



Nederlandse
Zorgautoriteit



Monitor

Contractering Wijkverpleging 2018

2018
april

Inhoud



Samenvatting



Inleiding



Terugblik 2017



Omvang inkoop wijkverpleging 2018



Ervaringen met de contractering



Inkoop van reguliere wijkverpleging



Inkoop van specifieke zorgvormen in de wijkverpleging voor 2018



Verbeterthema's wijkverpleging 2018 en verder



Conclusies en aanbevelingen





Samenvatting

1

Met deze monitor brengen we de zorginkoop van wijkverpleging in kaart voor het jaar 2018. Ook kijken we terug op de (bij)contractering 2017. Ons algemene beeld is, dat het veld er nog steeds in slaagt om aan de zorgbehoefte te voldoen. Wij vinden dat een grote prestatie, gezien de toename van de zorgvraag en het tekort aan verpleegkundig personeel.

2

Voor verreweg het grootste deel van de zorg zijn de contracten 2017 vóór 1 januari 2017 gesloten. Een goede zaak, wil de consument zich goed kunnen informeren over het gecontracteerde aanbod. Verder zei een kwart van de aanbieders dat zij in 2017 cliëntenstops hebben afgegeven, met als belangrijkste oorzaak het soms moeizame proces van bijcontractering. Cliëntenstops bedreigen bij voldoende alternatief zorgaanbod de toegankelijkheid van de zorg overigens niet. Dat neemt niet weg dat het proces van bijcontractering en de onderliggende data-uitwisseling vlotter kunnen verlopen.

3

Het totaal aan gecontracteerde en ongecontracteerde zorg en pgb is in 2018 ongeveer € 3,5 miljard. Dit is ongeveer € 200 miljoen hoger dan in 2017, vooral door de toename van ongecontracteerde zorg. Het aandeel aanbieders dat bewust met minstens één zorgverzekeraar geen contract is aangegaan, is toegenomen van 12% in 2017 tot 19% in 2018. Wij vinden de toename van de ongecontracteerde zorg onwenselijk. Volgens recent onderzoek van VWS worden de relatief hoge kosten van ongecontracteerde zorg waarschijnlijk veroorzaakt door een minder doelmatige personeelsinzet.

4

5

6

7

8

Wij vinden dat zorgverzekeraars en aanbieders alleen samen de benodigde samenhang, samenwerking en regionale afstemming kunnen bereiken. En slechts dán de burger voldoende toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg kunnen bieden.

Aanbieders zien bij de contractering graag meer mogelijkheden voor overleg en onderhandeling met de zorgverzekeraar en vinden dat hij beter bereikbaar kan zijn. Ook vinden zij de verschillende processen en voorwaarden van de contractering nog tijdrovend. Zorgverzekeraars zijn tevreden over het zorginkoopproces 2018. Ook zij vinden een inhoudelijk goed gesprek belangrijk. Naar hun mening kan de aanbieder nog beter sturen op doelmatigheid en budgetafspraken. In het algemeen zijn vooral aanbieders meer tevreden dan vorig jaar, met name over de administratieve lasten, maar zij vinden dat zeker niet allemaal.

Wij concluderen dat partijen nog meer kunnen doen aan om voor elkaars vragen bereikbaar en beschikbaar te zijn. Ook zien wij dat zorgverzekeraars en aanbieders elkaar meer zekerheid kunnen bieden bij een eventueel verzoek tot bijcontractering, over de afhandeltermijn respectievelijk de bereikte doelmatigheid.





Samenvatting

1

Ook voor 2018 hebben partijen afspraken gemaakt over het doorleveren van zorg als het budgetplafond is bereikt. Zorgverzekeraars zien hierin minder vaak een oorzaak van de patiëntenstops in 2017 dan in het personeelstekort, waarover zij met de aanbieder overigens nog niet vaak gericht praten. Verder pasten de meeste zorgverzekeraars het budgetplafond 2017 aan (en soms ook het contract 2018), als de aanbieder een doelmatige werkwijze aannemelijk maakte.

2

Inmiddels spreken zorgverzekeraars in 98% van de contracten met elke aanbieder een individueel integraal tarief af, vooral gebaseerd op zijn historische productmix en soms ook op een doelmatigheidsscore. Met een toenemende zorgvraag die steeds complexer wordt, zal een tarief gebaseerd op het verleden niet altijd toereikend zijn. Wij zien hier een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

3

Een reële hoogte van het tarief is in de eerste plaats aan partijen zelf, en ook de terugdringing van de administratieve lasten van hun afspraken over de tariefonderbouwing en de doelgroepenregistratie.

4

5

6

7

8

Palliatief terminale zorg, dementiezorg en medische kindzorg thuis kennen geen eigen prestaties en worden meestal ingekocht als onderdeel van het integrale tarief. We zien goede initiatieven waarin de schaarse expertise optimaal wordt benut door regionale samenwerking en/of specialisatie. Integrale tarieven en doelmatigheidswensen van zorgverzekeraars stimuleren aanbieders echter niet meteen tot betere zorg. Tegelijkertijd zien wij in de inkoopdocumenten van veel zorgverzekeraars weinig focus op wachttijden en personeelstekorten voor deze doelgroepen. Dit is voor ons een belangrijk aandachtspunt in ons uitvoeringstoezicht.

Aanbieders en zorgverzekeraars zijn aan de slag gegaan met de vier landelijke verbeterthema's voor de contractering. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen nog meer afspraken maken over registratie en informatieuitwisseling over benchmark en doelgroepen. Verder kunnen zij kostprijsverhogende ontwikkelingen in het contracteerproces nog meer benoemen. Ook kunnen zij de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg via de gelijknamige prestatie nog meer stimuleren. Tot slot zouden wij graag zien dat aanbieders en zorgverzekeraars leren van elkaars initiatieven om beter bereikbaar en beschikbaar te zijn.





Samenvatting

1

Voor onze conclusies en aanbevelingen en ons voornemen tot nader toezicht verwijzen wij naar hoofdstuk 8. Onze aanbevelingen zijn vooral een zaak voor partijen: de zorgverzekeraars en de aanbieders.

2

De bevindingen van VWS over de ongecontracteerde zorg onderstrepen het belang van een goed verlopend contracteerproces voor de publieke belangen. Wij willen hier aangehaakt blijven. De NZa ziet voor zichzelf hier een rol, daar waar aanpassingen van haar regelgeving of haar toezicht het contracteerproces kunnen bevorderen of de aanwezigheid van een overeenkomst kunnen stimuleren.

3

4

5

Verder maken wij werk van onze acties, aangekondigd in onze [januari rapportage](#) over onze wachttijdprojecten. Met deze acties willen wij partijen stimuleren om wachttijden binnen de wijkverpleging terug te dringen. Verder beraden wij ons op nader onderzoek naar wachttijden binnen de wijkverpleging.

6

7

8





1. Inleiding

1

Met deze monitor brengt de NZa de zorginkoop van wijkverpleging in kaart voor het jaar 2018. We staan specifiek stil bij de contractafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders maken over het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het integrale tarief), beloning op maat (inclusief wijkgerichte zorg), casemanagement dementie, palliatief terminale zorg en verblijf en dagopvang bij intensieve kindzorg. Ook inventariseren we de ervaringen van aanbieders en zorgverzekeraars bij het inkoopproces. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in de voorgaande jaren.

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 alsmede desgevraagd zorgbemiddeling (restitutie), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

In deze monitor blikken we in hoofdstuk 2 allereerst terug op het verloop van de contractering, patiëntenstops en bijcontractering. In hoofdstuk 3 gaan we in op de omvang van de inkoop van wijkverpleging voor 2018. We beschrijven de totaalbedragen die zijn ingekocht en de aantallen aanbieders die zijn gecontracteerd. In hoofdstuk 4 beschrijven we de ervaringen van zorgverzekeraars en aanbieders met het inkoopproces en met de uitkomsten van de inkoop. De inkoop van de reguliere wijkverpleging volgt in hoofdstuk 5, waarbij we onderscheid maken in het integrale tarief en de reguliere uurprestaties. In hoofdstuk 6 gaan we in op de inkoop van een aantal specifieke zorgvormen binnen de wijkverpleging, zoals casemanagement dementie, palliatief terminale zorg, wijkgericht werken en beschikbaarheid van onplanbare zorg. Alvorens we afsluiten met conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 8, gaan we in hoofdstuk 7 nog in op de verbeterthema's in het kader van het Common Eye traject.

Daar waar in deze monitor gesproken wordt over 'zorgverzekeraars', bedoelen we de 11 verzekeraar-concerns zoals weergegeven in het document 'Bronnen en methoden' dat als bijlage bij deze monitor is gevoegd. In dit document is ook een overzicht te vinden van de zorgverzekeraars die onder de verschillende concerns vallen. Waar wij spreken over 'aanbieders', bedoelen we de aanbieders die onze enquête hebben ingevuld. Zie hiervoor eveneens de bijlage 'Bronnen en methoden'. Tenslotte hebben wij onze bevindingen in deze monitor integraal geconsulteerd. Voor een overzicht van geconsulteerde partijen verwijzen wij naar de bijlage.

2

3

4

5

6


7

8





2. Terugblik 2017



De NZa krijgt regelmatig signalen over het verloop van de contractering ten behoeve van de zorginkoop. Partijen hebben aangegeven dat contractering een doorlopend proces is als gevolg van de bijcontractering in de loop van het jaar. We vinden het belangrijk om bij het verloop van de contractering stil te staan binnen de cyclus contracteren - bereiken budgetplafond – bijcontracteren – contracteren voor het volgende jaar. Daarom wordt in dit hoofdstuk teruggekeken op het jaar 2017. Specifiek gaan we in op het verloop van de contractering, de patiëntenstops en het proces van bijcontracteren in 2017.

2.1 Verloop contractering

Drie van de elf zorgverzekeraars hadden de contractering 2017 op 1 januari 2017 volledig afgerond. De andere (acht) zorgverzekeraars hebben na 1 januari alsnog contracten gesloten voor een deel van de totale gecontracteerde zorg. Hierbij ging het voor de meesten (zeven) om een relatief klein deel van de totale gecontracteerde zorg (5% of minder). Voor één zorgverzekeraar geldt dat niet. Deze moest na 1 januari 2017 nog 90% van zijn contracten afsluiten. Vier van de acht zorgverzekeraars die na 1 januari 2017 nog contracten hebben afgesloten, deden dit omdat de uitwerking van de nadere contractvoorwaarden voor vertraging heeft gezorgd.

Hoewel dit een signaal is over het verloop van het contracteerproces, zegt dit nog niets over hoe partijen de contractonderhandelingen hebben beleefd. Hier komen wij op terug in hoofdstuk 4.

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat de aanbieders met wie hij onderhandelde op dat moment nog geen verzekerden in zorg hadden. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat aanbieders zich bij hem gedurende het gehele jaar kunnen inschrijven. Hierdoor heeft deze zorgverzekeraar gedurende het hele jaar, dus zowel voor als na 1 juli 2017, nieuwe contracten met aanbieders afgesloten.

2.2. Patiëntenstops 2017

Net als in voorgaande jaren verschenen ook in 2017 berichten in de media over (dreigende) patiëntenstops in de wijkverpleging, zoals in de Volkskrant (10 februari 2017) en op Zorgvisie (11 september 2017). De NZa heeft partijen daarom meerdere keren opgeroepen niet ten koste van de patiënt te onderhandelen, want dergelijke berichtgeving leidt tot veel onnodige onrust onder patiënten.

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



1

2

3

4

5

6

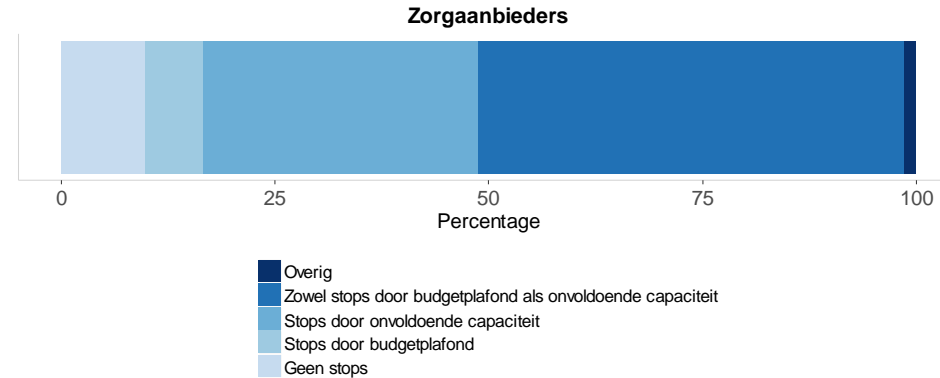
7

8

Een patiëntenstop hoeft niet direct een gevaar te betekenen voor de continuïteit van zorg, zolang de patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. Voor de continuïteit van zorg is het in principe irrelevant welke aanbieder deze zorg levert, omdat het gaat om de continuïteit van de zorg, niet om die van de aanbieder. Als de patiëntenstops echter op (te) grote schaal voorkomen en patiënten ook niet bij andere aanbieders terecht kunnen, kan wel een gevaar voor de toegankelijkheid van zorg ontstaan.

Uit onze enquête blijkt dat het grootste deel van de aanbieders (73%) geen patiëntenstop heeft afgegeven in 2017. De overige 27% (84) van de aanbieders heeft wél een of meer patiëntenstops afgegeven. Ongeveer de helft van deze aanbieders deed dit omdat het budgetplafond (bijna) was bereikt. Een andere veel voorkomende reden is onvoldoende personele capaciteit bij de aanbieder. Sommige aanbieders (10 aanbieders, 3%) hebben zowel vanwege een gebrek aan personeel (capaciteit) als vanwege het bereiken van een budgetplafond patiëntenstops afgegeven (zie ook de figuur hieronder).

Figuur 1. Percentage aanbieders verdeeld naar wel/geen en reden



Daarnaast hebben vier aanbieders om een andere reden dan het bereiken van het budgetplafond of een gebrek aan (gespecialiseerd) personeel patiëntenstops afgegeven.

Voor een algemeen beeld van de frequentie en duur van de patiëntenstops, kijken we naar de 84 aanbieders (27%) die een of meer patiëntenstops hebben afgegeven. Veruit de meeste aanbieders gaven gedurende 2017 een of twee keer een stop af, vaak vanwege het bereiken van het budgetplafond. De meeste patiëntenstops duurden een tot drie maanden. De patiëntenstops als gevolg van het bereiken van het budgetplafond duren vaak een tot drie maanden, terwijl de patiëntenstops door personeelstekort juist vaak langer dan 3 maanden of korter dan één maand duren. Mogelijk heeft de duur van de stops, gerelateerd aan het budgetplafond, ook te maken met de tijd die nodig blijkt voor de besluitvorming over bijcontracteren.





1

2

3

4

5

6

7

8

In paragraaf 2.3 wordt het bijcontracteren besproken.

Hieronder gaan wij nader in op de twee genoemde belangrijkste redenen voor aanbieders om een patiëntenstop af te geven.

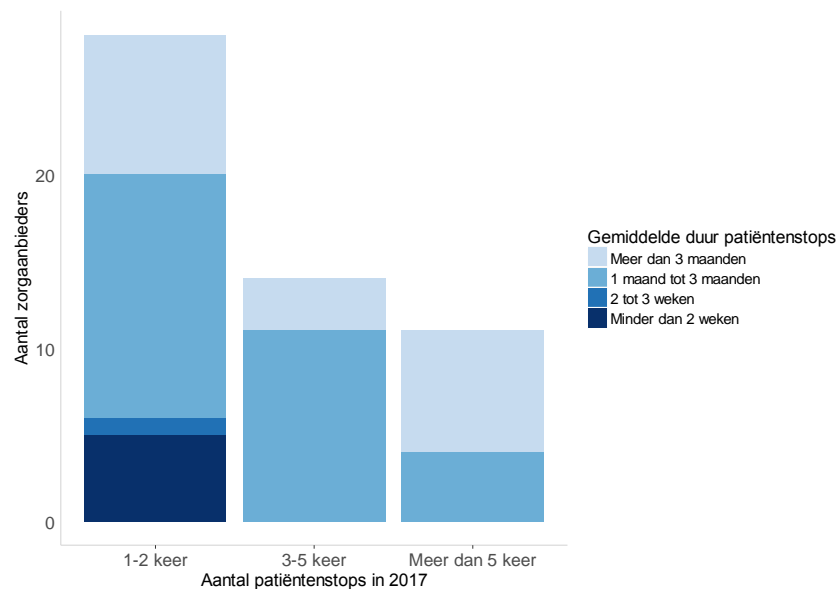
Patiëntenstop in verband met bereiken budgetplafond

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

Een aanbieder kan een patiëntenstop afgeven voor patiënten van een bepaalde zorgverzekeraar. Een klein deel van de aanbieders (16%) heeft in 2017 een patiëntenstop afgegeven in verband met het bereiken van het budgetplafond. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de aanbieders (46%) een patiëntenstop overwogen, maar is daar uiteindelijk niet toe overgegaan. Deze aanbieders gaven meerdere redenen om hiervan af te zien. Voor ruim de helft van hen (80%) was een patiëntenstop uiteindelijk niet nodig, omdat de zorgverzekeraar alsnog het omzetplafond heeft verhoogd.

Andere redenen om geen patiëntenstop af te geven waren het maatschappelijk belang of het belang van de cliënt, het besluit een kleine overschrijding van het budgetplafond voor lief te nemen, of een selectief aannamebeleid in te voeren dan wel patiënten bij een andere aanbieder onder te brengen.

Figuur 2. Gemiddelde duur patiëntenstops vanwege bereiken budgetplafonds





1

2

3

4

5

6

7

8

In bovenstaande figuur staat aangegeven hoe vaak aanbieders een patiëntenstop hebben afgegeven vanwege het bereiken van het budgetplafond, en hoe lang deze stops duurden. Van de aanbieders die een of meer stop(s) hebben afgegeven vanwege het bereiken van het budgetplafond, deed 53% dat een of twee keer. 26% deed dit 3 tot 5 keer en 21% van de aanbieders gaf meer dan vijf keer een patiëntenstop af.

Hierbij moet in het achterhoofd worden gehouden dat een aanbieder voor verzekerden van meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd een patiëntenstop kan afgeven; verschillende simultane patiëntenstops zijn dus mogelijk.

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

De drie zorgverzekeraars die te maken hebben gehad met patiëntenstops in verband met het bereiken van het budgetplafond, geven aan dat de patiëntenstops in ieder geval niet golden voor de bovengenoemde specialistische zorgvormen. Op deze manier is de zorglevering hiervan geborgd.

Patiëntenstops in verband met beschikbaarheid personeel

Regelmatig verschijnen er berichten in de media met koppen zoals 'Zorg in gevaar door groot gebrek aan wijkverpleegkundigen' (Volkskrant van 10 februari 2017). Uit de enquête onder aanbieders blijkt dat 88% van de aanbieders (268) geen patiëntenstop heeft afgegeven in verband met een gebrek aan capaciteit. 55 van deze aanbieders hebben dit wel overwogen. Daarentegen heeft de overige 12% van de aanbieders (37) zich wel genoodzaakt gezien een patiëntenstop af te geven in verband met een gebrek aan personeel. In de meeste gevallen ging het hierbij om alle vormen van wijkverpleging, en was de stop dus niet beperkt tot bepaalde vormen van gespecialiseerde wijkverpleging. Echter, één aanbieder heeft een patiëntenstop afgegeven voor palliatief terminale zorg, en twee aanbieders konden de intensieve kindzorg tijdelijk niet leveren in verband met een gebrek aan specialistisch personeel.

Figuur 3 relateert de duur van de patiëntenstops aan het aantal keer dat er een patiëntenstop door de betreffende aanbieder werd afgegeven. Van de aanbieders die een of meer stop(s) hebben afgegeven vanwege personeelstekort deed 49% dit één of twee keer, 18% drie of vier keer en 35% vijf keer of meer.





1

2

3

4

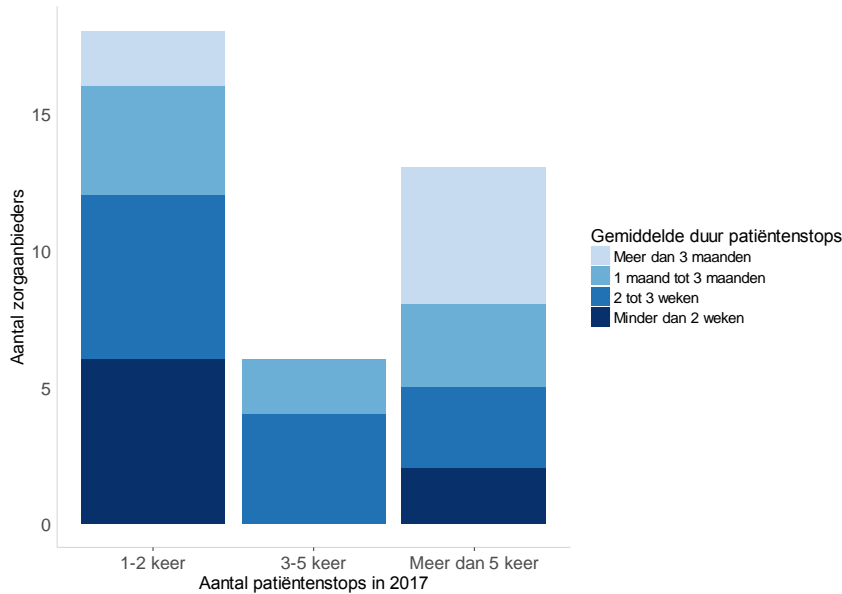
5

6

7

8

Figuur 3. Gemiddelde duur patiëntenstops vanwege een personeelstekort



Effecten patiëntenstops 2017 op contractering 2018
We hebben zorgverzekeraars gevraagd of eventuele patiëntenstops in 2017 als gevolg van het bereiken van het afgesproken budget van invloed zijn op de contractering voor 2018. De drie zorgverzekeraars die met dit type patiëntenstops te maken hebben gehad, geven aan dat deze stops aanleiding waren voor aangepaste afspraken in 2018.

Dat wil zeggen dat zij een hoger budget hebben afgesproken op basis van een hogere prognose. Naar aanleiding van deze stops heeft één zorgverzekeraar met alle betreffende aanbieders andere afspraken gemaakt, en twee slechts met een deel van hen. Reden hiervoor is dat de aanbieder volgens deze zorgverzekeraars niet doelmatig genoeg werkte in 2017 of omdat het voorstel van de aanbieder niet paste bij zijn realisatie in 2017.

Zeven zorgverzekeraars hebben in 2017 te maken gekregen met patiëntenstops in verband met een personeelstekort. Deze patiëntenstops hebben voor drie zorgverzekeraars geleid tot aangepaste afspraken met betreffende aanbieders voor 2018. De nieuwe afspraken betroffen: een extra budget, een korte termijnoplossing voor het personeelstekort of afspraken over opleiding en scholing. Een van deze drie zorgverzekeraars heeft deze afspraken met een bepaalde aanbieder niet gemaakt omdat deze aanbieder maar een beperkte omvang heeft in het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar.

2.3 Bijcontractering 2017

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





1

2

3

4

5

6

7

8

Als een aanbieder het budgetplafond van een zorgverzekeraar dreigt te overschrijden, doet dit allereerst een beroep op de aanbieder.

Hij zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten. Daarnaast moet hij de zorgverzekeraar tijdig inlichten, en indien nodig de wachtenden naar een andere aanbieder doorverwijzen. De zorgverzekeraar kan bij het bereiken van het budgetplafond extra zorg bij deze aanbieder inkopen, of de wachtenden bij een andere gecontracteerde aanbieder onderbrengen. In deze paragraaf gaan we in op het inkopen van extra zorg (bijcontractering) in 2017. Aan bod komen zowel de aanvragen vanuit aanbieders, de duur van de besluitvorming als het totale bedrag dat zorgverzekeraars bijcontracteren.

Aanvraag tot bijcontractering

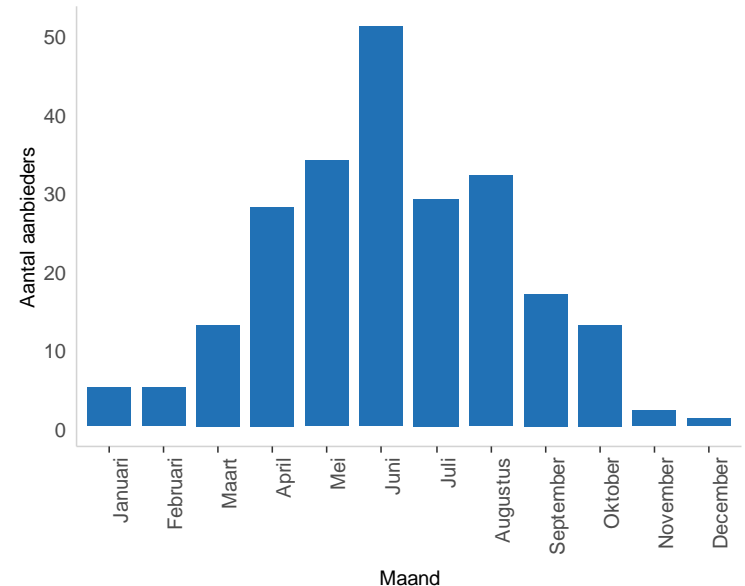
Van de aanbieders die de enquête invulden, hadden 285 aanbieders in 2017 met één of meer zorgverzekeraars een contract. Het overgrote deel daarvan (235 aanbieders, 82%) heeft in 2017 een verzoek tot bijcontractering gedaan bij één of meer zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van dat verzoek tot bijcontractering heeft het overgrote deel van de betreffende aanbieders met enkele of alle zorgverzekeraars gesproken. Bij 26 van de 235 aanbieders die een verzoek tot bijcontractering hebben gedaan, is de zorgverzekeraar het gesprek over ophoging van het budget niet aangegaan. Dat betekent overigens niet dat het budget voor die aanbieders niet is opgehoogd: voor zeventien van deze 26 aanbieders is de aanvraag voor bijcontractering gehonoreerd zonder dat

een gesprek heeft plaatsgevonden (zij het niet altijd door alle zorgverzekeraars die het bijcontracteringsverzoek ontvingen).

In de meeste zorgovereenkomsten is opgenomen dat de aanbieder tijdig aan de bel trekt als hij een overschrijding van het budgetplafond voorziet. In onderstaande grafiek is te zien in welke maand van het jaar de aanbieders een eerste signaal hebben afgegeven over de behoefte tot bijcontractering. Ongeveer de helft van de aanbieders doet dit in het tweede kwartaal van 2017, met een piek in juni.

Figuur 4. Moment signaal behoefte bijcontractering





1

2

3

4

5

6

7

8

Figuur 4 laat zien dat 59% van de aanbieders in het eerste half jaar ten minste één budgetafpraak dreigden te overschrijden. Dit hoeft niet direct een bedreiging van de continuïteit van zorg te betekenen; hierbij is immers van belang of het gaat om een relatief groot of klein deel van het totaalbudget van de betreffende aanbieder, en of er regionaal andere aanbieders met eenzelfde zorgaanbod zijn. Dat valt uit de grafiek niet op te maken. Wat wel blijkt, is dat veel aanbieders al vroeg in het jaar aangeven dat een budget niet toereikend is; soms zelfs al in januari.

Een veelgehoord signaal is dat het lang duurt voordat een zorgverzekeraar reageert op een verzoek tot bijcontractering. Uit onze uitvraag blijkt dat in het merendeel van de gevallen het een tot drie maanden duurde voordat de zorgverzekeraar een beslissing nam (dit komt overeen met de duur van de patiëntenstops die zijn afgegeven omdat het budgetplafond (bijna) is bereikt, zie eerder in dit hoofdstuk). Voor aanbieders betekent dit een periode van een tot drie maanden van onzekerheid of de geleverde zorg zal worden vergoed. Voor aanbieders geldt immers veelal een doorleverplicht, ook als het budgetplafond is bereikt. De aanbieders kunnen de onzekerheid reduceren door, conform de contractafspraken, de zorgverzekeraar tijdig te waarschuwen en het verzoek volgens de afspraken te onderbouwen. Volgens zorgverzekeraars trekken sommige aanbieders te laat aan de bel, waardoor problemen kunnen ontstaan. Maar niet alles is altijd volledig voorzienbaar, de uitkomst van het bijcontracteringsverzoek en de termijn waarbinnen de zorgverzekeraar reageert evenmin.

In alle overeenkomsten ontbreekt een termijn waarop de zorgverzekeraar een beslissing neemt over al dan niet uitbreiding van het budget.

Budgetophogingen 2017

In lijn met onze [inventarisatie van het najaar 2017](#), blijkt dat alle zorgverzekeraars, die in 2017 contracten met zorgkostenplafonds hanteerden, hebben bijgecontracteerd. Hierbij hebben zij gemiddeld ruim 90% van het totaal aangevraagde bedrag gehonoreerd (range: 70-100%).

Bij twee derde van de aanbieders heeft de aanvraag tot bijcontractering geleid tot budgetophoging met het gevraagde bedrag. Bij 29% van de aanbieders is de aanvraag gedeeltelijk gehonoreerd. 4% van de aanbieders heeft in het geheel geen ophoging gekregen na een verzoek tot bijcontractering.

Effecten bijcontractering 2017 op de contractering 2018

Bij vijf zorgverzekeraars heeft de bijcontractering 2017 invloed gehad op de afspraken in 2018. Deze zorgverzekeraars houden allen namelijk rekening met de extra productie(verwachting) bij de betreffende aanbieders. Bij twee zorgverzekeraars heeft dit geleid tot aanpassingen in de afspraken met alle aanbieders. Drie zorgverzekeraars hebben aangepaste afspraken gemaakt met maar een deel van de aanbieders. Dat wil zeggen alleen met diegenen die in de ogen van de zorgverzekeraars doelmatig werken.





1

2

3

4

5

6

7

8

Het overgrote deel van de aanbieders (83%) die een aanvraag tot bijcontracteren hebben gedaan, geeft aan dat dit invloed heeft gehad op het budgetplafond voor 2018. Bij 42% heeft dit geleid tot aanpassing van het budgetplafond door alle zorgverzekeraars bij wie een verzoek tot bijcontractering is gedaan. Voor ongeveer een even groot percentage van de aanbieders (41%) heeft de aanvraag tot bijcontractering bij een deel van de betreffende zorgverzekeraars geleid tot een hoger budget in 2018. Bij 17% van de aanbieders heeft het verzoek tot bijcontracteren geen effect heeft gehad op het budgetplafond voor 2018.

2.4 Conclusie

Terugkijkend naar 2017 blijkt dat voor het overgrote deel van de zorg de contractonderhandelingen voor 1 januari 2017 waren afgerond. De meeste zorgverzekeraars die begin 2017 nog aan het onderhandelen waren, betrof het een relatief klein deel van de zorg, namelijk 5% of minder. Als contractonderhandelingen aan het begin van het jaar nog niet zijn afgerond, gaat dit ten koste van de consument die onvolledige informatie krijgt over het gecontracteerde aanbod.

Ongeveer driekwart van de aanbieders - respondenten heeft in 2017 geen patiëntenstop afgegeven; 27% heeft dat wel gedaan. Meestal was dit omdat het budgetplafond (bijna) was bereikt. Een deel van de patiëntenstops was een gevolg van een (tijdelijk) tekort aan gekwalificeerd personeel. Gelet op de groeiende vraag naar zorg, zou het aantal patiëntenstops vanwege een tekort aan personeel de komende jaren kunnen toenemen.

De NZa begrijpt dat een patiëntenstop tot onrust kan leiden bij patiënten, maar zolang patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen leidt een patiëntenstop niet tot gevaar voor de toegankelijkheid van zorg.

Voor drie zorgverzekeraars zijn de patiëntenstops aanleiding geweest de contractafspraken voor 2018 aan te passen, over een hoger budget, een korte termijn oplossing voor een eventueel personeelstekort en/of over opleiding en scholing.

Als het budgetplafond van een aanbieder wordt bereikt, zijn zowel de aanbieder als de zorgverzekeraar aan zet. De aanbieder zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten en kan patiënten eventueel doorverwijzen naar andere aanbieders. De verzekeraar moet bepalen of hij het budget van een aanbieder verhoogt of cliënten bij een andere aanbieder onderbrengt. Het merendeel (82%) van de ondervraagde aanbieders die in 2017 gecontracteerd waren, heeft een verzoek tot bijcontractering gedaan. Meer dan de helft van de aanbieders gaf al in het eerste halfjaar van 2017 aan dat het budgetplafond van ten minste één zorgverzekeraar niet toereikend was, met een piek in juni. Voor vrijwel alle aanbieders werd (een deel van) de aanvra(a)g(en) voor bijcontractering gehonoreerd; voor 4% werd de aanvraag tot budgettophoging niet gehonoreerd.

Meestal duurde het een tot drie maanden voor de zorgverzekeraar een besluit nam over de aangevraagde budgettophoging. Dit betekent een periode van een tot drie maanden van onzekerheid bij aanbieders.





1

2

3

4

5

6

7

8

De aanbieders kunnen de onzekerheid reduceren door, conform de contractafspraken, de zorgverzekeraar tijdig te waarschuwen en het verzoek volgens de afspraken te onderbouwen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars vooraf aangeven op welke termijn zij een besluit nemen over de budgetophoging. Op deze manier kunnen aanbieders een betere risico-inschatting maken.

Bij de meeste aanbieders is de bijcontractering 2017 van invloed geweest op de afspraken voor 2018. Voor zorgverzekeraars is het bepalend of aanbieders in hun ogen doelmatig werken of de bijcontractering doorwerkt in de afspraken van het komende jaar.

Het is goed om te zien dat zorgverzekeraars ervaringen uit het verleden gebruiken voor het bijstellen van contracten in de toekomst. In de vorige monitor constateerden wij al dat inzicht in doelgroepen, personeelsformatie en kostenstructuur kan bijdragen aan een zo reëel mogelijke zorginkoop. Op deze wijze hoeft men steeds minder gedurende het lopende jaar bij te contracteren, wat zorgt voor minder administratieve lasten voor beide partijen en minder onzekerheid voor aanbieders en cliënten.

Het maken van afspraken over het doorleveren van zorg aan nieuwe cliënten als het budgetplafond is bereikt, kan een (grote) financiële druk op aanbieders leggen die kan leiden tot faillissement. Op den duur kan hierdoor de zorgcontinuïteit in gevaar komen. Ook kan dit reden zijn voor aanbieders om cliënten te weigeren.



3. Omvang inkoop wijkverpleging 2018

In dit hoofdstuk komen de totaalbedragen van de zorginkoop 2018 aan bod en gaan we in op gecontracteerde en ongecontracteerde zorg.

3.1. Totaalbedragen zorginkoop 2018

In onderstaande tabel staat voor welk bedrag zorgverzekeraars in totaal aan wijkverpleging hebben ingekocht voor 2018. Naast het totaal bedrag wat zorgverzekeraars voor 2018 hebben gecontracteerd, hebben zorgverzekeraars een schatting gegeven van de pgb-budgetten voor de wijkverpleging en de zorg die geleverd wordt zonder contractafspraken. Voor het vergelijk staan ook de bedragen van vorig jaar weergegeven.

Tabel 1. Inschatting uitgaven wijkverpleging

	Inschatting 2018	Inschatting 2017
Totaal gecontracteerde zorg	€ 2,9 miljard	€ 2,9 miljard
Schatting PGB	€ 0,3 miljard	€ 0,3 miljard
Schatting ongecontracteerde zorg	€ 0,2 miljard	€ 0,09 miljard
Totaal	€ 3,5 miljard*	€ 3,3 miljard
Budgettair Kader Zorg (BKZ)	€ 3,8 miljard	€ 3,6 miljard

* Door afrondingsverschillen is dit getal niet gelijk aan de optelling van de losse bedragen.

Het totale landelijke budget voor de wijkverpleging voor 2018 is € 3,8 miljard. Net als in 2017 ligt het totaalbedrag rond de € 300 miljoen onder het beschikbare landelijke budget voor 2018 (totaal van de gecontracteerde wijkverpleging en de schatting voor ongecontracteerde zorg inclusief het PGB).

Hieruit volgt dat er vanuit het landelijke budget gezien nog ruimte bestaat om later in het jaar waar nodig te kunnen bijcontracteren. Voor een deel van deze bedragen gaat het om schattingen. Daarom kan het daadwerkelijke verschil met het landelijk budget uiteindelijk nog anders worden.

Ten opzichte van vorig jaar zien we een groei van € 200 miljoen in de verwachte uitgaven voor de wijkverpleging. Uit de tabel blijkt dat dit met name door een verwachte toename van ongecontracteerde zorg komt. Hier gaan we later in de paragraaf 'Ongecontracteerde zorg' verder op in.

3.2 Gecontracteerde aanbieders

Van de 305 aanbieders die de enquête invulden, heeft 92% een contract voor 2018 afgesloten met een of meer zorgverzekeraars. In totaal maakten zorgverzekeraars met 375 tot 534 aanbieders van wijkverpleging contractafspraken voor 2018. We weten niet hoeveel unieke aanbieders in Nederland zijn gecontracteerd. Echter, gezien de bandbreedte van het totaal aantal gecontracteerde aanbieders per zorgverzekeraar is het aantal unieke gecontracteerde aanbieders in 2018 minstens 534. In 2017 waren er 505 unieke aanbieders van wijkverpleging gecontracteerd.



1

2

3

4

5

6

7

8

De meeste zorgverzekeraars hebben voor 2018 ook 'nieuwe' aanbieders gecontracteerd, dat wil zeggen: aanbieders met wie ze in 2017 geen contract hadden. Meestal ging het hierbij om aanbieders die wijkverpleging in de volle breedte leveren. Sommige zorgverzekeraars geven aan deze nieuwe aanbieders specifiek voor een bepaald type zorg te hebben gecontracteerd: (intensieve) kindzorg en wondzorg worden hierbij genoemd. Twee zorgverzekeraars hebben geen nieuwe aanbieders gecontracteerd. Voor beide heeft dit een logische reden: een zorgverzekeraar is dit jaar nieuw op de markt en de andere zorgverzekeraar heeft in 2017 tweejarige contracten afgesloten.

De meeste zorgverzekeraars (9 van de 11) maakten voor 2018 met een aantal aanbieders uit 2017 geen nieuwe contractafspraken. Dit kwam meestal doordat ze geen overeenstemming hebben kunnen bereiken over de tarieven. Andere redenen zijn dat er geen verzekerden van de zorgverzekeraar bij de betreffende aanbieder in zorg zijn, fusies van aanbieders, of aanbieders die stoppen met de zorgverlening.

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 hebben partijen afgesproken bij de contractering ook de optie van meerjarencontracten mee te nemen. De partijen van het bestuurlijk akkoord zien de toegevoegde waarde van meerjarencontracten in de mogelijkheden voor langdurige afspraken en innovatie. Vier van de elf zorgverzekeraars hebben voor 2018 meerjarencontracten afgesloten.

Twee zorgverzekeraars doen dit in het kader van een experiment; zij willen hierbij een langdurigere samenwerking creëren.

3.3. Ongecontracteerde zorg

Recent zijn in de media verschillende berichten verschenen over de toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging en de hogere kosten die dit met zich meebrengt. Uit recente onderzoeken van [Arteria](#) en [Talma](#) blijkt dat de uitgaven aan ongecontracteerde zorg afgelopen jaren toenemen. Bovendien blijkt dat de kosten van ongecontracteerde zorg per cliënt per maand hoger zijn dan de gecontracteerde zorg. Uit nader onderzoek in 2018 in opdracht van VWS blijkt dat dit waarschijnlijk wordt veroorzaakt door een minder doelmatige personeelsinzet.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak in het sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, en bij ongecontracteerde zorg hebben zij hier nauwelijks tot geen mogelijkheden toe. De deelnemende partijen van het Bestuurlijk Akkoord Wijkverpleging menen dat ongecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet, en vinden een toename van ongecontracteerde zorg onwenselijk.





1

2

3

4

5

6

7

8

In tabel 1 is te zien dat zorgverzekeraars voor dit jaar rekening houden met een hoger bedrag aan ongecontracteerde zorg dan voor 2017. In 2017 betrof het aandeel ongecontracteerde zorg nog 2,8% van het totaal aan (geschatte) zorgkosten, in 2018 rekent men op een percentage van 6,2% van het totaal. Dit percentage is in lijn met het bovengenoemde onderzoek van Arteria.

Het leveren van ongecontracteerde zorg is niet altijd een bewuste keuze. Van de aanbieders die onze enquête invulden, gaven zestien van de 24 aanbieders zonder contract aan dat zij hier niet bewust voor hebben gekozen. Evengoed zien we een stijging in het aantal aanbieders dat wél bewust kiest voor (deels) ongecontracteerde zorg. In 2017 koos 12% van de ondervraagde aanbieders (26 van de 219) er bewust voor om met tenminste een zorgverzekeraar geen contract aan te gaan. In 2018 is dit percentage gestegen naar 19% (58 van de 305 aanbieders).

In de helft van de gevallen is de reden om bewust geen contract aan te gaan financieel: aanbieders vinden de geboden tarieven te laag en/of hebben de mogelijkheid om hogere tarieven te rekenen indien er geen contract is, of vinden het geboden budget te laag. Andere redenen zijn het niet hebben van cliënten van de betreffende zorgverzekeraar(s) in het werkgebied, de voorwaarden van de zorgverzekeraar(s), of te veel administratieve lasten. Ongeveer een derde van deze aanbieders had vorig jaar wel een contract met de zorgverzekeraar(s).

Overigens hebben zorgverzekeraars deze stijging in het aantal aanbieders dat bewust geen contract aangaat niet als toename ervaren, zo blijkt uit onze enquête. Negen van de elf zorgverzekeraars kregen hier gedurende de contractering voor 2018 af en toe of zelden mee te maken. Zij ervaren hierin ook geen verschil met 2017.

3.4 Conclusie

Het grootste deel van de aanbieders die de enquête invulden, heeft een contract met een of meer zorgverzekeraars afgesloten. De meeste zorgverzekeraars hebben voor 2018 naast de contracten die zij voor 2018 hebben voortgezet ook contracten gesloten met aanbieders met wie zij in 2017 geen contract hadden, en daarnaast bepaalde aanbieders uit 2017 niet opnieuw gecontracteerd.

Het totaal aan gecontracteerde zorg en ongecontracteerde zorg en pgb is in 2018 naar schatting € 3,5 miljard. Deze schatting is ongeveer € 200 miljoen hoger dan vorig jaar en dit bedrag komt met name ten laste van de verwachte ongecontracteerde zorg. Dit past bij de berichten dat de uitgaven aan ongecontracteerde zorg toenemen. Ook het aantal aanbieders dat er bewust voor kiest om met minstens een zorgverzekeraar geen contract aan te gaan is toegenomen van 12% in 2017 naar 19% van de respondenten in 2018. De zorgverzekeraars hebben deze toename in aanbieders dat bewust afziet van een contract echter niet zo ervaren. Zij kregen hier naar eigen zeggen even veel mee te maken als in 2017.





1

2

3

4

5

6

7

8

Externe onderzoeken tonen dat ongecontracteerde per cliënt per maand méér kost dan gecontracteerde zorg en dat dit waarschijnlijk is terug te voeren op een minder doelmatige personeelsinzet. Wij vinden een toename van de ongecontracteerde zorg in omvang en aantal aanbieders onwenselijk. Zorgverzekeraars moeten immers zorgen voor de doelmatigheid, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. In contracten wordt door zorgverzekeraars en aanbieders dikwijls invulling gegeven aan hoofdlijnenakkoorden, wat niet geldt voor ongecontracteerde aanbieders. De prikkels voor gecontracteerde aanbieders zijn hierbij vaak gericht op het verminderen van het aantal geïndiceerde uren zorg. Voor niet-gecontracteerde aanbieders zijn deze prikkels precies tegengesteld.

Met het oog op goede integrale zorg vinden wij dat het afsluiten van contracten lonend moet zijn voor beide contractpartijen. Samen weten zorgverzekeraar en aanbieder meer te bereiken dan alleen. Er zijn meer afspraken mogelijk over bijvoorbeeld specifieke zorgvormen waarbij samenwerking en regionale afstemming van belang zijn, zoals de beschikbaarheid van onplanbare zorg en ketenzorg dementie.

Een ongecontracteerde aanbieder maakt geen deel uit van deze afspraken. Het komt zelfs voor dat het de samenwerkingsverbanden in de regio kan verstoren. Dit kan negatieve kwaliteits- of premie-effecten tot gevolg hebben.



4. Ervaringen met de contractering

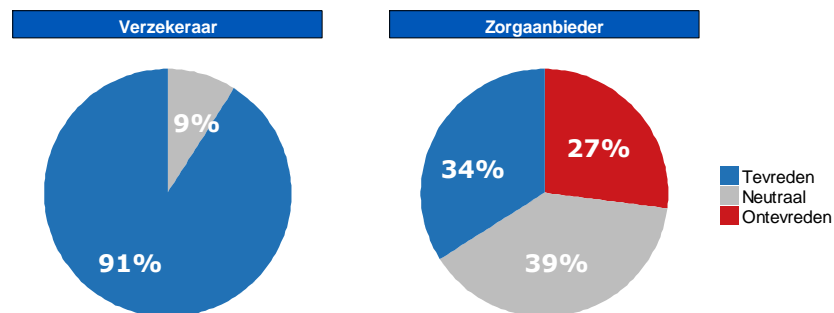
Het is voor de werking van het gezondheidszorgsysteem belangrijk dat het contracteerproces goed functioneert. Zorgverzekeraars moeten zich naar verzekerden kunnen onderscheiden op een doelmatige en doeltreffende zorginkoop. Aanbieders moeten hierbij de gelegenheid krijgen voorstellen te doen, zonder een overmaat aan administratieve lasten. Belangentegenstellingen tussen partijen zijn gezond, zolang zij niet leiden tot onnodige bureaucratie en de contractering niet frustreren. In dit hoofdstuk kijken we naar de ervaringen met zowel het proces van de contractering 2018, als het proces van bijcontractering 2017.

4.1 Ervaringen met het proces van contracteren 2018

In voorgaande jaren bleek dat zorgverzekeraars en aanbieders verschillend aankeken tegen het proces van contractering. Over het algemeen waren zorgverzekeraars meer tevreden over het contracteerproces dan aanbieders. Ook dit jaar komt dit beeld naar voren. In onderstaande figuur staat de tevredenheid van aanbieders en zorgverzekeraars weergegeven. Onder zorgverzekeraars is de tevredenheid hetzelfde als vorig jaar; de meesten zijn tevreden. In vergelijking met 2017 is de tevredenheid onder aanbieders sterk verbeterd.

Was in 2017 slechts 12% van de respondenten tevreden over het inkoopproces; in 2018 is dit percentage gestegen tot 34%. Het percentage ontevreden aanbieders is gedaald naar 27% (tegen 57% in 2017).

Figuur 5. (On)tevredenheid contracteerproces



Aanbieders zijn met name tevreden over het contracteerproces als de bijcontractering soepel verloopt: met een kort tijdpad en weinig arbeidsintensief. Zij noemen hierbij als voorbeeld dat steeds meer via [Vecozo](#) verloopt, wat het proces vereenvoudigt. Daarnaast zijn aanbieders tevreden als sprake is van een goede communicatie: de mogelijkheid om een (persoonlijk) gesprek aan te gaan, waarbij goed naar de materie wordt gekeken en waarbij sprake was van wederzijds begrip. Dit blijkt ook uit de verbeterthema's van de wijkverpleging voor 2018 en verder (zie hoofdstuk 8), waarin het investeren in een betere relatie tussen zorgverzekeraar en aanbieder als specifiek doel is benoemd.



1

2

3

4

5

6

7

8

De kritiekpunten die aanbieders uiten over het contracteerproces, hangen hier direct mee samen. De meeste ontevredenheid vloeit voort uit de (on)mogelijkheid om het gesprek aan te gaan en het gebrek aan daadwerkelijke onderhandeling ('tekenen bij het kruisje'): 102 van de 267 aanbieders die inkoopgesprekken hebben gevoerd, zijn ontevreden over deze onderdelen van het inkoopproces (38%). Overigens geven veel aanbieders aan dat dit niet voor alle zorgverzekeraars geldt. Vaak hangt dit samen met de grootteklasse van de aanbieder voor de betreffende zorgverzekeraar. Veel aanbieders zeggen dat bij kleine contracten geen gesprek wordt gevoerd en aanpassingen van het tarief of het budget niet mogelijk zijn.

Een ander veelgehoord punt van kritiek is het (naar de mening van aanbieders) tijdrovende en intensieve proces van inkoop. Doordat alle zorgverzekeraars hun eigen proces hebben, met eigen eisen en voorwaarden, vindt 24% van de aanbieders de administratieve last te hoog. Hierbij speelt ook mee dat dit proces elk jaar herhaald wordt. Veel aanbieders zetten dan ook vraagtekens bij het huidige systeem van contractering.

Zorgverzekeraars zijn met name tevreden als het contracteerproces tijdig en volgens plan verloopt. Daarnaast hechten zij net als aanbieders aan een goed gesprek, waarin inhoudelijke discussies gevoerd worden. Voor veel zorgverzekeraars is dit reden voor tevredenheid over het contracteerproces.

Een aantal zorgverzekeraars geeft daar bij aan dat ten opzichte van 2017 dit jaar meer en betere gesprekken zijn gevoerd. Echter, er zijn ook zorgverzekeraars die aangeven dat het met sommige aanbieders lastig is om een goed gesprek aan te gaan. Zij vinden dat deze aanbieders te eenzijdig naar de contractering kijken en onvoldoende bereid zijn om een onderbouwing te geven.

In figuur 6 staat hoe aanbieders het inkoopproces van 2018 beoordelen ten opzichte van het inkoopproces van 2017. Van de onderdelen met de grootste uitslagen vinden de meeste respondenten dat deze beter of slechter gingen dan vorig jaar; de onderdelen met kleine uitslagen worden het vaakst als 'gelijk aan 2017' beoordeeld.





1

2

3

4

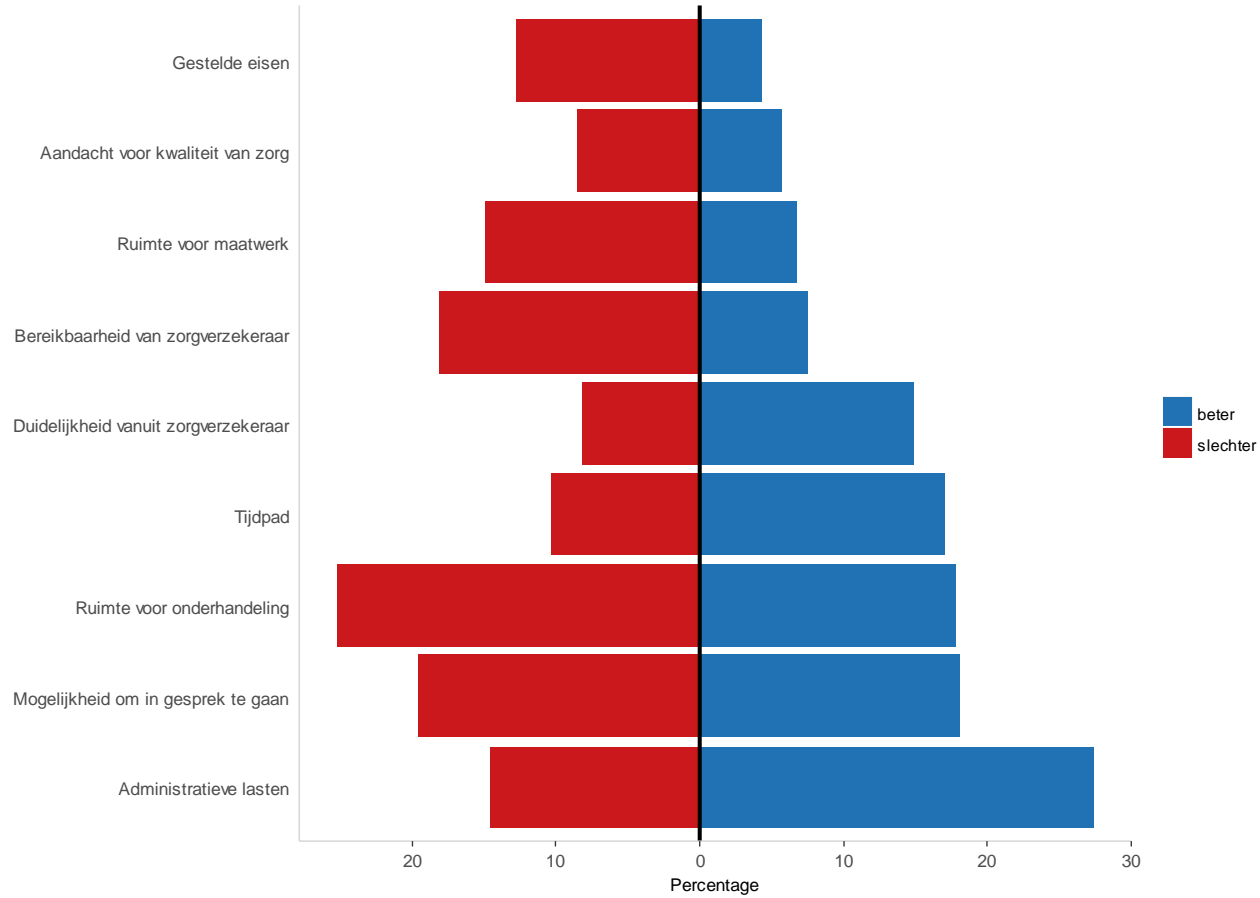
5

6

7

8

Figuur 6. Beoordeling inkoopproces





1

2

3

4

5

6

7

8

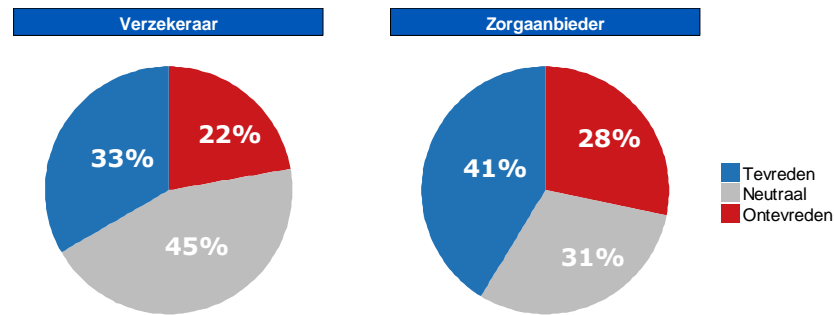
In vergelijking met de monitor van vorig jaar valt op dat aanbieders de onderdelen minder vaak als negatiever dan het jaar ervoor beoordelen. Werden de verschillende onderdelen van de inkoop vorig jaar nog door gemiddeld 33% van de aanbieders als 'minder goed dan in 2016' beoordeeld, dit jaar is dit percentage gezakt naar gemiddeld 15%. Het percentage aanbieders dat de verschillende onderdelen gemiddeld als beter heeft beoordeeld, is daarentegen niet sterk gedaald ten opzichte van vorig jaar.

Ruim een derde van de respondenten gaf aan dat geen enkel onderdeel beter ging dan tijdens de inkoop van vorig jaar, terwijl bijna de helft van de aanbieders aangaf dat geen van de onderdelen minder goed ging. Het algehele gevoel over het contracteerproces is hoe dan ook verbeterd ten opzichte van vorige jaren.

Aanbieders zien op het onderdeel administratieve lasten vaker een verbetering dan een verslechtering ten opzichte van het voorgaande jaar. Dat geldt ook voor het tijdpad en de gewenste duidelijkheid vanuit de zorgverzekeraar. Als het gaat om flexibiliteit, zoals maatwerk en onderhandelingsruimte, zien aanbieders daarentegen – net als in de vorige monitor – geen verbetering ten opzichte van voorgaand jaar. Datzelfde geldt voor de [bereikbaarheid van de zorgverzekeraar](#).

4.2 Ervaringen met het proces van bijcontracteren 2017

Figuur 7. Ervaringen bijcontractering



In bovenstaande grafiek staat de tevredenheid over het proces van bijcontractering 2017 weergegeven. In 2017 hebben 235 aanbieders een aanvraag tot bijcontractering gedaan bij één of meer verzekeraars. Een groot deel van hen is tevreden over het gevolgde proces. Onder zorgverzekeraars is bijna de helft 'neutraal' over het bijcontracteerproces.

Tevredenheid over bijcontractering onder aanbieders
 Het ligt voor de hand dat de tevredenheid onder aanbieders over het proces van bijcontracteren sterk afhangt van de vraag of de aanvra(a)g(en) tot bijcontractering zijn gehonoreerd of niet. Inderdaad blijkt dat de tevredenheid van aanbieders afneemt als hun aanvragen niet gehonoreerd worden.





1

2

3

4

5

6

7

8

Uiteraard is de tevredenheid over de bijcontractering niet alleen afhankelijk van het al dan niet toekennen van de extra budgetten. Net als bij het algemene contracteerproces blijkt dat de bejegening door de zorgverzekeraar erg bepalend is voor hoe de aanbieder het proces ervaart. Een snelle reactie van de zorgverzekeraar, een (persoonlijk) gesprek en het gevoel dat de aanbieder zich bij zijn aanvraag gehoord voelt zijn ook belangrijk. Tijdigheid en de mogelijkheid om in gesprek te gaan blijken evengoed ook de punten waar aanbieders het vaakst ontevreden over zijn.

Dit zijn kritiekpunten die de aanbieders ook al belangrijk vonden bij het contracteerproces in het algemeen. Dat geldt ook voor de (naar de mening van de aanbieders) rigide houding van zorgverzekeraars, die zich uit in te weinig ruimte voor onderhandeling en voor maatwerk. Ook de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar laat volgens de aanbieders te wensen over.

Sommige aanbieders geven aan dat het een zeer actieve houding vanuit de aanbieder vraagt om een reactie van de zorgverzekeraar te krijgen. Daarnaast vormen het lange en intensieve proces en de onzekerheid die dat met zich meebrengt kritiekpunten. Aanbieders vinden het een administratief zware belasting, zonder zekerheid dat het extra budget ook daadwerkelijk wordt toegekend.

Tevredenheid over bijcontractering onder zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn over het proces van bijcontracteren minder tevreden dan over het algemene inkoopproces. Een aantal zorgverzekeraars vindt dat het begrip onder aanbieders over het proces van bijcontracteren beter kan. Zij vinden dat aanbieders tijdiger aan de bel kunnen trekken en dat zij zich meer kunnen inspannen om op de budgetafspraken te sturen. Eén zorgverzekeraar ziet in de noodzaak tot bijcontracteren een reden voor zichzelf om vooraf nóg passender budgetten af te spreken.

Net als bij de aanbieders draagt onder zorgverzekeraars een goed en persoonlijk gesprek bij aan de tevredenheid over het bijcontracteerproces. Zorgverzekeraars benoemen een goed gesprek met wederzijds begrip en het tijdig aan de bel trekken door aanbieders als positieve punten.

4.3 Conclusie

Net als vorig jaar zijn zorgverzekeraars over het algemeen meer tevreden over het contracteerproces dan aanbieders. Over het proces van bijcontractering zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars en aanbieders minder groot.





1

2

3

4

5

6

7

8

De bejegening vanuit zorgverzekeraars speelt een grote rol in hoe aanbieders de (bij)contractering ervaren. Aanbieders zijn vooral kritisch over de (on)mogelijkheid om in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar, diens bereikbaarheid en het gebrek aan echte onderhandeling. Zij ervaren te weinig invloed op de contractafspraken en daardoor geen gelijkwaardig gesprek. Daarnaast vinden veel aanbieders het proces van contractering door de vele verschillende processen en voorwaarden van zorgverzekeraars te tijdrovend en intensief, vooral omdat dit proces jaarlijks terugkeert.

Zorgverzekeraars ervaren dit anders omdat zij zich op de zorginkoop juist willen onderscheiden en zijn tevreden over de processen die volgens plan verliepen en tijdig waren afgerond. Net als aanbieders hechten ook zij aan een inhoudelijk goed gesprek, met wederzijds begrip. Verder vinden zij dat voor een goed verloop van de bijcontractering aanbieders tijdiger aan de bel kunnen trekken en zich meer kunnen inspannen om op doelmatigheid en budgetafspraken te sturen.

Ten opzichte van vorig jaar is het algehele gevoel over de contractering onder zorgverzekeraars gelijk aan 2017. Onder aanbieders is dit echter sterk verbeterd: 34% van de respondenten is dit jaar tevreden, terwijl dit in 2017 nog 12% was. Met name de administratieve lasten zijn dit jaar volgens de aanbieders minder dan in 2017, maar zij zijn hierover nog lang niet unaniem.

Wij concluderen dat zorgverzekeraars en aanbieders op de goede weg zijn voor de (bij)contractering. De bejegening is voor beide partijen belangrijk. Dit is onderdeel van de verbeterthema's waar de sector aan werkt. Dat neemt niet weg dat beide partijen een aantal aandachtspunten hebben benoemd, waarmee de tegenspelers verder kunnen en moeten.



5. Inkoop van reguliere wijkverpleging voor 2018

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

Het experiment bekostiging verpleging en verzorging biedt de mogelijkheid voor aanbieders en zorgverzekeraars om een vast bedrag per patiënt overeen te komen (een integraal tarief). Dit kan een bedrag per uur zijn, maar ook per dag, per week of per maand. Een doel van het integraal tarief is een vermindering in administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige, omdat in het integraal tarief het onderscheid tussen verpleging en verzorging wordt losgelaten. Aanbieders en zorgverzekeraars moeten het wel eens zijn over wat er aan zorg wordt geleverd en tegen welk tarief.

Uit de vorig jaar verschenen monitor bleek dat hier volop werd ingezet. Wanneer partijen niet tot overeenstemming komen over een integraal tarief, kunnen zij nog steeds gebruik maken van de reguliere prestaties voor verpleging en verzorging met bijbehorende uurtarieven. Deze prestaties zijn ook van toepassing voor ongecontracteerde zorg, waaronder het persoonsgebonden budget onder de Zvw.

In dit hoofdstuk geven wij een totaaloverzicht van de inkoop. Daarna gaan wij in op zowel de inkoop via het experiment bekostiging verpleging en verzorging, als via de reguliere prestaties.

5.1 Totaaloverzicht inkoop reguliere wijkverpleging

Alle zorgverzekeraars hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid een integraal tarief af te spreken. Bij tien van de elf gaat het om een integraal *uurtarief*. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het om een integraal *5 minutentarief* gaat. Met het afspreken van het integrale tarief hebben de zorgverzekeraars bijna allemaal de prestaties verpleging, persoonlijke verzorging, oproepbare verpleging en oproepbare verzorging en AIV vervangen. Slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars neemt de prestatie beloning op maat mee in het integrale tarief. Zij maken met hun aanbieders eventueel aparte afspraken over beloning op maat.

Tabel 2 zoomt verder in op de inkoop van reguliere wijkverpleging. Uit deze tabel blijkt dat zorgverzekeraars met 95% tot 100% van hun gecontracteerde aanbieders een contract voor een integraal uurtarief hebben afgesproken. Dit percentage verschilt per zorgverzekeraar. Gemiddeld heeft de zorgverzekeraar met 98% van zijn gecontracteerde aanbieders een integraal uurtarief 2018 afgesproken. Voor 2017 was dat nog 93%.

Met het sluiten van contracten tegen een integraal uurtarief is voor 2018 een bedrag van € 2,6 miljard gemoeid.



1

2

3

4

5

6

7

8



Tabel 2. Inkoop reguliere wijkverpleging

	Bandbreedte		Bandbreedte	
	2018		2017	
% contracten met integraal uurtarief	95%	100%	82%	98%
Totaal gecontracteerd integraal uurtarief	€ 2,6 miljard		€ 2,3 miljard	

Overigens wordt ongecontracteerde zorg standaard via de reguliere prestaties bekostigd (schatting: € 200 miljoen tegen een schatting van € 93 miljoen in de vorige monitor). Het aandeel van reguliere prestaties binnen de totale wijkverpleging is dus hoger dan uit de tabel hierboven blijkt.

5.2 Inkoop wijkverpleging via experiment

Integraal uurtarief zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars hebben het integrale tarief aangepast ten opzichte van 2017. De hoogte loopt uiteen van € 42,- tot € 87,- per uur. Het hoogste tarief ligt daarmee hoger dan in 2017 (€ 79,92). Er zijn wel enkele uitschieters; € 36,84 als laagste tarief en € 115,- als hoogste tarief. De laatste uitschieters gelden slechts voor enkele aanbieders die Intensieve Kindzorg leveren. Verschillende elementen bepalen de hoogte van het aangepaste tarief. De belangrijkste zijn de indexatie van de tarieven van 2017, de doelmatigheidsscore en de historische productmix van de aanbieder. Bijna alle de zorgverzekeraars gebruiken één of meerdere van deze elementen om de hoogte van het integrale tarief voor 2018 te berekenen.

De meeste zorgverzekeraars die de doelmatigheidsscore van de aanbieder gebruiken voor het bepalen van het integrale uurtarief, doet dit vooral op basis van het gemiddelde aantal uren zorg per unieke cliënt, al dan niet gecorrigeerd voor de samenstelling van de patiëntpopulatie. Soms maakt men daarbij ook onderscheid in patiënten die kort- of langdurend in zorg zijn.

De meeste zorgverzekeraars geven aan met meer aanbieders een integraal uurtarief te hebben afgesproken voor 2018 dan voor 2017. Een reden hiervoor is dat zorgverzekeraars uitsluitend een integraal tarief hebben aangeboden. Ook hebben ze een actief beleid gevoerd om voorheen niet-gecontracteerde aanbieders te contracteren, mits ze voldoen aan de voorwaarden. Aanbieders kiezen ook zelf vaker voor een integraal tarief. Enkele zorgverzekeraars geven aan met een gelijk aantal aanbieders een integraal uurtarief te hebben afgesproken.

Het laagst afgesproken tarief varieert tussen de € 42,- en € 47,88. Eén zorgverzekeraar hanteert een lager tarief (€ 36,84). De vorige monitor liet laagst afgesproken tarieven zien tussen € 44,- en € 47,-. Eén zorgverzekeraar hanteerde een lager tarief (€ 36). Bij alle zorgverzekeraars ligt de mediaan tussen € 48,- en € 52,-. Er is slechts één uitbijter, met een mediaan van € 60,-.



1

2

3

4

5

6

7

8





1

2

3

4

5

6

7

8

Integraal uurtarief aanbieders

De meeste aanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben voor 2018 contracten met een integraal tarief afgesloten. Dit aantal is toegenomen van 84% voor 2017 naar 90% voor 2018. Van deze aanbieders met een integraal tarief voor 2018 geeft 92% aan ook in 2017 contracten met een integraal tarief te hebben gesloten. De aanbieders die in 2018 voor het eerst contracten met een integraal tarief hebben afgesproken geven daarvoor meestal aan dat ze geen keus hadden.

Integraal tarief en administratieve lasten

Eén van de redenen om een integraal uurtarief in te voeren is een (verwachte) verlichting van administratieve lasten van de wijkverpleegkundigen. In de vorige monitor gaf een op de vijf respondenten aan te *vermoeden* dat het integrale tarief vermindering zal geven in de administratieve lasten in de registratie en declaratie van zorg. Dit jaar hebben we gevraagd of respondenten *daadwerkelijk* een vermindering in de administratieve lasten ervaren. Bijna één kwart van de aanbieders ervaart daadwerkelijk lastenvermindering, driekwart ervaart dat niet.

Een kwart van de aanbieders die geen afname ervaart van de administratieve lasten, geeft hiervoor als reden de invoering van de doelgroepenregistratie; de ervaren vermindering in administratieve lasten vanwege het integrale tarief wordt teniet gedaan door de registratie van doelgroepen.

Een andere veel genoemde reden is dat aanbieders (16% van de aanbieders die geen afname ervaren van de administratieve lasten) een schaduwadministratie draaien om inzicht te houden in de verhouding persoonlijke verzorging en verpleging. Dat is voor hen onder andere van belang voor het onderhandelen met de zorgverzekeraars over de hoogte van het integrale tarief.

Overige afspraken experiment

In plaats van een integraal tarief per uur kunnen zorgverzekeraars en aanbieders ook andere tariefafspraken maken op grond van het experiment. Hiermee is in 2018 naar verwachting € 158 miljoen gemoeid. In 2017 was dit nog € 68 miljoen. De meeste zorgverzekeraars maken hiervan gebruik. Voorbeelden van dit soort afspraken zijn een tarief per cliënt per maand, week of dag. Dit is niet veel anders dan in 2017, maar het totaalbedrag is wel sterk toegenomen.

Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het experiment ook wordt ingezet voor andere afspraken dan het integrale uurtarief. Voor 2018 hebben zorgverzekeraars hiervan aanzienlijk meer gebruik gemaakt dan voor de inkoop van 2017.

5.3 Inkoop wijkverpleging via reguliere prestaties

Bij verreweg de meeste contracten (98%) maakt men (nagenoeg) geen gebruik van reguliere prestaties, maar van een integraal tarief voor de wijkverpleging.





1

Slechts 2% van de contracten bevat nog tariefafspraken via de reguliere prestaties, afgesproken door een beperkt aantal zorgverzekeraars. Zij gebruiken hierbij in het algemeen de gecontracteerde tarieven 2017 als startpunt voor de tarieven 2018, inclusief indexatie.

2

3

5.4 Conclusies

De cijfers laten zien dat zorgverzekeraars en aanbieders in hun contracten voor de wijkverpleging ten opzichte van vorig jaar nog meer inzetten op integrale tarieven die zij kunnen afspreken via het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Slechts een klein deel (2%) van de contracten is nog op basis van de reguliere prestaties.

4

5

De hoogte van de overeengekomen integrale tarieven varieert sterk en is afhankelijk van de indexatie van de tarieven 2017, de doelmatigheidsscore en de historische productmix van de aanbieders. Net als vorig jaar spreekt de zorgverzekeraar dus met elke aanbieder een individueel tarief af. Wij zien dat het hoogste integrale tarief maar iets hoger ligt dan vorig jaar. Wij zien hier dan ook – net als vorig jaar – een risico voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Aangezien de zorgvraag toeneemt en complexer wordt, zal een tarief gebaseerd op het verleden niet altijd toereikend zijn.

6

7

8

Wijkverpleegkundigen die bij aanbieders werken die (deels) zijn overgestapt op het integrale tarief hoeven niet meer (altijd) een onderscheid te maken tussen persoonlijke verzorging en verpleging, wat in principe leidt tot een verlichting van administratieve lasten.

Het belangrijkste doel van het integrale tarief, een daling van de administratieve last voor de wijkverpleegkundige door de verantwoording voor rechtmatige declaratie te vereenvoudigen, lijkt desondanks niet te worden behaald. Aanbieders blijven persoonlijke verzorging en verpleging vaak apart registreren, ten behoeve van de onderhandelingen met zorgverzekeraars over het integrale tarief. Daarnaast levert de doelgroepenregistratie de nodige administratieve last op.

Het voordeel van het gebruik van een integraal tarief (minder lasten), lijkt gezien de afspraken tussen partijen over de doelgroepenregistratie en informatie voor de tariefonderbouwing weg te vallen. Tegelijkertijd is een reëel tarief gebaat bij een goede onderbouwing, waarbij partijen elkaar voldoende inzicht moeten geven.

Wij constateren dat hier een taak ligt voor partijen zelf, want zij kunnen de administratieve lasten van de declaratie zelf verminderen. De NZa is met VWS en alle veldpartijen bezig om het mogelijk te maken om geheel af te stappen van de 5-minuten registratie.

In die schaarse gevallen waar voor 2017 geen integraal tarief, maar de reguliere prestaties overeen zijn gekomen, hebben de meeste zorgverzekeraars voor de tariefstelling aangesloten bij 2016, inclusief indexatie.



6. Inkoop specifieke zorgvormen in wijkverpleging voor 2018



1

2

3

4

5

6

7

8

In dit hoofdstuk bespreken wij de inkoop van enkele specifieke zorgvormen in de wijkverpleging. Palliatief terminale zorg, casemanagement dementie en medische kinderthuiszorg vallen onder de reguliere prestaties wijkverpleging of het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Dat geldt vanaf 1 januari 2018 ook voor de medisch specialistische verpleging thuis, geleverd door de wijkverpleegkundige op verwijzing van de medisch specialist. Al deze specialistische zorgvormen kennen geen eigen prestaties, maar wel specifieke doelgroepen.

Deze zorgvormen vragen enerzijds inzet van gespecialiseerd personeel, maar vallen anderzijds onder het geïntegreerde tarief en mogelijk ten dele ook onder de doelmatigheidsmeting van de zorgverzekeraar. Dit vormt een risico voor het leveren van voldoende en adequate zorg, vooral aan cliënten met een hoge zorgvraag.

Wij zijn op basis van de antwoorden op de vragenlijst, websites van zorgverzekeraars en inkoopdocumenten nagegaan of de zorgverzekeraar aandacht heeft voor deze zorgvormen en specifiek voor de ondervanging van (dreigende) personeelstekorten voor deze zorgvormen.

Via de vragenlijst hebben wij de aanbieders gevraagd naar hun ervaringen bij de inkoop van dementiezorg. Een aantal aanbieders hebben we tevens telefonisch gevraagd om hun antwoorden te duiden.

6.1 Medische kindzorg thuis

Medische kindzorg (voorheen Intensieve Kindzorg IKZ) wordt geleverd aan kinderen tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap. Hierbij is behoefte aan permanent toezicht of moet er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar zijn. Ook kan (tijdelijk) opname nodig zijn in bijvoorbeeld een verpleegkundig kindzorghuis of dagbesteding aangewezen zijn in een verpleegkundig kinderdagverblijf. Op deze zorg is de Beleidsregel verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg van toepassing.

Medische kindzorg moet ook thuis en op school kunnen worden geboden. Hierbij moet de kinderverpleegkundige zorg 24/7 beschikbaar zijn. Ook de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis, meestal de kinderarts, is bij de extramurale zorg betrokken. Verwijzen en indiceren doen de kinderarts en de kinderverpleegkundige. Deze zorg wordt gedeclareerd middels de reguliere prestaties verpleging en verzorging of het integrale tarief.

Medische kindzorg moet worden onderscheiden van reguliere verpleging aan kinderen die door reguliere aanbieders geboden kan worden onder de Zorgverzekeringswet.





1

2

3

4

5

6

7

8

Per 1 januari 2018 valt de persoonlijke verzorging die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop onder de aanspraak Wijkverpleging in de basisverzekering. Deze zorg werd eerst via de jeugdwet bekostigd.

Hiermee is de aanspraak op persoonlijke verzorging aan kinderen nu gelijk aan de aanspraak voor volwassenen. De verzorgende handelingen gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, blijft bij deze kinderen onder de jeugdwet vallen.

Zorginkoop medische kindzorg thuis

Wij constateren dat zorgverzekeraars verschillen in de aandacht die zij in hun inkoopdocumenten besteden aan medische kindzorg thuis. We zien dergelijke verschillen overigens ook bij de contractering van intramurale medische kindzorg en dagbesteding (Beleidsregel verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg).

We hebben aan zorgverzekeraars gevraagd hoe zij ervoor hebben gezorgd dat zij voldoende medische kindzorg thuis hebben ingekocht, gezien de krappe arbeidsmarkt. Zij zeggen dat zij in ieder geval voor voldoende budget hebben gezorgd en medische kindzorg bij alle aanbieders hebben ingekocht die deze zorg kunnen leveren. De vier zorgverzekeraars die een specifiek op de kinderthuisaanbieder toegesneden overeenkomst hanteren gingen wat dieper op deze vraag in.

Eén zorgt in zijn werkgebied voor achtervang als de gespecialiseerde kinderthuisaanbieder niet voldoende zorg kan leveren. Drie zorgverzekeraars hebben de personeelsproblematiek met de gespecialiseerde aanbieders besproken. Zij denken na over contractuele incentives voor opleiding en deskundigheidsbevordering van personeel.

6.2 Casemanagement dementie

Casemanagement dementie (CMD) houdt in dat een onafhankelijke, vaste professional de zorg en ondersteuning organiseert voor mensen met dementie die thuiswonen en hun naasten. Bij voorkeur werkt iemand die casemanagement levert in een regionaal dementienetwerk. Hij ondersteunt de cliënt tot aan het overlijden of tot aan opname in een woonvorm voor mensen met dementie. Wij bezochten in het najaar van 2017 enkele dementienetwerken die aanzienlijke wachtlijsten kenden. De netwerken moeten zowel de interne organisatie van hun samenwerkingsverbanden als de wachtlijstregistratie nog verbeteren in samenspraak met zorgverzekeraars.





1

2

3

4

5

6

7

8

Zorginkoop van de ketenzorg dementie in de wijkverpleging

In een informatieverzoek vroegen wij de zorgverzekeraars in november 2017 naar hun [toezegging](#) aan het bestuurlijk overleg CMD om ketenzorg dementie in representatie in te kopen en de wachtlijsten voor individueel CMD te verminderen. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij ook in 2018 nog bezig zullen zijn om in elke regio een dementienetwerk van de grond te krijgen en de wachtlijstregistratie op orde te krijgen.

75 aanbieders, circa een kwart van de respondenten, zeggen dat ze de organisatie van het regionaal dementienetwerk geheel of gedeeltelijk dragen. Van deze netwerkaanbieders hebben 42 met zorgverzekeraars rechtstreeks afspraken gemaakt over de bekostiging van het dementienetwerk voor 2018. Van hen zeggen er 13 dat deze afspraken anders zijn dan vorig jaar. De afspraken met de 42 aanbieders gaan naast de bekostiging vooral over de interne organisatie van het netwerk (bestuurlijke inbedding, aanspreekpunt voor zorgverzekeraar).

De overige 33 netwerkaanbieders hebben geen afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de netwerkkosten. 11 van hen zeggen dat de netwerkkosten al bij een andere regionale aanbieder worden vergoed of in het integrale tarief zitten. 7 andere zeggen dat de inkoopgesprekken of de interne afspraken binnen het netwerk zelf nog niet zijn afgerond. De rest van de aanbieders zegt dat de zorgverzekeraar het netwerk niet vergoedt, bijvoorbeeld omdat dit al operationeel is en bekostiging dan een zaak zou zijn van de ketenpartners.

Zorginkoop casemanagement dementie in de wijkverpleging

Volgens het informatieverzoek kopen alle zorgverzekeraars in 2018 voor hun eigen verzekerden individueel CMD in middels het integrale tarief. Bijna alle zorgverzekeraars eisen daarbij dat de aanbieder bij een dementienetwerk is aangesloten. Volgens de inkoopdocumenten streeft minstens een deel van de zorgverzekeraars naar de inkoop van individueel CMD bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie.

Hoe dan ook zegt niet meer dan 28% van de respondenten dat zij met één of meer zorgverzekeraars specifieke afspraken hebben gemaakt over de bekostiging van individueel CMD. De overige 72% heeft met zorgverzekeraars geen specifieke afspraken gemaakt over de bekostiging van individueel CMD. Zij zeggen dat ze geen CMD leveren, dat CMD is belegd bij andere regionale aanbieders en/of dat de kosten voor CMD al in het integrale tarief zitten.





1

Aandacht van de zorgverzekeraar voor (dreigende) personeelstekorten in de dementiezorg

In hun antwoorden op het informatieverzoek gaven zorgverzekeraars aan bij de inkoop van de netwerkstructuur te streven naar duidelijke afspraken over taak- en werkverdeling in hun werkgebied, tussen ketenregisseur en ketenpartijen, waaronder gemeenten. Mogelijk kan door betere samenwerking de werkdruk voor het casemanagement en daarmee het personeelsprobleem worden verlicht.

2

3

4

5

6

Enkele zorgverzekeraars zeggen de budgetten te verhogen als ze daarmee een regionaal tekort aan casemanagers kunnen oplossen. Verder blijken zorgverzekeraars individueel CMD bij een beperkt aantal aanbieders in te kopen, zodat de beschikbare capaciteit aan casemanagement zo efficiënt mogelijk wordt benut.

7

8

Wat individueel CMD precies is, wordt door zorgverzekeraars verschillend beantwoord. Zij zien dat de personeelsproblematiek in de wijkverpleging zich niet alleen bij CMD voordoet. Veel zorgverzekeraars zeggen in hun inkoopdocument en in hun antwoord op het informatieverzoek dat alleen in complexe situaties moet worden opgeschaald naar 'specialistisch' CMD. Zij vinden dat bij cliënten in 'rustige' fasen of met minder complexiteit 'generalistisch' CMD volstaat. Dit kan volgens hen geboden worden door andere - mits hiervoor getrainde en beschikbare - eerstelijnsprofessionals dan gespecialiseerde wijkverpleegkundigen, bijvoorbeeld POH of maatschappelijk werker.

Bij onze bezoeken aan een aantal dementienetwerken in het najaar van 2017 zagen wij stevige regionale discussies over de inhoud van CMD, het opleidingsniveau en de vaste persoon van de casemanager. Dan komt de aanpak van de personeelsproblematiek via werving, opleiding, training, stageplaatsen en omscholing niet van de grond. Het Zorginstituut heeft inmiddels een [inhoudelijke verduidelijking](#) over het casemanagement neergelegd die naar onze mening voldoende aanknopingspunten bevat voor een lokale oplossing. Dit is eerst aan de regionale partijen.

Slechts een klein deel van de aanbieders die afspraken maken met zorgverzekeraars over de bekostiging van CMD, zegt hierbij met zorgverzekeraars te overleggen over maatregelen om wachtlijsten voor CMD terug te dringen.

Het betreft dan vooral afspraken over de personele invulling van CMD, een betere triage en wachtlijstregistratie voor CMD en extra budget.

6.3 Palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg (PTZ) kan worden verleend door gespecialiseerde aanbieders aan mensen met een levensbedreigende aandoening waaraan zij vermoedelijk binnen drie maanden overlijden. PTZ kan intramuraal worden geboden door instellingen voor verblijf en behandeling ten laste van de Wlz en door aanbieders voor eerstelijnsverblijf ten laste van de Zvw. Daarnaast kan PTZ worden geboden door de wijkverpleegkundige. In deze monitor focussen wij op het laatste.





1

De behandelend (huis)arts is tot aan het overlijden van de cliënt bij de extramurale PTZ betrokken. Ook is 24/7 een in PTZ gespecialiseerde verpleegkundige beschikbaar. Zo nodig kan de verpleegkundige een consultatieteam raadplegen. In dat team kunnen bijvoorbeeld een geriater, verpleegkundigen voor oncologie en pijnbestrijding, een diëtist en een geestelijk verzorger deelnemen. Ook werkt de aanbieder samen met andere aanbieders in de 1ste en 2de lijn in een regionaal netwerk palliatieve zorg.

2

3

4

Zorgverzekeraars contracteren in het algemeen PTZ bij alle aanbieders die aan landelijke richtlijnen en normen van de beroepsgroep voldoen. Soms stellen zorgverzekeraars ook eigen eisen aan het niveau van de zorgverleners, hun scholing en opleiding, hun deelname aan consultatieteams en aan de deelname van de aanbieder aan een regionaal netwerk PTZ.

5

6

Eén zorgverzekeraar besteedt op zijn website veel aandacht aan de inkoop en organisatie van PTZ. Hij concentreert de specialistische PTZ slechts bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie. Deze aanbieders moeten hun verpleegkundige expertise borgen via voldoende scholing. Deze zorgverzekeraar zegt dat deze aanbieders deze kwetsbare doelgroep goed in het oog houden.

7

8

Eén zorgverzekeraar zegt mogelijke personeelstekorten in overleggen met PTZ-aanbieders te bespreken. Hij vindt daarnaast een goed functionerend netwerk PTZ cruciaal voor zijn zorgbemiddeling en voor samenwerking tussen aanbieders onderling. Uit de antwoorden van de overige zorgverzekeraars blijkt niet of zij met de aanbieders spreken over een aanpak van de (dreigende) personeelstekorten voor PTZ. Aan financiële middelen ligt het niet: alle zorgverzekeraars zijn bereid bij te contracteren als PTZ in het geding is.

De meeste zorgverzekeraars eisen in hun overeenkomst dat voor PTZ-cliënten de zorg 24/7 beschikbaar is. Enkele zorgverzekeraars zijn hier minder expliciet in. In hun overeenkomst eisen vier zorgverzekeraars, dat nieuwe cliënten de zorg indien nodig binnen 24 uur krijgen, één verzekeraar eist binnen twee weken, vier zorgverzekeraars eisen in elk geval binnen de Treeknorm en één zorgverzekeraar noemt geen tijdigheidsnorm. Dit zijn tijdigheidseisen voor de wijkverpleging, waarvan PTZ onderdeel uitmaakt.

Geen enkele zorgverzekeraar verplicht de aanbieder om de langer dan hun norm wachtende cliënt naar de zorgverzekeraar te verwijzen, ook al zou dat bij urgente (PTZ-)problematiek gewenst zijn.





1

2

3

4

5

6

7

8

6.4 Medisch-specialistische verpleging thuis

De Beleidsregel verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg (MSVT) is per 2018 ingetrokken. Alle zorgverzekeraars zeggen rekening te hebben gehouden met de wijzigingen rondom MSVT bij hun zorginkoop 2018. Zij kopen de wijkverpleging per 2018 in inclusief de voormalige MSVT voor verzekerden zonder Wlz-indicatie, voor zover niet georganiseerd en geleverd vanuit het ziekenhuis.

Alle zorgverzekeraars zeggen de wijzigingen te hebben verwerkt in de contracten 2018 voor die aanbieders die aan de eisen voor levering van MSVT voldoen. Tenminste drie zorgverzekeraars contracteren volgens een addendum bij hun zorgovereenkomst bij een beperkt aantal aanbieders de (hoogcomplexe) MSVT. Het gaat om afspraken over de specifieke indicatievereisten, de werkafspraken met de ziekenhuizen en de 24/7 beschikbaarheid van deskundig verpleegkundig personeel. De andere zorgverzekeraars zeggen voor 2018 de aanbieders te contracteren die in 2017 volgens hun eisen MSVT leverden.

Negen zorgverzekeraars zeggen de afspraken voor reguliere wijkverpleging te hebben opgehoogd met een volume voor de voormalige MSVT onder herberekening van het (integrale) tarief. Eén zorgverzekeraar zegt voor de voormalige MSVT prestaties in 2018 nog een apart volume en een aparte prestatie te hanteren naast de overige wijkverpleging. Eén zorgverzekeraar geeft aanbieders een keuzemogelijkheid voor één van beide.

Tot slot zegt één zorgverzekeraar dat hij niet te zwaar inzet op verdere substitutie van MSVT vanuit het ziekenhuis naar de wijkverpleging. Hij wil hiermee de wijkverpleging gezien de personeelskrapte niet onnodig belasten met deze zorg, die veel inzet vraagt van hoog opgeleid verpleegkundig personeel.

6.5 Conclusie

We zien een aantal goede voorbeelden bij de contractering van Palliatief terminale zorg, casemanagement dementie, medische kindzorg thuis en MSVT. Tegelijkertijd zien wij voor deze specialistische zorgvormen ook aandachtspunten.





1

Goede voorbeelden

Wij constateren dat zorgverzekeraars goede initiatieven nemen om de gevolgen van het personeelstekort in de wijkverpleging specifiek voor deze doelgroepen te mitigeren. Eén zorgverzekeraar werkt goed samen met en in het regionale netwerk PTZ voor een tijdige zorgverlening. Een andere zorgverzekeraar concentreert de PTZ bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale (opleidings)functie om de expertise zo goed mogelijk te benutten.

2

3

4

5

6

Geconcentreerde zorginkoop wordt door sommige zorgverzekeraars ook toegepast bij CMD. Ook stimuleren veel zorgverzekeraars voor CMD inzet van niet-verpleegkundige professionals in de eerste lijn door gerichte afspraken en/of scholing om de druk op de wijkverpleging verlichten.

7

8

Enkele zorgverzekeraars bespreken de personeelsproblematiek met de aanbieders voor medische kinderthuiszorg en regelen achtervang en een gericht opleidingsbeleid. Tot slot zet één zorgverzekeraar zich in om extra beslag op de wijkverpleegkundige te voorkomen, door onnodige substitutie van de (voormalige) MSVT vanuit het ziekenhuis naar de wijkverpleging tegen te gaan.

Aandachtspunten

Tegelijkertijd blijkt bij veel zorgverzekeraars niet of zij met de aanbieders spreken over een aanpak van de (dreigende) personeelstekorten voor deze doelgroepen. Enerzijds is de personeelsproblematiek sectoroverstijgend, maar anderzijds tonen de goede voorbeelden dat ook hier doelgroepgericht beleid mogelijk is.

De specialistische zorgvormen vragen enerzijds inzet van gespecialiseerd personeel, maar vallen anderzijds onder het integrale tarief en pakken mogelijk ongunstig uit in doelmatigheidsmetingen van zorgverzekeraars. Dit stimuleert de aanbieder niet automatisch tot betere zorg. Bij PTZ klemt dat des te meer omdat zorgverlening aan PTZ-cliënten geen uitstel verdraagt. Tijdige zorgverlening aan wachtenden voor PTZ lijkt – in de zorgovereenkomsten – evenmin geborgd. Het is niet slechts een kwestie van meer financiële middelen.

Verder constateren wij dat maatregelen voor terugdringing van de wachtlijsten CMD nog niet hoog op de agenda staan in het periodiek overleg in de regio. Ook zijn zorgverzekeraars nog niet klaar met de realisatie van hun toezeggingen aan het bestuurlijk overleg CMD: in elke regio een dementienetwerk en een werkbare wachtlijstregistratie. Verder zien we dat zorgverzekeraars verschillen in focus op de medische kindzorg in de thuissituatie.



7. Verbeterthema's wijkverpleging 2018 en verder

ActiZ, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland hebben onder begeleiding van Common Eye [afspraken](#) gemaakt om de contractering van de wijkverpleging vanaf 2018 te verbeteren. Deze afspraken zijn verdeeld over vier verbeterthema's, die elk in een paragraaf van dit hoofdstuk aan bod komen.

Achtereenvolgens komen aan de orde: het gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters (7.1), het bespreken van kostprijsverhogende ontwikkelingen (7.2), de financiering van infrastructurele ontwikkelingen, specialistische verpleging en wijkgericht werken (7.3) en het verbeteren van de relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars (7.4).

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 echt aan te pakken. In deze monitor brengen we in beeld in hoeverre de eerste stappen zijn gezet.

7.1 Gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters voor de contractering 2018

In het kader van het eerste verbeterthema hebben partijen afgesproken om voor de contractering voor 2018 gebruik te maken van bestaande kwaliteitsparameters. Dit betekent dat aanbieders transparant zijn over hun doelgroep(en) en dat zorgverzekeraars hun benchmarkgegevens met aanbieders delen.

De meeste aanbieders hebben informatie over de doelgroepen met de zorgverzekeraars gedeeld. Aanbieders die deze informatie niet delen, lichten hierbij veelal toe dat zij geen contract hebben of dat zij maar één doelgroep bedienen. Als aanbieders maar één doelgroep bedienen, is de zorgverzekeraar namelijk op de hoogte van deze doelgroep, dit maakt de doelgroepenregistratie overbodig. De (extra) informatie heeft nog vrijwel geen effect gehad op de contractering voor 2018 omdat op het moment van contracteren nog onvoldoende bruikbare data beschikbaar waren. Een aantal zorgverzekeraars merkt hierbij op dat de verzamelde data soms wel ter sprake komen in inkoopgesprekken.

Bijna alle zorgverzekeraars maken gebruik van benchmarkgegevens. De meeste zorgverzekeraars delen deze informatie ook met aanbieders. Zorgverzekeraars gebruiken de benchmarkgegevens om aanbieders te vergelijken op doelmatigheid en hun gemiddelde kosten per cliënt.

1

2

3

4

5

6

7

8





1

2

3

4

5

6

7

8

De zorgverzekeraars die geen gebruik maken van benchmarkgegevens, geven aan dat zij een klein aandeel verzekerden bij elke aanbieder hebben en daardoor niet beschikken over bruikbare data.

Hoewel de meeste zorgverzekeraars dus zeggen informatie met aanbieders te delen, meldt de helft van de aanbieders dat zij geen benchmarkgegevens hebben ontvangen. Hieruit blijkt dat aanbieders en zorgverzekeraars een verschillend beeld hebben over het delen van benchmarkgegevens.

7.2 Plek voor kostprijsverhogende ontwikkelingen in de onderhandelingen 2018

Binnen het tweede verbeterthema is afgesproken om externe kostprijsverhogende ontwikkelingen onderwerp van gesprek te laten zijn in de onderhandelingen voor de contractering 2018. Het uitgangspunt van deze afspraak is dat zorgverzekeraars in de contractering reëel omgaan met effecten van ontwikkelingen die invloed hebben op de kostprijs.

De helft van de zorgverzekeraars heeft externe kostprijsverhogende ontwikkelingen besproken met alle of de meeste aanbieders. Toch geeft meer dan de helft van de aanbieders aan dat externe kostprijsverhogende ontwikkelingen geen onderwerp van gesprek zijn geweest tijdens het inkoopproces. Dit wil echter niet zeggen dat kostprijsverhogende ontwikkelingen bij deze aanbieders niet zijn opgenomen in de tarieven. Aanbieders en zorgverzekeraars noemen vaak dezelfde redenen voor het feit dat de externe kostprijsverhogende ontwikkelingen niet ter sprake kwamen.

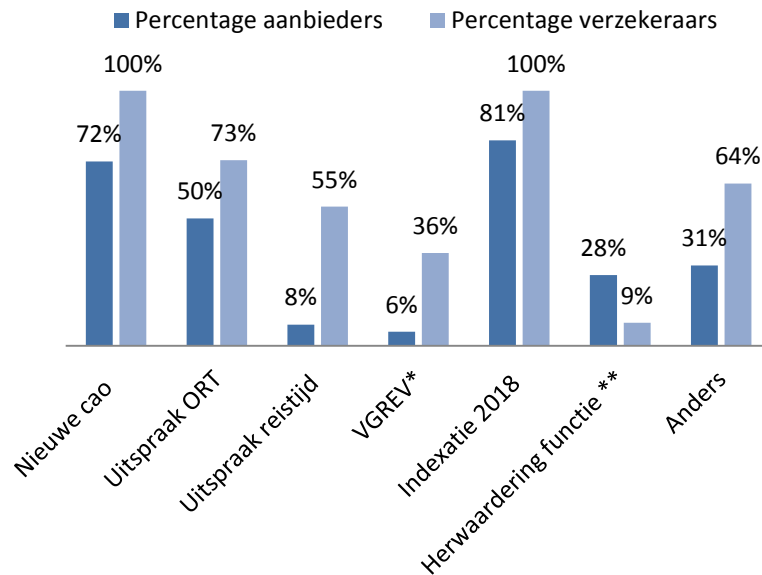
Er is bijvoorbeeld niet tussen alle aanbieders en zorgverzekeraars een gesprek geweest. Ook geven zowel zorgverzekeraars als aanbieders aan dat de andere partij de kostprijsverhogende ontwikkelingen niet heeft aangekaart en dat ze daarom ook niet zijn besproken. Aanvullend geven sommige aanbieders aan dat zij kostprijsverhogende ontwikkelingen niet met alle zorgverzekeraars hebben besproken, omdat zij dit alleen hebben ingebracht als het tarief volgens hen te laag was.





Onderstaande figuur toont welke externe kostprijsverhogende ontwikkelingen zijn besproken tussen zorgverzekeraars en aanbieders.

Figuur 8. Bespreking externe kostprijsverhogende ontwikkelingen



*Vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen

** Herwaarderingsfunctie wijkverpleegkundige

De meest besproken onderwerpen zijn de nieuwe cao, [de rechterlijke uitspraak onregelmatigheidstoeslag \(ORT\)](#) en de indexatie 2018. In de categorie 'anders' gaat het vooral over het personeelstekort en de toenemende zorgwaarde.

7.3 Financiering van infrastructurele ontwikkelingen, specialistische verpleging en wijkgericht werken

In het kader van het derde verbeterthema hebben partijen afgesproken om de continuïteit van infrastructurele voorzieningen, specialistische verpleging en wijkgericht werken in de contractering te borgen.

Infrastructurele voorzieningen

Partijen vinden het borgen van de continuïteit van infrastructurele voorzieningen belangrijk. Infrastructurele voorzieningen zijn nodig om een ongeplande zorgtaak in de regio te beantwoorden. Daarnaast vinden partijen dat zorgverzekeraars bij regionale afspraken elkaars afspraken met de belangrijkste aanbieder zoveel mogelijk moeten volgen. Goede lokale initiatieven moeten worden geborgd. De meeste zorgverzekeraars en aanbieders hebben daarom bestaande afspraken voortgezet. Een van de zorgverzekeraars heeft een stimuleringsfonds opgezet voor regio's waar de infrastructurele voorzieningen nog niet goed zijn geregeld. De andere zorgverzekeraars borgen de infrastructurele voorzieningen door een opslag op het (integrale) tarief.





1

2

3

4

5

6

7

8

Wij leiden hieruit af dat deze zorgverzekeraars dus geen gebruik maken van de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg, maar in plaats daarvan een vergoeding voor onplanbare zorg opnemen in het integrale tarief. Het integrale tarief kan namelijk alleen ingezet worden voor individueel toewijsbare verzorging en verpleging. De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg bevat een vergoeding voor het oprichten of instandhouden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Deze kosten zijn niet aan een individuele cliënt toe te wijzen.

In de inkoopdocumenten leggen slechts drie zorgverzekeraars een duidelijke visie neer over de beschikbaarheidsfunctie en de noodzaak om de avond-, nacht-, en weekenddiensten goed te organiseren. Zij beleggen de beschikbaarheidsfunctie en een belangrijk deel van de onplanbare zorg bij aanbieders die een regionale functie vervullen en de avond-, nacht-, en weekenddiensten efficiënt kunnen organiseren.

Zoals in het begin van deze paragraaf is vermeld hebben partijen afgesproken dat het wenselijk is als zorgverzekeraars elkaars afspraken zoveel mogelijk volgen. De meeste zorgverzekeraars passen zowel binnen als buiten hun kernwerkgebied nauwelijks volgeleid toe. Toch kopen verschillende zorgverzekeraars hun zorg samen in, wat uiteindelijk ook betekent dat deze zorgverzekeraars grotendeels dezelfde afspraken met aanbieders maken.

Specialistische verpleging

Als tweede onderdeel van het derde verbeterthema hebben partijen afgesproken om de continuïteit van gespecialiseerde verpleging te borgen. De meeste aanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat zij voor 2018 dezelfde afspraken hebben gemaakt als in 2017. De vergoeding voor gespecialiseerde verpleging is veelal in het integrale tarief verdisconteerd. De veranderingen die hebben plaatsgevonden, zijn het gevolg van het vervallen van de prestaties voor MSVT. Eén zorgverzekeraar geeft hierbij aan dat hij gespecialiseerde verpleging middels het integrale tarief inkoopt en MSVT-hoog complex via de prestatie gespecialiseerde verpleging om in 2018 te monitoren of deze zorg nog geleverd wordt. Enkele aanbieders waren in 2017 niet gecontracteerd en hebben in 2018 wel afspraken gemaakt voor gespecialiseerde verpleging.

Wijkgericht werken

Wijkgericht werken omvat activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject en gekenschetst kunnen worden als het verbinden van het medisch en sociaal domein. De meeste zorgverzekeraars borgen de continuïteit van wijkgericht werken door de afspraken van vorig jaar te continueren. Ook hebben zorgverzekeraars enkele nieuwe aanbieders gecontracteerd.





1

De meeste zorgverzekeraars bekostigen wijkgericht werken middels een opslag op het integrale tarief. Zorgverzekeraars hebben een verschillende visie op wijkgericht werken. Zo geeft één zorgverzekeraar aan dat hij wijkgericht werken voor alle aanbieders bekostigt, omdat alle wijkverpleegkundigen af moeten stemmen met de huisarts en het sociaal domein. Een andere zorgverzekeraar koopt wijkgericht werken vanaf 2018 alleen nog binnen haar kernregio in, omdat hij het niet mogelijk acht om hier met alle gemeenten afspraken over te maken.

2

Ook uit de inkoopdocumenten blijkt dat zorgverzekeraars wijkgericht werken ieder op hun eigen wijze inkopen. Vier zorgverzekeraars maken hierover met een select aantal aanbieders afspraken. Andere zorgverzekeraars vinden wijkgerichte zorg een taak van elke aanbieder of hebben dit niet nader uitgewerkt.

3

7.4 Investeren in een betere relatie

Het laatste verbeterthema omvat het verbeteren van de relatie tussen zorgverzekeraars en de aanbieders. Partijen spreken af daar waar dit nog niet gebeurt regio-overleggen te organiseren tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars investeren in de relatie met aanbieders door anders contact te hebben, met respect voor diversiteit van de kleine en grote aanbieders. Hierbij begrijpen aanbieders dat zorgverzekeraars niet met elke aanbieder het gesprek kunnen aangaan. Zowel aanbieders als zorgverzekeraars zorgen voor voldoende kennis en deskundigheid van de zorgverkopers en zorginkopers.

4

5

6

7

8

De helft van de zorgverzekeraars heeft zijn bereikbaarheid anders ingericht voor de contractering 2018. Bij vier zorgverzekeraars komt dit echter doordat zij via een andere inkoopcombinatie zijn gaan inkopen en daarom dus andere afspraken over bereikbaarheid hebben gemaakt. Eén zorgverzekeraar heeft wel specifiek aandacht besteed aan dit verbeterthema en heeft extra capaciteit ingezet voor de inkoop en processen beter ingericht zodat hij sneller kan reageren. De contacten tussen zorgverzekeraars en aanbieders verlopen veelal via een inkoopportaal (Vecozo). Enkele zorgverzekeraars vormen een uitzondering, zij hebben juist overwegend contact met aanbieders gehad via e-mail. Aanbieders hebben overwegend contact met zorgverzekeraars via e-mail, via een inkoopportaal (Vecozo) of telefonisch. Daarnaast heeft bijna 30% van de aanbieders ook face-to-face contact gehad met zorgverzekeraars.

Regio-overleggen

De helft van de zorgverzekeraars heeft in de regio overleggen georganiseerd met aanbieders. Allen doen zij dit in hun kernregio, enkelen organiseren ook één of meer bijeenkomsten buiten hun kernregio. De zorgverzekeraars zijn positief over deze overleggen en noemen deze goed en constructief. Ook de meeste aanbieders zijn tevreden over deze regio-overleggen. Zij beschouwen de bijeenkomsten als informatief. Sommige aanbieders vinden de overleggen eenzijdig, omdat er weinig ruimte voor gesprek is.





1

2

3

4

5

6

7

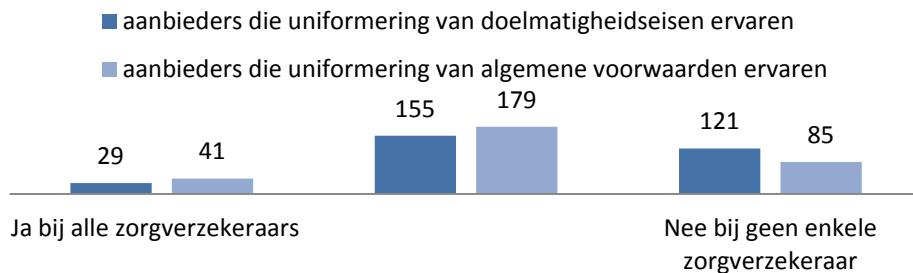
8

Uniformering administratieve lasten

Alle zorgverzekeraars spreken met andere zorgverzekeraars over de beperking van administratieve lasten. De meeste zorgverzekeraars spreken hiernaast ook over de uniformering van algemene voorwaarden. Zeven zorgverzekeraars vinden dat dit al tot beperking van administratieve lasten heeft geleid.

In onderstaande figuur is weergegeven of aanbieders uniformering van doelmatigheidseisen en algemene voorwaarden hebben ervaren in de contractering. Hieruit blijkt dat er meer wordt geuniformeerd op algemene voorwaarden dan op doelmatigheidseisen. Het merendeel van de aanbieders blijkt te ervaren dat zorgverzekeraars bezig zijn met uniformeren. 74 aanbieders ervaren dat geen enkele zorgverzekeraar doelmatigheidseisen of algemene voorwaarden uniformeert.

Figuur 9. Uniformering doelmatigheidseisen en algemene voorwaarden



7.5 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben wij in kaart gebracht in hoeverre aanbieders en zorgverzekeraars aan de slag zijn gegaan met de vier thema's ter verbetering van de contractering, zoals afgesproken door ActiZ, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland. Deze partijen hebben echter aangegeven dat er meerdere jaren nodig zijn om de verbeterthema's echt aan te pakken. Op het moment dat de afspraken werden vastgelegd, waren de inkoopdocumenten van zorgverzekeraars immers al gepubliceerd. Toch zijn de eerste stappen in de contractering 2018 door aanbieders en zorgverzekeraars gezet. Wij vinden het positief dat partijen aan de slag zijn gegaan met de afspraken, maar er valt zeker nog winst te behalen.

Gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters voor de contractering 2018

Zorgverzekeraars en aanbieders zijn aan de slag gegaan met het eerste verbeterthema. Aanbieders lijken bereid te zijn om de doelgroepen informatie te delen. Het wordt voor 2019 de uitdaging om deze informatie goed in te zetten in de contractering. Het is nu aan zorgverzekeraars om deze informatie te gebruiken en de resultaten te delen met aanbieders. Er blijkt geen eenduidig beeld te zijn over benchmarkgegevens tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Het is van belang dat aanbieders en zorgverzekeraars duidelijke afspraken maken over het registreren en delen van informatie.





1

2

3

4

5

6

7

8

Plek voor kostprijsverhogende ontwikkelingen in de onderhandelingen 2018

Ook de afspraken over het tweede verbeterthema zijn in zekere zin opgepakt door aanbieders en zorgverzekeraars. Alhoewel niet alle externe kostprijsverhogende ontwikkelingen even vaak op tafel komen, blijkt uit de vragenlijsten niet dat deze niet bespreekbaar zijn. Een logische reden voor het niet bespreken van externe kostprijsverhogende ontwikkelingen is het feit dat er geen gesprek heeft plaatsgevonden. Toch kunnen deze ontwikkelingen ook bij de aanbieders die geen face-to-face contact met zorgverzekeraars hebben, terugkomen in de contractering. Aan de ene kant kunnen zorgverzekeraars inzichtelijk maken hoe ze met deze ontwikkelingen omgaan en aan de andere kant kunnen aanbieders aangeven in welke mate zij te maken hebben met de effecten van externe kostprijsverhogende ontwikkelingen. Hiernaast geven zowel zorgverzekeraars als aanbieders aan dat kostprijsverhogende ontwikkelingen niet zijn besproken omdat de ander ze niet heeft aangekaart. Het is de verantwoordelijkheid van beide partijen om dit bespreekbaar te maken.

Financiering van infrastructurele voorzieningen, specialistische verpleging en wijkgericht werken

In het kader van het derde verbeterthema kunnen we stellen dat de continuïteit van infrastructurele voorzieningen, specialistische verpleging en wijkgericht werken is geborgd. Dit komt doordat de afspraken van 2017 in de meeste gevallen in 2018 worden voortgezet én er ook nieuwe aanbieders worden gecontracteerd.

Toch vragen wij aandacht voor het opzetten en in stand houden van de infrastructurele voorzieningen waar de prestatie *regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg* voor is bedoeld. Regionale voorzieningen moeten gestimuleerd worden om onplanbare zorg te kunnen vormgeven. Zorgverzekeraars kunnen dit faciliteren door elkaars afspraken te volgen.

Investeren in een betere relatie

De afspraken over het vierde verbeterthema zijn nog niet geheel van de grond gekomen. Toch blijkt uit hoofdstuk 5 dat met name de ervaringen van aanbieders met het contracteerproces sterk zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat hij specifiek met dit verbeterthema aan de slag is gegaan. Hij heeft extra capaciteit ingezet voor de inkoop en processen beter ingericht zodat hij sneller kan reageren. Wij vragen van zowel aanbieders als zorgverzekeraars aandacht voor hun bereikbaarheid en te zoeken naar mogelijkheden om het contact anders in te richten. Gezien de positieve ervaringen met de regio-overleggen kan dit een goede oplossing zijn. Wij roepen andere zorgverzekeraars op om deze overleggen ook te gaan organiseren.



8. Conclusie en aanbevelingen

Van de wijkverpleging verwachten we steeds meer inzet voor meer mensen die langer thuiswonen of sneller uit het ziekenhuis worden ontslagen, voor zorg, preventie en signalering. Ondanks het tekort aan wijkverpleegkundigen slaagt het veld er nog steeds in om met de beschikbare capaciteit uit te komen, geen geringe prestatie.

Het is deze achtergrond waartegen onze aanbevelingen en verbeterpunten moeten worden gelezen voor de korte termijn, het doel van deze monitor. Wij gaan hier in ons uitvoeringstoezicht op toezien. We hanteren hierbij een thematische aanpak, waarin wij de zorgplicht van zorgverzekeraars betrekken.

Contractering en bijcontractering

Aanbieders vinden het soms jammer dat de verzekeraar niet met hen bij de contractering overlegt, ook al is hij daartoe niet verplicht. Verder zijn zij kritisch over zijn bereikbaarheid en over de afwezigheid van echte onderhandeling. Ook vinden zij de (bij)contractering, die per zorgverzekeraar verschillend is ingestoken, tijdrovend.

Zorgverzekeraars willen zich op de zorginkoop onderscheiden van hun concurrenten, waardoor de insteek per zorgverzekeraar varieert. Ook zij hechten aan een inhoudelijk goed gesprek. Zij willen verder dat de aanbieder voor een goed verloop van de bijcontractering tijdiger aan de bel trekt, en aantoont dat hij op de afgesproken doelmatigheid stuur.

Net als vorig jaar zijn aanbieders vaak minder tevreden over het contracteerproces dan zorgverzekeraars, maar hun algehele gevoel is verbeterd, vooral als het gaat om de administratieve belasting.

Toch ziet 19% van de aanbieders - respondenten af van een contract met minstens één zorgverzekeraar (in 2017 was dat nog 12%). Mogelijk is de ongecontracteerde omzet verdubbeld. De NZa vindt dat onwenselijk. Alleen samen kunnen zorginkoper en aanbieder de hoofdlijnenakkoorden, publieke belangen, landelijke verbeterthema's en integrale zorg nader invullen. Het is in het algemeen belang, dat de contractering soepel en snel verloopt.

Aanbevelingen voor partijen: met elkaar nadere afspraken maken over

- de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor individueel en regionaal overleg, in lijn met de landelijke verbeterthema's;
- de maximale afhandelingstermijn van een verzoek om bijcontractering, en een correcte indiening van dat verzoek.



1

2

3

4

5

6

7

8





1

Integraal tarief en doelmatigheid

Zorgverzekeraars hebben met gemiddeld 98% van hun gecontracteerde aanbieders een integraal (uur)tarief afgesproken. In 2017 was dat nog 93%. Het integrale tarief leidt in de praktijk nog niet tot administratieve vereenvoudiging, gezien de afspraken tussen partijen over de registratie van doelgroepen en uren voor de tariefonderbouwing.

2

3

De aanbieder spreekt met zorgverzekeraars een individueel tarief af, afgeleid van zijn historische productmix. Dit leidt bij een toenemende zorgzwaarte mogelijk tot onderdekking van zijn zorgkosten voor nieuwe en/of zorgintensieve cliënten. Een doorleververplichting voor zorg aan nieuwe cliënten als het budgetplafond is bereikt, versterkt de financiële druk op de aanbieder nog, naast externe kostprijsverhogende ontwikkelingen, zoals de indexatie en de uitkomsten van cao's en van gerechtelijke uitspraken over de onregelmatigheidstoeslag.

4

5

6

7

8

Wij vinden het belangrijk dat de zorgverzekeraar bij de vaststelling van het maximumvolume en tarief van de aanbieder niet te eenzijdig kijkt naar een doelmatigheidsscore. Kwaliteit en zorgzwaarte zouden hierbij zo mogelijk ook een rol moeten spelen.

Aanbevelingen voor partijen in lijn met hun landelijke verbeterthema's:

- afspraken maken over het registreren en delen van benchmarkdata;
- inzetten van de uitkomsten van de doelgroepregistratie in de doelmatigheidsmeting en de prijs- en volumeafspraken;
- in het contracteerproces de externe kostprijsverhogende ontwikkelingen nog meer benoemen.

Toegankelijkheid en personeelsgebrek

Contractonderhandelingen die in het nieuwe jaar lang doorlopen, kunnen leiden tot onvolledige keuze-informatie over het gecontracteerde zorgaanbod. Ook kan de onzekere uitkomst van de bijcontractering de aanbieder aanzetten tot extra druk op zijn personeel, risicoselectie van wachtenden of tot cliëntenstops. Cliëntenstops worden overigens vaker door personeelskrapte veroorzaakt.

Tijdige zorgverlening is hiermee niet persé in het geding. Cliënten kunnen alternatieve aanbieders benaderen, ook ongecontracteerde. Alhoewel dit de nood van de individuele cliënt kan lenigen, gaat dit ten koste van de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar. Deze maakt op zijn beurt echter geen afspraken met aanbieders om cliënten zo nodig naar hem door te zetten voor bemiddeling naar andere contractanten. Voor een goede werking van de markt is dit volgens ons wel noodzakelijk.





1

2

3

4

5

6

7

8

Vooral bij palliatief terminale zorg is dit zorgwekkend, omdat tijdige zorg aan deze mensen naar hun wens, thuis, geen enkel uitstel duldt. Dit klemt temeer omdat aanbieders financieel niet altijd worden gestimuleerd, om zorgintensieve cliënten in zorg te nemen zoals bij terminale ziekte maar ook bij dementie of medische kindzorg thuis. Ook maken partijen weinig concrete afspraken om de gevolgen van tekorten aan dit, vaak specialistisch, personeel te ondervangen.

Naast eerdergenoemde aanbevelingen verlangen wij van partijen dat zij:

- afspraken maken over concrete maximumwachttijden die aansluiten bij de praktijk, vooral bij urgentie, en de wachtlijstregistratie;
- zorgen dat te lang wachtende cliënten door een andere gecontracteerde aanbieder in zorg worden genomen;
- borgen dat cliënten waarvoor een terminaalverklaring is afgegeven, op hun verzoek en mits verantwoord onverwijld zorg thuis krijgen;
- de wachtlijstregistratie en de maatregelen voor terugdringing van het aantal wachtenden voor casemanagement dementie bespreken.

Tot slot dringen wij er bij partijen op aan om te leren van elkaars goede voorbeelden om de beschikbare expertise optimaal te benutten, waarbij:

- zij gespecialiseerde zorg waar nodig concentreren bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale opleidingsfunctie;
- zij infrastructuren en netwerken voor gespecialiseerde en onplanbare zorg bevorderen, ook voor zorgbemiddeling en achtervang.





Nederlandse Zorgautoriteit

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl