

Bijlage 1 en 2 monitor contractering wijkverpleging 2021

Bijlage 1. Onderbouwing van bevindingen per onderwerp

COVID-19

Het jaar 2020 stond in het teken van COVID-19. De pandemie zorgde ervoor dat de reguliere zorg, waaronder de wijkverpleging, werd afgeschaald. Ondanks de pandemie ging het zorginkoopproces gewoon door en werden contracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Samenwerking tijdens de pandemie

Terugblikkend op 2020 geven veel zorgaanbieders aan dat ze over het algemeen tevreden zijn over de manier van samenwerken met de dominante zorgverzekeraar gedurende de COVID-19 periode. Voor COVID-19 gerelateerde vragen konden de zorgaanbieders contact opnemen met de zorgverzekeraars. Tien procent van de zorgaanbieders gaven aan dat de zorgverzekeraars niet inhoudelijk antwoord konden geven op al hun vragen. Er was voornamelijk onduidelijkheid over de financiering, waarbij er gewacht werd op landelijke richtlijnen.

Verstrekken van informatie

Het contact met zorgverzekeraar kwam volgens vele zorgaanbieders alleen vanaf hun kant. Daarnaast gaven drie zorgverzekeraars aan dat ze door middel van een webpagina of een centraal meldpunt zo veel mogelijk antwoord gaven op COVID-19 gerelateerde vragen. Door ZN werden financieringsreguleringen opgesteld en uitgevoerd.

Zorginkoopproces

Ondanks dat COVID-19 een grote rol speelde bij het leveren en financieren van de wijkverpleging, leidde dit niet tot vertraging in het zorginkoopproces. 78% van de zorgaanbieders heeft zich goed kunnen voorbereiden op de contractering. De voornaamste reden dat de overige 22% zich niet goed kon voorbereiden was omdat activiteiten rondom COVID-19 prioriteit kregen.

Ook lieten ontwikkelingen op het gebied van doelmatigheid op zich wachten. Alle zorgverzekeraars gaven daarentegen aan dat zij zich wel goed hebben kunnen voorbereiden op het contracteringsproces.

Vanwege COVID-19 was 2020 een jaar dat moeilijk gebruikt kon worden als referentiekader voor de contractering van 2021 en daarom werd in veel gevallen 2019 gebruikt. De helft van de zorgverzekeraars is van mening dat het door COVID-19 lastig was om een zuivere schatting te maken voor een initieel plafond in 2021. 75% van de zorgaanbieders heeft geen bijzonderheden ondervonden tijdens de contractering door COVID-19.

Terugblik contractering 2020

Cliëntenstops

Bij een cliëntenstop kondigt de zorgaanbieder aan dat hij bij een zorgverzekeraar geen (nieuwe) cliënten meer in zorg neemt. De twee voornaamste redenen worden in deze monitor bekeken, namelijk het bereiken van het omzetplafond of een tekort aan personeel om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Dit jaar hebben we ook gekeken naar cliëntenstops die niet zijn gemeld bij een zorgverzekeraar.

Cliëntenstops als gevolg van het bereiken van het omzetplafond

In 2020 hanteerden zeven zorgverzekeraars een omzetplafond. In 2020 zien we dat de meeste zorgaanbieders met een contract geen cliëntenstop hoefden af te geven (76%). 15% van de zorgaanbieders gaf een cliëntenstop af in verband met het bereiken van het omzetplafond.

Als we kijken naar de duur van de cliëntenstops, dan zien we dat de meeste cliëntenstops tussen de één en drie maanden duurden (43%). 26% van de cliëntenstops duurt langer dan drie maanden. Dit is een stijging ten opzichte van 2019 (20%) en een vergelijkbaar percentage met 2018 (24%). Wat dit jaar opvalt is dat er nauwelijks korte cliëntenstops (minder dan 2 weken) waren (4%).

Cliëntenstops hoeven geen gevaar voor de continuïteit van de zorg te betekenen, zolang cliënten bij andere zorgaanbieders terecht kunnen. Voor de meer specialistische vormen van zorg, zoals palliatief terminale zorg, kan het lastiger zijn om nieuwe cliënten bij andere zorgaanbieders onder te brengen, omdat niet elke zorgaanbieder deze zorgvormen levert. De NZa heeft in 2020 twee meldingen ontvangen van cliëntenstops die mogelijk nadelige gevolgen konden hebben voor cliënten.

Vijf zorgverzekeraars hadden te maken met een cliëntenstop van een zorgaanbieder wegens het bereiken van het omzetplafond. Twee zorgverzekeraars die te maken kregen met zorgaanbieders met cliëntenstops, geven aan dat zorgaanbieders tijdig aan de bel trekken bij een voornemen tot het instellen van een cliëntenstop. In 10% van de gevallen dat een zorgaanbieder voorneemt om een cliëntenstop in te voeren, komt niet tijdig binnen bij de zorgverzekeraar.

Opvallend is dat drie van de vijf zorgverzekeraars aangaven dat zorgaanbieders palliatieve zorg en spoedzorg niet altijd buiten de cliëntenstop houden en de levering van deze specialistische zorgvormen dus mogelijk niet altijd geborgd is. Ook 47% van de zorgaanbieders geeft aan de palliatieve zorg en spoedzorg niet buiten de cliëntenstop te houden.

Ook kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in hun contracten een doorleververplichting afspreken. Zorgaanbieders zijn dan verplicht om zorg te leveren aan nieuwe cliënten, ook al is het omzetplafond bereikt. De zorgaanbieder moet het (bijna) bereiken van het omzetplafond op tijd bij de zorgverzekeraar melden, met een aanvraag voor bijcontractering. Bij zeven zorgverzekeraars bestaat de mogelijkheid tot bijcontractering

als het omzetplafond wordt bereikt. 81% van de zorgaanbieders geeft aan met hun dominante zorgverzekeraar geen doorleverplicht voor nieuwe cliënten te hebben afgesproken. Wanneer dat wel het geval is, geldt de doorleverplicht in de meeste gevallen voor alle nieuwe cliënten van die zorgverzekeraar, niet alleen voor cliënten die de meer specialistische vormen van zorg nodig hebben. Zes van de elf zorgverzekeraars hebben ook geen doorleverplicht voor nieuwe cliënten opgenomen in de contracten, twee zorgverzekeraars spreken dit wel af voor alle nieuwe cliënten en nog twee zorgverzekeraars doen dit niet voor alle nieuwe cliënten. Als er geen doorleververplichting is afgesproken, worden wel aanvullende afspraken gemaakt over tijdige aankondiging van een cliëntenstop of dat nieuwe cliënten worden doorverwezen naar zorgbemiddeling van de betreffende zorgverzekeraar.

Cliëntenstops als gevolg van een tekort aan personeel

Het tekort aan personeel in de wijkverpleging is al een aantal jaar een probleem. 10% van de zorgaanbieders gaf het afgelopen jaar vanwege een personeelstekort een cliëntenstop af. Dit is een daling ten opzichte van voorgaande jaren (2019:20%, 2018:14%). Acht procent van de aanbieders heeft een cliëntenstop overwogen, maar dit uiteindelijk niet gedaan.

De helft van de zorgaanbieders met een cliëntenstop gaf één tot twee keer een cliëntenstop af. 38% moest dit vaker dan 5 keer doen. De duur van de cliëntenstops zijn ongeveer evenredig verdeeld.

69% van de zorgaanbieders verwijzen zorgvragers, die zij niet in zorg konden nemen, door. Meestal naar een andere zorgaanbieder die ze wel in zorg kon nemen, maar één op de vier van hen verwijst in plaats daarvan door naar zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. 31% van de zorgaanbieders verwijst de betreffende zorgvragers niet door. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar (2020: 14%). In het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars zien we dat de helft van de zorgverzekeraars niet duidelijk is wat zij van de zorgaanbieder verwachten bij een (naderende) cliëntenstop.

Negen van de elf zorgverzekeraars hadden in 2020 een of meerdere zorgaanbieders die een cliëntenstop afkondigden vanwege een personeelstekort. Hierbij meldt de meerderheid van de zorgverzekeraars dat zorgaanbieders deze cliëntenstops vaak niet tijdig aankondigen. Slechts drie zorgverzekeraars geven aan dat dit wel tijdig gebeurt. De rest geeft aan dat bij gemiddeld 36% van de bekende cliëntenstops niet tijdig wordt aangekondigd dat de aanbieder een cliëntenstop overweegt.

Zorgverzekeraars nemen diverse maatregelen om oplossingen te zoeken voor cliëntenstops (zie figuur 1).

Tabel 1. Acties van zorgverzekeraars om het probleem rondom een cliëntenstop het hoofd te bieden (n=9):

Actie	Aantal zorgverzekeraars
extra inzet op zorgbemiddeling	8
Ophalen van informatie over vrije capaciteit, bijvoorbeeld in regiobijeenkomsten.	7
Aanvullende afspraken met aanbieders die nog	5

capaciteit hebben	
Bevordering van samenwerking tussen aanbieders	6
Andere acties: - Bijcontracteren waar nodig	3

Verborgten cliëntenstops

Vorig jaar concludeerde de NZa in de monitor dat mogelijk 55% van de cliëntenstops verborgen stops kunnen zijn en niet bekend bij (de andere) zorgverzekeraars. Uit de antwoorden van de zorgaanbieders blijkt dat 36% van de door zorgaanbieders ingestelde cliëntenstops niet wordt gemeld bij de zorgverzekeraars. De redenen zijn hiervoor uiteenlopend. Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars op de hoogte zijn van het probleem, het tijdens reguliere overleggen met zorgverzekeraars wordt aangekaart, of de cliëntenstop is van dusdanig korte duur dat de zorgaanbieder dit niet nodig vond.

Bijcontractering

Ervaringen bijcontracteringsproces in 2020

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Dat betekent dat zij voldoende zorg voor hun verzekerden moeten inkopen. Dit inkopen gebeurt op basis van inschattingen die voorafgaand aan het jaar worden gemaakt. Omdat niet altijd vooraf in te schatten is wat de zorgvraag gaat zijn, is bijstellen van het gecontracteerde volume regelmatig nodig.

Van de zorgaanbieders die onze enquête invulden, geeft iets meer dan een kwart (28%) aan een verzoek tot bijcontracteren te hebben gedaan (tegenover 34% in 2018 en 25% in 2019). 79% van deze aanbieders gaf aan dat het voor hen duidelijk was aan welke eisen het verzoek moest voldoen.

De zeven zorgverzekeraars die een omzetplafond hanteren, kregen in 2020 in totaal 256 verzoeken voor bijcontractering (tegenover 554 in 2019). 80% daarvan was bij de grote zorgverzekeraars (tegenover 96% in 2019). Één grote zorgverzekeraar geeft aan dat zorgaanbieders die aan de landelijke regelingen voor continuïteitsbijdragen meededen standaard hun overproductie kregen vergoed.

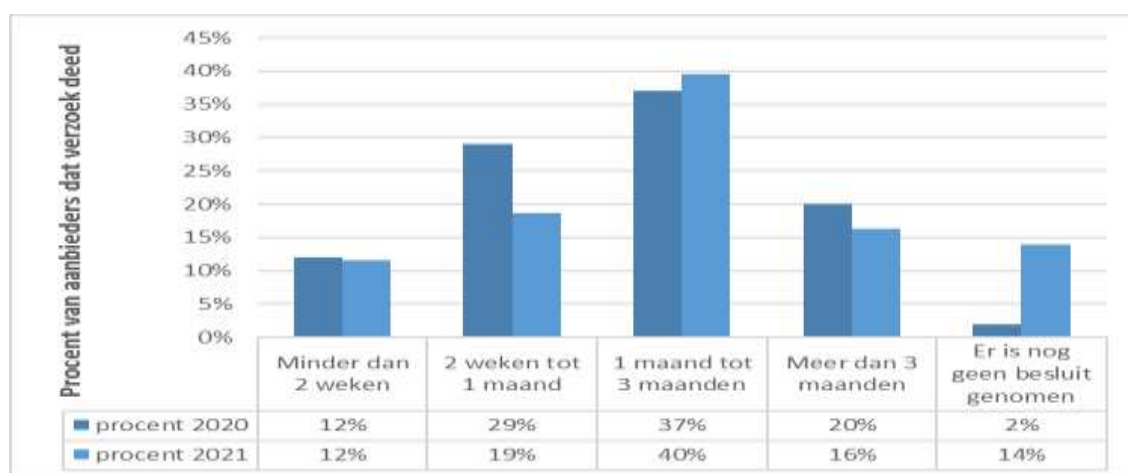
Als voorwaarden voor bijcontractering wordt door vijf van de zeven zorgverzekeraars het voldoen aan de doelmatigheidseisen, een toename van het aantal unieke cliënten bij de aanbieder en een specifiek bestedingsdoel (bijvoorbeeld palliatief terminale zorg) genoemd.

Ongeveer 77% van de aanvragen voldoet aan de voorwaarden die de zorgverzekeraar aan bijcontracteren stelt (tegenover 56% in 2019). Dit percentage loopt uiteen bij de verschillende zorgverzekeraars, van 65% bij de een, tot 100% bij de ander. Dit wil echter niet zeggen dat alle verzoeken die aan de voorwaarden voldoen ook zijn gehonoreerd. Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij correct ingediende aanvragen niet altijd

honoreren, met name wanneer de zorgverzekeraar in de regio nog ruimte ziet bij andere aanbieders. Zo voorkomen zorgverzekeraars dat er regionaal capaciteit onbenut blijft.

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

Figuur 1: Reactietermijn zorgverzekeraar op een verzoek tot bijcontractering door de zorgaanbieder (N=59, 2020; N=43, 2021)

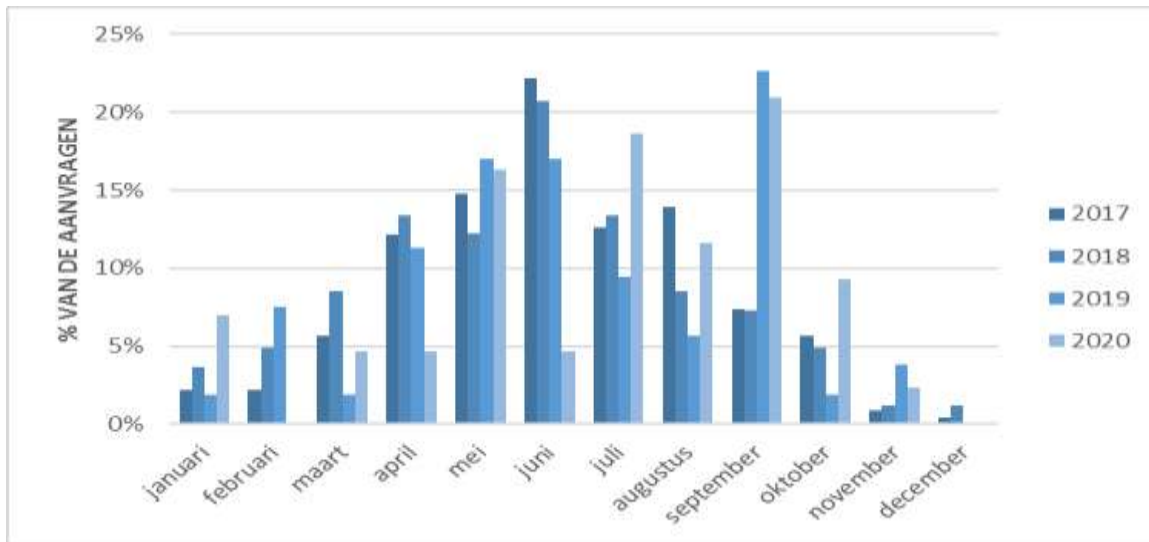


Bron: NZa

56% van de zorgaanbieders die een verzoek deden, kreeg pas na een maand of langer een definitief besluit van de dominante zorgverzekeraar om wel of niet bij te contracteren. 14% geeft zelf aan dat er nog geen besluit is genomen. Zorgaanbieders die moeten wachten op een besluit van de zorgverzekeraar of hun verzoek tot bijcontractering wordt gehonoreerd, verkeren mogelijk in onzekerheid of de geleverde zorg zal worden vergoed, alhoewel ook tussentijdse communicatie plaatsvindt. Door tijdig bij de zorgverzekeraar aan de bel te trekken over een mogelijke overschrijding van het omzetplafond en tijdig de informatie te verstrekken die de zorgverzekeraar belangrijk vindt, kunnen zorgaanbieders ook zelf een stuk van de onzekerheid wegnemen.

We zien, net als in de vorige monitor, dat de maand waarin de meeste aanbieders het eerste signaal afgeven niet langer juni is. In juli en september lijken zich nieuwe pieken te vormen.

Figuur 2. Aandeel per maand van totaal aantal eerste signalen van de behoefte tot bijcontracteren (N=59, 2020; N= 43, 2021)



Bron: NZa

Het feit dat sommige zorgaanbieders hun omzetplafond dreigen te overschrijden hoeft niet direct een bedreiging van de continuïteit van zorg te zijn. Belangrijk is dan in de eerste plaats of het een groot of klein deel van het totaalbudget van de betreffende zorgaanbieder betreft en of er regionaal andere zorgaanbieders met eenzelfde zorgaanbod zijn die de zorg voor (nieuwe) cliënten eventueel kunnen overnemen.

De zeven zorgverzekeraars die verzoeken tot bijcontractering kregen, geven aan dat deze verzoeken voor het merendeel (68%) tijdig binnen waren. Een enkel verzoek kwam te vroeg (6%) of te laat (11%). We zien hierin wel grote verschillen tussen de zorgverzekeraars: bij de kleine zorgverzekeraars ligt het aantal aanvragen dat op tijd wordt ingediend op 100%, de meeste grote zorgverzekeraars rapporteren zo'n 67% en één zorgverzekeraar 40%. Verder geven zij aan de correct ingediende verzoeken meestal te honoreren, tenzij ze cliënten elders onder konden brengen. Vier van de zeven zorgverzekeraars lukt het ook om alle verzoeken tot bijcontracteren af te handelen binnen de door hen gestelde streeftermijn. Als redenen voor het niet tijdig afhandelen wordt aangegeven dat de aangeleverde informatie incompleet is en dat het dan soms erg lang duurt voor aanvullende informatie binnen is. 72% van de aanbieders geeft aan dat hun verzoek werd gehonoreerd. Van de zorgaanbieders waarvan het verzoek werd afgewezen, geeft 42% aan niet op de hoogte te zijn van de reden van de afwijzing.

69% van de zorgaanbieders beoordeelt het bijcontracteringsproces ten opzichte van vorig jaar als beter of hetzelfde. Zorgaanbieders zijn het meest tevreden over de mogelijkheid om in gesprek te gaan (56%) en de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar (30%). Het minst tevreden zijn zorgaanbieders over de tijdigheid van bijcontractering (42%) en de ruimte voor onderhandeling (21%). Zes van de zeven zorgverzekeraars die met bijcontractering te maken hebben, zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over het proces van bijcontracteren. De overige is 'neutraal'.

Een belangrijk verbeterpunt volgens zorgverzekeraars is desondanks het tijdspad van het proces. Ook de onderbouwing vanuit zorgaanbieders over de verzoeken en de administratieve lasten kunnen volgens de zorgverzekeraars nog worden verbeterd.

Ervaringen verbetering overeenkomst 2021

Wanneer het gaat over de inhoud van de contracten wat betreft bijcontracteren, vindt een iets groter gedeelte van de zorgaanbieders dat de overeenkomst 2021 met de dominante zorgverzekeraar verbeterd is ten opzichte van 2020. Nog steeds vindt het merendeel echter dat deze overeenkomst niet is verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Het afgelopen jaar heeft de NZa hier in haar toezicht aandacht aan besteed. Naar aanleiding van dit onderzoek is in november 2020 de verbeterde informatie over bijcontractering door de zorgverzekeraars op de website gezet, dan wel als een bijlage bij het inkoopdocument of in de FAQ, maar niet geland in de overeenkomst. Dat kon ook niet, omdat de contractering 2021 te ver was gevorderd en de uiterste datum van indienen van de ondertekende overeenkomst voor aanbieders (1 november 2020) al was verstreken. Mogelijk dat we volgend jaar dus een ander beeld zien.

Tabel 2. Hoe verhoudt het contract 2021 zich volgens aanbieders t.o.v. het contract 2010 als het gaat over bijcontracteren? (N=240, 2020; N=157, 2021)

Onderwerp	2020		2021	
	Verbeterd	Niet verbeterd	Verbeterd	Niet verbeterd
Duidelijkheid waaraan een correcte en tijdige indiening van een verzoek tot bijcontracteren moet voldoen.	28%	72%	36%	64%
Duidelijkheid over de beslissingstermijn van de zorgverzekeraar m.b.t. het verzoek tot bijcontracteren.	23%	77%	29%	71%
Duidelijkheid over de doorleververplichting van zorg aan nieuwe cliënten zolang het verzoek tot bijcontracteren nog niet is afgehandeld.	28%	73%	30%	70%

Bron: NZa

Zorginkoop wijkverpleging voor 2021

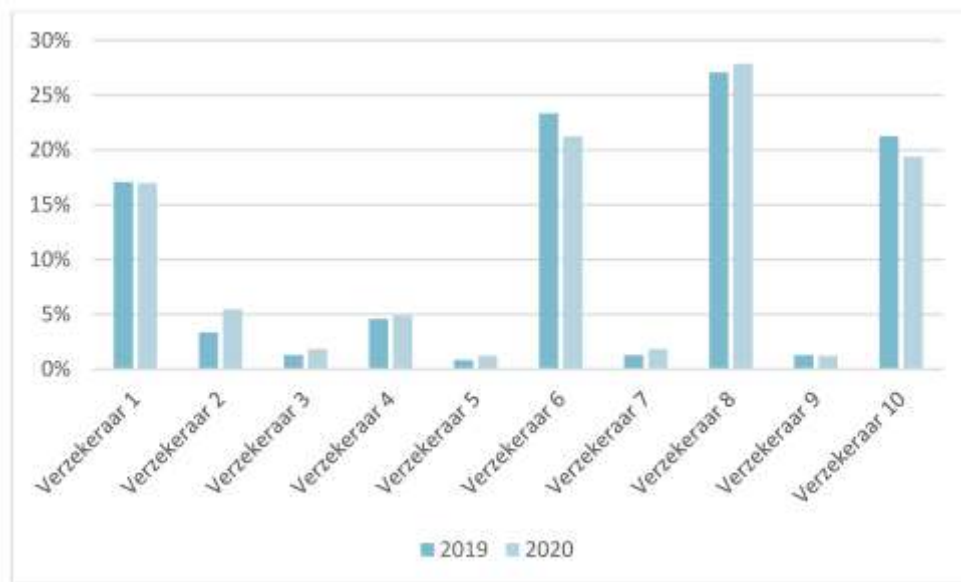
Zorgaanbieders met een contract met de verzekeraar

93% van de aanbieders die onze enquête hebben ingevuld heeft voor 2021 een contract afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars. Vorig jaar was dit 95%.

Negen zorgverzekeraars (vorig jaar ook negen zorgverzekeraars) werden door de verschillende zorgaanbieders aangemerkt als dominante zorgverzekeraar. Bij deze dominante zorgverzekeraar declareerden de zorgaanbieders gemiddeld ruim 58% van hun omzet. Dit was hetzelfde als in 2020.

Zeven zorgverzekeraars (tegenover acht zorgverzekeraars in 2020) sloten met 80% of meer van de ondervraagde zorgaanbieders voor 2021 een contract af. Vier zorgverzekeraars sloten contracten met twee derde van de aanbieders of minder.

Figuur 3. Aandeel gecontracteerde aanbieders met contract per zorgverzekeraar



Zorgaanbieders zonder contract met de zorgverzekeraar

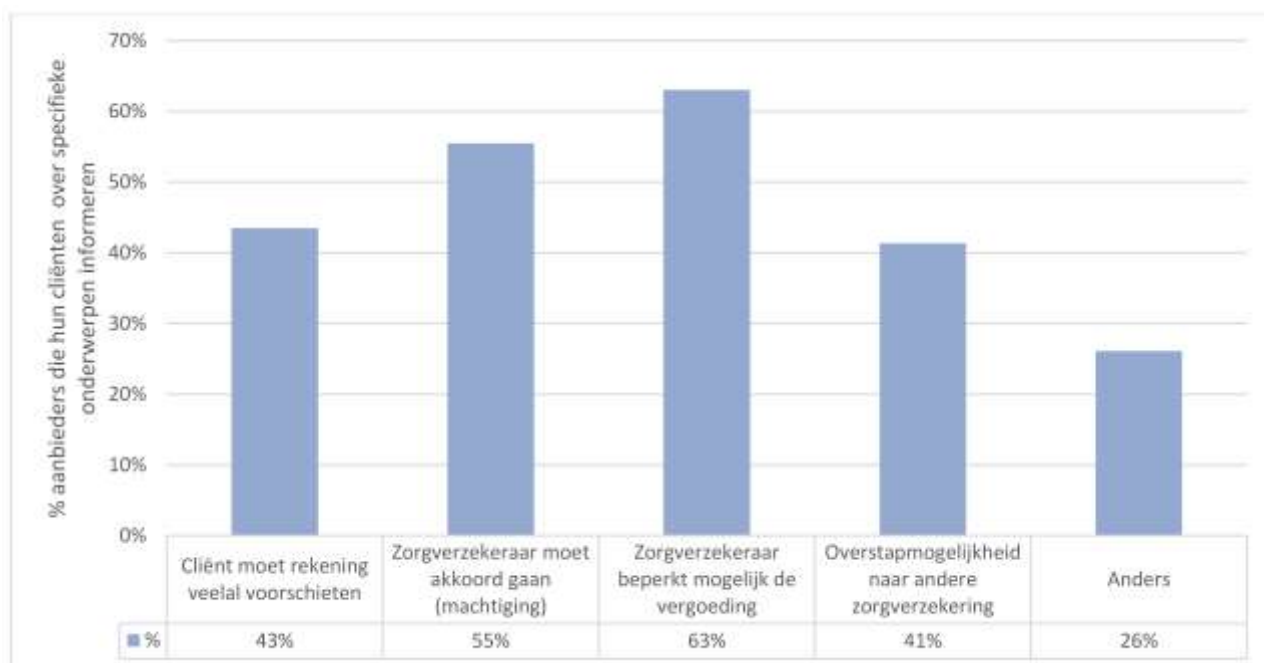
Negen van de elf zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders die zij een contract aanbieden, bewust geen contract afsloten. Volgens de meeste zorgverzekeraars komt dit voornamelijk omdat ze weinig of geen verzekerden in het werkgebied van de betreffende zorgaanbieders hadden. Ook geven zorgverzekeraars aan dat de afgesproken tarieven volgens de zorgaanbieders niet toereikend zijn en zij zonder contract op hogere volumes rekenden. Een andere reden is dat het voorkomt dat zorgaanbieders gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging.

36% (tegenover 32% vorig jaar) van de zorgaanbieders geeft aan geen contract voor 2021 afgesloten te hebben bij een zorgverzekeraar. Hier wordt vaak als reden genoemd dat de aangeboden tarieven te laag zijn (56%), zorgaanbieders het oneens waren met andere contractvoorwaarden (12%) en er geen mogelijkheden tot contractonderhandelingen waren (15%).

Als belangrijkste redenen dat cliënten toch voor een ongecontracteerde zorgaanbieder te kiezen, geven zorgaanbieders het volgende aan: omdat de zorgaanbieder beter zou aansluiten op de behoeften van de verzekerde of die van de mantelzorger of omdat de verzekerde of mantelzorger een persoonlijke voorkeur zou hebben voor een van de zorgverleners van een zorgaanbieder.

55% (tegenover 78% vorig jaar) van de zorgaanbieders informeert potentiële cliënten over de gevolgen van ongecontracteerde zorg. 74% doen dit persoonlijk via de wijkverpleegkundige. Ruim 27% doet dit per brief en/of e-mail en (ook) via hun website (24%). Onderwerpen die dan naar cliënten werden gecommuniceerd staan hieronder:

Figuur 4. Consequenties ongecontracteerde zorg waarop cliënt door zorgaanbieders wordt gewezen



De nadelen van ongecontracteerde zorg voor de cliënt komt bij de meeste zorgverzekeraars nog steeds niet altijd duidelijk naar voren op hun website. De meeste zorgverzekeraars benoemen de vergoedingen bij ongecontracteerde zorg, maar bij twee van de elf zorgverzekeraars wordt de nadelen van ongecontracteerde zorg daadwerkelijk benadrukt.

Ontmoedigen ongecontracteerde zorg

Machtiging

Hierbij moeten verzekerden aan hun zorgverzekeraar toestemming vragen vóórdat zij gebruik maken van ongecontracteerde zorg, willen zij deze zorg vergoed krijgen. Hierbij schat de zorgverzekeraar het gepast gebruik van zorg in, via het zorgplan en de indicatiestelling. Ook al weigert hij de vergoeding niet, kan hij zo toch de ongecontracteerde zorg ontmoedigen.

Tabel 3. Machtiging door zorgverzekeraars van ongecontracteerde zorg (N=10)

Toepassing van machtiging voor verzekerden die in 2021 gebruik (willen) maken van ongecontracteerde zorg	Aantal zorgverzekeraars in 2021
Nee	1
Ja, voor alle verzekerden die in 2021 gebruik (willen) maken van ongecontracteerde zorg	8
Ja, maar met inachtneming van uitzonderingen.	1

Bron: NZa

Cessieverbod

Via een cessie-overeenkomst met de cliënt kan de (ongecontracteerde) aanbieder zelf bij de zorgverzekeraar de verleende zorg op papier declareren. Via een betaalovereenkomst met de zorgverzekeraar kan hij dit elektronisch doen, wat sneller en gemakkelijker gaat. Een cessieverbod in de polisvoorwaarden én een weigering van de betaalovereenkomst aan de zorgaanbieder leiden ertoe dat de cliënt de rekening van ongecontracteerde zorg voortaan zelf bij zijn zorgverzekeraar moet declareren. Misschien ziet de verzekerde, mits hierover duidelijk geïnformeerd, dan van ongecontracteerde zorg af.

Uit onze analyse van het inkoopbeleid en de overeenkomsten is naar voren gekomen dat alle zorgverzekeraars, behalve één een cessieverbod hanteren. Vorig jaar waren dit zeven zorgverzekeraars.

Betalingsovereenkomst

Tien zorgverzekeraars verlenen in het algemeen de ongecontracteerde aanbieder geen betaalovereenkomst meer. Deze aanbieder kan hierdoor in 2021 niet meer elektronisch declareren. Hierin zien wij geen verschil met vorig jaar.

Tabel 4: Betaalovereenkomsten verleend door zorgverzekeraars aan ongecontracteerde zorg (N=10)

Verleent in 2021 nog betaalovereenkomst	Zorgverzekeraars Aantal in 2021
Nee, dit is voor aanbieders niet meer mogelijk	9
Nee, maar met inachtneming van uitzonderingen	1
Ja	0

Beperking vergoeding

Zorgverzekeraars beperken op hun naturapolissen de vergoeding van ongecontracteerde zorg, meestal tot zo'n 60% á 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Dit is hetzelfde als vorig jaar.

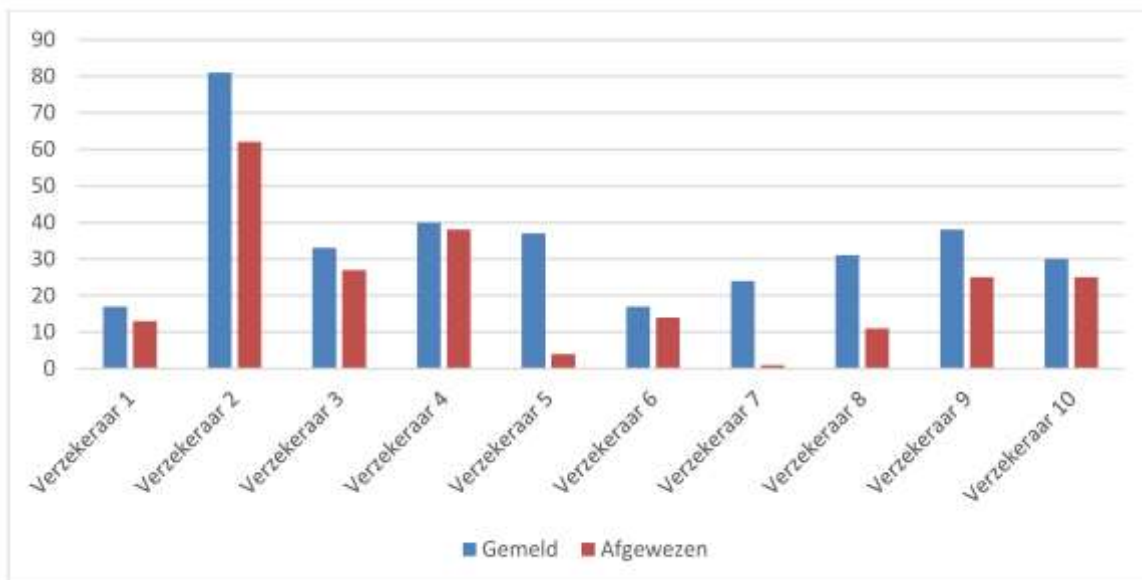
Aandeel ongecontracteerde zorg

In 2019 zien we het aantal cliënten (percentage) dat gebruik maakt van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging voor het eerst sinds 2016 dalen (2019: 3,5% t.o.v. 5,6% in 2018). De kosten van ongecontracteerde zorg (percentage) daalt ook (2019: 5,7% t.o.v. 9% in 2018). (bron: Vektis).

Aanmeldingen en afwijzingen nieuwe zorgaanbieders

Ook dit jaar krijgen sommige zorgverzekeraars flink wat nieuwe meldingen. De ene zorgverzekeraar accepteert een groot gedeelte van de voor hen nieuwe zorgaanbieders, waarbij de ander een groot gedeelte weigert.

Figuur 5. Aantal meldingen nieuwe zorgaanbieders en het aantal afgewezen zorgaanbieders



De redenen waarom de overige zorgaanbieders geen contract voor 2021 is aangeboden is vrij divers. Het gaat vooral om issues met integriteit en fraude, de aanbieder die de inzet van een wijkverpleegkundige niveau 5 niet kan garanderen, twijfels over de kwaliteit van zorgverlening en geen ruim en vernieuwend zorgaanbod.

Inhoud contracten

Contracteren via experiment bekostiging verpleging en verzorging (gebruik Integraal tarief)

In de huidige beleidsregels van de NZa kan wijkverpleging op twee manieren worden ingekocht. De eerste manier is via de reguliere prestaties 'verpleging en verzorging' en de tweede manier is via het experiment bekostiging verpleging en verzorging (middels integrale tarieven).

Tabel 5. Aandeel gecontracteerde aanbieders dat een integraal tarief overeengekomen is met hun dominante zorgverzekeraar (n=157)

	2019	2020	2021
Gebruikt integraal tarief	93%	96%	93%

Noot. Acht van de 165 respondenten hadden geen contract afgesloten met hun dominante zorgverzekeraar.

Gecontracteerde zorgaanbieders die geen integraal tarief afspraken, gaven hiervoor vaak als reden dat dit niet aan bod kwam tijdens de contractonderhandeling en dus niet met hen is besproken.

Gebruikte integraal tarief

Van de gecontracteerde zorgaanbieders maakt 89% gebruik van het integrale tarief per uur. De tarieven per maand en per dag worden weinig gebruikt. Daarnaast zijn drie van de ondervraagde zorgaanbieders meerdere integrale tarieven overeengekomen met de dominante zorgverzekeraar. Integrale tarieven per maand worden hoofdzakelijk afgesproken bij grote zorgaanbieders. Ook zien we dat contracten waarbij geen integraal tarief voorkomt, zich concentreren bij de kleinere en middelgrote aanbieders.

Tabel 6. Percentage zorgaanbieders per omzetklasse en soort integraal tarief dat zij met hun dominante zorgverzekeraar hebben afgesproken (n=157)

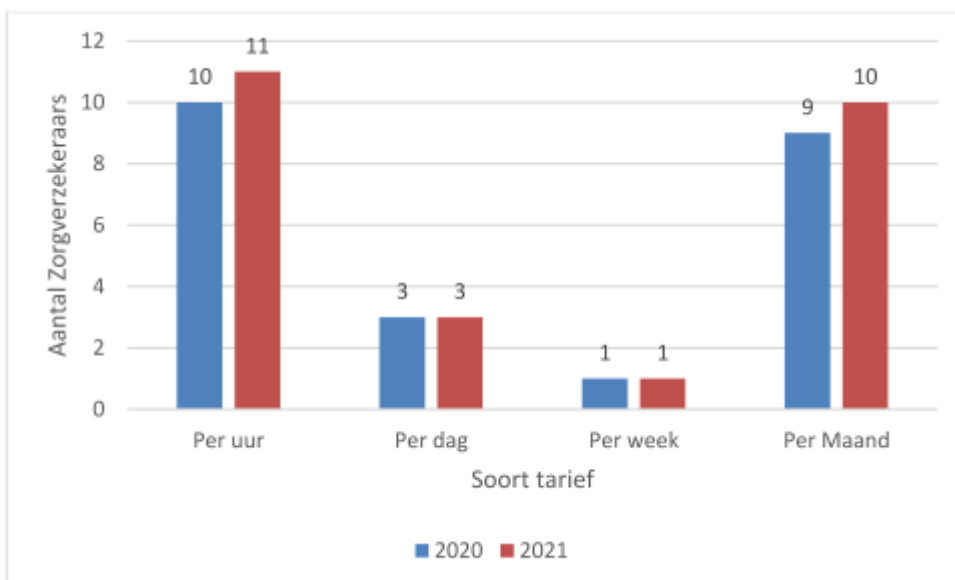
Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	<=100.000	>100.000 en <=1.000.000	>1.000.000 en <=10.000.000	>10.000.000	% van totaal afgesproken tarieven	Totaal Tarieven
Een integraal tarief per uur	67%	81%	92%	85%	87%	139
Een integraal tarief per dag	17%	0%	1%	0%	1%	2
Een integraal tarief per week	0%	0%	0%	0%	0%	0
Een integraal tarief per maand	0%	0%	1%	12%	3%	5
Geen integraal tarief	17%	17%	5%	0%	7%	11
Anders	0%	3%	1%	3%	2%	3
N (totaal=160)	6	36	85	33	160	

Noot. Drie zorgaanbieders maken gebruik van meer dan één soort integraal tarief. Hierdoor tellen de aantal tarieven op tot 160.

Alle elf zorgverzekeraars geven aan dat zij voor 2021 naast het contracteren via het experiment bekostiging verpleging en verzorging ook de reguliere prestaties contracteren via de beleidsregel verpleging en verzorging, regiefunctie complexe wondzorg en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg.

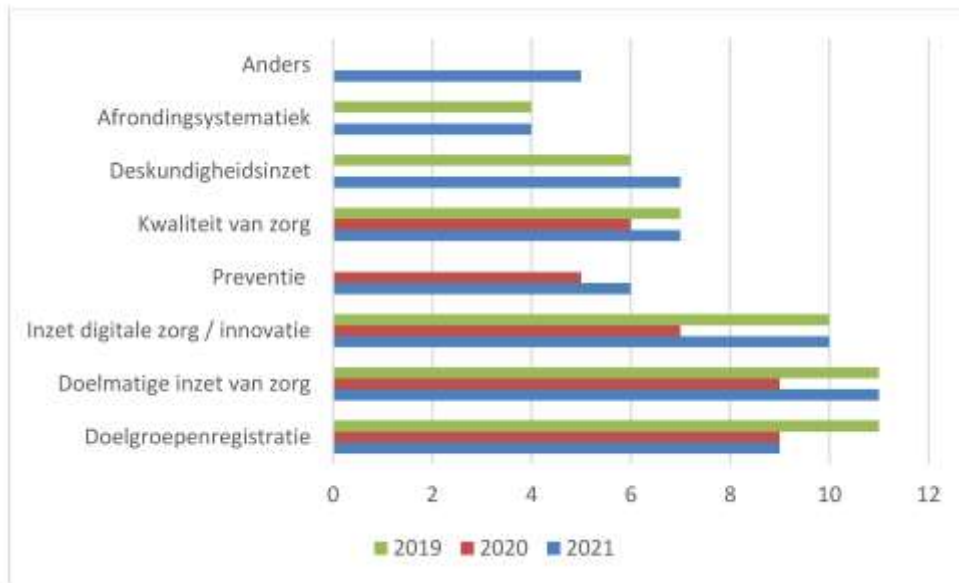
Vorig jaar gebruikte één grote zorgverzekeraar geen integraal uurtarief in hun contracten. Dit jaar gebruiken alle zorgverzekeraars het integrale tarief per uur in hun contracten. Daarnaast zien we dat bijna alle zorgverzekeraars ook integrale maandtarieven overeenkomen. Zorgverzekeraars spreken maandtarieven af met het oog op stimulans voor doelmatige inzet van zorg. Echter, we zien niet hetzelfde beeld terug bij de aanbieders. Maandtarieven zijn daar veelal uitzondering.

Figuur 6. Gebruikte soort integraal tarief in contracten bij zorgverzekeraars (n=11)



Zorgverzekeraars gebruiken de ruimte in de contracten om hierin specifieke afspraken te maken met zorgaanbieders. Er worden voor 2021 met name afspraken gemaakt over doelmatige inzet van zorg, doelgroepenregistratie, en de inzet van digitale zorg en innovatie.

Figuur 7. Specifieke afspraken met zorgaanbieders met een integraal tarief (n=11)



Preventie

29 procent (n=48) van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat de zorgverzekeraar via het contract stimuleert om meer in te zetten op preventie. Onder preventie verstaan we alles wat door een zorgaanbieder wordt gedaan om zorg of duurdere vormen van zorg te voorkomen. Van die zorgaanbieders geeft 35% (n=17) aan hiervoor een hoger tarief of een aanvullende vergoeding te krijgen. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders geeft aan geen concrete afspraken in het contract te hebben gemaakt over preventie. Afspraken die wel gemaakt zijn gaan over doelmatigheid of wijkgericht werken inclusief de herkenbare en aanspreekbare teams. Zorgaanbieders gaven ook mooie voorbeelden van concrete afspraken: ruimte voor ontwikkelen van initiatieven op het gebied van preventie (met een vrij te besteden bedrag), wijkgericht werken en een gezamenlijke visie op preventie, bekrachtigd door een meerjarenovereenkomst. Wijkgericht werken en preventie komen verder in de monitor aan bod bij verbeterthema 3.

Vier van de elf zorgverzekeraars gaven aan in het contract zorgaanbieders te stimuleren om in te zetten op preventie. Dit is opvallend, aangezien uit het inkoopbeleid blijkt dat zeven van de elf zorgverzekeraars inzet op preventie. Twee zorgverzekeraars bieden voor preventie een aanvullende vergoeding of een hoger tarief. De zorgverzekeraars geven in hun inkoopbeleid aan dat de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken dient te maken met de zorg- en hulpverleners in de regio over preventie. Wanneer geen samenwerkingsafspraken worden gemaakt wordt niet toegelicht wat de rol dan zal zijn van de zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar geeft aan dat als de samenwerkingsafspraken niet tot stand komen, de zorgverzekeraar een stimulerende rol zal pakken.

Zorgverzekeraars geven aan zorgaanbieders te stimuleren op het gebied van doelmatige zorg, zelfredzaamheid en mantelzorgondersteuning, echter concrete voorbeelden worden niet gegeven. Een zorgverzekeraar geeft aan dat zorgaanbieders cliëntgebonden preventie direct kunnen declareren.

Digitale zorg

Stimuleren in contractering

Alle zorgverzekeraars (11) geven in de vragenlijst aan dat zij digitale zorg stimuleren in de contractering. Dat doen zij meestal door middel van de prestatie thuiszorgtechnologie, maar soms ook binnen het integrale tarief o.b.v. het experiment bekostiging. Bijna alle zorgverzekeraars (9 van de 11) geven in hun inkoopbeleid aan dat zij de inzet van digitale zorg stimuleren. De overige zorgverzekeraars geven aan dat zij innovatie stimuleren via hun inkoopbeleid.

Onderwerp van gesprek

Alle zorgverzekeraars geven aan dat digitale zorg onderwerp van gesprek is met de zorgaanbieders. Het merendeel van de zorgaanbieders (70%) geeft aan dat digitale zorg onderwerp van gesprek is met de dominante zorgverzekeraar. Dit is meer dan vorig jaar, toen gaf 46% van de aanbieders aan dat digitale zorg onderwerp van gesprek was. Het beeld is bij alle zorgverzekeraars redelijk gelijk, maar bij één dominante zorgverzekeraar geeft 82% van de aanbieders aan dat digitale zorg onderwerp van gesprek is.

Concrete afspraken

Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij concrete afspraken maken met aanbieders over de inzet van digitale zorg. Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders (55%) geeft aan dat er concrete contractafspraken zijn gemaakt over digitale zorg, vorig jaar was dit 28%. Bij één dominante zorgverzekeraar geeft 73% van de aanbieders aan dat er afspraken worden gemaakt over digitale zorg.

De meest genoemde reden (door zorgaanbieders) waarom er geen contractafspraken zijn gemaakt over digitale zorg is dat er geen gesprek plaatsvindt met de dominante zorgverzekeraar, dat het niet besproken is en dat zorgaanbieders nog bezig zijn met de ontwikkeling van digitale zorg. Aanbieders geven aan dat de afspraken vooral worden gemaakt via de prestatie thuiszorgtechnologie (89%). Er worden volgens aanbieders vooral afspraken gemaakt over thuiszorgtechnologie, medicijndispensers en het beeldbellen tussen de wijkverpleging en het wondexpertisecentrum.

Tabel 7. Digitale zorg als onderwerp van gesprek en concrete contractafspraken over de inzet van digitale zorg met dominante zorgverzekeraar naar omzetgrootte van zorgaanbieders (N=165)

Omzetgrootte bij dominante zorgverzekeraar	Aantal aanbieders	Digitale zorg besproken	Concrete contractafspraken
		met dominante verzekeraar	over de inzet van digitale zorg

<=100.000	13	23%	8%
>100.000 en <=1.000.000	63	48%	38%
>1.000.000 en <=10.000.000	63	90%	67%
>10.000.000	26	96%	88%
Eindtotaal	165	70%	55%

Bron: NZa

Delen kosten en baten

Drie (van de 11) zorgverzekeraars geven aan dat zij de kosten en baten van het inzetten van digitale zorg delen met zorgaanbieders (shared savings). 21% van de zorgaanbieders geeft aan dat de kosten en baten bij de inzet van digitale zorg gedeeld worden met de dominante zorgverzekeraar. Dit is meer dan vorig jaar, toen gaf 8% aan dat er shared savings afspraken waren gemaakt. Opvallend is dat bij één dominante zorgverzekeraar slechts 11% van de zorgaanbieders hebben aangegeven dat de kosten en baten worden gedeeld. Bij andere zorgverzekeraars ligt dit percentage tussen de 25% en 30%.

Arbeidsmarkt en opleiding

Het hoofdlijnenakkoord geeft aan dat door de stijgende zorgaanvraag er meer aandacht moet komen voor het aantrekken van personeel, maar ook voor het behouden van het huidige personeel. De focus moet hierbij liggen op versterking van het imago van de beroepsgroep, vergroting van de aantrekkelijkheid en kwaliteit van het beroep en het behouden van voldoende zorgverleners in de praktijk. Het hoofdlijnenakkoord geeft ook aan dat zorgaanbieders een aantrekkelijke werkgever dienen te zijn voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. Wij zijn van mening dat er een gezamenlijke opdracht ligt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken op het gebied van de arbeidsmarktproblematiek.

Van de 165 ondervraagde zorgaanbieders blijkt slechts 9% afspraken gemaakt te hebben met een dominante zorgverzekeraar over komende arbeidstekorten.

Daarnaast blijkt dat 68% (van de ondervraagde zorgaanbieders) een opleidingsfunctie heeft in de wijkverpleging, maar dat slechts 13% van deze zorgaanbieders aangeeft dat deze opleidingsfunctie onderdeel is van het zorginkoopproces. Bij 21% van deze zorgaanbieders leidde dit tot afspraken.

Verbeterthema's wijkverpleging

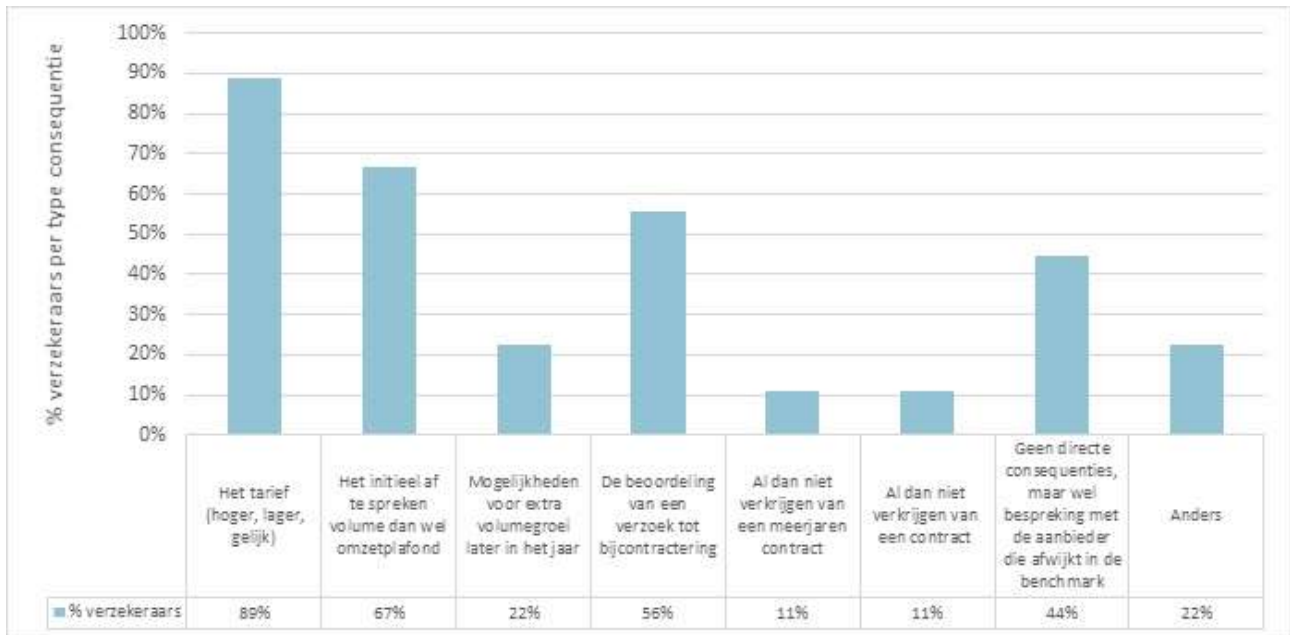
ActiZ, Zorgthuisnl, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland zijn in 2018 met elkaar vier verbeterthema's voor de contractering overeengekomen. Op deze verbeterthema's zijn bovendien vervolgspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 – 2022 (HLA 2.3: b, c, d, f en n). Deze verbeterthema's moeten aanbieders en zorgverzekeraars handvatten geven om kwaliteit en doelmatigheid een plek te geven in de contractering. Er zijn meerdere jaren nodig om de verbeterthema's aan te pakken. Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord die gaan over de OVA (HLA 3.1: biii).

Kwaliteitsparameters

Voor de contractering hebben de partijen met elkaar afgesproken gebruik te maken van bestaande kwaliteitsparameters. Zorgaanbieders dienen hierbij transparant te zijn over de doelgroepen en zorgverzekeraars dienen hun benchmarkgegevens inzichtelijk maken voor de zorgaanbieders.

Ook dit jaar declareren de meeste zorgaanbieders net zoals voorgaande jaren volgens de doelgroepenregistratie. Deze doelgroepenregistratie wordt door negen zorgverzekeraars gebruikt om de benchmark te ondersteunen, het tarief te onderbouwen en voor het maken van inhoudelijke afspraken. Naast het opstellen van een benchmark aan de hand van de doelgroepenregistratie wordt de zorg ook ingekocht door te kijken naar cliëntkenmerken. Deze kenmerken worden door 8 zorgverzekeraars gebenchmarkt. Wanneer zorgaanbieders niet aan de benchmark van de zorgverzekeraar voldoen, kunnen daar consequenties aanzitten die zijn weergegeven in figuur 11. Bij vier zorgverzekeraars kunnen dit ook financiële consequenties zijn. Zorgverzekeraars kunnen de zorgaanbieders ook belonen door hun specifieke inkoopbeleid te richten op specialistische vormen van verpleging. Verzekeraars hebben ieder op hun eigen wijze dit verwerkt in de hoogte van het integrale tarief. Ook kan de zorgverzekeraar in gesprek gaan met de zorgaanbieder over doelmatigheidsafspraken.

Figuur 8: Het percentage van verzekeraars die gebruik maakt van deze consequentie in het geval van het niet behalen van de benchmark. (N=9)



Verschillend van vorig jaar is dat één zorgverzekeraar de benchmarkinformatie niet gedeeld heeft met de zorgaanbieders, terwijl vorig jaar wel alle zorgverzekeraars dit deden. Desondanks zien we dat over de afgelopen jaren het percentage aan zorgaanbieders teruggekoppelde benchmarkinformatie toeneemt.

Vorig jaar was dit nog 59% en dit jaar geeft 64% van de zorgaanbieders aan informatie teruggekoppeld gekregen te hebben. Toch geven vier zorgverzekeraars aan de benchmarkuitkomsten niet ter beschikking te stellen aan alle aanbieders die bij hun gecontracteerd zijn. De voornaamste reden hiervoor is dat voor het opstellen van een statistisch valide benchmark de zorgaanbieder voldoende cliënten moet hebben wat vaak niet het geval is. Wanneer zorgaanbieders hier wel aan voldoen, geven de zorgverzekeraars aan dat ze deze informatie dan ook delen door bijvoorbeeld spiegelinformatie te sturen.

Overige afspraken met betrekking tot doelmatigheid en kwaliteit

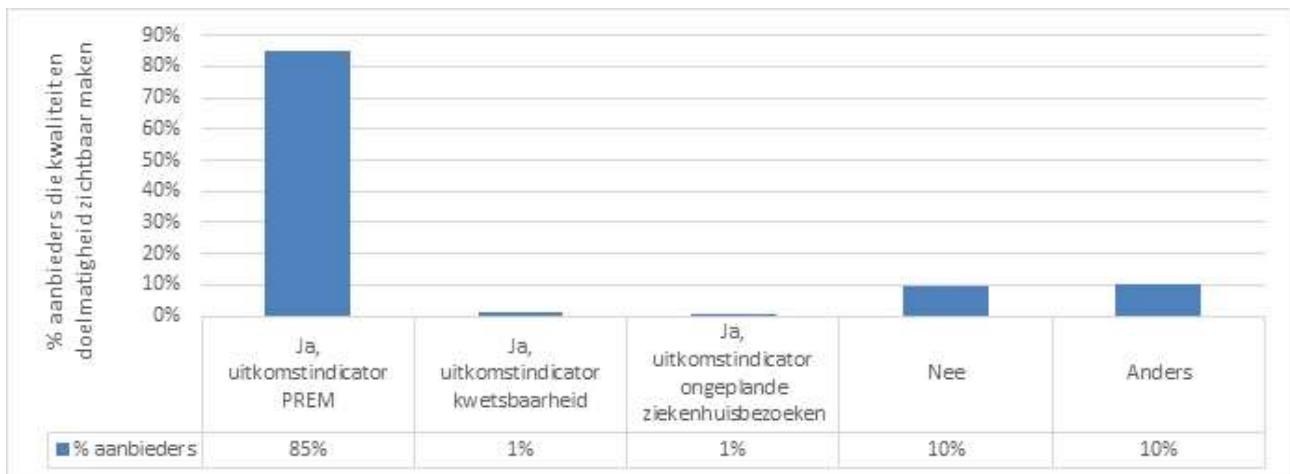
De afgelopen jaren is een stijgende lijn te zien in het aantal zorgaanbieders dat gerichte afspraken maakt over kwaliteit en doelmatigheid met de dominante zorgverzekeraar, 58% tegenover 55% en 46% in de jaren daarvoor. Nog steeds ligt het accent op doelmatigheid in plaats van kwaliteit. De doelmatigheid wordt voornamelijk gemeten aan de hand van het (maximaal) gemiddelde aantal uur per cliënt per maand. De doelmatigheidseisen die zijn opgesteld door de zorgverzekeraars zijn vooral terug te vinden in de benchmark van de zorgverzekeraar. Acht procent van de zorgaanbieders in de omzetklasse ≤ 100.000 geeft aan afspraken te hebben gemaakt. In de hogere omzetklasse blijkt dat ruim de helft van de zorgaanbieders afspraken maakt met de zorgverzekeraars.

Tabel 8. Het aantal zorgaanbieders dat gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid maakt met de dominante zorgverzekeraar (N=165)

Omzetklasse	Aantal aanbieders monitor 2021	% aanbieders met gerichte afspraken over kwaliteit en doelmatigheid
<=100.000	13	8%
>100.000 en <=1.000.000	63	51%
>1.000.000 en <=10.000.000	63	67%
>10.000.000	26	81%
Eindtotaal	165	58%

Zorgaanbieders hebben met alle andere partijen afgesproken dat ze hun activiteiten met betrekking tot doelmatigheid en kwaliteit zichtbaar zullen maken. Zo eist 82% van de zorgverzekeraars dat de zorgaanbieders een periodiek klantentevredenheidsonderzoek uitvoeren. De verschillende manieren waarop de zorgaanbieders dit doen staan weergegeven in figuur 12. Wanneer zorgaanbieders gebruik maken van andere uitkomstindicatoren wordt aangegeven dat ze dit ook communiceren aan de andere partijen. Vier zorgverzekeraars bekijken of drie uitkomstindicatoren (PREM, kwetsbaarheid en ongeplande ziekenhuisbezoeken) in de toekomst zullen bijdragen aan de zorginkoop.

Figuur 9. Wijze waarop zorgaanbieders de doelmatigheid en kwaliteit zichtbaar maken (N=165)



Alle zorgverzekeraars geven aan dat het kwaliteitskader onderwerp van gesprek is met zorgaanbieders. Daarentegen geeft een ruime 81% van de zorgaanbieders aan dit niet met de zorgverzekeraar te hebben besproken, dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar (75%).

Kostprijsverhogende ontwikkeling in de onderhandeling

In het hoofdlijnenakkoord is door partijen afgesproken om externe kostprijsverhogende ontwikkeling een plek te geven in de contractering. Het uitgangspunt is dat zorgverzekeraars in de contractering reëel omgaan met effecten van ontwikkelingen die invloed hebben op de kostprijs. Wij richten ons hier op de dominante zorgverzekeraar.

Allereerst zien we dat 52% van de zorgaanbieders uitleg heeft gekregen over de opbouw van het tarief. Dit werd óf door de zorgverzekeraar aangedragen óf zorgaanbieders hebben hier zelf omgevraagd. Hiervan geeft 91% aan dat deze uitleg duidelijk was.

Bij alle zorgverzekeraars waren kostprijsverhogende ontwikkelingen onderwerp van gesprek tijdens de onderhandeling met zorgaanbieders in 2021. Alle zorgverzekeraars geven ook uitleg aan zorgaanbieders met kleinere aantallen verzekerden. De zorgaanbieder moet dan wel zelf contact zoeken met de zorgverzekeraar. De toelichting op de kostprijsverhogende ontwikkeling geschiedt veelal telefonisch of schriftelijk. Zorgverzekeraars geven aan dat in de lokale onderhandeling over de kostprijs veelal de loon- en prijsontwikkeling, productiviteits- en doelmatigheidswinst, en historische prijsverschillen worden genoemd.

Tabel 9. Kostprijsverhogende ontwikkelingen genoemd door zorgverzekeraars in de onderhandelingen in 2020 en 2021 (n=11).

Kostprijsverhogende ontwikkelingen	2020	2021
Loon- en prijs ontwikkelingen	11	11
Productiviteits- en doelmatigheidswinst	10	10
Effecten van zinnige zorg	4	6
Volumeontwikkeling	6	7
Historische prijsverschillen	11	11
Ziekteverzuim	8	10
Reorganisatiekosten	6	4
Vergoeding in het kader van capaciteitsproblematiek of opleidingen	0	1
Arbeidsmarktproblematiek	0	1
Onplanbare nachtzorg	0	1

Bijna driekwart van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat kostprijsontwikkelingen niet aan de orde kwamen tijdens de onderhandelingen. De reden hiervoor is dat contractering voornamelijk digitaal gebeurt, waarbij weinig ruimte is voor onderhandeling. Dit beeld is nagenoeg onveranderd ten opzichte van vorig jaar.

Bij zorgaanbieders die wel kostprijsverhogende ontwikkelingen bespraken met hun dominante zorgverzekeraar, bleken loon- en prijsontwikkeling, en productiviteits- en doelmatigheid het meest voorkomend onderwerp van gesprek. Dit komt overeen met het beeld dat we vorig jaar ook zagen.

Tabel 10. Kostprijsverhogende ontwikkelingen genoemd door zorgaanbieders in de onderhandelingen in 2020 en 2021.

	n (2020)=240	n (2021)=165
--	--------------	--------------

	Aantal	Relatief t.o.v. totaal zorgaanbieders	Aantal	Relatief t.o.v. totaal zorgaanbieders
Kostprijsverhogende ontwikkelingen niet aan de orde geweest	179	75%	125	74%
Kostprijsverhogende ontwikkelingen wel aan de orde geweest, namelijk:	61	25%	40	24%
Loon- en prijsontwikkelingen	56	23%	31	18%
Productiviteit, doelmatigheid	44	18%	27	16%
Volumeontwikkeling	33	14%	19	11%
Effecten van zinnige zorg	19	8%	11	7%
Historische prijsverschillen	16	7%	11	7%
Ziekteverzuim	14	6%	12	7%

Overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA)

In het hoofdlijnenakkoord is ook aangegeven dat de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) volledig moet worden doorvertaald in de af te spreken prijzen in de contracten. Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij toelichten hoe de OVA is verwerkt in de tarieven voor 2021.

Toch geeft nog 38% van de ondervraagde zorgaanbieders aan dat dit niet is toegelicht. Hierbij moet de nuance gemaakt worden dat er drie dominante zorgverzekeraars zijn die 50% of meer van de ondervraagde zorgaanbieders geen uitleg gaf over de OVA. Dit komt neer op 6% van de ondervraagde zorgaanbieders. Daarnaast komt uit de monitor een duidelijk verband naar boven dat of er uitleg gegeven wordt samenhangt met de grootte van de zorgaanbieder. Zo zien we dat alle kleine aanbieders en twee derde van de middelgrote aanbieders geen uitleg heeft gekregen over de verwerking van de OVA in het tarief. Terwijl bij de grote zorgaanbieders slechts 9% geen uitleg heeft gekregen. Daarnaast zien we dat kleine en middelgrote zorgaanbieders de verwerking van de OVA ook minder adresseert bij hun dominante zorgverzekeraar.

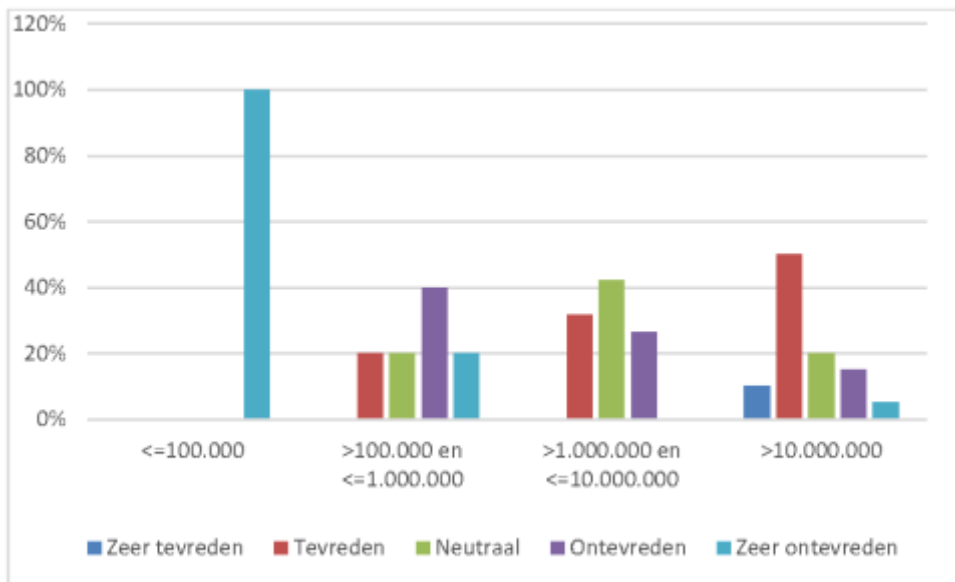
Net als vorig jaar zien we ook een lichte tendens dat de grotere aanbieders meer tevreden zijn met hun aanvullende uitleg over de berekening van de OVA in vergelijking met kleinere zorgaanbieders.

Tabel 11. Ervaring zorgaanbieders over de uitleg van de verwerking van de Overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) naar omzettekassen (n=165).

	<=100.000	>100.000 en <=1.000.000	>1.000.000 en <=10.000.000	>10.000.000	Aantal	Totaal 2021 (n=165)	Totaal 2020 (n=240)
In de uitleg die gegeven is duidelijk hoe de OVA is verwerkt in het tarief	0%	21%	54%	74%	77	47%	51%
In de uitleg die gegeven is onvoldoende duidelijk hoe de OVA is verwerkt in het tarief	0%	10%	9%	0%	11	7%	13%
Is het niet eens met de wijze waarop de OVA is verwerkt in het tarief.	0%	3%	10%	18%	15	9%	*
Heeft geen uitleg gekregen	100%	67%	28%	9%	62	38%	*
Totaal	10	39	82	34	165	100%	*

Noot. * is vorig jaar niet op deze wijze uitgevraagd.

Figuur 10. Tevredenheid van zorgaanbieders (die navraag hebben gedaan) over nadere toelichting op de verwerking van de Overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) van de zorgverzekeraar (n=64).



Financiering van infrastructurele ontwikkelingen

Partijen erkennen het belang van de continuïteit van de infrastructurele voorzieningen, onder andere voor onplanbare nachtzorg. Landelijke partijen hebben hierover afspraken gemaakt in hun gezamenlijke kader voor toekomstbestendige wijkverpleging van 24 juli 2019. Bij voorkeur bepalen de individuele zorgaanbieder van deze voorzieningen en de (dominante) zorgverzekeraar hoe deze voorzieningen worden vormgegeven en gecontracteerd. Hetzelfde geldt voor wijkgericht werken, bijvoorbeeld bij de bekostiging van de regiefunctie van de wijkverpleegkundige over mantelzorgers, sociale domein, gespecialiseerde zorg, eerste- en tweede lijn.

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

Afspraken over de beschikbaarheidsfunctie van onplanbare nachtzorg

Uit onze monitor blijkt dat 27% (18% in 2020) van de aanbieders de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare nachtzorg in de regio als beter georganiseerd ervaart dan vorig jaar. Er is volgens deze aanbieders in meerdere mate sprake van regionale en/of provinciale samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In totaal zegt 57% (28% in 2020) van de ondervraagde aanbieders met alle aanbieders in hun regio gezamenlijke afspraken te hebben over onplanbare nachtzorg conform het landelijk kader onplanbare nachtzorg. In tegenstelling tot het beeld in de vorige monitor zien we dat dit percentage varieert met de grootte van de zorgaanbieder. Bij de grote zorgaanbieders gaat het om 71%, bij middel tot middelgrote aanbieders rond het gemiddelde en bij de kleinere zorgaanbieders om slechts 30%.

Voor de grote zorgverzekeraars varieert dit percentage van circa 50% tot 65% van de zorgaanbieders. De overige 43% van de ondervraagde aanbieders heeft dus aangegeven, nog geen gezamenlijke afspraken met alle aanbieders in hun regio te hebben over onplanbare nachtzorg. Bijna twee derde hiervan is al wel begonnen met de voorbereidingen voor de regionale organisatie van onplanbare nachtzorg en verwacht deze meestal nog in 2021 af te ronden. De resterende aanbieders ondervinden hiervoor nog te grote belemmeringen.

Vier (twee grote en twee kleine) van de elf zorgverzekeraars (drie in 2020) geven aan dat zij in hun volledige werkgebied contractafspraken hebben gemaakt over beschikbaarheid en bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg per 1 januari 2021. Vier (twee grote en twee kleine) andere zorgverzekeraars geven aan dat dit deels is gerealiseerd in hun kernwerkgebied en dus nog niet volledig. Zij geven hiervoor als reden dat er onvoldoende samenwerking is tussen zorgaanbieders omtrent bereikbaarheid, beschikbaarheid en triage. Ook bestaan er meningsverschillen met de zorgaanbieder over de bekostiging en de meerkosten die verbonden zijn aan personenalarmering. De overige drie kleine zorgverzekeraars hebben geen kernwerkgebied.

Op één zorgverzekeraar na streven alle zorgverzekeraars naar contractering van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg bij de door de regievoerend zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders. Daarnaast veronderstellen alle zorgverzekeraars dat de systeemaanbieder of het samenwerkingsverband van systeemaanbieders voldoende regie neemt als het aankomt op beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg alsook de communicatie hierover met andere zorgaanbieders. Wel merken zorgverzekeraars op dat dit per regio verschilt. Naarmate er meerdere grote zorgaanbieders zich op het speelveld begeven wordt de organisatie van onplanbare nachtzorg complexer en verloopt de samenwerking moeizamer.

Afspraken over wijkgericht werken

Wijkgericht werken omvat activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject. Het betreft hier vooral het verbinden van het zorg en sociaal domein.

De meerderheid van de zorgverzekeraars (zeven) maakt voor 2021 afspraken over wijkgericht werken. Deze afspraken gaan voornamelijk over het sociale domein, de eerste lijn en de regiefunctie van de wijkverpleegkundige met betrekking tot mantelzorgers. Daarnaast in mindere mate over de tweede lijn. Dit is nauwelijks een verandering ten opzichte van vorig jaar. Verder geven zes zorgverzekeraars (tegenover acht voor 2020) aan er naar te streven de regiefunctie voor wijkgericht werken bij aanbieders te contracteren die voor deze non-concurrentiële taak door de regionale marktleider zijn aangewezen. Dit zijn zowel zorgverzekeraars met als zonder een eigen kernwerkgebied.

Van de ondervraagde zorgaanbieders geeft 36% aan voor 2021 afspraken te maken over wijkgericht werken (tegenover 30% voor 2020 en 34% voor 2019). De afspraken worden vooral met de grote zorgaanbieders gemaakt. Zorgaanbieders noemen hier veelal dezelfde onderwerpen als de zorgverzekeraars en geven aan dat dit nauwelijks een verschil is met vorig jaar.

Tabel 12. Het aantal zorgaanbieders dat gerichte afspraken over wijkgericht werken maakt met de dominante zorgverzekeraar respectievelijk een compensatie heeft gekregen (N=165)

Omzetgrootte bij de dominante zorgverzekeraar	Aantal zorgaanbieders	% zorgaanbieders met afspraken over wijkgericht werken	% zorgaanbieders die een compensatie in het tarief hebben gekregen
<= 100.000	13	8%	0%
100.000 <= 1.000.000	63	14%	3%
1.000.000 <= 10.000.000	63	44%	27%
> 10.000.000	26	81%	58%
Totaal	165	36%	21%

Bron: NZa

21% van de zorgaanbieders (tegenover 26% in 2019 en 21% in 2020) zegt een compensatie (bijvoorbeeld opslag in het tarief) voor niet-cliëntgebonden activiteiten binnen wijkgericht werken te hebben gekregen. Hier is ook te zien de grote zorgaanbieders vaker een compensatie in het tarief hebben gekregen. Van de zorgverzekeraars geven er vier aan een dergelijke compensatie in het tarief te hebben geboden.

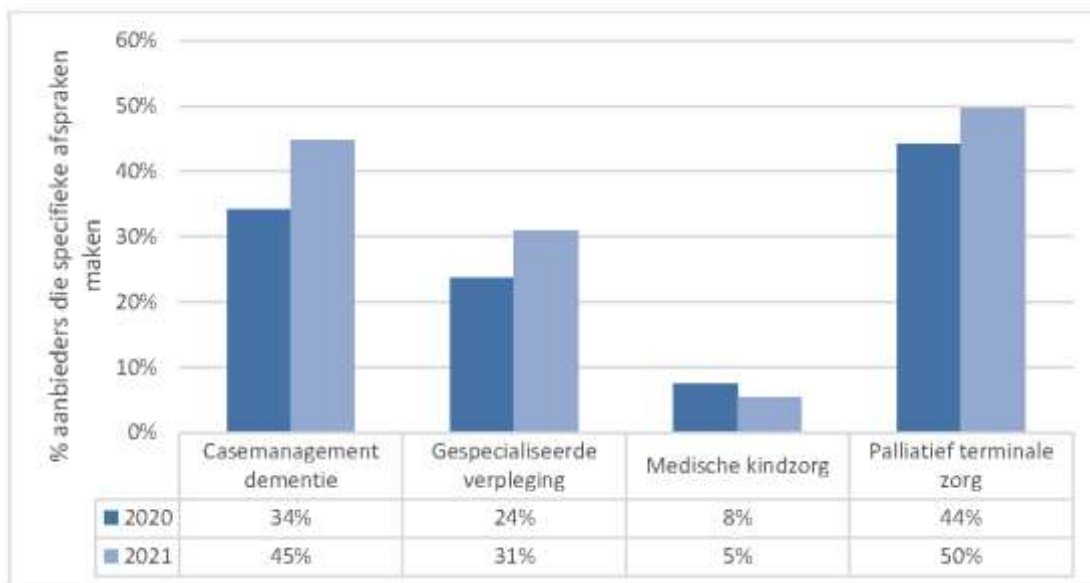
Vijf zorgverzekeraars maakten voor 2021 afspraken met gemeenten over de bekostiging van wijkgerichte preventie. Drie zorgverzekeraars deden dit niet, omdat zij geen eigen werkgebied hebben. Twee van de drie zorgverzekeraars die geen eigen werkgebied hebben, volgen wel de afspraken die andere zorgverzekeraars in het werkgebied hebben gemaakt.

Afspraken gespecialiseerde wijkverpleging

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

Er is zowel aan de zorgverzekeraars als aan de zorgaanbieders gevraagd of er specifieke afspraken zijn gemaakt met betrekking op kwalitatief goede zorg voor de doelgroepen: palliatieve terminale zorg (PTZ), casemanagement dementie (CMD), gespecialiseerde verpleging & medische kindzorg (MKZ). De hoeveelheid van de zorgaanbieders die specifieke afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraars is te zien in figuur 14. Zo is te zien dat het maken van deze afspraken niet standaard plaatsvindt.

Figuur 11. percentage zorgaanbieders dat specifieke afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekeraars (N=240, 2020; N=165, 2021)



In vergelijking met vorig jaar zijn er meer afspraken gemaakt voor de doelgroepen CMD, PTZ en gespecialiseerde verpleging. Op het gebied van medische kindzorg is een kleine daling te zien in het percentage zorgaanbieders dat hierover afspraken heeft gemaakt met de verzekeraar. Op een zorgverzekeraar na, die helemaal geen afspraken maakt op deze gebieden met de zorgaanbieders, wijken de percentages zorgaanbieders die afspraken hebben gemaakt niet af ten opzichte van de grootte van de dominante verzekeraar.

Investeren in een betere relatie

Verbeteren relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars

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

Bereikbaarheid en contact over de contractering

Ter ondersteuning van de contractering hebben een aantal zorgverzekeraars hun websites verbeterd door directe toegang tot de zorginkoop voor wijkverpleging in te richten. Zorgverzekeraars hebben verder de bereikbaarheid gedurende de contractering over het algemeen niet anders ingericht ten opzichte van 2020. Verschillen zitten in de eerste plaats in de wijze waarop er (vooral digitaal) contact was in verband met COVID-19. In de tweede plaats in het verbeteren van het contact met kleine aanbieders door hetzij een apart team daarvoor in te stellen of een regio-geïntendeerde inkoop door de zorgverzekeraar.

Verder geven zorgverzekeraars aan in 2020 overwegend contact te hebben gehad met 45% (versus 38% in 2019) van hun zorgaanbieders via zorginkoopportaal VECOZO, met 25% (versus 35% in 2019) middels e-mail, met 11% (versus 15% in 2019) telefonisch en met de resterende aanbieders overwegend face-to-face.

Zorgaanbieders hadden de mogelijkheid meerdere vormen van contact te vermelden en benoemen nog altijd het vaakst e-mail als overwegend contactmiddel met de dominante zorgverzekeraar. Met de jaren zien we toch een verschuiving ontstaan van digitaal (e-mail, VECOZO) naar face-to-face contact.

Tabel 13. Manieren van overwegend contact met dominante zorgverzekeraar, die zorgaanbieders benoemen (N=239, 2019; N=240, 2020; N=165, 2021)

Overwegend contact met zorgverzekeraars, middels:	2019	2020	2021
E-mail	80%	79%	74%
Telefonisch	47%	48%	48%
Face-to-face	37%	43%	48%
VECOZO	42%	40%	38%
Anders	7%	6%	3%

Bron: NZa

Ongeveer driekwart van de zorgaanbieders heeft contact gehad met de verzekeraar tijdens het contracteerproces. 81% van de zorgaanbieders is tevreden over het contact dat zij hebben gehad met de zorgverzekeraar, 19% was niet tevreden. Redenen voor tevredenheid is dat er goed overleg mogelijk is en er snel wordt gereageerd. Het valt hierbij op dat zorgaanbieders bij één specifieke dominante zorgverzekeraar positiever zijn over het contact. De meeste zorgaanbieders hebben een één op één gesprek gehad met de inkoper, of e-mail contact rechte lijn met de inkoper. Daarnaast komt telefonisch contact met de inkoopafdeling wijkverpleging ook regelmatig voor.

Afspraken informatiebijeenkomsten in de regio

Zes zorgverzekeraars nemen zich voor in 2021 informatiebijeenkomsten te organiseren met zorgaanbieders over de contractering, anders dan via het periodieke overleg met de individuele zorgaanbieder. Vorig jaar zeiden vijf zorgverzekeraars regiobijeenkomsten te organiseren. Ook geven twee (versus drie in 2019) zorgverzekeraars aan dat zij in 2020 zelf uitgenodigd zijn op regionale bijeenkomsten van zorgaanbieders over onderwerpen die het contracteerbeleid 2021 aangingen.

Een groot deel van de zorgaanbieders geeft wederom aan deze bijeenkomsten erg nuttig en informatief te ervaren. Het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat er in de regio overleggen worden georganiseerd tussen zorgaanbieders en dominante zorgverzekeraars is gedaald van 44% (2019) en 53% (2020) naar nu 35%. Het merendeel (88%) van de zorgaanbieders dat aangeeft dat er bijeenkomsten zijn georganiseerd, heeft daaraan ook deelgenomen. Ook zien we dat grote zorgaanbieders vaker bekend zijn met regio-overleggen georganiseerd tussen zorgaanbieders en dominante zorgverzekeraars dan kleine zorgaanbieders. Desondanks is het voor nagenoeg alle zorgaanbieders (97%) duidelijk wat ze moeten doen om in aanmerking te komen voor een contract.

Zorgaanbieders geven aan dat de regiobijeenkomsten digitaal werden georganiseerd en veelal gingen over de contractering, maar ook over specifieke onderwerpen (zorg in de wijk en onplanbare nachtzorg). Tevens werden er bijeenkomsten met regionale organisaties van verpleegkundigen en met panels of klankbordgroepen met verplegenden en verzorgenden georganiseerd.

Beperking van de administratieve lasten voor zorgaanbieders

Zorgverzekeraars tonen initiatieven om het contracteerproces te vereenvoudigen. Zo hanteert een aantal zorgverzekeraars een tweejarige overeenkomst. Een andere zorgverzekeraar vraagt een zorgverzekeraar geen aanvullende informatie op bij zorgaanbieders die vorig jaar al een contract hadden. Verder zijn zorgverzekeraars met elkaar in gesprek over het beperken van de administratieve lasten. Dit jaar zeggen zeven zorgverzekeraars (ten opzichte van vijf in 2019) dat zij bij andere zorgverzekeraars een verdere uniformering van contractvoorwaarden aankaarten, voornamelijk over minimumeisen, administratieve bepalingen en nadere eisen aan de uitvoering die voor discussie zorgen. Toch merkt nog altijd meer dan de helft (66% versus 65% in 2020 en 75% in 2019) van de zorgaanbieders hier niets of nauwelijks iets van. Dit verschil zit bijvoorbeeld in de (doelmatigheids-/kwaliteits-) eisen die worden gesteld door zorgverzekeraars. Bovendien zijn er nog steeds zorgaanbieders (19% versus 16% in 2020 en 11% in 2019) die juist meer diversiteit ervaren in de contractvoorwaarden. Slechts een beperkt aantal zorgaanbieders (15% versus 9% in 2020 en 14% in 2019) zegt iets van de verdergaande uniformering van de contractvoorwaarden te merken. Deze zorgaanbieders vinden de contracten (algemene deel) van de zorgverzekeraars steeds verder geüniformeerd.

Tevredenheid contracteerproces zorgverzekeraars

In het contracteerproces van 2021 zien we dat de meeste zorgverzekeraars (7 van de 11, 64%) tevreden zijn over het contracteerproces. In de jaren 2018 t/m 2020 was 90% van de zorgverzekeraars tevreden. De meeste zorgverzekeraars (8 van de 11) geven aan dat zij het contracteerproces beter of gelijk aan 2020 vinden verlopen. Twee zorgverzekeraars vinden het contracteerproces van 2021 slechter verlopen dan 2020. Vorig jaar was dit één verzekeraar. Als reden voor de ontevredenheid wordt aangegeven dat bij zorgaanbieders de focus ligt op hogere tarieven.

Tevredenheid contracteerproces aanbieders

De helft van de zorgaanbieders is tevreden of zeer tevreden over het contracteerproces met hun dominante zorgverzekeraar. Dit is bijna gelijk aan het contracteerproces van 2019 (55%). Ook het percentage ontevreden en zeer ontevreden zorgaanbieders is precies gelijk gebleven. In zowel 2019 als 2020 was dit 16%. In de vorige monitor werd geconstateerd dat in vergelijking met de jaren daarvoor minder zorgaanbieders ontevreden zijn over het contracteerproces. Deze trend stabiliseert in 2021. We zien dat zorgaanbieders met één specifieke zorgverzekeraar als dominante zorgverzekeraar tevredener zijn over het contracteerproces. De NZa heeft in 2020 vier meldingen over het contracteerproces ontvangen van zorgaanbieders.

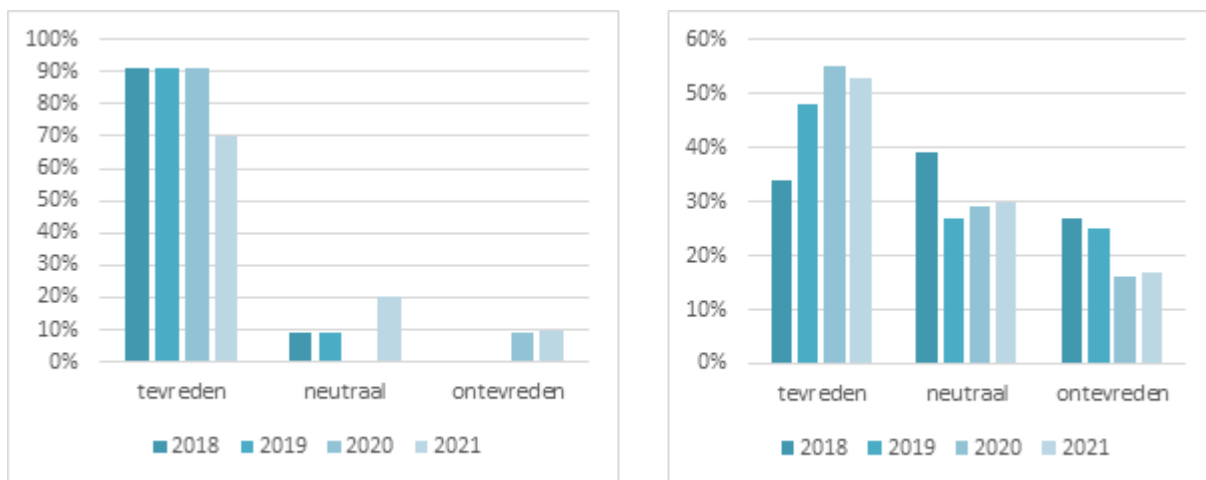
Deze meldingen gingen over de hoogte van het tarief en over het feit dat de zorgverzekeraar de aanbieder niet wilde contracteren.

Redenen ontevredenheid en tevredenheid aanbieders

Zorgaanbieders die ontevreden zijn noemen als reden hiervoor dat zij het niet eens zijn met de hoogte van het tarief. Ook het gebrek aan de mogelijkheid om met de zorgverzekeraar te onderhandelen over de contractvoorwaarden wordt vaak genoemd. Daarnaast noemen aanbieders als reden dat in gesprek komen met de zorgverzekeraar onmogelijk is. De uiteindelijke voorwaarden (bijv. hoogte van het omzetplafond) in het contract kunnen ook reden zijn voor ontevredenheid. De meeste redenen voor ontevredenheid komen overeen met vorig jaar, maar er lijkt wel meer onvrede te zijn over de hoogte van het tarief.

Tevreden zorgaanbieders noemen dat het mogelijk was om een gesprek te voeren en te onderhandelen, dat de communicatie goed en snel verliep, dat de zorgverzekeraar bereikbaar was voor vragen en dat ze tevreden zijn over de uitkomst van de onderhandelingen.

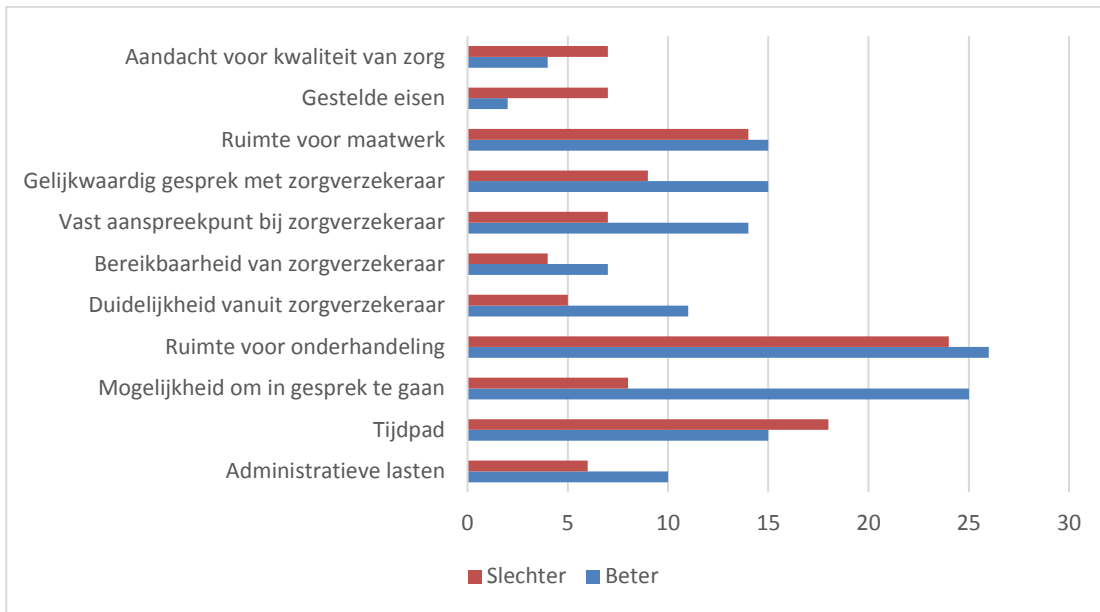
Figuur 12. Tevredenheid contractering 2018– 2021 zorgverzekeraars en zorgaanbieders (N = 154)



Bron: NZa

Redenen verbetering en verslechtering contracteerproces

Figuur 13. Oordeel zorgaanbieders op verbetering / verslechtering aspecten van het contracteerproces (N = 154)



Bron: NZa

Wat betreft aspecten die beter gaan in het contracteerproces worden, net als vorig jaar, vooral de mogelijkheid om in gesprek te gaan en de ruimte voor onderhandeling genoemd. De ruimte voor onderhandeling wordt ook het meest genoemd als reden voor verslechtering ten opzichte van vorig jaar. Het aantal zorgaanbieders dat het een verbetering vindt (17 zorgaanbieders) is bijna gelijk aan het aantal zorgaanbieders dat het een verslechtering vindt (15 zorgaanbieders). De mogelijkheid om in gesprek te gaan werd vorig jaar zowel als reden voor verbetering als verslechtering genoemd. Dit jaar wordt het wel genoemd als verbetering, maar niet vaak als verslechtering (5 keer). Het tweede onderwerp dat het meest is aangegeven als verslechtering is het tijdpad. Vorig jaar werd dit niet genoemd.

Te late ondertekening overeenkomst door aanbieders

Een signaal dat wij vaak horen van de zorgverzekeraars is dat zij nog op de ondertekening van de zorgovereenkomst wachten, terwijl de uiterste termijn al is verstreken. En dat, terwijl de voorwaarden bij de zorgaanbieder op dat moment al volledig bekend zijn. Meer dan een derde (36%) van de zorgaanbieders geeft aan inderdaad de ondertekende overeenkomst(en) bij een of meer zorgverzekeraars pas na het sluiten van de uiterste datum naar de betreffende zorgverzekeraars te hebben geretourneerd. Vorig jaar was dit 32%, het jaar daarvoor was het 27%.

Voor het te laat ondertekenen worden verschillende oorzaken genoemd: de zorgverzekeraar die laat met het aanbod komt of laat reageert op vragen.

Daarnaast wordt vaak genoemd dat er nog onderhandeld werd en er nog geen overeenstemming was over de voorwaarden (bijv. het tarief). Deze redenen komen overeen met vorig jaar. Dit jaar werd er minder vaak genoemd dat er sprake was van fouten in het proces (zowel intern als bij de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld in VECOZO of foutief aangeboden contracten).

1 Bijlage 2

Methoden

In de monitor contractering wijkverpleging 2021 brengt de NZa de zorginkoop (contractering) van wijkverpleging in kaart. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het onderzoek is uitgevoerd.

Scope

In de monitor staan we specifiek stil bij de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken over de afspraken in het [hoofdlijnenakkoord](#). We kijken naar het proces van contractering, bijcontracteren en cliëntenstops, en naar de verbeterthema's. Ook kijken we naar het stimuleren van gecontracteerde zorg. Waar mogelijk en relevant maken we een vergelijking met de zorginkoop in voorgaande jaren. Dit jaar richten wij ons meer op de inhoudelijke contractafspraken.

Methode

We hebben informatie verzameld door enquêtes uit te zetten en we hebben bureauonderzoek gedaan.

Enquêtes

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

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

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

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

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

Overig

De overige informatie in deze monitor is afkomstig van bureauonderzoek, zoals de zorgovereenkomsten, het zorginkoopbeleid, de websites van de zorgverzekeraars en signalen die de NZa ontving.

In de tekst

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

Wanneer wij de zorgverzekeraarsconcerns hebben geanonimiseerd door ze te nummeren, is dit telkens volstrekt at random gebeurd. Dit betekent dan bijvoorbeeld dat zorgverzekeraar 8 bij een figuur een andere zorgverzekeraar kan zijn dan zorgverzekeraar 8 bij een ander figuur.

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

Respons enquêtes

Actiz, Zorgthuis.nl, SPOT en Solopartners hebben de enquête bij hun leden onder de aandacht gebracht. De vragenlijst was openbaar en door iedereen in te vullen. We hebben de vragenlijst ook op de NZa-website geplaatst en oproepen gedaan via Twitter en LinkedIn. We hebben alle zorgaanbieders die de vragenlijst nog niet hadden afgerond voor de deadline actief benaderd en gevraagd de vragenlijst te voltooien en te verzenden.

Respons zorgaanbieders

In totaal vulden 165 zorgaanbieders de vragenlijst in. Omdat het niet gaat om een aselechte steekproef, kunnen we niet zeggen of het hier gaat om een representatieve groep. Over een aantal zaken valt wel iets te zeggen.

De 165 zorgaanbieders representeren samen ruim 35% van de omzet wijkverpleging in 2019 (exclusief pgb). Daarnaast behoren 21 van de 165 respondenten tot de top 50 grootste zorgaanbieders binnen de wijkverpleging. Deze 50 zorgaanbieders leveren in 2019 samen 59% van de omzet wijkverpleging (excl. pgb).

Respons zorgverzekeraars

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

Alle concerns hebben de enquête ingevuld (Eucare werd vertegenwoordigd door Caresq). De respons van de zorgverzekeraars is 100%. Waar we in de monitor spreken over 'de zorgverzekeraars', hebben we het dus over de zorgverzekeraars op concernniveau. Indien nodig hebben we de informatie over de Friesland apart van concern Achmea gebruikt.

Tabel 14: Overzicht zorgverzekeraar – concerns

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

		N.V. Verzekeraar UMC VGZ Verzekeraar N.V. N.V. VGZ Cares
Zorg & Zekerheid	Klein	OWM Verzekeraar Zorg en Zekerheid UA
Caresq	Klein	Eucare