

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1. <i>Onderzoeksvragen</i>	6
1.2. <i>Onderzoeksopzet</i>	6
2. Resultaten	8
2.1. <i>Redenen zorgaanbieders</i>	8
2.2. <i>Redenen zorgverzekeraars</i>	13
2.3. <i>Reactie zorgverzekeraars op redenen zorgaanbieders</i>	14
3. Beantwoording onderzoeksvragen en reflectie	17
3.1. <i>Beantwoording onderzoeksvragen</i>	17
3.2. <i>Reflectie op de uitkomsten</i>	18
3.3. <i>Reflectie op de onderzoeksopzet</i>	20
3.4. <i>Vervolg</i>	20
4. Contact	22
5. Bijlage: beschrijving onderzoeksopzet	23
5.1. <i>Werving deelnemers</i>	23
5.2. <i>Steekproef selectie</i>	23
5.3. <i>Interview zorgaanbieders</i>	23
5.4. <i>Interview zorgverzekeraars</i>	24
5.5. <i>Data-analyse en interpretatie</i>	24

Managementsamenvatting

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft als doel om psychische en/of psychiatrische aandoeningen te behandelen en te voorkomen. In het Hoofdlijnenakkoord ggz 2019 – 2022 is vastgelegd dat ondoelmatige niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is en er behoefte is aan het stimuleren van gecontracteerde zorg. Het huidige onderzoek gaat in op redenen om niet te contracteren, met als doel aanknopingspunten te vinden voor het stimuleren van contractering.

In het huidige zorgsysteem zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg voor hun verzekerden. Daarbij worden contractafspraken gemaakt met zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders), waarbij uit wordt gegaan van minimale (kwaliteits)eisen die betrekking hebben op onder andere kwaliteit van zorg, doelmatigheid, patiënttevredenheid en certificering. Deze eisen worden medebepaald door wet- en regelgeving en richtlijnen uit de praktijk. Contracteren is daarmee een belangrijk middel om afspraken te maken over kwaliteit, doelmatigheid, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek.

Het komt voor dat er geen contract wordt afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2019 een monitor contractering uitgebracht voor de ggz. Aan de hand van een enquête werden zorgaanbieders en zorgverzekeraars bevestigd over hun ervaringen met het contracteerproces, waarbij het onderwerp niet-gecontracteerde zorg eveneens aan bod kwam. De monitor bevat aanbevelingen voor het contracteerproces. Voorliggend onderzoek is een verdere verkenning op het onderdeel van de monitor over niet-gecontracteerde zorg. Het onderzoek is door onderzoeksbureau Arteria Consulting uitgevoerd. Bij 7 zorginstellingen, 7 vrijgevestigde zorgaanbieders en 6 zorgverzekeraars zijn redenen opgehaald voor niet-contracteren aan de hand van semigestructureerde interviews. In de oorspronkelijke onderzoeksopzet was opgenomen dat redenen van zorgaanbieders, na toestemming, niet-anoniem voorgelegd zouden worden aan zorgverzekeraars, zodat verdiept kon worden op specifieke (gedeelde) casuïstiek. Aangezien maar één zorgaanbieder hiermee akkoord ging, is de onderzoeksopzet gewijzigd en zijn redenen van zorgaanbieders anoniem voorgelegd aan zorgverzekeraars voor een reactie.

Redenen om geen contract aan te gaan

De geïnterviewde zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben verschillende redenen aangegeven om geen contract met elkaar aan te gaan. Voor instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders zijn de redenen: het omzetplafond is te laag en biedt geen ruimte voor groei, niet kunnen en/of willen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar, geen mogelijkheid om te onderhandelen over het contract, weinig tot geen zorg leveren aan verzekerden van een zorgverzekeraar, de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven zijn te laag en de administratieve lasten rondom het contracteer- en zorgverleningsproces zijn te hoog. Geïnterviewde zorgverzekeraars geven als redenen: niet voldoen aan minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, er is voldoende zorg ingekocht in de regio en vermoedens van fraude.

Overeenkomsten en verschillen in redenen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars noemen een beperkt aantal redenen die overeenkomstig zijn. Daarnaast zit er een groot verschil in *perspectief* tussen beide partijen. Dit kan verklaard worden vanuit de verschillende rollen die partijen innemen in het huidige systeem en de bijbehorende (financiële) belangen. Overeenstemming wordt gevonden over de reden dat er niet voldaan wordt aan minimale (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden van

zorgverzekeraars en dat er reeds voldoende aanbod in de regio is ingekocht door de zorgverzekeraar. Andere redenen die zijn opgehaald verschillen van elkaar, zoals het beperkte omzetplafond, de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven die te laag zijn, administratieve lasten, geen mogelijkheid tot contractonderhandelingen en vermoedens van fraude.

Reflectie op de uitkomsten

De uitkomsten van het huidige onderzoek bevestigen grotendeels de bevindingen van voorgaand onderzoek naar niet-gecontracteerde zorg en de NZa monitor contractering ggz 2019. Nieuwe redenen die zijn opgehaald zijn de beperkte mogelijkheden voor contractonderhandelingen – terwijl zorgaanbieders graag in gesprek gaan – en signalen van fraude.

Uit de resultaten blijkt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen redenen om vrijwillig niet-gecontracteerd te werken en niet-vrijwillige redenen om niet-gecontracteerd te werken. Enerzijds sluiten sommige zorgaanbieders bewust geen contract af; bijvoorbeeld vanwege een laag omzetplafond. Anderzijds willen sommige zorgaanbieders graag een contract afsluiten, maar wordt er niet altijd voldaan aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, zoals het hebben van een minimale omzet als nieuwe zorgaanbieder. Ondanks dat partijen elkaars perspectief vaak wel begrijpen, is het de vraag in hoeverre partijen nog verder tot elkaar kunnen komen gegeven het systeem en de rol die ze hierin innemen. De partijen kunnen onbegrip of onwetendheid proberen weg te nemen door communicatie te optimaliseren. Daarnaast is het van belang dat zorgaanbieders (actief) hun kennis op peil houden omtrent de sector en het beleid van zorgverzekeraars. Verder zijn er mogelijke aanknopingspunten ontstaan vanuit de redenen om niet te contracteren, waarmee het gesprek verder gevoerd kan worden over het stimuleren van contracteren. Onderwerpen die daarbij van belang lijken te zijn: het omzetplafond en ruimte voor groei, in gesprek gaan over inhoud van het contract, optimalisatie van communicatie en het contracteerproces (zoals uniformiteit tussen zorgverzekeraars), de duur van afgesloten contracten en de door zorgverzekeraars gehanteerde tarieven. Betrokken brancheorganisaties geven aan in het vervolg de focus nadrukkelijk te willen leggen op de mogelijkheden om contracteren te stimuleren. Voorliggend onderzoek had volgens hen beter kunnen aansluiten op de afspraken die partijen in het Hoofdlijnenakkoord ggz 2019 – 2022 zijn overeengekomen.

Reflectie op de onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek was erop gericht om redenen van zorgaanbieders niet-anoniem voor te leggen aan zorgverzekeraars, zodat de verdieping opgezocht kon worden op basis van gedeelde casuïstiek. De meeste zorgaanbieders gingen hier niet mee akkoord, met de voornaamste reden dat ze in de toekomst alsnog graag de mogelijkheid willen hebben een contract af te sluiten en de relatie met de zorgverzekeraar niet willen schaden. Vanwege deze situatie is ervoor gekozen om algemene redenen in het rapport op te nemen, waarbij zorgverzekeraars een reactie hebben gegeven op de redenen van zorgaanbieders. Daarmee is de op voorhand verwachte verdieping niet volledig bereikt. Wel is er een aantal nieuwe redenen opgehaald in vergelijking met de voorgaande onderzoeken. De opgehaalde redenen zijn daarnaast voorzien van illustraties uit de praktijk.

1. Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft als doel om psychische en/of psychiatrische aandoeningen te behandelen en te voorkomen. In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) ggz 2019 – 2022¹ is vastgelegd dat ondoelmatige niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is en er behoefte is aan het stimuleren van gecontracteerde zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit jaar een monitor contractering uitgebracht voor de ggz. Aan de hand van een enquête werden zorgaanbieders en zorgverzekeraars bevraagd over hun ervaringen met het contracteerproces, waarbij ook het onderwerp niet-gecontracteerde zorg aan bod kwam. De monitor bevat aanbevelingen voor het contracteerproces. Het huidige onderzoek gaat dieper in op redenen om niet te contracteren, met als doel aanknopingspunten te vinden voor het stimuleren van contracteren in de ggz.

De curatieve ggz, wat de focus is van het huidige onderzoek, wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd. Sinds 2014 is de curatieve ggz onderverdeeld in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Patiënten met niet-complexe problemen worden veelal eerst geholpen in de huisartsenzorg, waarna er besloten kan worden om door te verwijzen naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz. In de generalistische basis ggz worden lichte tot matige psychische problemen behandeld, terwijl in de gespecialiseerde ggz zwaardere psychische problemen worden behandeld.

In het huidige zorgsysteem zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg voor hun verzekerden. Ze hebben de plicht ervoor te zorgen dat hun verzekerden de zorg (natura), of vergoeding van de kosten van deze zorg (restitutie), krijgen, omdat de verzekerden hier wettelijke aanspraak op hebben. Zorgverzekeraars dienen deze zorg kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en rechtmatig in te kopen. Om dit te bewerkstelligen, worden er contractafspraken gemaakt met zorgaanbieders die de uiteindelijke zorg verlenen. De minimale (kwaliteits)eisen die hierin zijn opgenomen, hebben onder andere betrekking op patiënttevredenheid, certificering en samenwerking en worden gebaseerd op wet- en regelgeving en richtlijnen die gelden in de praktijk. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden opnemen, zoals een omzetplafond en de door hen gehanteerde tarieven. Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract, moeten aantonen dat zij aan deze minimale (kwaliteits)eisen voldoen. Hiermee vormt contractering een vehikel om afspraken te maken over kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Contracteren heeft daarnaast als doel om de zorg doelmatig in te kopen en daarmee grip te krijgen op de zorgkosten.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars komen echter niet altijd tot een contract. Uit voorgaand onderzoek blijkt een stijging van 4,4% naar 6,3% van niet-gecontracteerde zorg in de Zvw gefinancierde ggz in de periode 2014 tot en met 2016². Mede op basis van deze bevindingen hebben de partijen in het HLA ggz 2019 – 2022 afgesproken gecontracteerde zorg te willen stimuleren.

Er is eerder onderzoek gedaan naar redenen voor (niet-)contracteren in de ggz.² Daaruit blijkt dat er diverse redenen zijn voor instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders om niet te

¹ Het Hoofdlijnenakkoord ggz is ondertekend door: GGZ Nederland, MIND, NVvP, LVVP, NIP, P3NL Platform MEERGGZ, V&VN, InEen, FO, RIBW Alliantie, ZN, ministerie van VWS en later ook VNG
² Arteria Consulting. (2018). (Niet-)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg. Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Verkregen van: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-850510>

contracteren, zoals het niet kunnen of willen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, tegen inmenging zijn van zorgverzekeraars als het om inhoud van de behandeling gaat en de omzetplafonds die te laag zijn. Zorgverzekeraars noemden in eerder onderzoek als redenen om niet tot een contract te komen onder andere dat onderhandelingen niet altijd lukken en dat ze de groei van het zorgaanbod willen beperken. Vanuit de NZa is aan de hand van een enquête (monitor contractering ggz 2019) onderzoek gedaan naar het contracteerproces en redenen om niet te contracteren.³ Uit deze enquête kwamen overeenkomstige redenen naar voren om niet te contracteren.

Naast de monitor heeft de NZa de opdracht gekregen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om een verdieping uit te voeren op een aantal uitkomsten van de monitor ggz. In dit zogenaamde tweede deel van de monitor wordt een onderzoek uitgevoerd naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract met elkaar af te sluiten, met als doel aanknopingspunten te vinden voor het stimuleren van contracteren.

Dit onderzoek is in opdracht van de NZa objectief en onafhankelijke uitgevoerd door Arteria Consulting. De scope van het onderzoek is beperkt tot de ggz zoals gefinancierd vanuit de Zvw.

1.1. Onderzoeksvragen

In dit tweede deel van de monitor contractering ggz 2019 beantwoorden we twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn redenen voor niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten?

De redenen voor niet-contracteren hebben wij opgehaald door semigestructureerde telefonische interviews af te nemen, waarmee dit onderzoek *kwalitatief* van aard is. Kwalitatief onderzoek heeft als meerwaarde dat de verdieping wordt gezocht en dat er nieuwe inzichten opgedaan kunnen worden. In dit rapport leest u onze bevindingen die een antwoord geven op bovenstaande onderzoeksvragen.

1.2. Onderzoekopzet

De opzet van dit onderzoek is kwalitatief van aard. In het eerste deel van de NZa-monitor zijn via een enquête redenen opgehaald voor niet-contracteren. In dit onderzoek worden redenen aan de hand van semigestructureerde interviews opgehaald bij de onderzoekspopulatie, voorzien van een toelichting.

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De respondenten van het eerste deel van de monitor zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit tweede deel van de monitor.

Dit kwalitatieve onderzoek is erop gericht een zo volledig mogelijk beeld te geven van alle verschillende houdingen, meningen en gedragingen die bestaan binnen de onderzoekspopulatie. In de selectie van respondenten is, ondanks dat niet dezelfde getalsmatige verhoudingen terugkomen in de populatie, rekening gehouden met verschillen

³ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor contractering ggz 2019. Verkregen van: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_275316_22/1/

binnen de populatie. De nadruk in het onderzoek ligt daarmee op het verschaffen van een zo compleet mogelijk beeld van redenen om niet te contracteren vanuit verschillende perspectieven.

Wij hebben eerst bij 7 instellingen en 7 vrijgevestigde zorgaanbieders de redenen voor niet-contracteren opgehaald. Waar het mogelijk was, is dit toegespitst op een situatie die heeft plaatsgevonden met een zorgverzekeraar. Vervolgens hebben wij bij 6 zorgverzekeraars in het eerste deel van het interview algemene redenen opgehaald voor niet-contracteren en vervolgens specifieke casuïstiek voorgelegd vanuit de zorgaanbieder. Afhankelijk van toestemming vanuit de zorgaanbieder zijn de casussen wel of niet anoniem voorgelegd aan de zorgverzekeraar. Met deze onderzoeksopzet is ingezet op het vergelijken van redenen om geen contract aan te gaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiermee is beoogd een beeld te vormen van redenen voor niet-contracteren waar overeenstemming of juist verschil in zit.⁴ Deze onderzoeksopzet voorzag niet in het voorleggen van casuïstiek vanuit zorgverzekeraars aan zorgaanbieders. Alle opgehaalde redenen zijn gecategoriseerd en geanalyseerd. De resultaten zijn anoniem verwerkt. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksopzet en steekproef is te lezen in de bijlage.

⁴ In het onderzoek is onvoldoende niet-anonieme casuïstiek opgehaald om voor te leggen aan zorgverzekeraars. Hierdoor is de opzet van het onderzoek gewijzigd en zijn voornamelijk toelichtingen opgehaald op redenen om niet te contracteren. Deze wijziging wordt in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

2. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de interviews beschreven. Deze beschrijving biedt inzicht in de perspectieven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over niet-contracteren. Ook worden voorbeelden gegeven waarbij het wel is gelukt om te contracteren en wat daarvoor de reden is of wat volgens de geïnterviewde het contracteren zou stimuleren. De resultaten bevatten veelal letterlijke beschrijvingen vanuit de interviews om objectiviteit te borgen. Daarbij wordt opgemerkt dat hetgeen dat is opgehaald in de interviews de beleving is van de persoon die is gesproken en dus niet per definitie overeenkomt met de werkelijkheid van andere partijen in het veld. Subjectiviteit van uitspraken hebben we extra benadrukt door deze in quote-vorm op te nemen en op diverse plekken staat een voetnoot met toelichting.

De unieke redenen die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn genoemd, komen terug in drie paragrafen. Allereerst wordt in paragraaf 2.1 ingegaan op de verschillende redenen die door zorgaanbieders zijn benoemd om niet te contracteren, uitgesplitst naar instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders. Vervolgens komen de redenen voor niet-contracteren van de zorgverzekeraars aan bod in paragraaf 2.2. Ook hebben zorgverzekeraars gereageerd op redenen van zorgaanbieders om niet te contracteren, die zijn beschreven in paragraaf 2.3.

2.1. Redenen zorgaanbieders

2.1.1. Reden 1: het omzetplafond is te laag en/of biedt geen ruimte om te groeien

Instellingen

Eén van de instellingen heeft aangegeven dat het omzetplafond⁵ dat door sommige zorgverzekeraars wordt gehanteerd, een reden is om niet volledig gecontracteerd te werken. De instelling gaf hierbij aan dat wanneer alle zorgverzekeraars het omzetplafond loslaten, ze volledig gecontracteerd zouden werken. Het omzetplafond wordt gezien als te laag, waarbij er weinig tot geen ruimte is voor groei. Dit is niet in overeenstemming met de groeiambities van deze instelling. Vooral kleine instellingen die willen groeien, bereiken niet altijd een akkoord over het omzetplafond met (veelal de preferente) zorgverzekeraars in hun regio. Een andere instelling geeft aan dat een omzetplafond van enkele jaren geleden verrekend moest worden. Hierdoor werd er door de zorgverzekeraar geen contract afgesloten, omdat het plafond voor het huidige jaar door de verrekening direct was bereikt. Een derde instelling heeft in het verleden, zonder succes, gedurende het jaar het omzetplafond geprobeerd te verhogen bij één van de zorgverzekeraars. Dat dit niet is gelukt, speelt mee in de overweging om wel of niet een contract aan te gaan:

“Wij hebben grote problemen met het krijgen van contracten. We zijn een groot voorstander van contracteren: er worden afspraken gemaakt over kwaliteit, doelmatigheid en tarieven. Maar het lukt ons niet om een contract af te sluiten met als belangrijkste reden het zorgplafond. - Instelling

Twee instellingen die deels gecontracteerd werken, zien het omzetplafond bij sommige zorgverzekeraars niet als obstakel om te contracteren. Eén van deze zorgaanbieders geeft aan dat hij⁶ met een zorgverzekeraar tot goede afspraken is gekomen over groeimogelijkheden. Zo

⁵ Omzetplafond wordt in dit onderzoek gedefinieerd als het maximale bedrag per jaar dat een zorgaanbieder in rekening kan brengen bij de zorgverzekeraar voor het leveren van zorg.

⁶ Waar hij staat kan ook zij worden gelezen.

zijn ze in de afgelopen jaren, bij het naderen van het omzetplafond, in gesprek gegaan met elkaar. Dit heeft geleid tot extra ruimte, doordat het omzetplafond met tientallen procenten werd verhoogd. De andere instelling geeft aan dat één van de zorgverzekeraars een ruim omzetplafond biedt, waarmee het voor hen geen reden is om geen contract aan te gaan met de desbetreffende zorgverzekeraar.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Bij vrijgevestigde zorgaanbieders spelen dezelfde redenen over contracteren en het omzetplafond een rol: ze vinden het omzetplafond te laag en het biedt geen tot weinig ruimte voor groei. Een geïnterviewde vrijgevestigde zorgaanbieder, die net is gestart en jaarlijks weinig patiënten behandelt, gaf aan dat hij een omzetplafond van € 6.000 tot € 9.000 aangeboden kreeg van een zorgverzekeraar met de verplichting om de behandeling van een patiënt af te maken zonder deze vergoed te krijgen wanneer het omzetplafond zou worden bereikt. Gezien het lage omzetplafond en de verantwoordelijkheid om de behandeling af te maken, zag deze zorgaanbieder geen meerwaarde in het aangaan van een contract. Een andere vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan dat in 2015 het omzetplafond zonder nadere uitleg gehalveerd werd door één van de zorgverzekeraars en er niet werd gereageerd bij een verzoek tot verhoging van het plafond.⁷ Dit heeft geleid tot de keuze om geen contracten af te sluiten met zorgverzekeraars die omzetplafonds hanteren. In het verlengde hiervan ziet de zorgaanbieder als voordeel van niet-gecontracteerd werken dat er geen risico bestaat op terugvordering van bedragen. Tot slot geeft een vrijgevestigde zorgaanbieder aan dat ze niet-gecontracteerd werken vanwege hun groeiambities.

Een vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan dat een zorgverzekeraar sinds enige jaren geen omzetplafond hanteert. Dit is de reden geweest om een contract aan te gaan met deze zorgverzekeraar, met als belangrijkste argument dat het ruimte geeft om te groeien.

2.1.2. Reden 2: niet willen voldoen aan minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

Bij de geïnterviewde zorgaanbieders is aangegeven niet te *willen* voldoen aan sommige (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar.

Instellingen

Een instelling geeft aan niet te willen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van een aantal zorgverzekeraars, omdat ze deze niet altijd goed gegrond vinden. Daarbij wordt opgemerkt dat ze wel aan deze voorwaarden *kunnen* voldoen. De geïnterviewde van deze instelling was niet nauw betrokken bij het contracteerproces en kon daarom geen specifieke voorbeelden geven van minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in contractvoorwaarden waar men niet aan wil voldoen, anders dan het omzetplafond. In een ander interview wordt aangegeven dat men niet-gecontracteerd kunnen werken belangrijk vindt voor de marktwerking en innovatie binnen de zorgsector. Het biedt de ruimte om aanbod te ontwikkelen naar behoeften van de patiënt en stimuleert zorgverzekeraars om te onderhandelen. Wel wordt onderkend dat de prikkel om gecontracteerd te werken moet blijven bestaan. Het zou volgens deze instelling bijvoorbeeld helpen om zorgaanbieders de mogelijkheid te bieden de dialoog aan te gaan over inhoud van het contract en innovatie.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan soms niet akkoord te gaan met de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden. Een vrijgevestigde geeft aan

⁷ Een zorgverzekeraar geeft aan dat het hier vermoedelijk gaat om handhaving van de omzetplafonds. Hier hebben zorgverzekeraars in 2015 op toegezien. Dit heeft destijds voor veel terugvorderingen gezorgd.

dat bepaalde contractvoorwaarden de inhoud van de behandelingen niet ten goede komen. Dit betreft met name de gevoelde druk om behandelingen snel af te ronden. Een andere vrijgevestigde zorgaanbieder werkt volledig niet-gecontracteerd vanwege de vrijheid die dit biedt. Zo ondervindt hij geen beperkingen in omzettingen en is er geen inmenging op inhoud van de behandeling:

“Een aantal jaar geleden heb ik mij verdiept in de voorwaarden die een zorgverzekeraar stelde. Hierin was opgenomen dat niet meer dan 15% van de behandelingen door andere behandelaars dan de regiebehandelaar uitgevoerd mocht worden. Om zorginhoudelijke redenen kan het wenselijk zijn om andere behandelaars in te zetten of om in groepsverband behandelingen aan te bieden. Daar was toentertijd geen ruimte voor binnen het contract.” - Vrijgevestigde zorgaanbieder

2.1.3. Reden 3: niet kunnen voldoen aan minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

Naast de reden dat zorgaanbieders niet willen voldoen aan bepaalde contractvoorwaarden, geven zij ook aan niet te *kunnen* voldoen aan bepaalde minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, en zodanig een drempel vormen voor contracteren.

Instellingen

Een instelling is het niet gelukt om een contract af te sluiten voor specialistische ggz. Ondanks dat de instelling zorgpaden heeft gedefinieerd en een goedgekeurd kwaliteitsstatuut heeft, werd er volgens de zorgverzekeraar niet voldaan aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden. De voorwaarden omtrent zorgpaden zijn dat voor een minimaal aantal behandelingen een zorgpad beschikbaar moet zijn, er duidelijke criteria moeten worden opgesteld op basis waarvan een patiënt een zorgpad voorgesteld krijgt en er getoetst moet worden of de zorgpaden worden ingezet. De instelling kon dit volgens de zorgverzekeraar niet voldoende aantoonbaar maken.

Ook het hanteren van een minimale omzetgrens vormde een probleem voor een instelling. Deze nieuwe zorgaanbieder werd afgewezen door een zorgverzekeraar, omdat de minimale omzetgrens op een paar procent na niet werd bereikt. Deze afwijzingsgrond was voor hen, vooral omdat ze het gesprek hier niet over konden voeren met een zorgverzekeraar, lastig te begrijpen:

“Het is immers niet onze schuld, als zorgaanbieder, dat de zorgverzekeraar in deze regio blijkbaar niet voldoende verzekerden heeft. Je zou kunnen stellen dat wij worden gestraft voor hun eigen slechte marketing” – Instelling

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Vrijgevestigde zorgaanbieders geven ook aan dat minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden een drempel kunnen vormen voor contracteren. Volgens een vrijgevestigde zorgaanbieder bestaat er grote diversiteit in contractvoorwaarden van zorgverzekeraars, waardoor het bijna onmogelijk is om bij alle zorgverzekeraars aan de eisen te voldoen. Een vrijgevestigde zorgaanbieder kon niet voldoen aan de contractvoorwaarde omtrent de productmix. Eén van de voorwaarden bij een zorgverzekeraar is dat er een bepaald percentage zorgproduct middel geleverd moet worden, terwijl de zorgaanbieder vooral patiënten doorverwezen krijgt die het product intensief nodig hebben. Een andere zorgaanbieder heeft als aanvulling dat hij niet kan inschatten of er voldaan kan worden aan de voorwaarde voor een minimaal aantal middel behandeltrajecten en daarom geen contract aan gaat:

“Met één van de zorgverzekeraars ben ik geen contract overeengekomen, omdat zij aanvullende eisen stelden ten aanzien van de productmix. Het gaat dan bij de basis ggz om het vooraf aangeven dat je een minimaal aantal middel behandeltrajecten levert. Ik weet helemaal niet of ik dat kan waarmaken en dit voelde voor mij als te veel inmenging in de praktijkvoering.” - Vrijgevestigde zorgaanbieder

2.1.4. Reden 4: weinig tot geen patiënten zijn verzekerd bij de desbetreffende zorgverzekeraar

Instellingen

Wanneer een instelling weinig patiënten heeft die verzekerd zijn bij een specifieke zorgverzekeraar, kiest deze er soms voor geen contract af te sluiten met de zorgverzekeraar. Een instelling geeft aan dat dit in hun regio geldt voor de meeste kleine zorgverzekeraars en een landelijke grotere zorgverzekeraar. Volgens de instelling loont het niet om met deze zorgverzekeraars een contract af te sluiten, omdat de tijdsinvestering van contracteren niet opweegt tegen de winst van het eenvoudiger indienen van declaraties. Deze instelling neemt wel patiënten aan van de desbetreffende zorgverzekeraars wanneer zij zich aanmelden. Het versimpelen van het contracteerproces zou het afsluiten van contracten in dergelijke situaties ten goede komen.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Een aantal vrijgevestigde zorgaanbieders geeft aan geen contracten af te sluiten met zorgverzekeraars waar weinig patiënten bij verzekerd zijn. Daarentegen sluit hij wel contracten af met zorgverzekeraars waarbij veel patiënten verzekerd zijn. Een vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan soms maar één of twee patiënten per jaar te hebben van sommige zorgverzekeraars. Deze patiënten worden niet geweigerd. Wel geeft de zorgaanbieder aan van tevoren goede afspraken te maken over de declaraties en een eventuele vooruitbetaling van de behandeling. Zo worden de risico's van niet-gecontracteerd werken beperkt en ontvangt de zorgaanbieder de volledige vergoeding.

2.1.5. Reden 5: de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven zijn te laag

Instellingen

Een instelling geeft aan dat ze de door zorgverzekeraar gehanteerde tarieven voor gecontracteerde zorg soms dermate laag vinden, dat er wordt besloten geen contract af te sluiten. Een instelling doet dit enkel om een signaal af te geven; patiënten die verzekerd zijn bij de desbetreffende zorgverzekeraar worden wel behandeld, waarvoor de instelling de niet-gecontracteerde vergoeding ontvangt. Dit is mogelijk omdat het geen preferente zorgverzekeraar in de regio betreft en de instelling de patiënten niet de dupe wil laten zijn. Een andere instelling maakt de keuze om patiënten van de desbetreffende zorgverzekeraar niet in zorg te nemen. De instelling geeft aan hiervoor te kiezen omdat zij tegen dergelijke lage tarieven geen zorg kunnen leveren. Daarnaast zorgde het behandelen van deze patiënten voor te veel administratie voor de patiënt en de instelling zelf. Zo moesten patiënten zelf de declaraties indienen, moesten er machtigingen worden aangevraagd door de instelling en ontstond er regelmatig onenigheid over ingediende declaraties tussen de instelling en de zorgverzekeraar.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Bij vrijgevestigde zorgaanbieders die in het onderzoek zijn betrokken, is eveneens aangegeven dat ze de door zorgverzekeraars gehanteerde tarieven te laag vinden. Toch besloot een aantal van deze vrijgevestigde zorgaanbieders een contract aan te gaan met preferente zorgverzekeraars in plaats van niet-gecontracteerd te werken. Een vrijgevestigde geeft aan dat

de tarieven veelal onder de 80% van het NZa-tarief uitkomen en ook per product erg verschillen. Dit maakt het verkrijgen van inzicht in de vergoedingen onoverzichtelijk en zorgt voor administratieve lasten. Daarnaast geeft een vrijgevestigde zorgaanbieder aan dat het bepalen van de door zorgverzekeraars gehanteerde tarieven erg los is komen te staan van de tarieven zoals deze door de NZa worden berekend. Wel wordt door sommige vrijgevestigde zorgaanbieders aangegeven dat bepaalde zorgverzekeraars nog redelijk aantrekkelijke tarieven hanteren, wat voor hen een reden is om met deze zorgverzekeraars een contract af te sluiten.

2.1.6. Reden 6: te veel administratieve lasten rondom het contracteerproces en de zorgverlening

Instellingen

Het contracteerproces en de bijkomende administratieve lasten is voor instellingen een reden die meeweegt om (deels) niet-gecontracteerd te werken. Instellingen noemen diverse administratieve handelingen rondom het contracteerproces die belemmerend werken. Zo geeft een instelling aan dat ze zich te laat hadden aangemeld bij twee zorgverzekeraars om een contract af te sluiten. De instelling wijt dit mede aan de verschillende tijdspaden die zorgverzekeraars hanteren. Een andere instelling gaf aan dat het contracteerproces arbeidsintensief is, omdat zorgverzekeraars verschillende contractvoorwaarden hanteren. Deze instelling heeft voornamelijk behandelaren in dienst en weinig ondersteunend personeel.

“Er zijn geen eenduidige richtlijnen voor contractering. Alle zorgverzekeraars hebben hun eigen regels en termijnen. Dat maakt het lastig om door de bomen het bos te zien.” - Instelling

Door een instelling wordt opgemerkt dat ze met een grote zorgverzekeraar wel een contract hebben afgesloten. De voornaamste reden hiervoor is dat het patiëntvriendelijker is en er direct bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Een vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan met een aantal kleine zorgverzekeraars geen contract af te sluiten, omdat het contracteerproces als te tijdrovend ervaren wordt. De tijd die hij hieraan kwijt is, weegt niet op tegen het aantal patiënten dat verzekerd is bij deze zorgverzekeraar. Ook geeft deze vrijgevestigde zorgaanbieder aan dat hij in het verleden met veel zorgverzekeraars contracten afsloot om patiënten tegemoet te komen. Door toename van administratieve lasten in het contracteerproces kiest hij er nu voor om deels niet-gecontracteerd te werken en patiënten van zorgverzekeraars waar geen contract mee is afgesloten te weigeren. Een andere vrijgevestigde zorgaanbieder benoemt ook de administratieve lasten bij gecontracteerde zorg tijdens het zorgverleningsproces als obstakel voor contracteren. Deze vrijgevestigde zorgaanbieder heeft in het verleden problemen gehad met afgekeurde declaraties, wat meespeelt in de overweging om geen contract aan te gaan met de zorgverzekeraar.

Er wordt door een vrijgevestigde zorgaanbieder opgemerkt dat sommige zorgverzekeraars contracten aanbieden voor langer dan één jaar, wat als erg positief wordt ervaren en bijdraagt aan contractering. Daarnaast geeft een vrijgevestigde zorgaanbieder aan dat contractering makkelijker wordt, wanneer contractvoorwaarden meer uniform worden tussen zorgverzekeraars. Deze vrijgevestigde zorgaanbieder werkt deels gecontracteerd, omdat zijn patiënten minder draagkrachtig zijn en zich geen restitutiepolis kunnen veroorloven. Een andere vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan dat hij deels gecontracteerd werkt, omdat het ook enige

bescherming c.q. financiële zekerheid biedt en geheel niet-gecontracteerd werken ook leidt tot veel bijkomende administratieve lasten.

2.1.7. Reden 7: contractonderhandelingen met zorgverzekeraars zijn niet mogelijk

Instellingen

Het zou volgens een aantal instellingen de contractering ten goede komen als sommige zorgverzekeraars de mogelijkheid geven om een gesprek over inhoud van het contract te voeren en tot maatwerkafspraken te komen. Er valt bijvoorbeeld niet over een omzetplafond te onderhandelen. Daarnaast zouden geïnterviewde instellingen het graag over de inhoud van de zorg en hun visie hierop willen hebben.

Een instelling die deels gecontracteerd werkt, geeft aan met sommige zorgverzekeraars wel goed contact te hebben met een zorginkoper. Dit wordt als erg prettig ervaren; de inkoper is geïnteresseerd en denkt graag mee, wat positief bijdraagt aan het contracteerproces.

Vrijgevestigde zorgaanbieders

Een vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan het niet eens te zijn met de mogelijkheden om in gesprek te gaan tijdens het contracteerproces. Volgens deze zorgaanbieder is het enkel mogelijk te tekenen bij het kruisje, zonder invloed te hebben op het proces of de inhoud van het contract. Daarmee vindt hij dat je het contracteerproces niet kunt zien als onderhandeling, maar dat het eenrichtingsverkeer betreft:

“Er is absoluut geen onderhandeling mogelijk. Het is een grote worsteling om een wat hoger omzetplafond te krijgen. Het gevoel leeft dat er geen marktwerking is en er tien overheden zijn in plaats van één.” - Vrijgevestigde zorgaanbieder

2.2. Redenen zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben net als de zorgaanbieders redenen genoemd waarom het niet is gelukt een contract af te sluiten. Hieronder geven we de verschillende redenen weer in willekeurige volgorde.

2.2.1. Reden 1: er wordt niet voldaan aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden

Om contracten met zorgaanbieders aan te gaan, onderzoeken zorgverzekeraars of er voldaan wordt aan hun minimale (kwaliteits)eisen zoals vermeld in de contractvoorwaarden. Deze eisen zijn niet onderhandelbaar, omdat dit volgens zorgverzekeraars de echte randvoorwaarden zijn voor het leveren van zorg.⁸ Voorbeelden hiervan zijn de richtlijnen die gelden in de praktijk of een minimale omzetgrens voor nieuwe zorgaanbieders. Het komt voor dat een aanvraag van een zorgaanbieder hier niet aan voldoet en daarom wordt afgewezen.

2.2.2. Reden 2: er is voldoende zorg ingekocht

De gesproken zorgverzekeraars geven aan een rekenmodel te gebruiken om de zorgbehoefte in de regio te bepalen en op basis van de uitkomsten zorg in te kopen. Ze excluseren daarmee geen nieuwe partijen, maar zijn wel kritisch in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. Een eis die vaak wordt gesteld aan toetredende zorgaanbieders is het hebben van een innovatief aanbod, aanvullend op het bestaande aanbod in de regio.

⁸ De minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden worden niet enkel bepaald door de zorgverzekeraar, maar ook door wet- en regelgeving en richtlijnen vanuit de praktijk.

“Wij zijn er niet voor de continuïteit van de zorgaanbieder, maar voor de zorgplicht aan onze verzekerden” - Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar geeft aan dat zij in hun regio's voldoende zorg contracteren. Wel zijn er onder de gecontracteerde zorgaanbieders soms capaciteitsproblemen, waardoor zorgaanbieders niet altijd voldoende zorg kunnen leveren. Wanneer dit zich voordoet, geeft de zorgverzekeraar aan hierover in gesprek te gaan met de zorgaanbieder en wordt er naar een oplossing gezocht. Met het bijcontracteren van zorg houdt een zorgverzekeraar rekening met de hoeveelheid zorg die zorgaanbieders kunnen leveren met de capaciteit die zij beschikbaar hebben.

Een andere zorgverzekeraar geeft aan zich zorgen te maken om de groeiende zorgvraag binnen de ggz. Volgens de zorgverzekeraar is er een groot verschil tussen de zorgvraag die er in een regio is en de zorgbehoefte. Hiermee wordt bedoeld dat er steeds meer vraag komt naar zorg, terwijl het aantal patiënten en de zwaarte van de problemen niet lijken te veranderen. De zorgbehoefte die nu binnen de ggz wordt beantwoord kan volgens de zorgverzekeraar ook anders worden ingevuld, bijvoorbeeld via eHealth of Wmo-ondersteuning. Volgens deze zorgverzekeraar heeft de gehele sector een opdracht om hier een structurele oplossing voor te vinden om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Uit de interviews met instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders komt de afwijzingsgrond naar voren dat zorgverzekeraars al voldoende zorg in de regio hebben ingekocht. Een instelling geeft aan dat een dergelijke afwijzing niet overeenstemt met de huidige wachttijden binnen de ggz en de observatie dat collega's die gecontracteerde zorg leveren in de regio halverwege het jaar het omzetplafond naderen. Ook kreeg een instelling te horen dat de ingekochte zorg in de stad dekkend was voor de omliggende regio, terwijl de zorgaanbieder juist in de regio werkzaam is en zorg dichtbij huis brengt. Dit rijmt volgens hen niet met het uitgangspunt van de desbetreffende zorgverzekeraar die streeft naar zorg dichtbij huis organiseren. Ook een vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan geen contract te kunnen afsluiten, omdat de zorgverzekeraar naar eigen zeggen al voldoende zorg heeft ingekocht in de regio. Afsluitend geeft een instelling, die deels gecontracteerd werkt, aan dat ze juist wel met een bepaalde zorgverzekeraar een contract zijn aangegaan, omdat ze een doelgroep bedienen in een regio waar wachtlijsten lang zijn.

2.2.3. Reden 3: vermoedens van fraude

Een zorgverzekeraar geeft aan dat vermoedens van fraude een reden zijn om niet te contracteren. Het is voor de zorgverzekeraar niet altijd mogelijk hier voldoende bewijs voor aan te dragen om zorgaanbieders ook daadwerkelijk te kunnen aanmelden bij de Inspectie. Het geeft hen echter wel voldoende aanleiding om zelf geen contract af te sluiten.

2.3. Reactie zorgverzekeraars op redenen zorgaanbieders

In de interviews met zorgverzekeraars is een aantal redenen voor niet-contracteren vanuit zorgaanbieders voorgelegd. Er is niet op alle redenen van zorgaanbieders gereageerd, omdat niet alle redenen die zijn opgehaald bij zorgaanbieders betrekking hadden op de geïnterviewde zorgverzekeraars. In deze paragraaf wordt de reactie van zorgverzekeraars op deze redenen beschreven.

2.3.1. Reden 1: het omzetplafond is te laag en/of biedt geen ruimte om te groeien

Zorgverzekeraars erkennen dat het omzetplafond een belangrijk obstakel is voor zorgaanbieders om te contracteren. Een zorgverzekeraar geeft aan dat er een grens gehanteerd moet worden om te zorgen dat de zorgkosten binnen de perken blijven. Daarbij wordt gekeken naar wat een zorgaanbieder maximaal kan omzetten, het marktaandeel, (demografische) gegevens uit de regio en wachtlijsten. Bij een zorgverzekeraar wordt het omzetplafond voor basis ggz in 2020 opgeheven. Het doel hiervan is om de substitutie van specialistische naar basis ggz te bevorderen.

Op het moment dat het omzetplafond overschreden dreigt te worden, wordt er volgens een zorgverzekeraar geprobeerd een oplossing te vinden. Dat betekent dat een zorgverzekeraar onderzoekt of een patiënt bij een andere gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan of dat er bijgecontracteerd moet worden.

“Voor het bepalen van een omzetplafond bekijken we wat een vrijgevestigde of een instelling zou kunnen omzetten. Daarbij willen we wel een grens hanteren om te zorgen dat de kosten voor ggz binnen de perken blijven. Zonder omzetplafonds zou er meer zorg worden geleverd, maar zou de zorgbehoefte niet veranderen, en de lijst wachtenden ook niet.” - Zorgverzekeraar

2.3.2. Reden 2: niet willen en/of kunnen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars zien in dat zorgaanbieders niet altijd willen of kunnen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden. Een zorgverzekeraar geeft aan dat de minimale omzetgrens voor nieuwe zorgaanbieders soms een voorwaarde is waar men niet aan kan voldoen. De zorgverzekeraar geeft aan dat er echter niet onderhandeld kan worden over deze minimale omzetgrens, omdat dit een juridische grondslag zou bieden voor andere zorgaanbieders om ook met een lagere minimale omzetgrens een contract af te kunnen sluiten. Er wordt aangegeven dat het beleid voor 2020 versoepeld wordt door alle omzet afkomstig uit Zvw-gefinancierde ggz mee te rekenen voor de minimale omzetgrens en niet enkel de omzet die voortkomt uit patiënten van de desbetreffende zorgverzekeraar. Hiermee wordt het makkelijker een contract af te sluiten voor nieuwe zorgaanbieders. De zorgverzekeraar geeft als redenen voor het behouden van een minimale omzetgrens het bieden van continuïteit in zorg en het voorkomen van grote versnippering van zorgaanbod in de regio. Ook wordt er door een zorgverzekeraar aangegeven dat het gestimuleerd wordt om als zorgaanbieder kwaliteitskeurmerken te hebben. Hieronder wordt het in bezit zijn van een 'Keurmerk Basis GGZ' verstaan of het hebben van een lidmaatschap van de LVVP. Het stimuleren gebeurt door hogere tarieven te hanteren indien aan deze voorwaarden wordt voldaan. Door een zorgverzekeraar wordt erkend dat dit door zorgaanbieders gezien kan worden als inhoudelijke inmenging, maar dat dit voor zorgverzekeraars enige houvast biedt over de kwaliteit van geleverde zorg.

Bij een zorgverzekeraar geldt de productmix-regeling al enige tijd niet meer. Er is bij deze zorgverzekeraar niet bekend of zorgaanbieders zich niet goed genoeg verdiepen in veranderingen in beleid of dat zorgverzekeraars het niet helder genoeg communiceren. Door de zorgverzekeraar wordt aangegeven dat er behoefte is om input vanuit zorgaanbieders te krijgen hoe beleid het beste gecommuniceerd kan worden. Er worden bijvoorbeeld 'roadshows' gehouden om veranderingen in beleid kenbaar te maken. Deze werden de afgelopen jaren echter niet veelvuldig bezocht, maar kunnen wel bijdragen aan het op de hoogte blijven van ontwikkelingen die mogelijk positief bijdragen aan contracteren.

2.3.3. Reden 3: de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven zijn te laag

Een zorgverzekeraar is het niet eens met de opmerking van zorgaanbieders dat de tarieven die ze hanteren (te) laag zijn. Hij geeft aan dat in 2019 de tarieven voor gecontracteerde zorg minimaal 84% betreffen van het NZa-tarief voor zowel basis als specialistische ggz. Een factor die van invloed is op de tariefstelling is het wel of niet in bezit zijn van een 'Keurmerk Basis GGZ'. Indien een zorgaanbieder in het bezit is van dit keurmerk wordt 100% van het NZa-tarief vergoed. Ook bij een andere zorgverzekeraar wordt een hoger tarief vergoed indien een zorgaanbieder in het bezit is van dit keurmerk. Door een zorgverzekeraar wordt opgemerkt dat het contract niet enkel draait om de gehanteerde tarieven, maar dat het in z'n totaliteit beoordeeld dient te worden. Daarbij kan het gehanteerde tarief een minder aantrekkelijk aspect zijn van het contract. Daar tegenover staan mogelijk andere voorwaarden die juist wel aantrekkelijk zijn voor zorgaanbieders. Een andere zorgverzekeraar merkt op dat zorgaanbieders die bewust niet-gecontracteerd werken ook 25% minder vergoed krijgen. De rest wordt door de patiënt betaald, maar dat gebeurt niet altijd. Daaruit wordt door deze zorgverzekeraar geconcludeerd dat zorgaanbieders genoeg nemen met, of voldoende hebben aan, lagere vergoedingen.

2.3.4. Reden 4: contractonderhandelingen met zorgverzekeraars zijn niet mogelijk

Zorgverzekeraars geven aan dat ze vraag en aanbod in de regio op elkaar afstemmen. Dat betekent dat zij met een aantal grote partijen onderhandelen om tot een contract te komen. Een zorgverzekeraar geeft aan dat het voor hen niet mogelijk is om met alle individuele zorgaanbieders het gesprek aan te gaan; hier is niet voldoende mankracht voor beschikbaar. Dat betekent dat met de overige zorgaanbieders het contracteerproces digitaal verloopt, waarbij het contracteerbeleid het uitgangspunt is. Wel geeft deze zorgverzekeraar aan de informatievoorziening voor deze groep zorgaanbieders te verbeteren door middel van regiobijeenkomsten, chatboxen, een *Frequently Asked Questions* module op de website en optimalisatie van het digitale contracteerproces. Met deze inspanningen hoopt de zorgverzekeraar contracteren te stimuleren.

3. Beantwoording onderzoeksvragen en reflectie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vragen die in dit kwalitatieve onderzoek centraal staan. Daarna volgt een reflectie op de uitkomsten en de onderzoeksopzet.

3.1. Beantwoording onderzoeksvragen

3.1.1. Wat zijn redenen voor niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de ggz hebben verschillende redenen gegeven om geen contract met elkaar aan te gaan. Deze redenen bieden mogelijk aanknopingspunten om contracteren te stimuleren (zie paragraaf 3.2).

Redenen zorgaanbieders

Instellingen en vrijevestigde zorgaanbieders hebben grotendeels dezelfde redenen gegeven om niet-gecontracteerd te werken. Zo vinden ze de omzetplafonds vaak te laag en biedt het geen ruimte om te groeien, terwijl ze deze ambities wel hebben. Daarnaast geven zorgaanbieders aan niet te kunnen of willen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars. Het ontbreken van een dialoog over de inhoud van het contract is ook een reden om niet te contracteren. Voor zowel instellingen als vrijevestigde zorgaanbieders geldt dat ze soms besluiten om geen contract af te sluiten met een zorgverzekeraar als ze aan weinig tot geen patiënten van de desbetreffende zorgverzekeraar zorg verlenen. De tijdsinvestering van het contracteerproces weegt dan niet op tegen de voordelen van gecontracteerd werken. Ook vinden sommige zorgaanbieders dat de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven te laag zijn wat er soms toe leidt dat men daarom geen contract afsluit. Als laatste is door zorgaanbieders aangegeven dat de administratieve lasten rondom het contracteerproces soms te hoog zijn.

Redenen zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een aantal algemene redenen genoemd waarom er soms geen contract wordt afgesloten met een zorgaanbieder. Zo kan er niet altijd voldaan worden aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden en is er in de regio soms al voldoende zorg ingekocht. Daarmee hebben zorgverzekeraars een kritische houding ten aanzien van nieuwe partijen: ze moeten kwalitatief goede zorg leveren (bijvoorbeeld conform richtlijnen uit de praktijk) en een innovatief aanbod hebben dat aanvullend is op het bestaande aanbod in de regio. Ook is het vermoeden van fraude een reden om vanuit zorgverzekeraars geen contract af te sluiten met zorgaanbieders.

3.1.2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten?

De opzet van dit onderzoek was erop gericht redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzichtelijk te maken met gedeelde casuïstiek. Doordat er weinig toestemming is gegeven voor het delen van casuïstiek, is er beperkt inzicht verkregen in de mate van overeenkomsten om niet te contracteren tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar over een specifieke casus. Wel zijn er algemene redenen van beide partijen opgehaald om niet te contracteren en zijn redenen van zorgaanbieders voorgelegd aan zorgverzekeraars.

Overeenkomsten

Er is door zorgaanbieders en zorgverzekeraars aangegeven dat het niet kunnen voldoen aan minimale (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars een reden is om niet te contracteren. Ook is bij beide partijen de reden genoemd dat er reeds voldoende aanbod in de regio is ingekocht door de zorgverzekeraar. Ondanks dat de redenen overeenkomen, is het *perspectief* van beide partijen verschillend. Hier wordt verder op ingegaan in de reflectie in paragraaf 3.2.

Verschillen

In het huidige onderzoek zijn meerdere algemene redenen opgehaald om niet te contracteren die enkel door zorgaanbieders of zorgverzekeraars zijn genoemd. Deze redenen hebben betrekking op het omzetplafond, de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven, een beperkt aantal patiënten van een zorgverzekeraar waar zorg aan wordt geleverd, administratieve lasten, contractonderhandelingen en vermoedens van fraude.

3.2. Reflectie op de uitkomsten

3.2.1. Resultaten in relatie tot voorgaand onderzoek

De resultaten van het huidige onderzoek bevestigen grotendeels de resultaten van voorgaand onderzoek. Uit onderzoek van Arteria uit 2018⁹ kwamen de volgende redenen van zorgaanbieders voor niet-gecontracteerde ggz naar voren: niet kunnen of willen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, tegen inmenging zijn van zorgverzekeraars (met name als het gaat om inhoud van de behandeling), opgelegde omzetplafonds zijn te laag, de door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven zijn te laag en ruimte hebben voor een meer divers en innovatief aanbod. In de monitor van de NZa kwamen soortgelijke redenen naar voren, namelijk: te hoge administratieve lasten, te lage tarieven die gehanteerd worden door zorgverzekeraars, te lage omzetplafonds, het niet kunnen voldoen aan de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, een te beperkt marktaandeel, het zijn van een nieuwe zorgaanbieder en geen inhoudelijke inmenging willen van de zorgverzekeraar.¹⁰ In het huidige onderzoek is aanvullend opgehaald dat de zorgaanbieders niet kunnen onderhandelen over het contract, terwijl ze dit wel graag zouden willen. Daarentegen hebben zorgaanbieders in het huidige onderzoek niet expliciet gemeld dat ze niet-gecontracteerd werken vanuit het principe van vrije artskeuze (of anderszins vanuit bepaalde principes). Vanuit zorgverzekeraars zijn, al dan niet anders verwoord, dezelfde redenen opgehaald als in eerder onderzoek, namelijk het niet voldoen aan minimale (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden en het tegengaan van groei en versnippering van het zorgaanbod (ofwel er is voldoende zorg ingekocht in de regio). In het huidige onderzoek wordt ook signalen van fraude genoemd als reden voor niet-contracteren.

Aangezien er in het huidige onderzoek niet veel nieuwe redenen zijn opgehaald voor niet-gecontracteerde ggz, lijkt nader onderzoek naar dit onderwerp niet van toegevoegde waarde. Met oog op de afspraken in het HLA ggz 2019 – 2022 is het voor betrokken partijen nuttig om vanuit de (voorgaande) onderzoeksresultaten aanknopingspunten te halen om contracteren te stimuleren.

⁹ Arteria Consulting. (2018). (Niet-)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg. Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Verkregen van: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-850510>

¹⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor contractering ggz 2019. Verkregen van: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_275316_22/1/

3.2.2. Vrijwillig versus niet-vrijwillig niet-gecontracteerd werken

Uit het huidige onderzoek blijkt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen redenen om vrijwillig niet-gecontracteerd te werken en niet-vrijwillig niet-gecontracteerd te werken. Sommige zorgaanbieders willen wel een contract, maar voldoen bijvoorbeeld niet aan de minimale omzetgrens om toe te treden tot de markt van gecontracteerde ggz. Ook krijgen zorgaanbieders soms als afwijzingsgrond dat ze voor de zorgverzekeraar niet van toegevoegde waarde zijn in de regio. Dit staat in contrast met zorgaanbieders die bewust niet-gecontracteerd werken, omdat ze bijvoorbeeld willen groeien en dus niet gebonden willen zijn aan een omzetplafond.

3.2.3. Verschil in perspectief tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De redenen die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars in interviews zijn genoemd om niet te contracteren, illustreren dat beide partijen vanuit hun eigen perspectief naar contractering kijken. Dit verschil hangt samen met de rol die ze innemen in de markt en de bijbehorende belangen. Met name de tegenstrijdige financiële belangen lijken daarbij van betekenis te zijn. Zorgaanbieders willen graag goede zorg leveren en hier passend voor vergoed worden, terwijl zorgverzekeraars streven naar kwalitatief goede en transparante zorg en grip op de zorgkosten.

Het omzetplafond wordt door zorgaanbieders genoemd als reden om niet te contracteren. Het opheffen van omzetplafonds zou de bereidheid van zorgaanbieders om te contracteren mogelijk stimuleren. Zorgverzekeraars geven echter aan dat omzetplafonds de mogelijkheid bieden grip op de kosten te houden. Zij hanteren omzetplafonds waarmee zij in de regio, volgens hun berekeningen, voldoende zorg hebben ingekocht. Zorgaanbieders trekken dit laatste in twijfel. Volgens hen is dit niet te rijmen met de wachtlijsten in de regio en de omzetplafonds die soms al halverwege het jaar worden bereikt.

Sommige zorgaanbieders vinden dat de door zorgverzekeraars gehanteerde tarieven te laag zijn. Zorgverzekeraars zijn het hier niet mee eens en stimuleren bijvoorbeeld het in het bezit zijn van het 'Keurmerk Basis GGZ' door het bieden van hogere tarieven. Dit kan vervolgens leiden tot de perceptie dat zorgverzekeraars zich inhoudelijk mengen met de zorg die wordt geleverd, terwijl ze juist kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en transparante zorg willen stimuleren.

De minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden is een veelgehoorde reden vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars om niet te contracteren. Deze contractvoorwaarden worden door zorgverzekeraars opgesteld, maar de inhoud wordt niet enkel door hen bepaald. Zo worden wet- en regelgeving en richtlijnen uit de praktijk opgenomen, wat mogelijk niet altijd bekend is bij zorgaanbieders en ten onrechte bestempeld wordt als eisen van de zorgverzekeraar. In het verlengde hiervan lijken niet alle zorgaanbieders even goed op de hoogte zijn van wijzigingen in bijvoorbeeld de minimale (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in contractvoorwaarden, zoals het afschaffen van de product-mix regeling bij één van de zorgverzekeraars. Verdere verbetering van communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over dit soort wijzigingen kan helpen om contracteren te stimuleren, doordat zorgaanbieders hun keuze om wel of niet te contracteren niet laten beïnvloeden door verouderde, en soms onjuiste, kennis. Daarnaast geven kleine instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders aan graag te willen praten (en onderhandelen) over de inhoud van het contract, omdat deze aanbieders wel de intentie hebben om te contracteren. Hoewel zorgverzekeraars de behoefte van zorgaanbieders om in gesprek te gaan goed begrijpen, geven ze aan dat de veelheid aan zorgaanbieders dit ondoenlijk maakt en dat de mankracht niet toereikend is om hier gehoor aan te geven.

De contractering wordt door sommige zorgaanbieders als een hoge administratieve last beschouwd die niet altijd opweegt tegen de administratieve last die niet-gecontracteerd werken

met zich meebrengt. Zorgverzekeraars zetten zich in voor een zo goed mogelijk (digitaal) proces om zo de administratieve lasten te beperken. Ondanks deze inspanningen, lijken zorgverzekeraars hierin de wensen van zorgaanbieders nog niet in zijn geheel te hebben vervuld.

Een belangrijke vraag is in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars verder tot elkaar kunnen komen gegeven het systeem en de rol die ze hierin innemen. De partijen kunnen onbegrip of onwetendheid proberen weg te nemen door communicatie te optimaliseren. Verder zijn er mogelijke aanknopingspunten om gesprekken over stimuleren van contracteren te voeren. Daarbij zijn belangrijke onderwerpen: het omzetplafond en ruimte voor groei, in gesprek gaan over inhoud van het contract, optimalisatie van communicatie en contracteerproces (zoals uniformiteit tussen zorgverzekeraars), de duur van afgesloten contracten en de door zorgverzekeraars gehanteerde tarieven.

3.3. Reflectie op de onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek was erop gericht om redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzichtelijk te maken door middel van gedeelde casuïstiek. In dit onderzoek is uiteindelijk toestemming gekregen van één zorgaanbieder om de casus voor te leggen aan een zorgverzekeraar. Vanwege de herleidbaarheid is besloten om deze casus te verwerken in algemene redenen om niet te contracteren. Geïnterviewden gingen niet akkoord om de casuïstiek voor te leggen met als belangrijkste reden dat ze in de toekomst alsnog graag de mogelijkheid willen behouden een contract af te sluiten en de relatie met de zorgverzekeraar niet willen schaden. Ook gaf een aantal zorgaanbieders aan de toegevoegde waarde van het delen van casuïstiek voor zichzelf niet te zien.

Doordat er te weinig casuïstiek gedeeld kon worden, is ervoor gekozen om algemene redenen in het rapport op te nemen. Naast de algemene redenen hebben zorgverzekeraars een reactie kunnen geven op de redenen die door zorgaanbieders zijn benoemd. Deze wijziging in onderzoeksopzet heeft ertoe geleid dat het in de meeste gevallen niet is gelukt een verregaande verdieping op de gegeven redenen in kaart te brengen. Daarnaast is het in dit type onderzoek soms lastig om tot een goede verdieping te komen, omdat mensen in een interview mogelijk niet altijd alles benoemen wat ze denken of weten. Desalniettemin is er een aantal nieuwe redenen opgehaald in vergelijking met de voorgaande onderzoeken en zijn de (reeds bekende) redenen bevestigd en voorzien van illustraties uit de praktijk.

Brancheorganisaties¹¹ geven aan in het vervolg de focus nadrukkelijk te willen leggen op de mogelijkheden om contracteren te stimuleren. Dit had volgens hen meer aangesloten bij de afspraken die partijen in het HLA ggz 2019 – 2022 zijn overeengekomen. De opgehaalde redenen in het huidige onderzoek hebben hen geen nieuwe inzichten geboden.

3.4. Vervolg

Gezien de vergelijkbare uitkomsten met eerdere onderzoeken lijken de redenen waarom er niet gecontracteerd wordt in de ggz duidelijk in kaart gebracht. De opgehaalde redenen kunnen partijen aanknopingspunten bieden in het voeren van het vervolggelbesprek over de mogelijkheden om contracteren te stimuleren. Brancheorganisaties geven aan de positieve ingezette lijn door te

¹¹ LVVP, NIP, NVvP, ZN, P3NL, GGZ Nederland

willen zetten en te focussen op het stimuleren van contracteren.¹² De brancheorganisaties willen met elkaar vaststellen welke activiteiten er nodig zijn om de gemaakte afspraken in het HLA ggz te behalen en zullen hier de komende periode vervolg aan geven.

¹² De resultaten van de kwantitatieve analyse die door Vektis wordt opgeleverd over de groei van het aandeel niet-gecontracteerde zorg kunnen inzicht bieden in hoeverre de gestelde doelen van het HLA zijn bereikt.

4. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

Lisanne Puijk		06 206 403 20		lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl
Mischa Buter		06 836 594 67		mischa.buter@arteriaconsulting.nl
Quinten van Geest		06 126 361 39		quinten.vangeest@arteriaconsulting.nl

*Eindverantwoordelijk
partner*

Nico Baas		06 133 109 63		nico.baas@arteriaconsulting.nl
-----------	--	---------------	--	------------------------------------------------------------------------------------

5. Bijlage: beschrijving onderzoeksopzet

5.1. Werving deelnemers

In het eerste deel van de monitor is aan zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders) en zorgverzekeraars toestemming gevraagd om contact op te nemen voor vervolgonderzoek. Zorgaanbieders die daarmee hebben ingestemd, hebben wij een nieuwe korte enquête toegestuurd, waarin het volgende is uitgevraagd:

- Met welke zorgverzekeraars er geen contract is afgesloten
- Wat de redenen zijn voor niet-contracteren (vaste categorieën)
- Of men bereid is deel te nemen aan een telefonisch interview van 30 minuten

In totaal hebben 115 zorgaanbieders een enquête ingevuld, 23 instellingen, 86 vrijgevestigde zorgaanbieders en 6 overig (veelal met de reactie dat de respondent zowel als vrijgevestigde zorgaanbieder werkt als bij een instelling werkzaam is).

5.2. Steekproef selectie

Voor het includeren van respondenten die de enquête hebben ingevuld, hebben wij een selectie gemaakt op basis van de volgende criteria:

- Toestemming gegeven om benaderd te worden voor een telefonisch interview
- Werkzaam bij instelling óf als vrijgevestigde zorgaanbieder
 - Met minimaal 1 grote zorgverzekeraar of 2 kleine zorgverzekeraars geen contract afgesloten
- Er moet minimaal 1 reden opgegeven zijn om geen contract af te sluiten
- De variatie in redenen en zorgverzekeraars tussen de zorgaanbieders moeten divers zijn, zodat er breed wordt opgehaald

Van deze lijst zijn willekeurig partijen geselecteerd en uitgenodigd voor een telefonisch interview. Indien het niet is gelukt om een interview in te plannen met de desbetreffende zorgaanbieder, is een andere zorgaanbieder van de lijst uitgenodigd. Uiteindelijk zijn er 7 instellingen (3 ambulante instellingen met basis en specialistisch aanbod, 1 klinische instelling met basis en specialistisch aanbod en 3 ambulante instellingen met specialistisch aanbod, 2 instellingen bieden ook verslavingszorg) en 7 vrijgevestigde zorgaanbieders (5 aanbieders met basis en specialistisch aanbod, 2 aanbieders met enkel specialistisch aanbod) geïnterviewd.

Bovenstaande aantallen zijn gebaseerd op aantallen die veelal worden aangehouden in wetenschappelijk kwalitatief onderzoek. Bij het aantal 6 of 7 wordt verwacht een niveau van verzadiging te bereiken, waarbij waarschijnlijk geen nieuwe inzichten worden verkregen.

5.3. Interview zorgaanbieders

Het semigestructureerde interview met zorgaanbieders duurde ongeveer 30 minuten. De interviewleidraad is in samenspraak met de NZa vastgesteld. In dit interview kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Met welke zorgverzekeraars geen contract is afgesloten voor 2019
- Wat de redenen per zorgverzekeraar zijn om geen contract af te sluiten
- Hoe het contact en het proces is verlopen
- Of de casus herleidbaar (niet anoniem) voorgelegd mag worden aan de zorgverzekeraar

5.4. Interview zorgverzekeraars

Het semigestructureerde interview met de zorgverzekeraars duurde tussen de 30 en 45 minuten. De interviewleidraad is in samenspraak met de NZa vastgesteld. Minimaal twee dagen voor het interview werd herleidbaar of niet-herleidbaar casuïstiek toegestuurd ter voorbereiding. In deze interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Algemene redenen voor zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten
- Hoe er contact wordt gelegd en onderhouden met zorgaanbieders
- De reactie van zorgverzekeraars op de redenen die zorgaanbieders aandragen voor niet-contracteren met de desbetreffende zorgverzekeraar

5.5. Data-analyse en interpretatie

De interviews zijn uitgewerkt in Word en vervolgens anoniem verwerkt in een verzamelbestand in Excel. Nadat alle ruwe data waren verwerkt, hebben de onderzoekers de data ingedeeld in de volgende categorieën:

- Administratieve lasten
- Omzetplafond
- Contractvoorwaarden
- Zorgverleningsproces
- Contractonderhandelingen
- Tariefstelling
- Complexiteit zorgveld
- Inhoudelijke inmenging
- Overig

Vervolgens zijn per categorie de redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars geïnterpreteerd en is de mate van overlap onderzocht. Hierin zijn clusterings van redenen gemaakt naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze redenen zijn uitgewerkt met voorbeelden in de rapportage en is er een casus uitgewerkt.