

Monitor contractering ggz 2020

Versie 1

Documentgegevens

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

Originele versie:

Citeertitel: Monitor contractering ggz 2020

Permalink: http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_227246_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 24-03-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_227246_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 23-03-2020

Taal: nl

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
1 Inleiding.....	7
1.1 Aanpak.....	7
1.2 Respons.....	7
1.3 Leeswijzer.....	8
2 Terugblik over contractjaar 2019.....	9
2.1 Patiëntenstops ggz.....	9
2.1.1 Redenen voor patiëntenstops.....	9
2.1.2 Duur patiëntenstops.....	10
2.1.3 Patiëntenstop bij specifieke diagnosegroepen.....	10
2.1.4 Doorverwijzen bij een patiëntenstop.....	10
2.1.5 Doorleverplicht bij het bereiken van het omzetplafond.....	11
2.2 Bijcontractering in de ggz.....	12
2.2.1 Beleid.....	12
2.2.2 Aantal en reden voor de aanvraag voor bijcontracteren.....	12
2.2.3 Periode waarin zorgaanbieders een aanvraag voor bijcontractering doen.....	13
2.2.4 Bij welk omzetpercentage doen zorgaanbieders een verzoek tot bijcontracteren.....	14
2.2.5 Aantal en bedrag van toegekende verzoeken.....	14
2.2.6 Transparantie over de reden van (gedeeltelijke) afwijzing van het verzoek.....	15
2.2.7 Doorlooptijd van het verzoek voor bijcontractering.....	15
2.2.8 Dit vinden de geïnterviewde zorgaanbieders van het proces van bijcontracteren.....	16
2.3 Conclusies en aanbevelingen.....	16
3 Inkoop 2020.....	18
3.1 Inhoud van de contracten.....	18
3.1.1 Vrijgevestigden en de inhoud van de contracten.....	18
3.1.2 Wachttijden en gespreksleidraad ten behoeve van terugdringen wachttijden.....	18
3.1.3 Afspraken over deelonderwerpen uit de gespreksleidraad.....	18
3.1.4 Innovatie.....	19
3.1.5 Afspraken over kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld EPA).....	19
3.1.6 Afspraken over de acute ggz.....	19
3.1.7 Meerjarencontracten.....	19
3.2 Ervaringen en transparantie inkoop 2020.....	20
3.2.1 Transparantie inkoopbeleid.....	20
3.2.2 Administratieve last en uniformering.....	21
3.2.3 Bereikbaarheid en communicatie.....	21
3.2.4 Tijdigheid.....	22
3.2.5 Tevredenheid over het inkoopproces.....	22
3.3 Conclusies en aanbevelingen.....	23

4 Stimuleren van contracteren en transparantie over ongecontracteerde zorg.....	26
4.1 Stimuleren van contracteren.....	26
4.1.1 Beleid stimuleren van contracteren zorgverzekeraars in 2020.....	26
4.1.2 Beleid stimuleren van contracteren zorgverzekeraars voor 2021.....	26
4.1.3 Reden waarom zorgaanbieders een contractaanbod niet geaccepteerd hebben.....	26
4.1.4 Wat stimuleert zorgaanbieders om wel te contracteren?.....	26
4.2 Transparantie over ongecontracteerde zorg naar verzekerden.....	27
4.2.1 Informatieverstrekking door zorgaanbieders en zorgverzekeraars over ongcontracteerde zorg.....	27
4.2.2 Tevredenheid informatieverstrekking ongecontracteerde zorg.....	27
4.3 Verdere stappen met betrekking tot het stimuleren van contracteren.....	28
4.4 Conclusies en aanbevelingen.....	28
5 Bijlage: Bronnen en methoden.....	30

Samenvatting

Inleiding

Goede geestelijke gezondheidszorg moet in de toekomst beschikbaar blijven voor mensen die dat nodig hebben. En waar dat nodig is moet die zorg beter worden. Dat zijn de hoofddoelen van het Hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022 (Hoofdlijnenakkoord) dat brancheorganisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben gesloten.

Om te voorkomen dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg verder onder druk komen te staan, moeten we de zorg anders gaan organiseren. Door regionaal in kaart te brengen welke zorg nodig is en het aanbod daarop aan te laten sluiten. Door samenwerking te stimuleren tussen de verschillende zorgaanbieders, zodat zij de patiënt snel en op de juiste plek kunnen helpen. Daarin hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gezamenlijke opdracht.

Contracteren is hét vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek (jzojp). Partijen hebben in het Hoofdlijnenakkoord dan ook afspraken gemaakt om de contractering van zorg te stimuleren en het contracteerproces te verbeteren.

Ook als NZa dragen we er aan bij om de ggz-zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden. Zo monitoren we op verzoek van de partijen van het Hoofdlijnenakkoord de in het akkoord gemaakte afspraken. In deze monitor contractering ggz geven we partijen inzicht in de stand van zaken en geven we waar mogelijk aanbevelingen voor verbetering. Daar waar de NZa aan zet is, kijken we naar hoe we onze regelgeving en toezicht kunnen inzetten voor de juiste zorg op de juiste plek.

Er is veel te doen rondom de contractering in de ggz, bijvoorbeeld over omzetplafonds en patiëntenstops. Daarom verbaast het ons dat de respons op de vragenlijst bij de vrijgevestigde zorgaanbieders zeer laag is. Die lage respons zorgt ervoor dat deze monitor geen representatief beeld kan geven van de contractering van alle vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz. Desondanks hebben wij ervoor gekozen om de gegevens wel in deze monitor op te nemen. U dient deze echter met de nodige terughoudendheid te bekijken. Ze zijn vooral een illustratie van hoe een (zeer) beperkt deel van de vrijgevestigde zorgaanbieders tegen contractering in de ggz aankijkt.

Door de geringe respons staan onze mogelijkheden om de ontwikkelingen in het contracteerproces te volgen sterk onder druk. Wij vragen de branches van de vrijgevestigde zorgaanbieders om na te gaan waarom de respons zo laag is. We horen graag van hen welke stappen we kunnen zetten om de respons voor de monitor 2021 te verbeteren.

Weinig vooruitgang bij inhoud van de contracten

Het proces van contractering gaat beter dan in 2019. Zorgverzekeraars hebben stappen gezet om hun bereikbaarheid en antwoordtermijnen te verbeteren, hun inkoopdocumenten te uniformeren en hebben meer beleid geformuleerd voor de bijcontractering. Zorgaanbieders kunnen de benodigde informatie voor het contracteren gemakkelijker vinden. Ze hebben er echter ook nog altijd last van dat de termijnen voor het indienen van een verzoek tot (bij)contractering niet uniform zijn. Ook moeten ze lang of tevergeefs wachten op inhoudelijke beantwoording van hun vragen en is de besluitvorming over (bij)contracteringsverzoeken niet altijd transparant.

Er is dus zeker nog winst te behalen op een aantal procesmatige punten, maar er is vooral verbetering nodig in de inhoud van de contracten. Die moet ervoor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is, dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment krijgt, en dat de zorg ook nog betaalbaar blijft.

Het onderwerp wachttijden staat hoog op de (politieke) agenda. We zien dat men in een aantal regio's goed samenwerkt om de wachttijden te verminderen. Wij verwachten van de zorgverzekeraars dat zij hierover afspraken maken met zorgaanbieders. We vinden het dan ook niet acceptabel dat maar 4 zorgverzekeraars en 17% van de instellingen die de vragenlijst hebben ingevuld, aangeven dat ze specifieke afspraken hebben gemaakt over het verminderen van de wachttijden.

Ook innovatie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg en het betaalbaar houden van goede ggz-zorg. Er loopt een aantal mooie experimenten in de ggz op basis van de beleidsregel

innovatie voor kleinschalige experimenten. Toch zien we dat maar een klein deel van de instellingen in het contract concrete afspraken over innovatieve projecten heeft gemaakt. Wij roepen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook op om zich meer in te zetten om bestaande innovaties op te schalen en nieuwe op te starten.

Ook bij vrijgevestigde zorgaanbieders bestaat vaak de behoefte om afspraken te maken over de inhoud van de zorg. Gezien de grote aantallen vrijgevestigde zorgaanbieders is het niet haalbaar voor zorgverzekeraars om met alle individuele vrijgevestigde zorgaanbieders hierover afspraken te maken. Wij vragen aan zorgverzekeraars en vrijgevestigde zorgaanbieders om uit te zoeken in hoeverre afspraken over de inhoud van de zorg een plaats kunnen krijgen in (het digitale) contracteerproces.

Wij vinden het zorgwekkend dat er in de contracten zo weinig concrete afspraken staan over de inhoud. Het gesprek zou moeten gaan over onderwerpen als wachttijden, zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag, innovatie, de kwaliteit van de zorg, wat de juiste zorg is voor de patiënt en op welke plaats die het beste gegeven kan worden. In plaats daarvan ligt de nadruk nu in veel gevallen eenzijdig op het financiële aspect (onder andere omzetplafonds).

Een belangrijke oorzaak hiervan is dat de kwaliteitsstandaarden die zijn ingeschreven in het register nog niet zijn geïmplementeerd. Er is op korte termijn samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig om er voor te zorgen dat dit wel gebeurt. Op basis daarvan zijn concrete afspraken mogelijk die de zorg aan de patiënt ten goede komen. Dan kan men contracten sluiten die bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de juiste zorg op de juiste plaats. Deze concrete afspraken in de contracten kunnen het onderlinge vertrouwen vergroten en de administratieve lasten van het contracteren laten dalen.

Bijcontractering

Bijcontractering is vrijwel niet te voorkomen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen niet in de toekomst kijken, dus is het onvermijdelijk dat contracten soms om bijstelling vragen. Na de oproep in de vorige monitor hebben zorgverzekeraars vaak beleid en/of werkinstructies gemaakt voor de bijcontractering. We constateren wel dat de transparantie over de informatie die zorgaanbieders nodig hebben om hun aanvraag volledig en goed in te dienen voor verbetering vatbaar is. Ook op het gebied van afhandelingstermijnen en transparantie over de besluitvorming is nog het nodige te verbeteren.

Conclusie

Het proces van contractering kan nog verder verbeterd worden, maar de nadruk moet vooral liggen op de inhoud van de contracten. Want het gaat er uiteindelijk om dat de patiënt goede zorg krijgt. In deze monitor doen wij hiervoor een aantal aanbevelingen. Deze aanbevelingen moeten leiden tot concrete en duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze afspraken moeten weer leiden tot verbeteringen in de zorg en contractering. Zonder deze concrete afspraken zal de monitor contractering ggz 2021 geen ontwikkelingen laten zien die in lijn zijn met de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord. Wij roepen de partijen in de ggz dan ook op om zich tot het uiterste in te spannen om tot deze concrete afspraken te komen.

1 Inleiding

Goede geestelijke gezondheidszorg moet ook in de toekomst beschikbaar blijven. En waar dat nodig is moet die zorg beter worden. Dat zijn hoofddoelen van het Hoofdlijnenakkoord dat brancheorganisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz in 2018 hebben gesloten.

Contracteren is hét vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Het staat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij om contracten af te sluiten. Partijen vinden echter de groei van ongecontracteerde zorg de afgelopen jaren onwenselijk waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft. Zij hebben in het Hoofdlijnenakkoord dan ook afspraken gemaakt om de contractering van zorg te stimuleren en het contracteerproces te verbeteren. Contracteren zou de meer aantrekkelijke optie moeten zijn voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder.

Partijen hebben de NZa gevraagd om jaarlijks de afspraken te monitoren die zij gemaakt hebben om de contractering van zorg te stimuleren. Dit is de tweede monitor. Door te blijven monitoren krijgen we inzicht in hoe de contractering verloopt. Dit is de basis voor aanbevelingen om het contracteerproces te verbeteren en het contracteren te stimuleren.

1.1 Aanpak

Voor de monitor contractering ggz 2020 hebben we een vragenlijst uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Onderdeel van deze monitor is een verdiepend onderzoek naar de bijcontractering. Dit geeft een goed zicht hoe de bijcontractering in de praktijk verloopt en ook cijfers (aantallen en bedragen) over de bijcontractering. Voor het verdiepende onderzoek naar de bijcontractering hebben we interviews gehouden met zorgaanbieders (6 vrijgevestigde zorgaanbieders, 6 instellingen), een kwantitatieve analyse uitgevoerd en beleid voor de bijcontractering geanalyseerd.

1.2 Respons

8 zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld, 2 kleine zorgverzekeraars hebben dat niet gedaan. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar de bijlage 'bronnen en methoden'. Bij instellingen was de respons iets groter dan vorig jaar (van 44 naar 48 in 2020). De respons van vrijgevestigde zorgaanbieders is teleurstellend laag, namelijk 71 (tegen 331 in 2019). De invullers vertegenwoordigen een omzet van € 2.3 miljard onder instellingen en € 8 miljoen onder vrijgevestigde zorgaanbieders (eigen opgave geschatte omzet). Totaal is dat ruim 60% van de omzet uit de Zorgverzekeringwet (Zvw) in de ggz. Toch willen we er op wijzen dat vooral bij de vrijgevestigde zorgaanbieders het aantal respondenten laag is. Daardoor kunnen wij nog meer dan in 2019 de antwoorden alleen als signaal opvatten en geen algemeen geldende conclusies trekken.

Wij zien zorgaanbieders die aangeven dat zij sectie 2 van het kwaliteitsstatuut hebben ondertekend voor deze monitor als vrijgevestigde zorgaanbieders. Hieronder kunnen ook praktijken met meerdere behandelaren vallen.

Volgen van ontwikkelingen in contracteerproces onder druk

De geringe respons van de vrijgevestigde zorgaanbieders maakt dat de opdracht aan de NZa om de ontwikkelingen in het contracteerproces te volgen onder druk staat en niet goed waar te maken is.

Wij vragen de branches van de vrijgevestigde zorgaanbieders om na te gaan waarom de respons zo gering is. We gaan vervolgens graag met hen in gesprek om te horen welke stappen we kunnen zetten om de respons te verhogen voor de monitor 2021.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 blikken we terug op de patiëntenstops en de bijcontractering in contractjaar 2019. Ook formuleren we een aantal conclusies en aanbevelingen rond deze thema's.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de inkoop van ggz-zorg voor 2020. We kijken naar de inhoud van de contracten met onderwerpen als innovatie, afspraken over specifieke patiëntgroepen, de gespreksleidraad voor de aanpak van wachttijden (onder andere jzojp, voorkomen van over- of onderbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding), acute ggz en meerjarencontracten. Daarna bespreken we de ervaringen met het proces (transparantie, bereikbaarheid). Ook hier eindigen we met conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 4 gaat over stimuleren van contracteren, over transparantie met betrekking tot ongecontracteerde zorg door zorgaanbieders en zorgverzekeraars en over suggesties om de communicatie daarover te verbeteren. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen.

De bijlage gaat over de methode van onderzoek die gebruikt is en de daarbij gebruikte bronnen.

2 Terugblik over contractjaar 2019

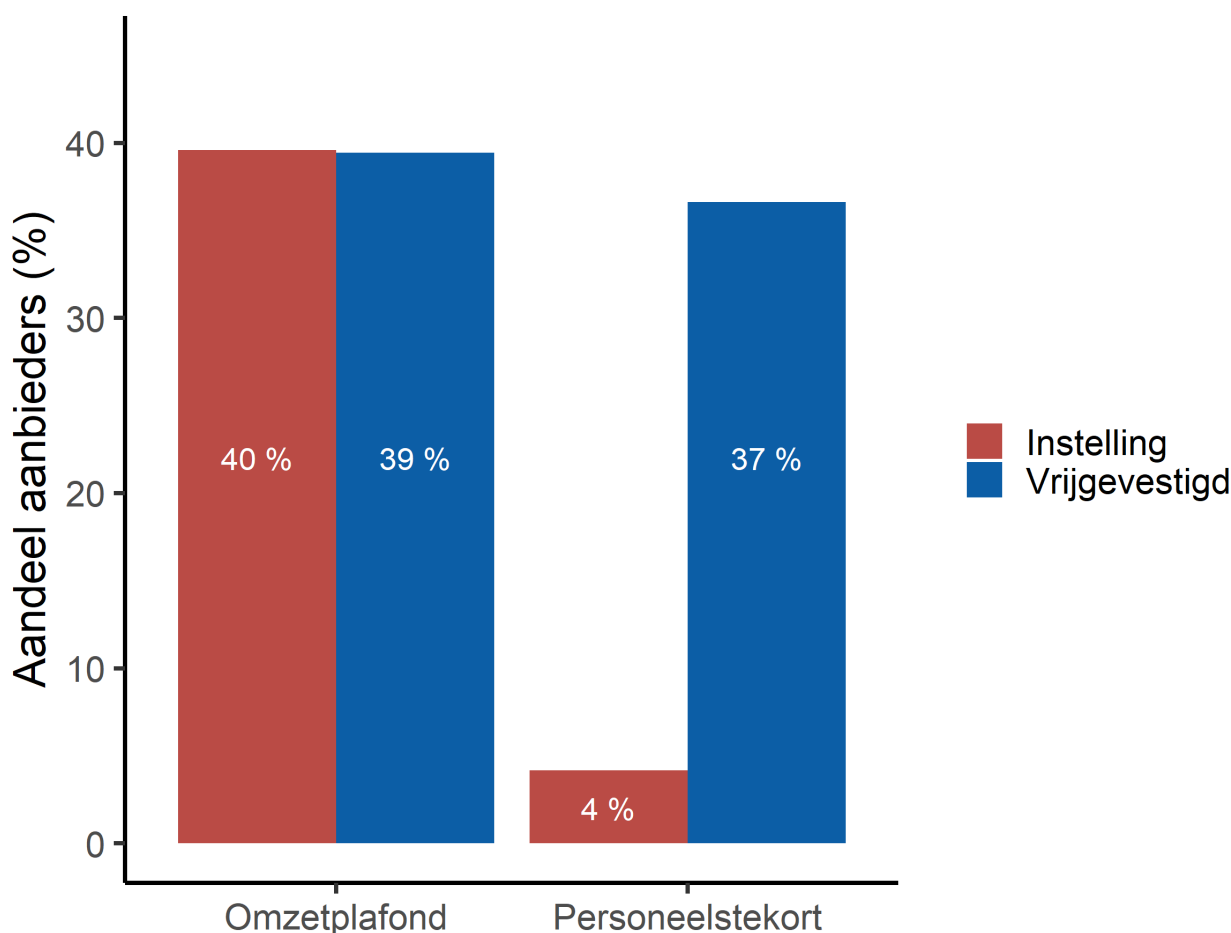
2.1 Patiëntenstops ggz

Zorgverzekeraars zijn niet (goed) op de hoogte van het aantal patiëntenstops onder hun gecontracteerde zorgaanbieders. In hun antwoorden laten zorgverzekeraars weten dat zij vooral bezig zijn met het voorkómen van patiëntenstops. Er zijn maar 2 grotere zorgverzekeraars die het aantal patiëntenstops aan ons hebben opgegeven. Hoeveel zorgaanbieders daadwerkelijk een patiëntenstop instellen, weten de meeste zorgverzekeraars kennelijk niet goed. Dit is naar onze mening een reden tot zorg. Zonder de juiste data hierover kan de zorgverzekeraar zijn zorgbemiddeling niet goed uitvoeren.

2.1.1 Redenen voor patiëntenstops

Ongeveer een derde van de zorgaanbieders die de vragenlijst heeft ingevuld (zowel instellingen als vrijgevestigden), heeft een algemene of specifieke patiëntenstop in moeten stellen door het bereiken van het omzetplafond. Vooral vrijgevestigde zorgaanbieders stellen een patiëntenstop in vanwege gebrek aan personele capaciteit. Dit is vergelijkbaar met de bevindingen in de monitor van vorig jaar. In de gespecialiseerde ggz speelde het bereiken van het omzetplafond vaker een rol dan in de generalistische basis-ggz. Dit is een logisch gevolg van het feit dat zorgverzekeraars voor de basis-ggz steeds vaker geen omzetplafond hanteren.

Reden patiëntenstop



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

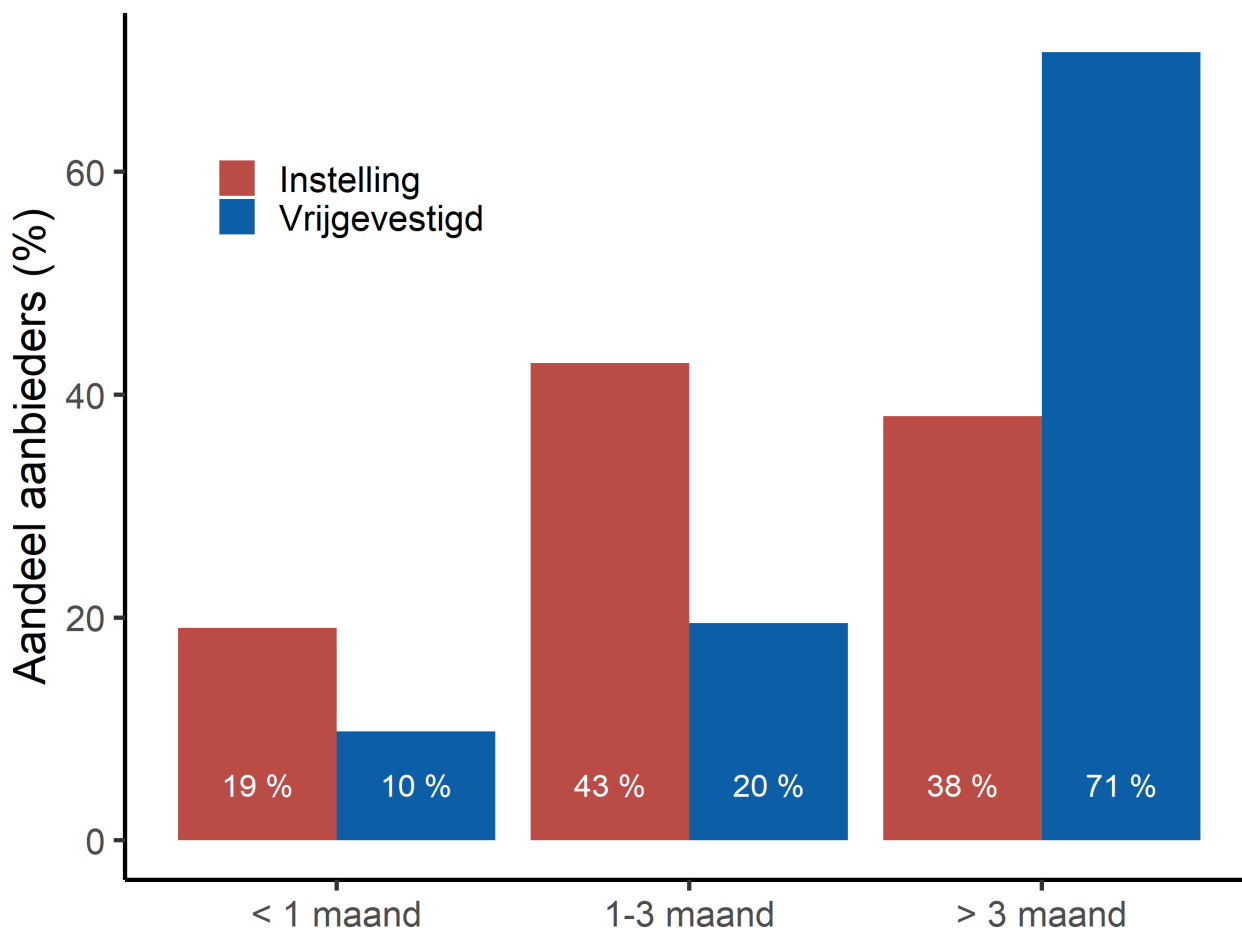
In de monitor van 2019 was bij tweederde van de vrijgevestigde zorgaanbieders en ruim eenderde van de instellingen sprake van een patiëntenstop. Vrijgevestigde respondenten gaven dit jaar vaker aan dat

zij geen patiëntenstop hebben afgegeven, maar gezien de beperkte respons kunnen we hieraan geen conclusies verbinden.

2.1.2 Duur patiëntenstops

De patiëntenstop duurde bij de vrijgevestigde respondenten gemiddeld langer dan bij instellingen. Bij instellingen duurt een patiëntenstop vaak 1 tot 3 maanden, bij vrijgevestigde zorgaanbieders meestal meer dan 3 maanden.

Duur patiëntenstops



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

2.1.3 Patiëntenstop bij specifieke diagnosegroepen

We hebben de zorgverzekeraars ook gevraagd of de patiëntenstops betrekking hadden op specifieke diagnosegroepen. Omdat maar 2 grotere zorgverzekeraars deze gegevens hebben aangeleverd, hebben we daar te weinig zicht op gekregen. Andere zorgverzekeraars houden patiëntenstops niet bij of geven aan dat het om algemene patiëntenstops gaat.

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars goed op de hoogte zijn van de patiëntenstops, omdat zij verzekerden dan kunnen bemiddelen naar andere zorgaanbieders. Dit geldt in zijn algemeenheid, maar zeker voor patiëntgroepen met een complexe zorgvraag waarvoor de wachttijden nu onacceptabel lang zijn.

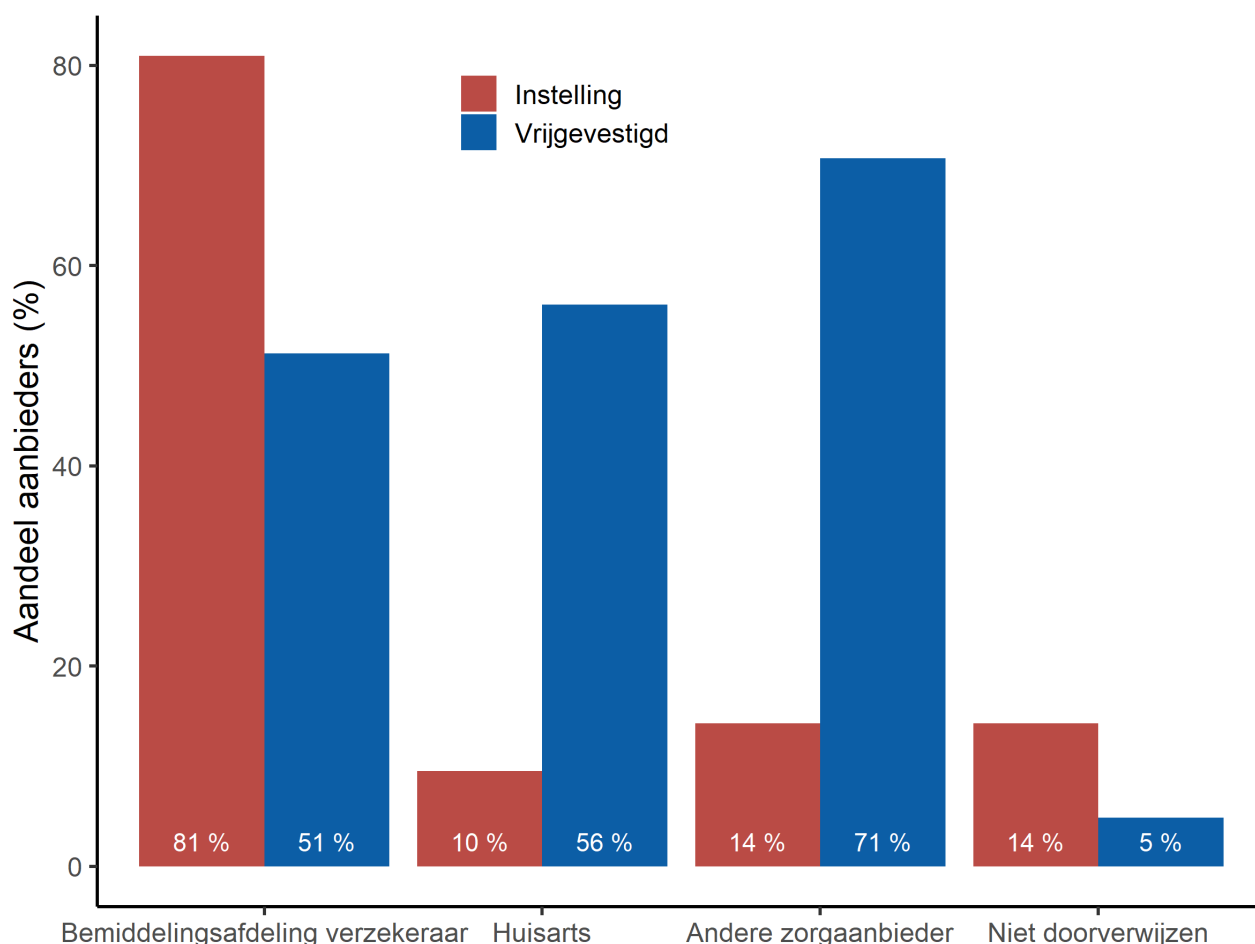
2.1.4 Doorverwijzen bij een patiëntenstop

Instellingen verwijzen patiënten die niet in zorg kunnen worden genomen vaak naar de zorgbemiddelingsafdeling van de zorgverzekeraar. Vrijgevestigde respondenten verwijzen in veel gevallen door naar een andere zorgaanbieder of terug naar de huisarts. Net als vorig jaar constateren we dat

een flink deel van de vrijgevestigde zorgaanbieders de patiënten niet attendeert op zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder die wel ruimte heeft, kan in sommige gevallen efficiënt zijn. Bij lange wachttijden of een patiëntenstop blijft het echter een plicht van zorgaanbieders om nieuwe patiënten ook te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

De zorgaanbieders die de patiënten helemaal nergens naar doorverwezen deden dit bijvoorbeeld omdat de patiënten aangaven dat ze wilden wachten (in verband met expertise van de behandelaar of omdat ze in het nieuwe jaar wel snel terecht zouden kunnen) of omdat de patiënten zich bij meerdere behandelaren hadden aangemeld en ergens anders terecht konden.

Verwijzen patiënten die niet in zorg kunnen worden genomen



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

2.1.5 Doorleverplicht bij het bereiken van het omzetplafond

Als het omzetplafond bereikt is, hebben zorgaanbieders een verantwoordelijkheid voor patiënten die zij al in behandeling hebben. De doorleverplicht betreft vooral afspraken over zorg aan mensen die op de wachtlijst staan of zich in de nabije toekomst aanmelden.

In 2019 hadden 2 grote en 2 kleine zorgverzekeraars een doorleverplicht voor nieuwe patiënten afgesproken met (vrijwel) alle instellingen. 2 grote verzekeraars hadden bij instellingen juist geen doorleverplicht voor nieuwe patiënten in het contract opgenomen.

Zoals we in de vorige monitor ook hebben aangegeven, kan de doorleverplicht een grote financiële druk leggen op een zorgaanbieder en in het uiterste geval leiden tot faillissement. Op den duur kan hierdoor de continuïteit van de zorg in gevaar komen. Ook kan dit reden zijn voor zorgaanbieders om patiënten te weigeren. In 2019 is onenigheid tussen zorgaanbieder en verzekeraar over patiëntenstops enkele malen

geëscaleerd. Wij willen benadrukken dat het belangrijk is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op een constructieve manier met elkaar in gesprek blijven.

2.2 Bijcontractering in de ggz

2.2.1 Beleid

Bijna alle zorgverzekeraars geven aan dat ze als uitgangspunt hebben om bijcontractering zoveel mogelijk te voorkomen. Dit doen zij door aan de voorkant, bij het aangaan van het contract, naar hun inschatting voldoende passende zorg in te kopen. Toch is bijcontractering lang niet altijd te voorkomen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen nu eenmaal niet in de toekomst kijken, en als de omstandigheden wijzigen kan bijcontractering nodig zijn.

Sommige zorgverzekeraars geven aan niet aan bijcontractering te doen, maar aan het bijstellen van contracten. Dit beschouwen wij in het kader van deze monitor als een vorm van bijcontractering. Twee kleine zorgverzekeraars werken niet met omzetplafonds; bijcontractering is bij hen niet van toepassing.

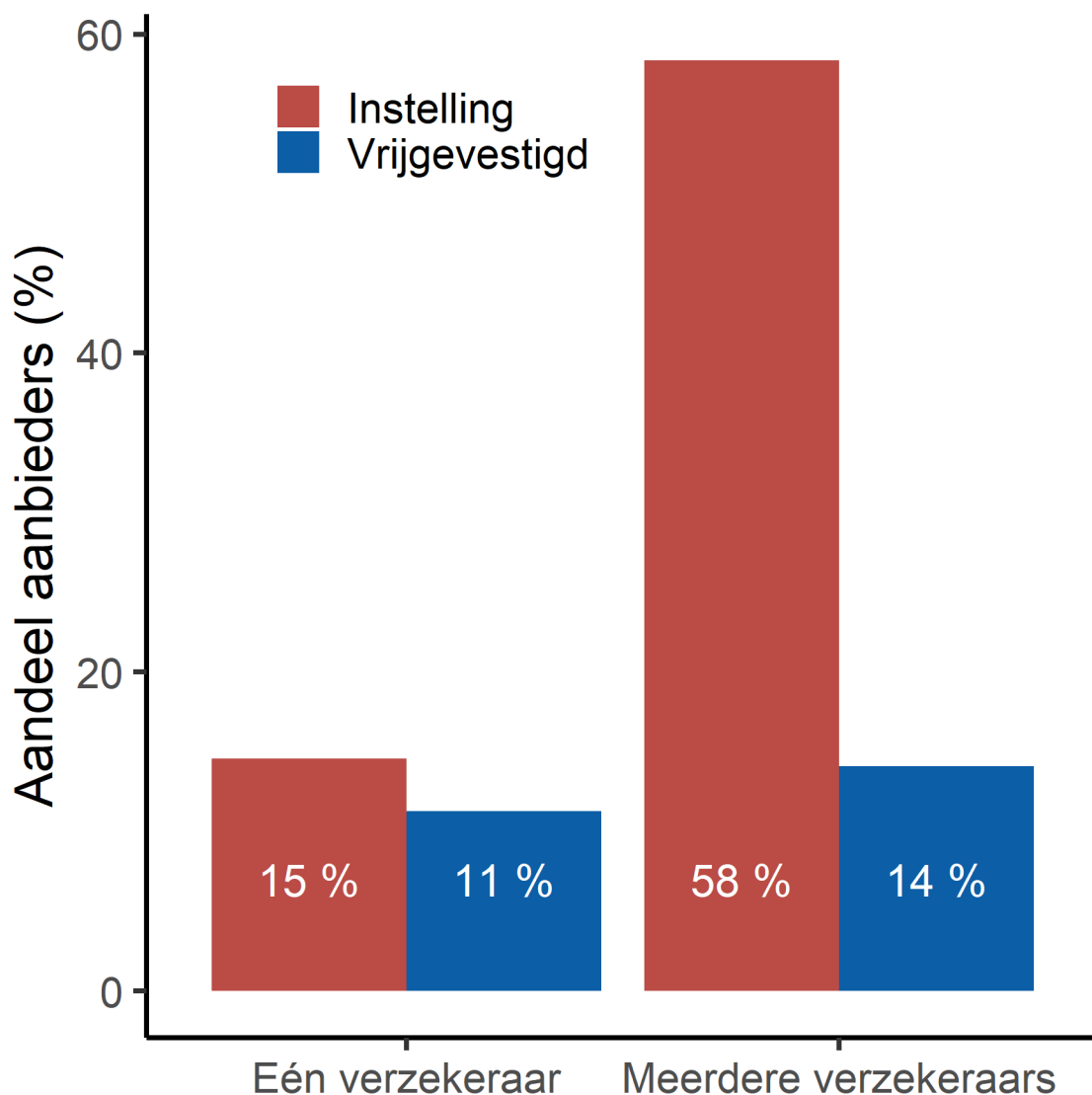
De meeste zorgverzekeraars hebben beleid voor bijcontractering. Dit is een verbetering ten opzichte van vorig jaar, toen er maar beperkt beleid was. Het beleid is echter divers en vaak nog onduidelijk, en de informatie die zorgverzekeraars publiceren is beperkt. Het gaat dan bijvoorbeeld om wanneer de zorgaanbieder zich moet melden (binnen een bepaalde termijn, of als een bepaald percentage van het omzetpafond is bereikt), en waar hij zich moet melden. De voorwaarden voor het indienen van een verzoek voor bijcontractering en welke informatie zorgaanbieders daarvoor moeten aanleveren, komen meestal pas tijdens het proces naar voren.

De meeste zorgverzekeraars hebben criteria voor het toekennen/afwijzen van verzoeken tot bijcontractering (afwegingskader). Deze zijn voor intern gebruik en niet voor de zorgaanbieders bestemd.

2.2.2 Aantal en reden voor de aanvraag voor bijcontracteren

In 2019 heeft 73% van de responderende instellingen en 25% van de vrijgevestigde respondenten een verzoek tot bijcontractering ingediend.

Ingediende verzoeken voor bijcontractering



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

94% van de vrijgevestigde zorgaanbieders en 89% van de instellingen geeft het bereiken van het omzetplafond aan als reden voor het verzoek om bijcontractering. 54% van de instellingen noemt ook gewijzigde afspraken over gemiddelde prijzen in verband met een zwaardere patiëntenpopulatie. Andere genoemde redenen zijn onder meer: extra middelen nodig voor het terugdringen van wachtlijsten en meer patiënten dan van tevoren afgesproken.

2.2.3 Periode waarin zorgaanbieders een aanvraag voor bijcontractering doen

De periode waarin zorgaanbieders aanvragen kunnen indienen varieert per zorgverzekeraar. Bij meerdere zorgverzekeraars moet dit voor 1 september of 1 oktober van het lopende jaar. De algemene indruk uit de interviews is dat de zorgaanbieders op de hoogte zijn van wanneer en waar zij een verzoek kunnen indienen.

De meeste instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders die bijcontractering hebben aangevraagd hebben aan de zorgverzekeraar een eerste signaal afgegeven in de periode mei tot en met augustus. Soms geven zorgaanbieders eerst een signaal af, en dienen ze pas later een formeel verzoek voor bijcontractering in. Uit de antwoorden op de vragenlijst en uit de interviews blijkt echter dat met het eerste signaal regelmatig ook direct het formele verzoek wordt ingediend. In de periode mei tot en met augustus zijn dus zowel het eerste signaal als de meeste formele verzoeken tot bijcontractering ingediend.

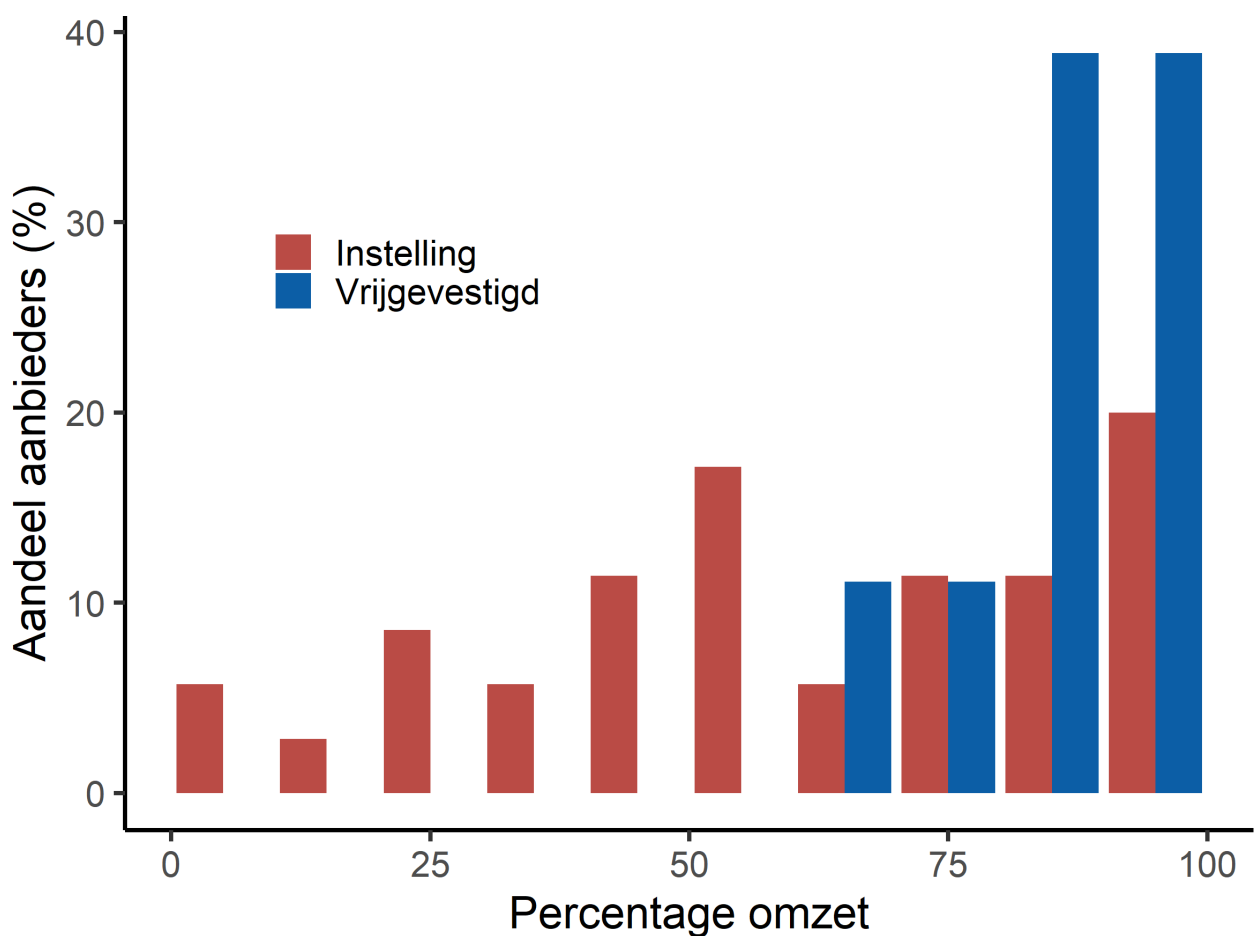
Vanuit de interviews die we met zorgaanbieders hebben gevoerd, komt een enkele keer naar voren dat men de zorgverzekeraar wel wat star vindt als het om het aanhouden van die periode gaat: als het verzoek één dag te laat is (tijdens de zomervakantie) wijst een zorgverzekeraar het om die reden af.

2.2.4 Bij welk omzetpercentage doen zorgaanbieders een verzoek tot bijcontracteren

Instellingen hadden gemiddeld 56% van hun omzetplafond bereikt op het moment dat zij een verzoek tot bijcontractering indienden. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders was dat gemiddeld 82%.

Uit de cijfers van de vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen we concluderen, dat die vaak bijcontractering aanvragen als het omzetplafond al (bijna) bereikt is. Daardoor is het risico groter dat de zorgaanbieder een patiëntenstop moet instellen omdat de zorgverzekeraar het verzoek wellicht niet tijdig kan behandelen. Bij een lager plafond – wat bij vrijgevestigden vaak het geval is – kan al een klein aantal 'onverwachte' patiënten zorgen voor een overschrijding daarvan.

Bereikte aandeel omzetplafond bij verzoek tot bijcontracteren



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

2.2.5 Aantal en bedrag van toegekende verzoeken

Van 3 grote en 2 kleine zorgverzekeraars en een inkoopcombinatie hebben we gegevens ontvangen over de hoeveelheid aanvragen tot bijcontractering en de toegekende bedragen in contractjaar 2019. Uit deze gegevens blijkt dat bij instellingen 170 verzoeken (deels gehonoreerd zijn (79%)), terwijl dat bij vrijgevestigde zorgaanbieders 173 (59%) is.

Uit de gegevens komt ook naar voren dat bijcontractering maar een beperkt deel van het omzetvolume in de sector betreft.

	Instellingen*	Vrijgevestigden*
Aantal aanvragen	215	291
Aantal deels toegekend	46	80
Aantal geheel toegekend	124	93
Bedrag aangevraagd	€ 45.357.205	€ 12.875.993
Bedrag toegekend	€ 25.291.906	€ 6.615.426

*Een zorgaanbieder kan bij meerdere zorgverzekeraars een aanvraag doen.

Bron: Uitvraag bij zorgverzekeraars

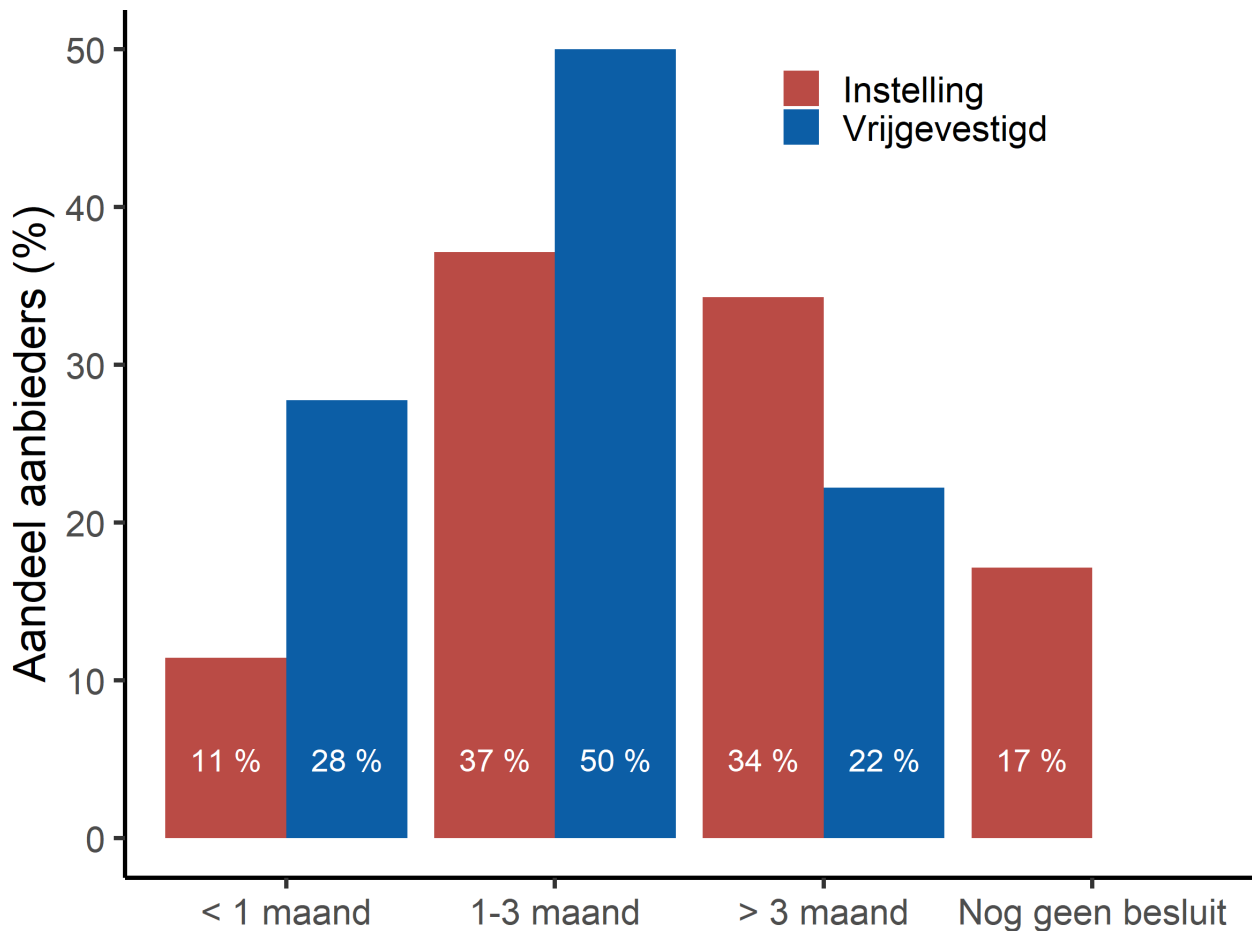
2.2.6 Transparantie over de reden van (gedeeltelijke) afwijzing van het verzoek

Als de zorgverzekeraar het verzoek (deels) afwijst, is de reden hiervoor bij de meerderheid van de verzoeken niet duidelijk voor de zorgaanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders). Dat geldt bijvoorbeeld als zorgverzekeraars aangeven dat er genoeg capaciteit in de regio is voor een bepaald type zorg, terwijl het een regio betreft met lange wachtlijsten.

2.2.7 Doorlooptijd van het verzoek voor bijcontractering

De tijd tussen het eerste (onderbouwde) verzoek tot bijcontractering en het definitieve besluit van de zorgverzekeraar tot wel/niet bijcontracteren ligt meestal tussen de 1 en 3 maanden. In de interviews zijn zorgaanbieders kritisch over deze doorlooptijd: zij vinden deze te lang.

Doorlooptijd verzoek voor bijcontracteren



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

2.2.8 Dit vinden de geïnterviewde zorgaanbieders van het proces van bijcontracteren

Zorgaanbieders zijn meestal tevreden over de bereikbaarheid en de communicatie van zorgverzekeraars tijdens het bijcontracteren, in tegenstelling tot de tevredenheid tijdens het inkoopproces. Enkele kleine zorgaanbieders die geen persoonlijk contact hebben met de zorgverzekeraar zijn niet tevreden. De vrijgevestigde zorgaanbieders hebben vooral moeite om de juiste persoon te spreken te krijgen. Als er eenmaal contact is, zijn de meesten daar wel tevreden over.

Zorgaanbieders zijn ontevreden omdat het allemaal te lang duurt. Het proces gaat traag, het duurt te lang voordat zorgverzekeraars een besluit nemen. Als de reden voor het extra budget van structurele aard is, moet de zorgaanbieder soms toch opnieuw een verzoek voor extra budget indienen in het volgende jaar. Daarnaast ervaren ze het beoordelingsproces niet als transparant. Ze vinden de redenen voor toe- of afwijzing vaak onduidelijk en de onderbouwing van het besluit summier. En het feit dat zorgverzekeraars soms een aanvraag al niet meer in behandeling nemen als die één dag te laat is, leidt tot onbegrip.

De ervaringen met één en dezelfde zorgverzekeraars zijn wisselend (zowel positief als negatief) per zorgaanbieder.

2.3 Conclusies en aanbevelingen

Patiëntenstops

Zorgverzekeraars zijn niet (goed) op de hoogte van het aantal patiëntenstops onder hun gecontracteerde zorgaanbieders. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hiervan op de hoogte zijn, ook om hun taak met betrekking tot zorgbemiddeling goed uit te kunnen voeren.

Attenderen op zorgbemiddeling

Bij lange wachttijden of een patiëntenstop blijft het een plicht van zorgaanbieders om nieuwe patiënten (ook) te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

Beleid voor bijcontractering verder doorontwikkelen

Wij constateren dat zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar meer beleid gemaakt hebben voor bijcontractering. Dit beleid is echter nog niet op alle punten even duidelijk en zorgverzekeraars moeten dit beleid verder doorontwikkelen.

Transparantie van (onderdelen van) het beleid vooraf

Niet al het beleid hoeft transparant te zijn voor de zorgaanbieders; zorgverzekeraars hebben daarin de vrijheid om hun eigen afwegingen te maken. Zorgverzekeraars moeten wél transparant zijn over de zaken die zorgaanbieders nodig hebben om hun aanvraag tijdig en goed in te dienen. Denk aan de voorwaarden voor het indienen van een verzoek voor bijcontractering, welke informatie zorgaanbieders daarbij moeten aanleveren (onderbouwing), de indieningstermijn (voor welke datum indienen) en hoe lang de afhandeling duurt.

Transparantie over de onderbouwing van de toekenning/afwijzing achteraf

Zorgverzekeraars moeten bij het terugkoppelen van het besluit duidelijker aangeven wat de reden is voor toekenning of afwijzing (argumentatie). Dit is nu vaak niet duidelijk. Soms geven zorgaanbieders aan dat zij de argumentatie niet geloven. Dat is eerder een illustratie van het gebrek aan onderling vertrouwen dan dat we daaruit moeten concluderen dat de argumentatie niet helder is.

Verkorten van de doorlooptijd

In het Hoofdlijnenakkoord staat: 'Zorgverzekeraars reageren tijdig op verzoeken van omzetplafondverhoging van zorgaanbieders.' In het Hoofdlijnenakkoord is 'tijdig' niet nader gedefinieerd. Het belangrijkste criterium is dat een onnodige patiëntenstop wordt voorkomen. Zorgaanbieders moeten dus op tijd aan de bel trekken. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders is dat een aandachtspunt. Zorgverzekeraars moeten van hun kant hun proces stroomlijnen en sneller een beslissing nemen. Wanneer het proces onverhoopt langer duurt, moet de zorgverzekeraar de aanvrager in ieder geval regelmatig op de hoogte houden van de voortgang van het proces.

De cycli van reguliere inkoop en bijcontractering sluiten niet op elkaar aan

De toekenning voor extra budget in een bepaald jaar wordt niet altijd meegenomen in het gecontracteerde budget voor het jaar daarop. Dit leidt tot extra administratieve lasten voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Wij adviseren dan ook om bij het afsluiten van het contract voor het volgende jaar eventueel lopende verzoeken tot bijcontractering en ook de al toegekende bijcontractering in het voorgaande jaar bij de besluitvorming te betrekken.

Kwaliteit moet vaker een gespreksonderwerp zijn, en meewegen in de besluitvorming

Wat opvalt is dat vaak wel de wachttijden, maar niet de kwaliteit van zorg een gespreksonderwerp is bij de bijcontractering. Zorgverzekeraars kunnen in overweging nemen om meer medische kennis bij de inkoop/bijcontractering te betrekken. Het niet bijcontracteren van zorg voor bepaalde groepen patiënten kan uiteindelijk leiden tot hoge(re) (maatschappelijke) kosten.

Neutrale informatie geven aan de patiënt

Een afwijzing van een aanvraag tot bijcontractering kan leiden tot een patiëntenstop. In 2019 is een enkele maal de discussie over een patiëntenstop tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in de media geëscaleerd. In het geval van een patiëntenstop roepen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars op om hierover feitelijk (neutraal) te communiceren met patiënten.

3 Inkoop 2020

3.1 Inhoud van de contracten

3.1.1 Vrijgevestigden en de inhoud van de contracten

De vrijgevestigde respondenten hebben in de contracten (vrijwel) geen inhoudelijke afspraken gemaakt. Zij hebben nauwelijks afspraken gemaakt over innovatie en de overgrote meerderheid (87%) kent de [gespreksleidraad](#) voor het terugdringen van wachttijden niet. Ze hebben dan ook (vrijwel) geen afspraken gemaakt over de onderwerpen in de gespreksleidraad zoals de juiste patiënt op de juiste plaats, voorkomen van onder- of overbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding, vergroten van de beschikbare capaciteit, en over inhoud en financiën. Dat is ook logisch, gezien het feit dat ze in het algemeen niet in gesprek zijn met de zorgverzekeraars. Er ligt hier een taak voor de zorgverzekeraars om ook in hun digitaal afgesloten contracten met vrijgevestigde zorgaanbieders aandacht te besteden aan deze onderwerpen.

3.1.2 Wachttijden en gespreksleidraad ten behoeve van terugdringen wachttijden

22 van de 48 instellingen kennen de [gespreksleidraad](#), 7 hebben deze ook daadwerkelijk gebruikt bij de contractering voor 2020. Enkele instellingen geven aan dat ze nog in onderhandeling zijn en dat ze de thema's uit de gespreksleidraad daarin meenemen.

Maar 8 (17%) van de 48 instellingen in de steekproef hebben specifieke resultaatafspraken gemaakt over het reduceren van de wachttijden voor specifieke patiëntgroepen. Dit betreft 6 grote en 2 kleine instellingen.

4 Zorgverzekeraars (waaronder 3 grote) hebben specifieke resultaatafspraken gemaakt over het verminderen van de wachttijden. 1 grote zorgverzekeraar geeft aan dat ze die afspraken niet hebben gemaakt. Voor 3 kleine landelijke zorgverzekeraars geldt dat zij geen afspraken hierover hoeven te maken. Eén zorgverzekeraar zegt de gespreksleidraad niet te kennen. Van de overige 7 zorgverzekeraars die de gespreksleidraad wel kennen hebben 4 deze ook daadwerkelijk gebruikt.

Gezien het belang van het terugdringen van de wachttijden moeten zoveel mogelijk zorgaanbieders met zorgverzekeraars concrete afspraken hierover maken. Dan is het een slecht teken dat zoveel betrokkenen de gespreksleidraad niet kennen en niet gebruiken in hun contractbesprekingen. Het is belangrijk dat verzekeraars en branchepartijen de gespreksleidraad beter onder de aandacht brengen en daadwerkelijk gaan gebruiken.

Als NZa richten we onze aandacht de komende tijd specifiek op de regionale aanpak van wachttijden door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op basis van de regionale wachttijdgegevens hebben we zicht op de regionale verschillen en knelpunten in de ggz. We richten onze inspanningen op de grootste probleemgebieden. Bijvoorbeeld door met zorgverzekeraars en zorgaanbieders te kijken naar wat zij meer kunnen doen om de wachttijden te verkorten. Uit de [controlebezoeken](#) bij zorgverzekeraars (december 2019) bleek dat zorgverzekeraars de aanpak van wachttijden verbeteren, maar alle zorgverzekeraars moeten ook nog stappen zetten. De ene zorgverzekeraar meer dan de andere. Wij zijn hierover met hen in gesprek.

Uit de interviews over bijcontractering hebben wij signalen opgevangen dat zorgaanbieders patiënten soms laten wachten vóórdat het omzetplafond is bereikt, om de zorg meer te spreiden over het jaar. Dit gebeurt op eigen initiatief van de zorgaanbieder of op verzoek van de zorgverzekeraar. Daarmee zorgen ze voor extra wachttijd. Dit is ongewenst en staat ook haaks op inspanningen om de wachttijden te verkorten. Zeker als dit gebeurt bij de patiëntgroepen met een complexe zorgvraag, die al te maken hebben met te lange wachttijden.

3.1.3 Afspraken over deelonderwerpen uit de gespreksleidraad

Een wisselend deel van de instellingen (23 tot 38%) geeft aan dat zij specifieke afspraken hebben gemaakt over de onderwerpen die in de gespreksleidraad worden genoemd: de patiënt op de juiste

plaats, voorkomen van onder- of overbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding, vergroten van de beschikbare capaciteit, of over inhoud en financiën.

6 zorgverzekeraars, waaronder de 4 grote, geven aan dat zij specifieke afspraken hebben gemaakt over deze thema's. Eén van de 2 kleinere zorgverzekeraars geeft aan dat er wel afspraken zijn gemaakt over wachttijdbegeleiding, maar niet over de overige thema's.

3.1.4 Innovatie

Innovatie speelt een belangrijke rol bij het verbeteren en efficiënter maken van de zorg. De NZa ziet mede daarom voor zichzelf een belangrijke rol weggelegd in het stimuleren hiervan.

Maar 12 van de 48 ggz-instellingen geven in hun antwoord aan dat zij voor 2020 concrete afspraken hebben gemaakt met hun grootste zorgverzekeraar over innovatieve projecten, zoals in het kader van de [beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten](#).

Zorgverzekeraars geven allemaal aan dat ze innovatie actief ondersteunen. Ze doen dat grotendeels via een apart experiment, maar ook door meerjarenovereenkomsten af te sluiten of via aanpassingen in het te vergoeden tarief.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben bijvoorbeeld afspraken gemaakt over innovaties die leiden tot meer substitutie van de specialistische ggz naar de generalistische basis-ggz (onder andere Umami, Eleo), meer gebruik van eHealth, patiënten uitsluitend digitaal behandelen (Goalie+, Niceday), het inbedden van digitale technieken in de zorg voor patiënten (onder andere Superbrains, Virtual Reality ondersteuning bij cognitieve gedragstherapie). Een andere manier van innovatie is om de registratie zodanig te vereenvoudigen dat behandelaars meer tijd aan de patiënt kunnen besteden (ontregel de zorg, vereenvoudigde dbc tijdregistratie en agendavoering). Ook is er een experiment gestart met samenwerking over de domeinen heen, tussen ggz, verslavingszorg en het sociaal domein.

Dat maar 12 instellingen in onze enquête aangeven dat ze afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over welke vorm van innovatie dan ook, vinden wij nogal weinig. Aan de andere kant zien we ook dat een aantal zorgverzekeraars en zorgaanbieders goede afspraken heeft gemaakt. Voor de opschaling van deze experimenten is het echter nodig dat meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover serieus het gesprek met elkaar aangaan en stappen gaan zetten. We ondersteunen de lopende experimenten daar waar mogelijk en roepen alle partijen op om hiermee actief aan de slag te gaan.

3.1.5 Afspraken over kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld EPA)

11 (23%) grote instellingen geven aan dat ze specifieke afspraken over kwetsbare patiëntengroepen hebben gemaakt. De overige instellingen geven aan dat dit onderdeel is van de normale contractering of van meerjarenafspraken. Omdat een belangrijk deel van de zorg voor EPA patiënten onder de Wmo valt, valt dit deels buiten de Zvw-contractering. In het kader van stimuleren van zorg over de schotten heen gaan we in de volgende monitor aan zorgverzekeraars vragen in hoeverre er sprake is van samenwerking met gemeenten op dit punt, en waar die afspraken dan uit bestaan.

3.1.6 Afspraken over de acute ggz

De helft van de zorgverzekeraars geeft aan dat zij naar tevredenheid afspraken hebben gemaakt over de acute ggz. Van de 21 instellingen die acute ggz leveren zijn er 7 (33%) tevreden over de gemaakte afspraken. Bij instellingen is er ontevredenheid over het proces en het gehanteerde verdeelmodel van Zorgverzekeraars Nederland.

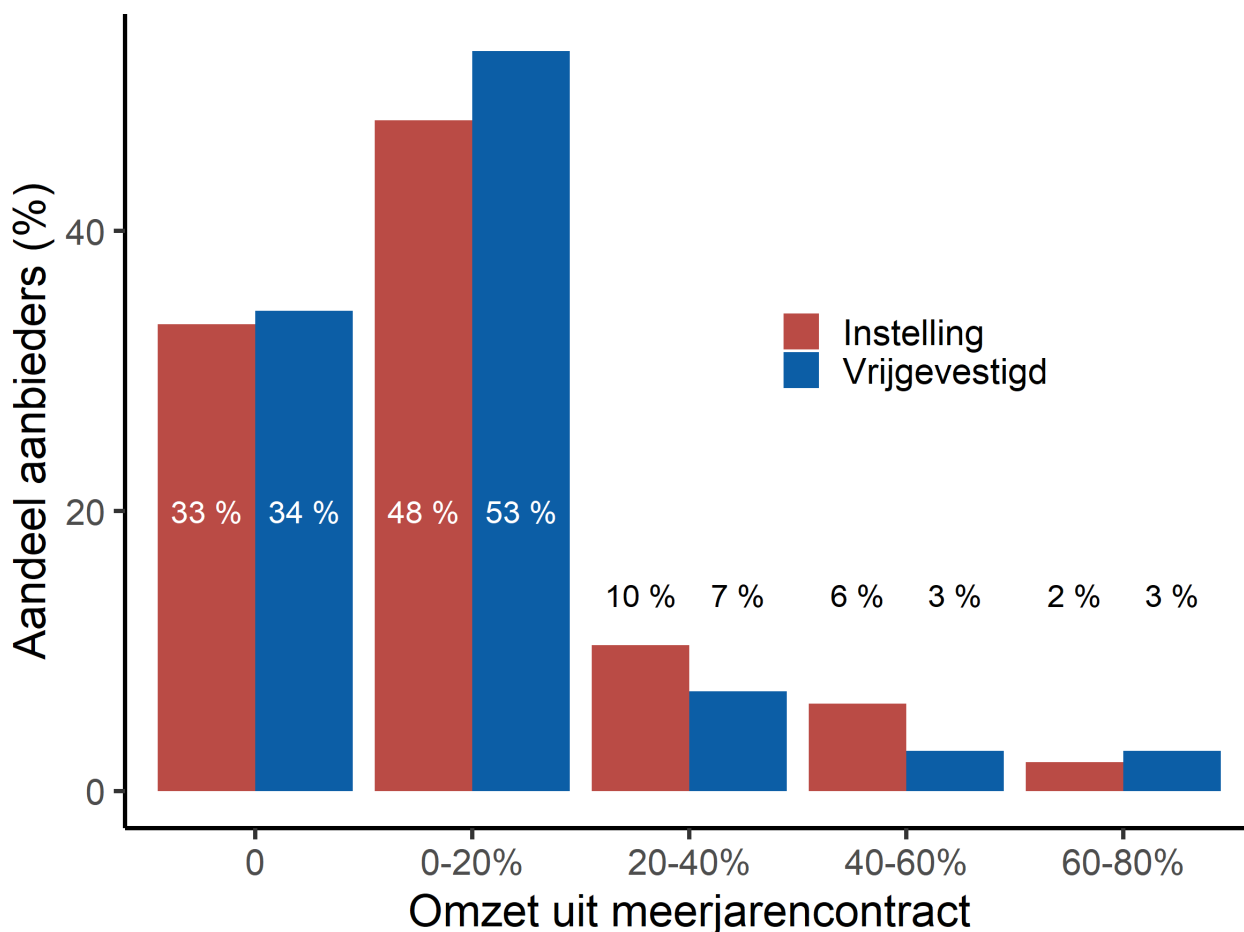
De inkoop voor de ggz is in 2019 later op gang gekomen doordat de prestaties en tarieven 2020 een maand later dan gewoonlijk, op 1 augustus, zijn gepubliceerd (bestuurlijke afstemming). Daarnaast heeft vooral de acute ggz er voor gezorgd dat de onderhandelingen voor de instellingen lang hebben doorgelopen en de doorlooptijd van het reguliere inkooptraject voor 2020 hebben vertraagd.

3.1.7 Meerjarencontracten

Ongeveer 70% van zowel de instellingen als de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft één of meerdere meerjarenovereenkomsten afgesloten. Het merendeel van de instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders

heeft maximaal 20% van de geschatte omzet vastgelegd in meerjarenovereenkomsten. Zorgaanbieders zien het voordeel hiervan vooral in minder administratieve lasten en meer financiële zekerheid.

Aandeel omzet uit meerjarencontract



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

Individuele zorgverzekeraars schatten dat 0-50% van hun schadelast bij instellingen in 2020 onder een meerjarencontract valt (gemiddeld: 18%).

Bij vrijgevestigde zorgaanbieders geven 4 verzekeraars aan geen meerjarencontracten af te sluiten terwijl de andere 4 verzekeraars aangeven met vrijgevestigden alleen meerjarencontracten af te sluiten.

Dit laatste komt overeen met de constatering dat zorgverzekeraars vooral bij vrijgevestigde zorgaanbieders meerjarencontracten inzetten om de administratieve belasting te verminderen. De tendens van dit percentage is gelijkblijvend of stijgend voor beide groepen zorgaanbieders. Dit is een positieve ontwikkeling gezien de afspraak in het Hoofdlijnenakkoord om meerjarencontracten te stimuleren.

3.2 Ervaringen en transparantie inkoop 2020

3.2.1 Transparantie inkoopbeleid

De meeste zorgaanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigden) kunnen de informatie die nodig is voor het contracteren goed vinden en weten dus wat ze moeten doen om een contract te krijgen. Dit laat zien dat zorgverzekeraars werken aan transparantie en goed vindbare informatie. Slechts 10% van de zorgaanbieders vond de informatie over contractering moeilijk te vinden.

Wat ook meehelpt is dat sommige branchepartijen voor hun leden overzichten maken van het contracteerbeleid van de diverse zorgverzekeraars. Dat zorgt er bij vrijgevestigde zorgaanbieders voor dat

het hen minder tijd kost om informatie te verzamelen. Ook is het voor hen gemakkelijker om uit te zoeken met welke zorgverzekeraar ze willen contracteren en welke gegevens ze daarbij nodig hebben.

3.2.2 Administratieve last en uniformering

6 zorgverzekeraars geven aan dat zij voor de inkoop voor 2020 samen met andere zorgverzekeraars stappen hebben ondernomen om de opbouw van het inkoopbeleid, de structuur van contracten en/of aanvraagformulieren en de termijnen voor bijcontractering te uniformeren om zo de administratieve lasten voor zorgaanbieders te beperken. Hiermee volgt men de afspraak in het Hoofdlijnenakkoord. Het gaat daarbij voornamelijk om het uniformeren van de algemene voorwaarden en in mindere mate om het uniformeren van de opbouw van contracten en formulieren.

Ongeveer de helft van de zorgaanbieders (zowel vrijgevestigd als instellingen) ervaart echter niet meer uniformering in de inkoopdocumenten ten opzichte van 2019. Op het gebied van het uniformeren van de termijnen voor contractering ziet maar een klein percentage (10%) vooruitgang. Van de instellingen ervaart ongeveer 30% zelfs een verslechtering op dit punt.

Uniformiteit tussen zorgverzekeraars

	Antwoord	Instellingen	Vrijgevestigden
Documenten:	Meer uniform	24 (50%)	32 (45%)
Documenten:	Minder uniform of gelijk gebleven	24 (50%)	39 (55%)
Documenten:	Totaal aantal respondenten	48	71
Termijnen:	Meer uniform	4 (8%)	9 (13%)
Termijnen:	Gelijk gebleven	30 (63%)	57 (80%)
Termijnen:	Minder uniform	14 (29%)	5 (7%)
Termijnen:	Totaal aantal respondenten	48	71

Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

3.2.3 Bereikbaarheid en communicatie

Zorgaanbieders hebben net als vorig jaar kritiek op de bereikbaarheid van zorgverzekeraars en de wijze waarop zij inhoudelijke vragen afhandelen. Vrijgevestigde zorgaanbieders hebben hier meer last van dan instellingen, omdat instellingen vaker de mogelijkheid hebben tot 'face to face' en telefonisch contact. Die mogelijkheid komt bij vrijgevestigde zorgaanbieders weinig voor. Zij hadden, naast per e-mail, voornamelijk contact met de zorgverzekeraar via het Vecozo portaal.

Voornaamste medium voor contact met de zorgverzekeraar

Antwoord	Instellingen	Vrijgevestigden
Face to face	25 (52%)	2 (3%)
Telefonisch	28 (58%)	14 (20%)
Via mail	34 (71%)	24 (34%)
Via Vecozo portaal	15 (31%)	39 (55%)
Regiobijeenkomst	3 (6%)	1 (1%)

Antwoord	Instellingen	Vrijgevestigden
Anders	1 (2%)	10 (14%)
Totaal aantal respondenten	48	71

Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

In 2019 noemden we dat regiobijeenkomsten een oplossing kunnen zijn voor het gebrek aan capaciteit van de zorgverzekeraar om iedere vrijgevestigde zorgaanbieder te woord te staan. Zorgaanbieders die graag persoonlijk contact hebben met de zorgverzekeraar kunnen op een regiobijeenkomst de zorgverzekeraar spreken.

6 zorgverzekeraars geven aan dat zij regiobijeenkomsten organiseren met zorgaanbieders. Van de zorgaanbieders geeft maar een klein deel (7 vrijgevestigde zorgaanbieders en 8 instellingen) aan dat ze in 2019 een regiobijeenkomst van een zorgverzekeraar hebben bijgewoond. Zorgaanbieders geven aan niet naar regiobijeenkomsten te gaan, omdat zij er de meerwaarde niet van zien. De informatie is volgens zorgaanbieders die er wel zijn geweest te globaal en er is geen ruimte voor individuele vraagstukken. Daarnaast geven de vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat hun branchevereniging de belangrijkste informatie aan haar achterban terugkoppelt.

3.2.4 Tijdigheid

Meer dan de helft (62%) van de zorgverzekeraars heeft naar eigen zeggen voor de contractering 2020 aanpassingen gedaan ten opzichte van 2019 om de bereikbaarheid en antwoordtermijnen bij vragen van zorgaanbieders te verbeteren.

Het belangrijkste punt waarover 6 zorgverzekeraars ontevreden zijn is, net als bij de instellingen, de tijdigheid van het afsluiten van contracten. 30% van de instellingen geeft aan dat het afsluiten van contracten langer duurde dan het jaar ervoor. Een aantal zorgaanbieders wil graag een meerjarencontract afsluiten zodat deze lange onderhandelingen (en soms voor relatief kleine bedragen) niet jaarlijks herhaald hoeven te worden. Voor de komende jaren zou hier nog meer op ingezet moeten worden.

3.2.5 Tevredenheid over het inkoopproces

Een kwart van de vrijgevestigde respondenten heeft verbeteringen in het inkoopproces ervaren ten opzichte van hoe de inkoop het jaar ervoor verliep. Het gaat dan om het tijdiger aanleveren van contractinformatie door de zorgverzekeraars, een vermindering van de administratieve lasten en het tijdiger sluiten van contracten. Instellingen zien echter juist meer administratieve lasten ontstaan.

Tevredenheid over inkoopproces voor 2020

Antwoord	Instellingen	Vrijgevestigden	Zorgverzekeraars
Tevreden	15 (31%)	22 (31%)	2 (25%)
Neutraal	11 (23%)	14 (20%)	2 (25%)
Ontevreden	19 (40%)	15 (21%)	4 (50%)
Niet van toepassing, geen inkoopgesprekken gevoerd	3 (6%)	20 (28%)	
Totaal aantal respondenten	48	71	8

Bron: Vragenlijsten zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Zowel vrijgevestigde zorgaanbieders als instellingen zijn minder tevreden dan vorig jaar over de onderhandelingsruimte en de ruimte voor maatwerk. Deze (meestal vrijgevestigde) zorgaanbieders geven aan dat zij vaak alleen mogen tekenen bij het kruisje. Ze krijgen vaak geen inhoudelijke reactie op hun vragen.

Wij begrijpen dat de zorgverzekeraars niet met iedere individuele vrijgevestigde in gesprek kunnen gaan en maatwerk kunnen leveren, en digitaal contracten aanbieden aan deze groep zorgaanbieders. Maatwerk en individuele gesprekken zijn gezien de grote aantallen vrijgevestigde zorgaanbieders niet te organiseren.

Van zorgverzekeraars verwachten wij wel dat zij ondanks het digitale contracteerproces vrijgevestigde zorgaanbieders (al dan niet in georganiseerd verband) de ruimte te geven voor hun vragen. Ook verwachten wij dat zorgverzekeraars de inhoud en kwaliteit van zorg meer betrekken in de contractering.

Vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen hun positie versterken en gehoord worden als ze zich bijvoorbeeld in de regio meer organiseren en zo het gesprek met zorgverzekeraars aangaan. De mededingingsregels bieden hiervoor enige ruimte.

Zorgverzekeraars moeten meer transparant zijn over de inkoop van ggz-zorg. Bijvoorbeeld door aan te geven welke concrete eisen zij aan een zorgaanbieder stellen om in aanmerking te komen voor een contract met een hoger tarief. Daarnaast is het wenselijk dat zorgverzekeraars eventuele kortingen op het NZa-maximumtarief goed onderbouwen. Zorgaanbieders moeten op hun beurt aan zorgverzekeraars kunnen aantonen waarom een aangeboden tarief niet toereikend is en welke (kwaliteit van) zorg zij voor het tarief kunnen leveren. De NZa mengt zich niet in de totstandkoming van de contracten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, zolang er geen zichtbare belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de burger.

Enkele zorgaanbieders geven tot slot aan dat zij graag zien dat zorgverzekeraars in het contracteerproces meer naar de zorginhoud kijken en niet alleen naar de financiën. Zorginkopers die tevens een medische achtergrond hebben, overzien naar hun zeggen vaak beter de maatschappelijke gevolgen en kosten van het niet of laat kunnen behandelen van bepaalde patiënten(groepen).

3.3 Conclusies en aanbevelingen

Bekendheid en gebruik gespreksleidraad voor vermindering van de wachttijden

Wij vinden het geen goed teken dat zoveel zorgaanbieders de gespreksleidraad niet kennen. De daarin beschreven thema's zijn niet alleen van belang voor het terugdringen van de wachttijden, maar ook voor de kwaliteit van de zorg. Deze leidraad moet meer onder de aandacht komen van zorgaanbieders. Hier ligt een taak voor de brancheverenigingen van zorgaanbieders, maar ook voor de zorgverzekeraars. Zij kunnen in hun inkoopbeleid of contractvoorwaarden de zorgaanbieders standaard attenderen op de gespreksleidraad.

Afspraken over deelonderwerpen in de leidraad

Het verminderen van de wachttijden staat hoog op de agenda. Het is dringend nodig dat partijen concrete afspraken maken over onder andere de patiënt op de juiste plaats, voorkomen van onder- of overbehandeling, wachttijdbegeleiding, vergroten van de beschikbare capaciteit, inhoud en financiën. Alle grote en 2 kleine zorgverzekeraars geven aan dat ze dit doen, maar dat gebeurt nu bij instellingen te beperkt en bij vrijgevestigden helemaal niet. Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat ze zich maximaal inzetten om hierover concrete afspraken te maken. Dat geldt in versterkte mate voor zorgaanbieders die patiënten behandelen met een complexe zorgvraag. Zeker voor deze groep is het ongewenst om de zorg van patiënten vanwege het bereiken van het omzetplafond meer te spreiden of behandelingen uit te stellen tot het volgende contractjaar.

Kwaliteitsstandaarden moeten geïmplementeerd worden

Dat afspraken maken over kwaliteit van zorg zo vaak niet lukt, heeft volgens ons te maken met het feit dat de kwaliteitsstandaarden nog niet geïmplementeerd zijn. Er is op korte termijn samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig om er voor te zorgen dat de kwaliteitsstandaarden die zijn ingeschreven in het register ook geïmplementeerd worden. Dan zijn contracten mogelijk die bijdragen

aan de kwaliteit van de zorg en de juiste zorg op de juiste plaats. Deze contracten kunnen het onderlinge vertrouwen vergroten en de administratieve lasten van het contracteren laten dalen.

Voor het maken van concrete afspraken over de inhoud van de zorg verwijzen we ook naar het programma Zinnige Zorg, bijvoorbeeld naar de trajecten Psychose en PTSS. Deze bevatten naar onze mening heel concrete voorstellen om de zorg voor deze groepen patiënten te verbeteren. Publicatie daarvan is naar verwachting eind mei 2020.

Innovatie

Innovatie is belangrijk voor het verbeteren en efficiënter maken van de zorg en voor het betaalbaar houden ervan. De NZa biedt via de [beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#) mogelijkheden om innovaties op te starten die niet binnen de reguliere bekostiging vallen. Ook op andere manieren neemt de NZa zoveel mogelijk drempels voor innovatie weg. Daarnaast is er nog een aantal subsidiemogelijkheden, zoals de subsidieregeling veelbelovende zorg (ZiNL).

Maar 12 van de 48 grote ggz-instellingen in onze enquête geven aan dat ze afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over welke vorm van innovatie dan ook. Dat vinden wij weinig. We zien echter ook initiatieven van zorgverzekeraars en zorgaanbieders die hierover wel goede afspraken hebben gemaakt. Voor de opschaling van deze experimenten is het nodig dat meer zorgverzekeraars en aanbieders serieus het gesprek met elkaar aangaan en stappen gaan zetten. We ondersteunen de lopende experimenten daar waar mogelijk en roepen alle partijen op om hiermee actief aan de slag te gaan.

Meerjarencontracten

Zorgverzekeraars zetten vooral bij vrijgevestigde zorgaanbieders meerjarencontracten in om de administratieve belasting te verminderen. Meerjarencontracten zijn bij uitstek geschikt om concrete afspraken te maken over de belangrijke thema's zoals wachttijden, de juiste zorg op de juiste plaats en innovatie. We verwachten van partijen dan ook dat ze het afsluiten van meerjarencontracten gebruiken om tot concrete afspraken te komen.

Digitale contractering en inhoudelijke afspraken

Gezien het grote aantal vrijgevestigde zorgaanbieders is het begrijpelijk dat zorgverzekeraars niet met individuele vrijgevestigde zorgaanbieders in gesprek kunnen gaan over het contract. Dat neemt niet weg dat er ook bij digitaal contracteren aandacht moet zijn voor de inhoud. Wij vragen dan ook met klem aan zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders te onderzoeken wat de mogelijkheden hiervoor zijn.

Transparantie, administratieve lasten, uniformering zorginkoop 2020

Zorgverzekeraars werken er naar eigen zeggen aan dat de informatie transparant en goed vindbaar is. De meeste zorgaanbieders kunnen de informatie die nodig is voor het contracteren goed vinden en weten wat ze moeten doen om een contract te krijgen. Voor vrijgevestigde zorgaanbieders is het ook erg handig dat sommige branchepartijen voor hun leden overzichten maken van het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars geven aan dat ze stappen hebben gezet om hun bereikbaarheid en antwoordtermijnen te verbeteren. Ook zijn ze bezig om niet-concurrentiële zaken in hun inkoopbeleid te uniformeren om zo de administratieve lasten voor zorgaanbieders te beperken. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders ervaart dit echter nog niet zo. Vooral op het gebied van het uniformeren van de indientermijnen en de opbouw van contracten en formulieren is nog veel winst te behalen. We roepen de zorgverzekeraars op om het contracteerproces verder te verbeteren.

Bereikbaarheid en communicatie, tijdigheid zorginkoop 2020

Zorgaanbieders geven aan dat ze vaak lang of tevergeefs moeten wachten op inhoudelijke beantwoording van hun vragen. De besluitvorming over verzoeken ervaren zij daarnaast niet altijd als transparant. Regiobijeenkomsten lijken voor vrijgevestigde zorgaanbieders daarvoor niet de oplossing, omdat de informatie die men daar krijgt als te globaal wordt ervaren en er geen ruimte is voor individuele vraagstukken. Omdat het niet haalbaar is voor zorgverzekeraars om met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek te gaan, is het goed als zorgaanbieders zich zodanig (regionaal) organiseren dat zij wel een gesprekspartner kunnen worden. Zorgverzekeraars moeten dan ook ruimte hiervoor bieden. Verder

verwachten wij van zorgverzekeraars dat zij hun bereikbaarheid op orde hebben en dat zij hun besluiten - ook bij digitale contractering- duidelijk toelichten.

Zorgverzekeraars en instellingen zijn het er over eens dat het afsluiten van contracten te lang duurt. Meerjarencontracten kunnen er aan bijdragen dat de administratieve lasten van contractering minder worden, doordat onderhandelingen niet jaarlijks herhaald hoeven te worden. Voor de komende jaren zouden partijen hier nog meer op in moeten zetten.

Tevredenheid zorginkoop 2020

Zorgaanbieders zien een verslechtering in de onderhandelingsruimte en in de ruimte voor maatwerk. Maatwerk is gezien de grote aantallen vrijgevestigde zorgaanbieders niet te organiseren voor de zorgverzekeraars. Zoals hierboven ook al aangegeven, denken wij dat het goed is als vrijgevestigde zorgaanbieders – binnen de wettelijke regels - hun positie versterken door zich meer te organiseren.

Zorgverzekeraars moeten meer transparant zijn over de inkoop van ggz-zorg en de zorginhoudelijke kant meer betrekken in hun besluitproces, in plaats van alleen te kijken naar de financiële kant. Zorgaanbieders moeten kunnen aantonen waarom het geboden tarief niet toereikend is en welke (kwaliteit van) zorg zij voor het tarief kunnen leveren.

4 Stimuleren van contracteren en transparantie over ongecontracteerde zorg

Contracteren is een middel om afspraken te maken die bijdragen aan goede kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Het gaat om zaken als de juiste zorg op de juiste plek, innovatie, het terugdringen van wachtlijsten en het voorkomen van onder- of overbehandeling. Het staat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij om al dan niet een contract met elkaar af te sluiten. Partijen hebben in het Hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt om de contractering van zorg te stimuleren. Contracteren zou de meer aantrekkelijke optie moeten zijn voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar, zodat zij inderdaad die afspraken kunnen maken die bijdragen aan goede en betaalbare zorg.

4.1 Stimuleren van contracteren

4.1.1 Beleid stimuleren van contracteren zorgverzekeraars in 2020

5 van de 8 zorgverzekeraars geven aan dat ze beleid of acties hebben geformuleerd voor 2020 om met meer zorgaanbieders een contract te sluiten. 13% van de zorgaanbieders geeft aan ook te zien dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om contracteren aantrekkelijker te maken. Omdat de acties van de zorgverzekeraars veelal gericht zijn op vrijgevestigde zorgaanbieders en/of kleine instellingen, kan het zijn dat grote(re) instellingen er niet veel van merken.

De helft van de zorgverzekeraars (4) heeft in het beleid bewust gekozen om met een (deel van de) zorgaanbieders geen contract aan te gaan. Redenen die men daarvoor aandraagt zijn: het zorgaanbod van de zorgaanbieder (4), de zorgverzekeraar vindt de kwaliteit van de zorgaanbieder onder de maat (2) en er is voldoende gecontracteerd in de vestigingsplaats (2).

4.1.2 Beleid stimuleren van contracteren zorgverzekeraars voor 2021

Eén zorgverzekeraar geeft aan in de toekomst onnodige barrières te vermijden door geen aanvullende kwaliteitseisen te stellen ten opzichte van het kwaliteitsstatuut (behoudens selectieve inkoop voor 2 stroomlijnen). Verder wil deze zorgverzekeraar de inkoopprocedure zo toegankelijk mogelijk houden en de administratieve lasten beperken. Een andere zorgverzekeraar biedt aan zorgaanbieders die zich onderscheiden door innovatief aanbod of het verminderen van de wachttijden, de mogelijkheid om tussentijds te contracteren.

Verder hebben de zorgverzekeraars voor de contractering 2021 ofwel nog geen beleid vastgesteld of ze zetten het huidige beleid voort. Een aantal geeft ook aan dat ze een hoge contracteergraad hebben of dat een hogere contracteergraad geen doel op zich is.

4.1.3 Reden waarom zorgaanbieders een contractaanbod niet geaccepteerd hebben

Van de 48 instellingen hebben er 32 (67%) een contractaanbod gekregen dat ze niet geaccepteerd hebben. Van deze 32 instellingen wezen er 27 (85%) het contract af omdat zij de tarieven te laag vonden, 20 (63%) waren het oneens met het omzetplafond en 10 (31%) oneens met andere contractvoorwaarden. Slechts 1 (3%) instelling vond de administratieve lasten te hoog.

Van de 71 vrijgevestigde zorgaanbieders hebben er 28 (39%) een contractaanbod niet geaccepteerd. De reden daarvoor was voor 24 van de 28 vrijgevestigden (86%) de te lage tarieven. 9 (32%) waren het oneens met het omzetplafond, 10 (36%) met andere contractvoorwaarden en 7 vonden de administratieve lasten te hoog (25%).

4.1.4 Wat stimuleert zorgaanbieders om wel te contracteren?

Zorgaanbieders wegen verschillende zaken mee in hun besluit om al dan niet te gaan contracteren. Het gaat om de tarieven, geen of hogere/meer flexibele omzetplafonds, meer uniformering van contracten en de daarin gestelde eisen (minder administratieve lasten) en een betere bereikbaarheid. Zorgaanbieders willen graag een meer positieve benadering, waarin een open gesprek en onderhandeling mogelijk zijn.

Ook willen vooral instellingen dat er meer naar de hun specifieke situatie wordt gekeken: meer praten over inhoud, innovatie, over de patiënt en over kwaliteit. Voor vrijgevestigde zorgaanbieders is het belangrijk dat er geen risico is op terugvorderingen (waardoor ze het gevoel hebben 'gratis' te werken).

De vrijgevestigde zorgaanbieders die geen contract hebben en ook niet geprobeerd hebben een contract af te sluiten, zouden overwegen om te contracteren als er minder eisen en voorwaarden zijn. Daarnaast helpt het als de contracten van de zorgverzekeraars eenduidig zijn en als zij de vrijheid hebben om patiënten aan te nemen en naar eigen inzicht te behandelen.

4.2 Transparantie over ongecontracteerde zorg naar verzekerden

4.2.1 Informatieverstrekking door zorgaanbieders en zorgverzekeraars over ongecontracteerde zorg

De zorgaanbieders geven ook dit jaar aan dat ze zich bewust zijn van het belang om de patiënt goed te informeren over ongecontracteerde zorg. Zij informeren patiënten zowel mondeling, als ook via de website, bij/voor de start van de behandeling.

Informatieverstrekking van zorgaanbieders over ongecontracteerde zorg

	Instellingen	Vrijgevestigden
Verwijzen naar onze website	19 (40%)	37 (52%)
Adviseren contact op te nemen met zorgverzekeraar	25 (52%)	26 (37%)
In gesprek toelichten	14 (29%)	40 (56%)
Informeren aan begin behandeling	13 (27%)	38 (54%)
Anders	20 (42%)	27 (38%)
Totaal aantal respondenten	48	71

Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

Alle zorgverzekeraars informeren de verzekerden over de gevolgen van het kiezen voor een ongecontracteerde zorgaanbieder via de website en in de polisvoorwaarden. Eén zorgverzekeraar geeft ook aan dit in contacten met verzekerden te doen.

4.2.2 Tevredenheid informatieverstrekking ongecontracteerde zorg

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn zich bewust van hun plicht om de patiënt goed te informeren over ongecontracteerde zorg. Een deel van de zorgaanbieders vindt echter dat de informatie van de zorgverzekeraar over ongecontracteerde zorg niet goed is en vooral dat die neutraler zou moeten zijn.

Het grootste deel van de zorgaanbieders is neutraal tot tevreden over de informatie die de zorgverzekeraars verstrekken.

Tevredenheid over de informatieverstrekking door zorgverzekeraars

	Instellingen	Vrijgevestigden
Goed	3 (6%)	4 (6%)
Neutraal	31 (65%)	40 (56%)

	Instellingen	Vrijgevestigden
Slecht	14 (29%)	27 (38%)
Totaal aantal respondenten	48	71

Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

Suggesties voor verbetering van de informatieverstrekking

Zorgaanbieders vinden dat er informatie op de website van de zorgverzekeraar moet staan over waarom er (nog) geen contract is met een specifieke zorgaanbieder: lopen de onderhandelingen nog of is er geen overeenstemming over bijvoorbeeld het omzetplafond? Daarnaast moet de informatie neutraler. Vermelden dat met kwalitatief goede zorgaanbieders contracten worden afgesloten, wekt volgens hen ten onrechte de indruk dat ongecontracteerde zorg per definitie slecht(er) is. Ook klagen sommige zorgaanbieders dat zorgverzekeraars vooral informatie geven over de naturapolis of richting gecontracteerde zorg sturen.

Zorgaanbieders vinden dat de informatie voor de verzekerde over de consequenties van het kiezen voor ongecontracteerde zorg beter te vinden en duidelijker moet zijn. Hoe hoog zijn de vergoedingen en wat moet de verzekerde zelf nog bijbetalen? De lijst met gemiddeld gecontracteerde tarieven of een lijst met vergoedingen van tarieven moet volgens hen beter te vinden zijn.

Instellingen geven tenslotte aan dat contracten tijdig moeten worden afgesloten, zodat verzekerden een geïnformeerde keuze kunnen maken.

4.3 Verdere stappen met betrekking tot het stimuleren van contracteren

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om goede (contract)afspraken te maken over passende ggz-zorg, zodat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats en het juiste moment krijgt. In de antwoorden op de vragenlijst en in de interviews die we hebben gehouden, klinkt vooral door dat er behoefte is aan een positieve benadering tijdens het contracteren. Nu is er vaak sprake van wederzijds wantrouwen. Dat leidt tot grote administratieve lasten en bemoeilijkt de contractonderhandelingen. Het draagt ook niet bij aan het verbeteren van de behandelkwaliteit in de ggz. Voor het afsluiten van contracten op inhoud is overeenstemming tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig over wat kwalitatief goede zorg is. Wij roepen partijen op om de kwaliteitsstandaarden zo snel mogelijk te implementeren. Dan wordt het volgens ons gemakkelijker om afspraken te maken over de inhoud van zorg en gaan de administratieve lasten van de contactering ook omlaag.

Naar aanleiding van de vorige monitor is op initiatief van ZN en branchepartijen van zorgaanbieders een werkgroep contractering ggz ingesteld. Doel hiervan is om de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord concreet te maken. Dit is een positieve ontwikkeling en wij zijn blij met dit initiatief. De werkgroep is vanaf het najaar 2019 aan het werk en wij hopen dat hun inspanningen op korte termijn leiden tot vooruitgang rondom het contracteren in de ggz.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Stappen gezet

Zorgverzekeraars hebben zeker stappen gezet om het contracteren aantrekkelijker te maken. Die stappen lijken vooral gericht op de vrijgevestigde zorgaanbieders en bedoeld om de administratieve lasten te verlagen. De zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld zien dat echter nog niet altijd zo. Wij vragen van zorgverzekeraars dat zij doorgaan op deze weg en daarbij met zorgaanbieders in overleg blijven om te bekijken waar verbeteringen mogelijk zijn.

Reden om niet te contracteren

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders noemen dezelfde redenen om niet te contracteren als bij de eerdere monitor.

Voor zorgverzekeraars: dat er in de regio al voldoende is gecontracteerd, het type zorg dat de zorgaanbieder biedt, en dat de kwaliteit van de zorgaanbieder volgens de zorgverzekeraar onder de maat is.

Voor de zorgaanbieders: dat er geen overeenstemming is over de tarieven, vervolgens het omzetplafond, geen overeenstemming over andere contractvoorwaarden en tot slot de administratieve lasten.

Onder welke omstandigheden willen zorgaanbieders die nu niet contracteren dat wel doen?

Voor zorgaanbieders gaat het om goede tarieven, geen of hogere/meer flexibele omzetplafonds, meer uniformering van contracten en de daarin gestelde eisen (minder administratieve lasten) en een betere bereikbaarheid. Ook willen ze (vooral instellingen) dat er meer naar hun specifieke situatie wordt gekeken: meer praten over inhoud, innovatie, over de patiënt, over kwaliteit. Voor vrijgevestigde zorgaanbieders is het belangrijk dat er geen risico is op terugvorderingen (waardoor ze het gevoel hebben 'gratis' te werken). Zorgaanbieders zien graag een meer positieve benadering, waarin een open gesprek en onderhandeling mogelijk zijn.

Transparantie over ongecontracteerde zorg

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn zich bewust van hun plicht om de patiënt goed te informeren over ongecontracteerde zorg.

Een deel van de zorgaanbieders vindt dat de informatie van de zorgverzekeraar over ongecontracteerde zorg niet goed is en vooral dat die neutraler moet zijn. Partijen moeten de contracten tijdig afsluiten, zodat de verzekerde een geïnformeerde keuze kan maken.

Zorgaanbieders vinden ook dat de reden waarom er (nog) geen contract is op de website zichtbaar moet zijn. Bijvoorbeeld omdat de onderhandelingen nog lopen of dat er geen overeenstemming is over het omzetplafond.

De informatie over de consequenties van het niet contracteren moet beter te vinden en duidelijker zijn: wat zijn de vergoedingen in euro's en wat moet de verzekerde dan zelf bijbetalen.

Hoe nu verder?

Wij denken dat een positieve benadering en samenwerking nodig is om de complexe vraagstukken, bijvoorbeeld over wat kwalitatief goede zorg is, te kunnen oplossen. De implementatie van de kwaliteitsstandaarden die zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk hebben vastgesteld, helpt om concrete afspraken te maken over goede zorg. Dan kan men contracten afsluiten die bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de juiste zorg op de juiste plek én die gebaseerd zijn op onderling vertrouwen.

Positief is dat branchepartijen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een werkgroep hebben opgericht die de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord concreet gaat maken. De werkgroep kan de informatie van vrijgevestigden en instellingen over het contracteren en de aanbevelingen uit deze monitor meenemen in het bepalen van de acties. Wij hopen dat hun inspanningen er op korte termijn toe leiden dat er verdere vooruitgang komt rondom het proces van contracteren en vooral ook de inhoud van de contracten.

5 Bijlage: Bronnen en methoden

Voor deze monitor hebben we gebruik gemaakt van 5 verschillende stromen van informatie. De eerste twee bestaan uit de antwoorden op vragenlijsten van 1) zorgaanbieders en 2) zorgverzekeraars. Deze vragenlijsten vormen de belangrijkste informatiebronnen voor de monitor. Daarnaast hebben we in deze monitor veel aandacht besteed aan het proces van bijcontracteren. De andere 3 informatiestromen betreffen de bijcontractering. Allereerst hebben we 3) het beleid van de zorgverzekeraars voor bijcontractering uitgevraagd, daarnaast hebben we opgevraagd 4) hoeveel aanvragen tot bijcontractering, aantal en bedrag, de zorgverzekeraars hebben ontvangen en toegekend. Als laatste hebben we 5) telefonische interviews afgenomen met de zorgverzekeraars en een steekproef van zorgaanbieders die in 2019 een verzoek tot bijcontracteren hebben gedaan.

Respons vragenlijsten

De vragenlijsten zijn via de brancheverenigingen en de social-mediakanalen van de NZa uitgezet. De brancheverenigingen hebben de vragenlijst doorgestuurd en/of opgenomen in hun nieuwsbrieven aan de leden met het verzoek deze in te vullen. Daarnaast hebben we de vragenlijsten voor de zorgverzekeraars via ZN verspreid. Respondenten kregen 6 weken om de vragenlijst in te vullen, dat was 2 weken langer dan vorig jaar.

De respons onder de zorgverzekeraars is vergelijkbaar met vorig jaar. We hebben antwoorden ontvangen van de 4 grote zorgverzekeraars, 1 label van een grote zorgverzekeraar, 2 kleinere zorgverzekeraars en een inkoopcombinatie van 3 kleinere zorgverzekeraars. Aangezien de antwoorden van deze inkoopcombinatie gelden voor alle 3 de zorgverzekeraars, is deze als 1 zorgverzekeraar geteld. Deze 8 zorgverzekeraars vertegenwoordigen het leeuwendeel van de zorgverzekeringmarkt.

Onder instellingen is de respons met 48 respondenten iets hoger dan voor de monitor contractering 2019 (44 respondenten). Respondenten hebben hun geschatte omzet (uit Zvw) opgegeven in de vragenlijst. Het bereik van de vragenlijst onder vrijgevestigde ggz-zorgaanbieders is aanzienlijk lager dan in de monitor contractering ggz 2019. Slechts 71 zorgaanbieders hebben de vragenlijst ingevuld (331 in 2019). Het is daarom vermoedelijk geen representatieve doorsnede van alle vrijgevestigde zorgaanbieders en er kan een selectie-bias zijn. Door de magere respons kunnen we de antwoorden van vrijgevestigde zorgaanbieders slechts als signaal nemen en kunnen we geen breed geldende conclusies trekken. Wij gaan met de brancheorganisaties in gesprek om de redenen van de tegenvallende respons te onderzoeken en hopelijk een groter bereik te realiseren in 2021. Het totaal van de (geschatte) omzet van de respondenten is rond de €2.3 miljard en dekt daarmee rond 60% van de gehele ggz-sector. We weten dat grotere instellingen vrijwel al hun omzet realiseren uit contracten; de kleinere instellingen [realiseren een klein deel van de omzet zonder contract](#).

Aantallen ingevulde vragenlijsten

	Aantal respondenten 2019	Aantal respondenten 2020
Instellingen	44	48
Vrijgevestigde zorgaanbieders	331	71
Zorgverzekeraars	9	8

Bron: Vragenlijsten zorgaanbieders en zorgverzekeraars

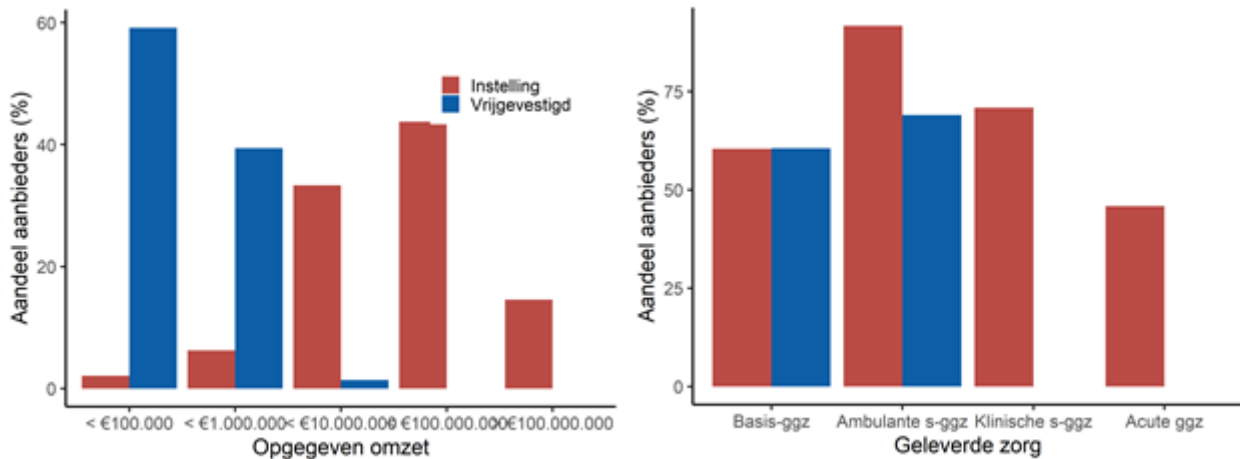
Achtergrond respondenten

Wij hebben enkele vragen over de achtergrond van de (zorgaanbieder-)respondenten gesteld om een beter beeld te krijgen van het type respondenten. We zien zoals verwacht dat vrijgevestigde respondenten vrijwel allemaal een omzet kleiner dan €1.000.000 schatten, en het grootste deel minder dan €100.000.

Instellingen hebben veelal een hogere omzet, met het zwaartepunt tussen €10.000.000 en €100.000.000 euro.

Vrijgevestigde respondenten bieden in de meeste gevallen ofwel basis-ggz ofwel ambulante s-ggz, waarbij ongeveer 15% beide levert. De meeste instellingen bieden meerdere zorgsoorten aan, waarbij vooral opvalt dat een groot deel (45%) ook acute ggz biedt.

Achtergrond aanbieders



Bron: Vragenlijst zorgaanbieders

Het merendeel van de respondenten heeft voor contractjaar 2020 een contract met één of meerdere zorgverzekeraars (rond 80% voor zowel instellingen als vrijgevestigde respondenten). Wat opvalt, is dat vrijwel alle vrijgevestigde respondenten die contracten wilden deze ook hebben afgesloten. 18% van de respondenten heeft aangegeven dat ze met geen enkele verzekeraar een contract hebben en er ook geen zouden willen. Daarnaast valt op dat een aanzienlijk deel (23%) van de responderende instellingen (nog) geen contract heeft en dat wel zou willen. Deze uitkomst verbaast, gezien de hoge contracteergraad onder instellingen. Het betreft vooral grote instellingen en kan te maken hebben met de invoering van de nieuwe bekostiging van de acute ggz. Een andere mogelijke verklaring is dat het contracteren voor 2020 moeizaam verlopen is en dat de vragenlijsten zijn ingevuld rond de jaarwisseling, zodat de contractonderhandelingen voor veel zorgaanbieders op dat moment nog niet afgesloten waren.