



# Monitor contracting

ggz

2022

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Het belang van contractering	6
1.2	Naar een integraal hoofdlijnenakkoord	6
1.3	Monitor 2019-2022	6
1.4	Ander onderzoek naar de contractering in de ggz	6
<b>2</b>	<b>Onderzoek</b>	<b>7</b>
2.1	Methode	7
2.2	Respondenten	7
2.3	Representativiteit	7
<b>3</b>	<b>Contractering in de ggz</b>	<b>8</b>
3.1	Redenen om (g)een contract af te sluiten	8
3.2	Invloed van zorgaanbieders op de inhoud van het contract	9
<b>4</b>	<b>Contractjaar 2021</b>	<b>10</b>
4.1	Omzetplafonds	10
4.2	Bijcontractering	10
4.3	Patiëntenstop en wachtlijsten	11
<b>5</b>	<b>Contractjaar 2022</b>	<b>13</b>
5.1	NZa regelgeving	13
5.2	Contracteren 2022	13
5.3	Proces van zorg in- en verkoop 2022	14
5.4	Inhoud van de zorg	17
5.5	Samenwerking in de regio (instellingen)	19
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>20</b>

# Managementsamenvatting

In het hoofdlijnenakkoord 2019 – 2022 is afgesproken dat de NZa de ontwikkeling van de contractering in de ggz monitort. Vanwege het aflopen van het hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022 is dit de laatste monitor van de contractering in de ggz in de huidige vorm. Ondertussen is in de zorg een brede beweging naar passende zorg op gang gekomen, over de grenzen van de verschillende zorgvormen heen. Ook in de ggz, waar de wachttijden al jaren lang zijn, is het van groot belang dat aanbieders en verzekeraars samenwerken om patiënten tijdig passende ggz zorg te bieden. In het regeerakkoord kondigt het kabinet aan dat het vanaf 2023 met alle zorgsectoren in de Zvw een integraal hoofdlijnenakkoord wil sluiten. Dit kan bijdragen aan een integrale benadering van sector-overstijgende vraagstukken. Ook voor de ggz betekent dit dat aanbieders, zorgprofessionals en verzekeraars waar nodig met andere partijen afspraken moeten maken over kwaliteit, samenwerking in de regio, digitalisering en preventie. De contractering, liefst op basis van meerjarenafspraken, blijft daarin een belangrijk instrument. Vanuit de NZa blijven we de contractering dan ook monitoren.

## *Totstandkoming van deze monitor*

De monitor 2022 is gebaseerd op informatie uit de vragenlijsten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben ingevuld. Die is aangevuld met informatie uit de analyses van ggz-contracten die aanbieders en verzekeraars voor 2022 hebben afgesloten. We hebben de uitvraag voor deze monitor gedaan in februari en maart, toen er nog veel contractonderhandelingen liepen. De respons op de vragenlijst was daarom misschien ook lager dan voorgaande jaren. Van de instellingen vulden 52 de vragenlijst in, naast 77 vrijgevestigde zorgaanbieders. De gezamenlijke jaaromzet 2021 in de Zorgverzekeringswet van de instellingen die de vragenlijst hebben ingevuld omvat met 1,1 miljard euro maar 30% van de omzet in de sector. Vorig jaar was dat 60%. Een aantal grote instellingen heeft de vragenlijst bovendien niet ingevuld.

Van de zorgverzekeraars hebben 8 van de 10 de vragenlijst ingevuld. Omdat partijen over een deel van de contracten nog onderhandelden, is de informatie uit de contracten niet compleet. Het is van belang om er bij het lezen van dit rapport rekening mee te houden dat het onderzoek niet representatief is voor de hele ggz. We zullen de lezer daar in het verdere verloop van deze monitor nog enkele malen aan herinneren. Toch bevat het rapport volgens ons voldoende aanknopingspunten tot verbetering van het proces en de inhoud van de contracten.

## *Invoering zorgprestatie model*

2022 was en is in de ggz een spannend jaar, zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars. Zij hebben eerst samen met veel energie en betrokkenheid de invoering van het zorgprestatie model per 1-1-2022 gerealiseerd. In het eerste jaar waarin zij binnen dit nieuwe model contracten sluiten spelen een aantal onzekerheden een rol. De regelgeving is nieuw en levert op sommige punten discussies op. Ook speelt zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders mee dat de effecten van het zorgprestatie model nog onduidelijk zijn. Die onzekerheid leidde in de aanloop naar het zorgprestatie model al tot het afnemen van het aantal meerjarenafspraken. Uit ons onderzoek blijkt dat aanbieders en verzekeraars – zoals verwacht - voor 2022 bijna geen meerjarencontracten hebben afgesloten.

Het contracteerproces is door een aantal factoren later op gang gekomen. Een daarvan was dat er nog geen overeenstemming was over enkele belangrijke punten in de regelgeving. Dertien procent van de respondenten noemt het zorgprestatie model als reden om geen contract af te sluiten. Maar dat is altijd in combinatie met een aantal andere redenen zoals de tarieven, of principiële redenen.

We hebben ook gevraagd naar specifieke implementatie-afspraken in de contracten. Zoals de transitievergoeding, bevoorschotting en de bekostiging van de inzet van specifieke beroepen en omzetplafonds. Het grootste deel van de instellingen dat de vragenlijst invulde, heeft daarover een 'neutrale' mening of is er tevreden over. Over de hoogte van het omzetplafond voor 2022 is het grootste deel van de respondenten neutraal tot tevreden. Dat stemt niet overeen met signalen die we krijgen vanuit de brancheverenigingen. Zij spreken van onvrede over de omzetplafonds, vooral bij vrijgevestigde zorgaanbieders.

### *Proces van (bij)contracteren en redenen om (niet) te contracteren*

In eerdere monitors meldden we positieve ontwikkelingen in het proces en het beleid rondom (bij)contracteren en de uniforme opbouw van contracten. In deze monitor blijkt de bereikbaarheid van zorgverzekeraars en het beantwoorden van vragen nog steeds een aandachtspunt.

De redenen om niet te contracteren zijn grotendeels vergelijkbaar met eerdere jaren. Voor zorgaanbieders zijn de geboden tarieven en omzetplafonds de belangrijkste reden om geen contract af te sluiten of om ontevreden te zijn. Bij alle zorgaanbieders, maar vooral bij vrijgevestigden, speelt mee dat zij bang zijn voor terugvorderingen als zij over het omzetplafond heen gaan. Wellicht verandert dat met de invoering van het zorgprestatie model waarin de termijnen voor de declaratie van zorg korter zijn. Als redenen om wél contracten af te sluiten noemen zorgaanbieders vooral dat dat voor hun patiënten gemakkelijker is, en dat zij meer financiële zekerheid hebben voor hun praktijk/instelling.

Als we kijken naar het proces van contracteren voor 2022 zijn zorgaanbieders vaak ontevreden over de tijdigheid van het sluiten van de contracten. De aanbieders die onderhandelen over hun contract hebben daar het meeste last van gehad. Digitaal contracterende instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders minder. De ontevredenheid over het gebrek aan maatwerk is bij digitaal contracterende instellingen en vrijgevestigde aanbieders net als in voorgaande jaren, groter dan bij de instellingen die onderhandelen.

### *Tarieven, omzetplafond, bijcontractering en patiëntenstops*

De NZa stelt maximum tarieven vast die gemiddeld kostendekkend zijn, met de mogelijkheid om daar bovenop een max-maxtarief af te spreken. Zorgverzekeraars kunnen van de tarieven naar beneden toe afwijken. Wij verwachten niet dat de onvrede over tarieven en omzetplafonds helemaal weg te nemen is. Maar het kan wel helpen als er meer transparantie is over het proces, zorgverzekeraars het geboden tarief degelijk onderbouwen en een gesprek met de aanbieder voeren over het geboden tarief.

Alle zorgverzekeraars op één kleine zorgverzekeraar na, werkten in 2021 met omzetplafonds. Het is wisselend met welke doelgroep zorgverzekeraars plafondafspraken maakten. Een aantal deed dat niet voor vrijgevestigde zorgaanbieders, of alleen voor vrijgevestigde zorgaanbieders die specialistische ggz bieden. Sommige zorgverzekeraars hadden alleen plafondafspraken met een aantal grotere zorgaanbieders. De geënquêteerde instellingen geven aan dat zij in een derde van de contracten voor 2021 tegen een afgesproken omzetplafond aanliepen. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders die aan het onderzoek meededen was dit bij ruim tien procent van de contracten. Het verschilt wel per zorgverzekeraar. Daarbij wijzen we er op dat de respons op de vragenlijst gering was en dat veel respondenten de detailvragen niet (volledig) hebben ingevuld. Waar mogelijk zullen we de resultaten terugkoppelen naar de individuele zorgverzekeraars.

### *Inhoudelijke afspraken 2022*

Ruim 20% van de instellingen geeft aan dat zij in de contracten afspraken hebben gemaakt over inhoudelijke onderwerpen als passende zorg, kwaliteit van zorg en digitale zorg. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders gebeurt dat een stuk minder. Een kleiner deel van de instellingen maakt afspraken over innovatie. Over preventie maken zij maar zelden afspraken. Van de 52 instellingen die de vraag over samenwerking met het sociaal domein (Jeugdwet) en WMO beantwoordden, geeft de helft aan dat zij hierover afspraken hebben gemaakt.

In de (digitale) contracten zien wij regelmatig detailafspraken over passende zorg, kwaliteit van zorg en digitale zorg. We hebben partijen eerder aanbevolen om afspraken te maken over licht verstandelijk beperkte patiënten, het verbeter signalement PTSS en psychose. Dat zien we incidenteel terug in de contracten. Net als samenwerking met andere sectoren en samenwerking over bekostigingsschotten heen. We zien nog te weinig dat het expliciet benoemd wordt. Samenwerkingsafspraken over bijvoorbeeld preventie, experimenten en de Juiste Zorg Op de Juiste Plek maken partijen vaak in de vorm van allianties en convenanten die niet in de contracten terug te vinden zijn.

Om de beweging naar passende zorg zo efficiënt mogelijk te maken, willen we voorkomen dat partijen het wiel steeds opnieuw moeten uitvinden. Wij roepen daarom op om goede voorbeelden vaker te delen. Het zou goed zijn als er een overzicht is van alle (regionale) initiatieven op het gebied van onder andere passende zorg, preventie en innovatie en samenwerking over de schotten heen. Dat is er nu

niet. Naar onze mening kan passende zorg en effectieve samenwerking tussen partijen sneller vorm krijgen als zij systematisch informatie uitwisselen over wat wel en niet werkt. De NZa zal waar mogelijk bijdragen aan de verspreiding van deze goede initiatieven.

Net als vorig jaar doet de NZa een dringende oproep om deze afspraken in de contracten vast te leggen. Een aantal partijen stelt opnieuw dat het belangrijk is dat zij afspraken ergens vastleggen, maar dat die niet per se in de contracten hoeft te zijn. Wij zien een contract als bindend voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Daarom hechten wij er waarde aan dat ook als partijen afspraken vastleggen in een convenant, dat convenant integraal onderdeel wordt van het contract.

#### *Wachttijden*

Afspraken rondom wachttijden staan vaak wel in de contracten. Een effect daarvan op de wachtlijsten is echter nog niet zichtbaar. Dat kan aan de inhoud van de afspraken liggen, maar wellicht ook aan de mate waarin partijen zich aan die afspraken houden. Ook het gebruikmaken van regionale transfermechanismen zien we terug in een aantal contracten. Uit de vragenlijsten blijkt dat niet alle respondenten bekend zijn met het bestaan hiervan. Er ligt een taak bij de zorgverzekeraars om hieraan meer bekendheid te geven en het gebruik van deze transfermechanismen in alle relevante contracten op te nemen.

*Samenvattend* spelen in 2022 deels nog steeds dezelfde issues als in 2019.

Het gaat daarbij om ontevredenheid over omzetplafonds en bijcontractering, en over de tarieven. De bereikbaarheid van zorgverzekeraars blijft een aandachtspunt, zeker voor zorgaanbieders die digitaal moeten contracteren. Er zijn ook verbeteringen te zien, zowel op proces als op inhoud. Nu is het zaak dit te versnellen en te intensiveren.

We hebben er begrip voor dat de invoering van het zorgprestatieproces de afgelopen periode veel aandacht en tijd heeft gevraagd van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De komende jaren is het nodig dat partijen vooral op het punt van passende zorg meer afspraken vastleggen en dat zij afspraken maken die daadwerkelijk helpen om de wachttijden te verlagen. De NZa blijft daarop toezien, onder meer door jaarlijks de gesloten contracten op te vragen. Wij zullen specifiek monitoren op afspraken over passende zorg en wachttijden. Daarbij is het van belang dat partijen die afspraken ook omzetten in concrete daden. Pas dan zal de voorzichtige beweging die we nu zien daadwerkelijk leiden tot meer passende zorg in de ggz en bijdragen aan het meer tijdig leveren van zorg, dus kortere wachttijden.

# 1 Inleiding

## 1.1 Het belang van contractering

Het is belangrijk dat partijen contracten sluiten, want daarin kunnen ze afspraken maken die er aan bijdragen dat de zorg van goede kwaliteit is en toegankelijk en betaalbaar blijft. Het gaat dan bijvoorbeeld om afspraken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de vraag of zorg op de juiste plaats plaatsvindt.

## 1.2 Naar een integraal hoofdlijnenakkoord

Vanwege het aflopen van het hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022 is dit de laatste monitor van de contractering in de ggz in de huidige vorm. De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging over de grenzen van de verschillende zorgvormen heen. In het regeerakkoord staat dat vanaf 2023 met alle zorgsectoren in de Zvw een integraal hoofdlijnenakkoord afgesloten wordt. Dit kan bijdragen aan een integrale benadering van sector-overstijgende vraagstukken. De monitor contractering ggz maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap, deel uit van een integrale blik, die nog nader wordt uitgewerkt. De verschillende thema's als contractering, kwaliteit, samenwerking in de regio, digitalisering en preventie hebben daar een plek in.

## 1.3 Monitor 2019-2022

In de eerste twee monitors hebben we ons vooral gericht op (het verbeteren van) het proces van (bij)contracteren. Partijen zijn aan de slag gegaan om verbeteringen op dit punt te realiseren. In 2021 zijn we meer naar de inhoud van de contracten gaan kijken. Contracteren is immers geen doel op zich, maar een middel om te zorgen voor kwalitatief goede en doelmatige zorg. In deze monitor 2022 komen zowel het proces van (bij)contracteren, patiëntenstop, omzetplafonds e.d. als ook de inhoud van de contracten aan de orde. De informatie is gebaseerd op de vragenlijsten die de zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ingevuld, aangevuld met analyse van gesloten contracten.

De vragenlijst 2022 levert op een aantal punten met betrekking tot het proces en het wel/niet contracteren vergelijkbare informatie op als eerdere jaren. We hebben het dan bijvoorbeeld over de redenen die respondenten noemen om niet te contracteren, of knelpunten in de bereikbaarheid of met betrekking tot het beantwoorden van vragen. De mogelijkheid om conclusies te trekken over ontwikkelingen over de jaren heen is beperkt, omdat de vragen niet steeds (exact) hetzelfde waren, en ook vanwege de sterk wisselende respons op de vragenlijst.

## 1.4 Ander onderzoek naar de contractering in de ggz

Er is de afgelopen tijd meer onderzoek gedaan naar contractering in de ggz. Vektis heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de (niet) gecontracteerde ggz 2016-2019. Ook is het afgelopen jaar door Significant een kwalitatief onderzoek gedaan naar (niet)gecontracteerde ggz in drie diagnosecategorieën.



## 2 Onderzoek

### 2.1 Methode

We hebben op twee manieren informatie verzameld. In de eerste plaats hebben we een vragenlijst uitgezet bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast hebben we gesloten contracten opgevraagd en geanalyseerd. We hebben dat gedaan aan de hand van enkele parameters die aansluiten bij de onderwerpen van de vragenlijst.

### 2.2 Respondenten

Acht van de tien zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld. De respons bij instellingen is lager dan vorig jaar, (52 tegenover 68 vorig jaar), en een aantal grote instellingen heeft de vragenlijst niet ingevuld. Iets meer dan de helft van de instellingen heeft 'fysiek' onderhandeld over het contract, iets minder dan de helft heeft een helemaal digitaal gesloten contract. De respons bij de vrijgevestigde zorgaanbieders is flink lager (77 tegenover 265) dan vorig jaar. We hebben de onvolledig ingevulde vragenlijsten niet meegeteld. De zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld, geven aan dat ze samen in 2021 ongeveer € 1,3 miljard euro (tegenover 2,4 miljard vorig jaar) omzet in de ggz uit de Zorgverzekeringswet hadden. Dat is ongeveer 30% van de totale omzet van de sector, flink lager dan het vorig jaar. De vragenlijst voor vrijgevestigde aanbieders is vooral ingevuld door GZ-psychologen en psychotherapeuten en in mindere mate door klinisch psychologen en psychiaters. Het aantal GZ-psychologen en psychotherapeuten is te klein om betrouwbare uitspraken te kunnen doen en om te kunnen beoordelen of er tussen deze beroepsgroepen relevante verschillen zijn in de beantwoording van de vragen.

### 2.3 Representativiteit

De respons op de vragenlijst is wat betreft de vrijgevestigde zorgaanbieders niet representatief. Van de instellingen heeft weliswaar een aanzienlijk deel de vragenlijst ingevuld, maar een aantal grote zorgaanbieders ontbreken, en de respondenten vertegenwoordigen maar een beperkt deel van de omzet in de ggz. Wat betreft de analyse van de contracten: de contractering 2022 in de ggz is nog niet afgesloten. Weliswaar heeft de NZa een aanzienlijk deel van de contracten inmiddels wel ontvangen, maar er ontbreken vooral nog contracten met grote instellingen omdat die nog niet gesloten waren. De data zijn dus niet compleet. Net als eerdere jaren zijn de resultaten dus indicatief, ze geven een beeld van hoe de respondenten tegen het contracteren aankijken en geven weer welke onderwerpen m.b.t. passende zorg, kwaliteit, digitale zorg, preventie en innovatie in de door ons geanalyseerde contracten terug te vinden zijn.

### 3 Contractering in de ggz

In het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 staat het stimuleren van contracteren en vooral het terugdringen van niet-gecontracteerde zorg 'daar waar het aantoonbaar niet-doelmatige zorg betreft' centraal. Tot 2019 was er in de ggz in toenemende mate sprake van niet-gecontracteerd werken. Inmiddels geven de laatste cijfers van Vektis aan, dat in 2019 de stijging van de niet-gecontracteerde zorg tot stilstand is gekomen. Het is nog te vroeg om te bepalen of dit een keerpunt in de ontwikkeling betreft, dat zullen we de komende jaren zien.

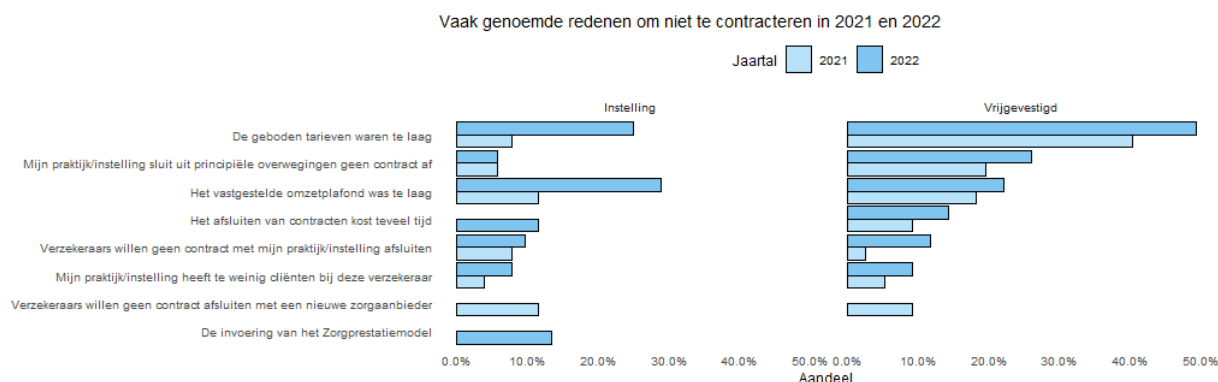
#### 3.1 Redenen om (g)een contract af te sluiten

De belangrijkste redenen om *wel* een contract af te sluiten zijn wat de zorgaanbieders betreft de duidelijkheid en betaalbaarheid voor de patiënt, gevolgd door zekerheid voor de praktijk/instelling. Daarnaast spelen tevredenheid over het tarief en goede ervaringen met de zorgverzekeraar een rol.

In figuur 1 is te zien, dat de redenen om juist *niet* te contracteren hetzelfde zijn als in eerdere jaren, namelijk vooral het omzetplafond en ontevredenheid over het tarief. In de vragenlijst 2022 hebben we enkele redenen toegevoegd ten opzichte van eerdere jaren, namelijk dat verzekeraars geen contract willen afsluiten met een nieuwe zorgaanbieder, en de invoering van het zorgprestatie model. Voor deze twee redenen is dus geen informatie over 2021 aanwezig. Bij instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders wordt het tarief vaker genoemd dan vorig jaar. Bij instellingen is het percentage dat het omzetplafond te laag vond, gestegen ten opzichte van 2021. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders wordt in de open antwoorden ook relatief vaak benoemd, dat men beducht is voor terugvorderingen en daarom van een contract afziet. 6% van de instellingen en 26% van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft aan dat zij om principiële redenen geen contract afsluiten. De implementatie van het zorgprestatie model wordt door 13% van de responderende instellingen wel genoemd als reden om geen contract af te sluiten, maar dat is altijd in combinatie met een aantal andere redenen (zoals tarieven, principiële redenen e.d.).

12% van de instellingen en 9% van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft aan dat zorgverzekeraars met hen als nieuwe zorgaanbieder geen contract willen sluiten. De zorgverzekeraars geven aan dat het zowel bij nieuw toetredende zorgaanbieders als bij bestaande zorgaanbieders voorkomt dat een contractverzoek wordt afgewezen. Genoemde redenen door de zorgverzekeraars zijn twijfel aan doelmatigheid, kwaliteit of integriteit, geen overeenstemming over de tarieven, of al voldoende zorg ingekocht.

**Figuur 1. Redenen van respondenten om geen contract af te sluiten voor 2021 en 2022**



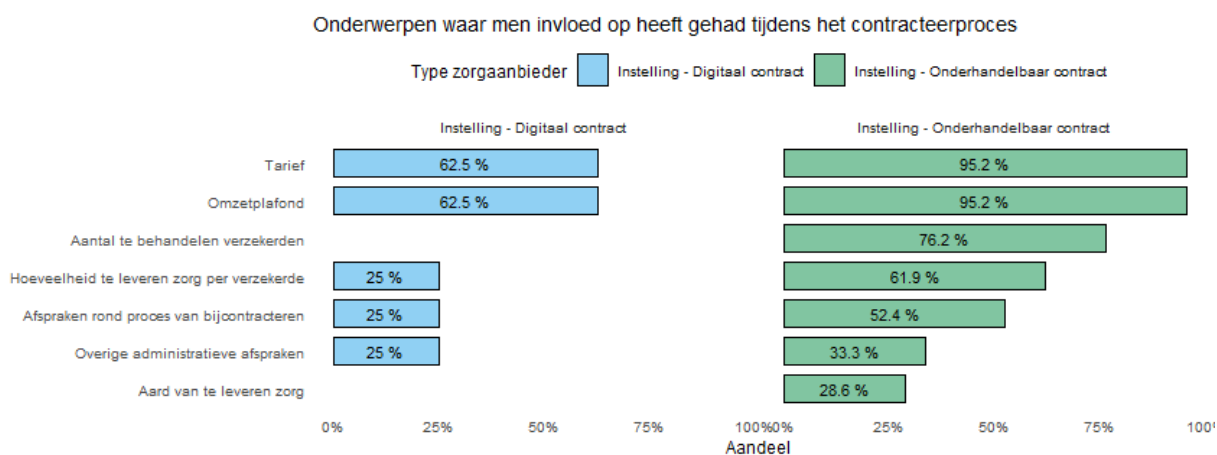


## 3.2 Invloed van zorgaanbieders op de inhoud van het contract

Vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat zij geen invloed hebben gehad op de inhoud van het contract met de zorgverzekeraars.

21 van de 28 instellingen die onderhandelden over hun contract vulden deze vraag in en geven aan dat zij bij een aantal contracten wel invloed hebben gehad op de inhoud. Het gaat daarbij vooral om het tarief, het omzetplafond, het aantal patiënten en de aard en hoeveelheid van de te leveren zorg. Van de 24 digitaal gecontracteerde instellingen hebben de acht instellingen die deze vraag hebben ingevuld zoals verwacht in mindere mate invloed gehad op de inhoud van de contracten.

**Figuur 2. Invloed van zorgaanbieders op inhoud contract (% van aantal contracten)**

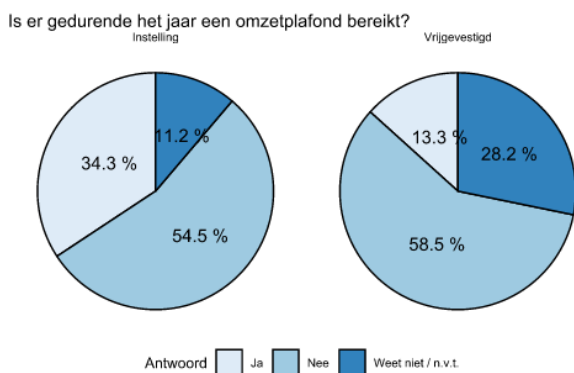


## 4 Contractjaar 2021

### 4.1 Omzetplafonds

Alle zorgverzekeraars op één kleine zorgverzekeraar na, werkten in 2021 met omzetplafonds. Een aantal deed dat niet voor vrijgevestigde zorgaanbieders, of alleen voor vrijgevestigde zorgaanbieders die specialistische ggz boden. Sommige zorgverzekeraars hadden alleen plafondafspraken met een aantal grotere zorgaanbieders. De geënquêteerde instellingen geven aan dat zij in een derde van de voor 2021 afgesloten contracten tegen een afgesproken omzetplafond zijn aangelopen. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders die aan het onderzoek meededen was dit bij ruim tien procent van de contracten. Het verschilt wel per zorgverzekeraar. Waar mogelijk zullen we de resultaten terugkoppelen naar de individuele zorgverzekeraars.

**Figuur 3. Deel van de contracten waarbij omzetplafond is bereikt**



### 4.2 Bijcontractering

Als een bepaalde zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt, kan door doorverwijzing, terugverwijzing naar de huisarts of zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar een patiënt alsnog tijdig en goed geholpen worden. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor dat dit proces goed verloopt. Als er in een regio te weinig zorgcapaciteit is ingekocht kan bijcontractering nodig zijn.

#### Redenen bijcontractering

Door de respondenten zijn in 2021 65 verzoeken tot bijcontractering ingediend, door 30 instellingen en 10 vrijgevestigde zorgaanbieders. De gegeven reden voor zo'n verzoek is zowel bij de specialistische ggz als bij de basis-ggz dat er meer patiënten zijn en bij de instellingen in iets mindere mate ook patiënten met complexere problematiek.

Met uitzondering van drie kleine zorgverzekeraars hebben alle zorgverzekeraars in 2021 te maken gehad met bijcontractering. Als belangrijkste reden daarvoor geven ook de zorgverzekeraars aan dat er meer patiënten waren en verder ook patiënten met meer complexe problematiek.

#### Doorlooptijd van een verzoek tot bijcontractering

Vaak is de doorlooptijd 1 tot 3 maanden, soms langer. Die termijn is in de loop der jaren (2019-2022) niet of nauwelijks korter geworden. Dat zit deels in het proces bij de zorgverzekeraars, maar die geven ook aan dat de tijdige aanlevering van de juiste gegevens door de zorgaanbieder soms te wensen overlaat. Tijdig aan de bel trekken is volgens zorgverzekeraars vooral bij vrijgevestigde zorgaanbieders

een issue. De tevredenheid over een aantal aspecten van de bijcontractering is wisselend. We zullen de uitkomsten hiervan meenemen in onze gesprekken met de individuele zorgverzekeraars.

### Aantallen verzoeken bijcontractering

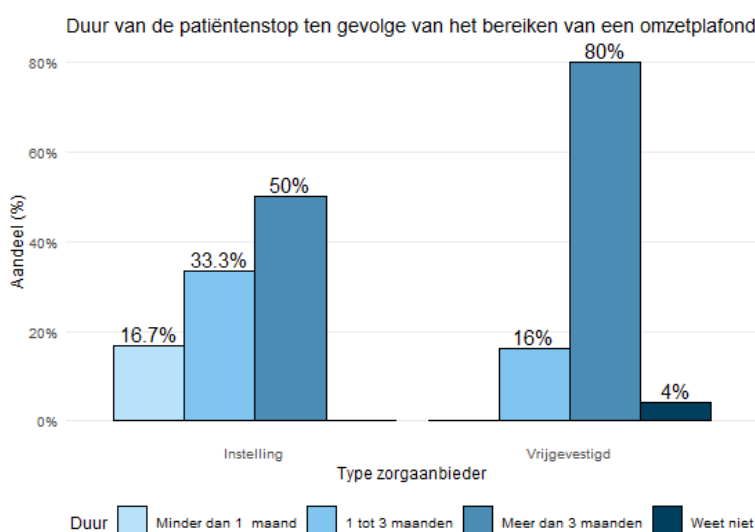
Een viertal zorgverzekeraars heeft ons informatie gegeven over het aantal verzoeken tot bijcontractering dat zij in 2021 hebben ontvangen. Daarbij zien we dat van de 225 verzoeken van vrijgevestigde zorgaanbieders 36% is gehonoreerd en van de 121 verzoeken van instellingen 68%. Dit proces brengt volgens ons voor beide partijen een aanzienlijke hoeveelheid werk met zich mee. Een enkele zorgverzekeraar zegt dat ze nog bezig zijn om de aanvragen voor bijcontractering 2021 te verwerken. Bijcontracteren is naar onze mening tot op zekere hoogte onvermijdelijk. Gezien de hoeveelheid werk die het proces voor beide partijen met zich meebrengt, loont het om het omzetplafond met veel zorg vast te stellen, en daardoor bijcontractering te vermijden. Waar dit vermijden niet kan, is het voor zorgaanbieders en cliënten van groot praktisch belang dat dit proces spoedig wordt doorlopen, niet alleen voor de patiënten, maar ook voor het vasthouden van schaars personeel.

## 4.3 Patiëntenstop en wachtlijsten

### Patiëntenstop ten gevolge van het bereiken van het omzetplafond

Van de 87 gevallen waarbij zorgaanbieders aangaven dat ze het omzetplafond in een contract hadden bereikt, is bij 37 (43%) van die contracten om die reden een patiëntenstop ingesteld. Dit is bij 9 instellingen (17%) gebeurd en bij 16 vrijgevestigde zorgaanbieders (21%). Sommige aanbieders hebben dus in meerdere contracten een omzetplafond bereikt. Figuur 4 geeft weer hoe lang deze patiëntenstop duurde.

**Figuur 4. Duur van de patiëntenstop t.g.v. bereiken omzetplafond**



In de algemene bepalingen van de contracten is opgenomen, dat zorgaanbieders de zorgverzekeraar moeten informeren als de continuïteit van zorg wordt bedreigd, meer specifiek ook als er grote wijzigingen zijn in het zorgaanbod. Zorgverzekeraars zouden dus op de hoogte moeten zijn als er een patiëntenstop wordt ingesteld door een zorgaanbieder. Slechts één zorgverzekeraar geeft aan hier informatie over te hebben. Twee andere grote zorgverzekeraars geven aan dat het onbekend is of er vanwege het bereiken van het omzetplafond een patiëntenstop is ingesteld bij zorgaanbieders en de overige zeggen dat er geen sprake was van een patiëntenstop om die reden. We constateerden al in eerdere monitors dat zorgverzekeraars hier kennelijk weinig informatie over hebben. Of dit komt doordat de zorgaanbieders de patiëntenstop niet melden, of doordat de zorgverzekeraars de meldingen niet duidelijk in hun administratie verwerken is niet duidelijk. Het is belangrijk om deze informatie op orde te hebben, zodat zorgbemiddeling beter kan plaatsvinden.

Het feit dat zorgaanbieders een patiëntenstop hebben ingesteld, betekent niet per se dat patiënten niet geholpen worden. Door verwijzing naar andere zorgaanbieders dan wel via zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar kan het goed zijn dat patiënten tijdig geholpen worden, als er in de regio voldoende zorg is ingekocht.

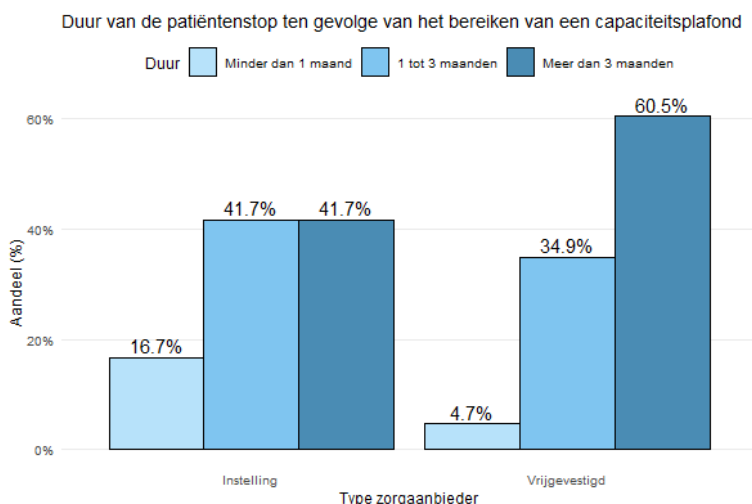
We zagen de afgelopen jaren dat vrijgevestigde zorgaanbieders bij een patiëntenstop vaak doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder, of terugverwijzen naar de huisarts. Dit jaar zien we dat instellingen patiënten het vaakste op de wachtlijst plaatsen, bijvoorbeeld als zij een wachttijd van enkele weken voorzien, minder vaak verwijzen ze door naar een andere zorgaanbieder en naar de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. Een kwart van de instellingen geeft in de vragenlijst aan dat zij niet bekend zijn met het bestaan van een transfermechanisme in de regio's. Navraag leert dat dit mogelijk te maken heeft met het feit dat degene die de vragenlijst invult niet goed op de hoogte is. Wij willen hier desalniettemin extra aandacht voor vragen, want samenwerking in de regio is een belangrijk middel om de wachtlijsten te verminderen.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij in 2021 extra stappen hebben gezet om de beschikbaarheid van zorg te waarborgen, bijvoorbeeld door de groeirestrictie uit een contract te verwijderen, in de kernregio te participeren in een transfermechanisme, informatie op te halen over vrije capaciteit in regiobijeenkomsten, extra in te zetten op zorgbemiddeling en de samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen. Een ander voorbeeld is het opzetten van een 'complexe casussen team' dat moet helpen om moeilijk plaatsbare verzekerden in zorg te nemen en dat van alle zorgaanbieders een plan van aanpak wordt gevraagd om de wachttijden te verminderen.

### Patiëntenstop vanwege tekort aan behandelcapaciteit/personeelstekort

Een 12-tal instellingen (23%) en 43 (56%) vrijgevestigde zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij in 2021 een patiëntenstop in moesten stellen vanwege een tekort aan behandelcapaciteit c.q. personeel. De duur van deze patiëntenstop wisselt. Met de kanttekening erbij dat de cijfers voor de vrijgevestigde zorgaanbieders niet echt representatief zijn, komt uit de vragenlijsten naar voren dat de patiëntenstop bij vrijgevestigde zorgaanbieders in het algemeen langer is dan bij instellingen (vaak langer dan 3 maanden).

**Figuur 5. Duur van patiëntenstop ten gevolge van het bereiken van een capaciteitsplafond**



# 5 Contractjaar 2022

## 5.1 NZa regelgeving

We hebben de respondenten gevraagd of de regelgeving van de NZa met betrekking tot het zorgprestatie-model duidelijk was. Bijna de helft van de instellingen geeft aan dat zij bij de contractering last hebben gehad van onduidelijkheid van de definities met betrekking tot de 'setting'. Vaak ervaart men deze als multi-interpretabel (vanuit de zorgaanbieder anders geïnterpreteerd dan vanuit de zorgverzekeraar). Dit levert discussies op. Dit geldt specifiek voor de uitwerking en doorvoering van de setting hoogspecialistisch en de outreachende setting. Ook was er regelmatig discussie over de vraag of de geboden zorg mono- of multidisciplinair is.

*Instellingen* geven aan dat het lang onduidelijk is geweest hoe de transitieprestatie uitgewerkt zou worden en de vraag hoe het Kwaliteitsstatuut zich verhoudt tot de regelgeving van het zorgprestatie-model leidde tot onzekerheid. Het overheersende gevoel is dat men veel zelf moest uitzoeken en dat informatie erg laat beschikbaar kwam. Voor *vrijgevestigde* zorgaanbieders was er vooral onduidelijkheid rondom de zorgvraagtypering: op welke momenten moet men precies typeren? Mag je afwijken van het door het algoritme voorgestelde zorgvraagtype? Daarnaast geven sommige vrijgevestigde zorgaanbieders aan het vervallen van het onderscheid tussen de basis-ggz en gespecialiseerde ggz lastig te vinden in de praktijk. Hoeveel behandelingen worden nu vergoed voor wat voorheen basis-ggz was? Welke zorgvraagtypes mag ik behandelen en moet ik patiënten naar huis sturen omdat ze nu een ander zorgvraagtype blijken te hebben? *Zorgverzekeraars* noemen knelpunten die vergelijkbaar zijn met die van de zorgaanbieders. Dat er in de regelgeving veel ruimte zit voor interpretatie en dat dit tot veel discussie heeft geleid en dat er onduidelijkheid is m.b.t. de verantwoordingseisen. Het gaat dan om onderwerpen als setting (vooral mono- of multidisciplinair en hoogspecialistische zorg), inzet van de transitieprestatie, het tarief voor de psychiater en vergoeding van implementatiekosten. Bij setting is er vooral discussie over of een setting aanbod of vraag gestuurd is. Volgens zorgverzekeraars moet de setting vraag gestuurd zijn. Een behandeling van een patiënt moet passend zijn bij de zorgvraag van de patiënt en daaruit volgt welke setting van toepassing is.

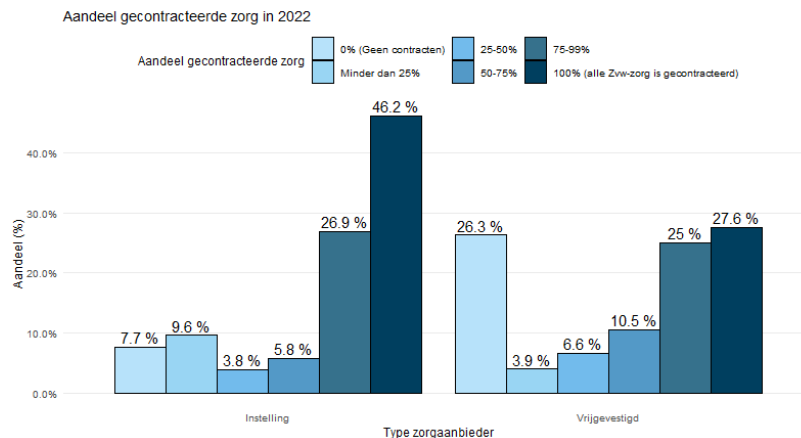
Per 2023 zal de NZa de definities met betrekking tot de settings verduidelijken. Terwijl hiermee geen beleidswijziging wordt bedoeld zou het kunnen dat de verduidelijking reden is om met de nieuwe kennis de eerder afgesproken settings te herzien.

## 5.2 Contracteren 2022

### Hoeveel % gecontracteerde zorg van respondenten in 2022

73% van de instellingen geeft aan dat hun Zw-omzet ggz voor driekwart of meer uit gecontracteerde zorg bestaat. 15% geeft aan voor minder dan een kwart of helemaal niet gecontracteerd te hebben. 53% van de vrijgevestigde zorgaanbieders is voor driekwart of meer gecontracteerd. 26 % van de vrijgevestigde respondenten en 8% van de instellingen werkt volledig ongecontracteerd (zie figuur 6). Het gaat hier nadrukkelijk om de contracteergraad van de (beperkte) groep vrijgevestigde zorgaanbieders en instellingen die de vragenlijst hebben ingevuld, dus deze is niet representatief voor de hele ggz.

**Figuur 6. Contracteergraad 2022 van respondenten**



## Meerjarencontract- alliantieovereenkomst

In de aanloop naar de invoering van het zorgprestatie-model was al de verwachting, dat er hierdoor in ieder geval tijdelijk minder meerjarencontracten zouden worden afgesloten. De belangrijkste reden hiervoor is de onzekerheid over de effecten van de invoering van het zorgprestatie-model. Dat blijkt inderdaad te kloppen. Zowel instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat er praktisch geen meerjarencontracten voor 2022 zijn gesloten. Uitzondering daarop zijn zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde aanbieders de afgesloten meerjarencontracten met enkele kleine zorgverzekeraars. In de contracten met grotere zorgaanbieders zien we echter wel afspraken terugkomen in de vorm van verwijzing naar meerjarige 'alliantie-overeenkomsten zinnige zorg' of andere convenanten. Daarin zijn ook afspraken gemaakt over meerdere jaren heen. Het blijft voor de NZa lastig om de omvang van afspraken rondom passende zorg en samenwerking (al dan niet over de schotten heen) in beeld te krijgen, zolang daar in de contracten geen melding van wordt gemaakt.

## Invloed implementatie van het zorgprestatie-model op het besluit al dan niet te contracteren

De instellingen geven aan dat de invoering van het zorgprestatie-model niet van invloed is geweest op de vraag of zij wel of niet zouden contracteren, in ieder geval nooit de enige reden is geweest waarom er geen contract is afgesloten. Vrijwel unaniem wordt wel gemeld dat er veel onduidelijkheid en onzekerheid was, dat er geen heldere afspraken gemaakt konden worden en dat de contractering erg laat op gang is gekomen. Soms is er door de onduidelijkheid (bijvoorbeeld over interpretatie van setting) nog geen contract gesloten. Een deel van de vrijgevestigden geeft aan dat er onzekerheid was over de tarieven en angst voor inkomstenverlies. Een enkeling geeft aan te zijn gaan contracteren uit angst anders nog langer op geld te moeten wachten en nog meer administratieve lasten te krijgen. Sommige zorgaanbieders zijn ontevreden omdat zij hadden verwacht dat de simulaties – waar zij veel tijd in gestopt hebben – door zorgverzekeraars gebruikt zouden worden in de contractering, terwijl dat op voorhand niet de bedoeling was.

## 5.3 Proces van zorg in- en verkoop 2022

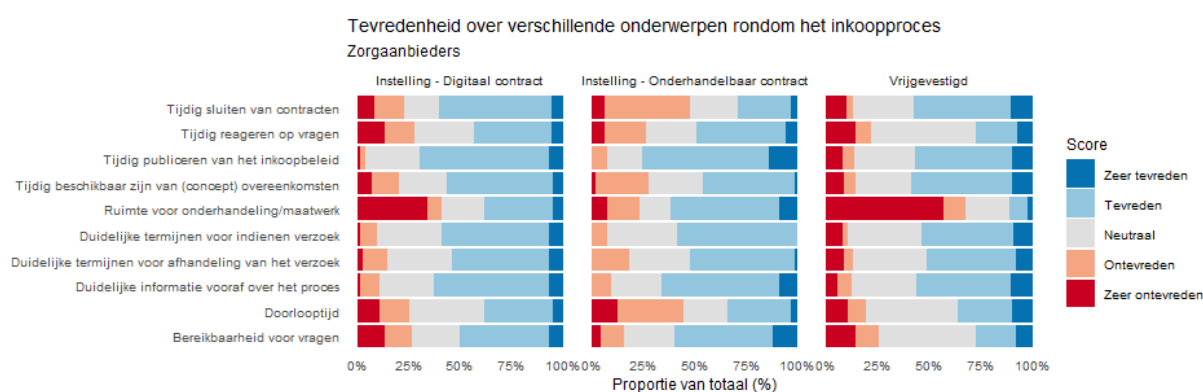
### Tevredenheid over in- en verkoopproces 2022

We hebben in de vragenlijst een poging gedaan om per zorgverzekeraar inzicht te krijgen in hoe de zorgaanbieders de diverse onderdelen van het contracteerproces beoordelen. Gezien de lage respons,



en ook het feit dat veel zorgaanbieders deze gedetailleerde vragen niet of maar deels hebben beantwoord, hebben we per zorgverzekeraar maar weinig informatie hierover ontvangen. De resultaten per verzekeraar die we wel hebben, zullen we in vervolgesprekken met hen bespreken. Instellingen zijn over het algemeen tevredener over het inkoopproces dan vrijgevestigde zorgaanbieders. Dat is niet heel verrassend, bij instellingen is meestal meer personele capaciteit beschikbaar voor de inkoop. Instellingen die digitaal contracteren zijn wel minder tevreden dan instellingen die kunnen onderhandelen. Dat heeft vooral te maken met het gebrek aan ruimte voor maatwerk. Alle zorgaanbieders zijn overheersend neutraal dan wel positief over het inkoopproces, met uitzondering van hun mening over de onderhandelingsmogelijkheden. In overleg met branchepartijen, is vaker naar voren gebracht, dat het proces inderdaad verbeterd is in de afgelopen jaren, en dat men vooral niet tevreden is over de inhoud van de contracten.

**Figuur 7. Hoe tevreden zijn zorgaanbieders over het inkoopproces 2022**

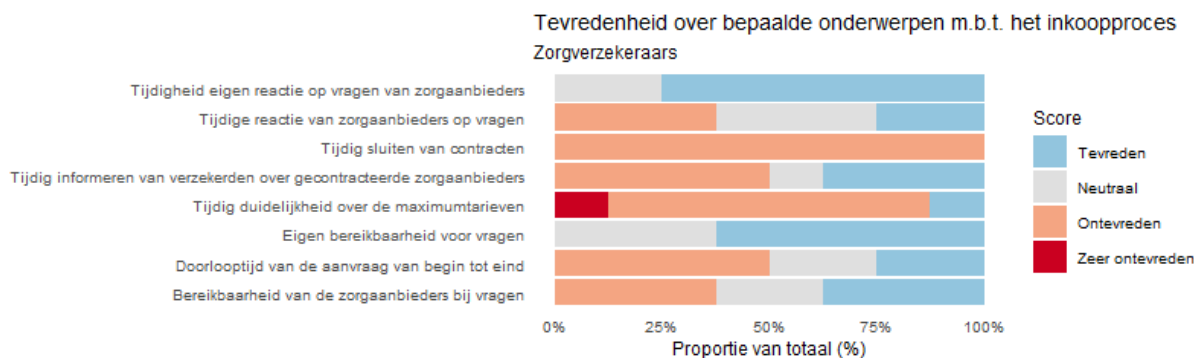


Bij bijna alle onderwerpen rondom het inkoopproces overheerst tevredenheid bij de zorgaanbieders, of op zijn minst een neutrale houding. Naar verhouding het meest ontevreden zijn ze over het tijdig sluiten van de contracten en de doorlooptijd, de bereikbaarheid voor vragen, en vooral de digitale contractanten over het gebrek aan ruimte om te onderhandelen. De coronapandemie en de overgang naar het zorgprestatie-model zijn belangrijke oorzaken voor de langere doorlooptijd. Informatie kwam later en dus kwamen de onderhandelingen later op gang. De ontevredenheid over de langere doorlooptijd is groter bij de instellingen die daadwerkelijk onderhandelen. Over ruimte voor onderhandeling en maatwerk zijn vooral de digitale contractanten ontevreden. Dat is een terugkerend thema, en helaas gezien de grote aantallen zorgaanbieders niet te vermijden. Daarom hebben we ook in eerdere jaren al aangegeven, dat het bij deze groep extra belangrijk is om een goed bemenste klantenservice te hebben, die snel en adequaat op vragen reageert. We zien dat van deze groep ongeveer 25% ontevreden tot zeer ontevreden is op dit punt.

6 van de 8 zorgverzekeraars geven aan dat zij stappen hebben ondernomen om de bereikbaarheid en de antwoordtermijnen te verbeteren. Dat gaat dan bijvoorbeeld om het verbeteren van de website, het instellen van een zorgaanbiedersloket zodat vragen direct op de juiste plaats komen en andere manieren om het proces en de reactietermijnen strakker in te richten.

De zorgverzekeraars zijn vooral ontevreden tot zeer ontevreden als het gaat om de tijdigheid van de publicatie van de regelgeving en de max-tarieven en over het tijdig sluiten van contracten. Kleine zorgverzekeraars geven aan dat zij soms lang moeten wachten op een reactie van de zorgaanbieders, omdat de aandacht van de zorgaanbieders eerder naar de grotere zorgverzekeraars gaat. Door zorgverzekeraars genoemde procesverbeteringen hebben betrekking op het 'strakker trekken' van de reactietermijnen, het hele jaar aanmeldingen van nieuwe zorgaanbieders accepteren, 24 x 7 bereikbaarheid en beantwoording van vragen in regioteams, dus niet afhankelijk van één zorginkoper. De zorgverzekeraars geven echter ook aan, dat gezien het grote aantal zorgaanbieders dat contact kan zoeken met de zorgverzekeraar, het niet mogelijk is om dit bereikbaarheidsprobleem geheel op te lossen zonder dat de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars (en dus de premies) omhoog gaan.

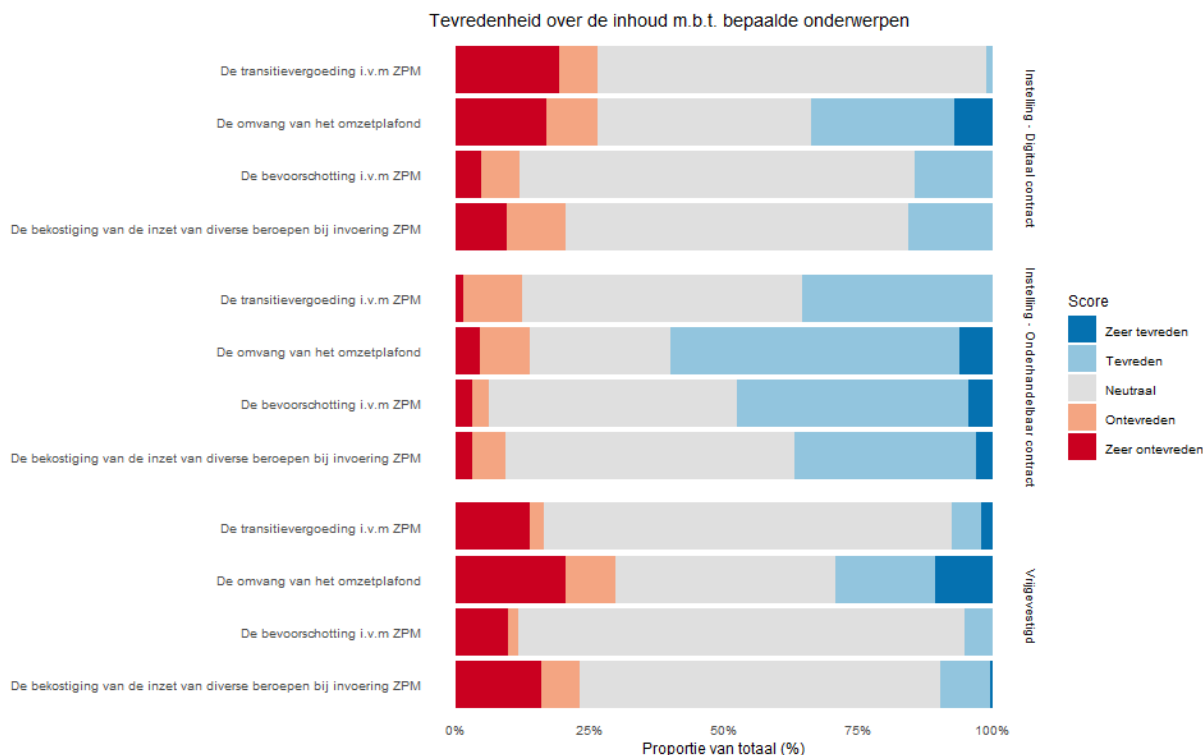
**Figuur 8. Hoe tevreden zijn zorgverzekeraars over het inkoopproces 2022**



### Tevredenheid over de afspraken m.b.t. implementatie van het zorgprestatiemodel

De meerderheid van de instellingen is in grote lijnen ‘neutraal’ als het gaat om de transitievergoeding i.v.m. de invoering van het zorgprestatiemodel, de bevoorschotting en de bekostiging van diverse beroepen in het zorgprestatiemodel. De instellingen die een onderhandelbaar contract hebben zijn tevredener over de inhoudelijke afspraken met betrekking tot de implementatie van het zorgprestatiemodel dan de zorgaanbieders die uitsluitend digitaal een contract afsluiten. Dat betreft vooral de transitievergoeding, de omvang van het omzetplafond, en de bekostiging van de inzet van diverse beroepen. Er zijn in het algemeen geen implementatieafspraken gemaakt met vrijgevestigden, maar ook voor hen geldt de afspraak dat geen enkele zorgaanbieder mag omvallen vanwege de overgang naar het zorgprestatiemodel.

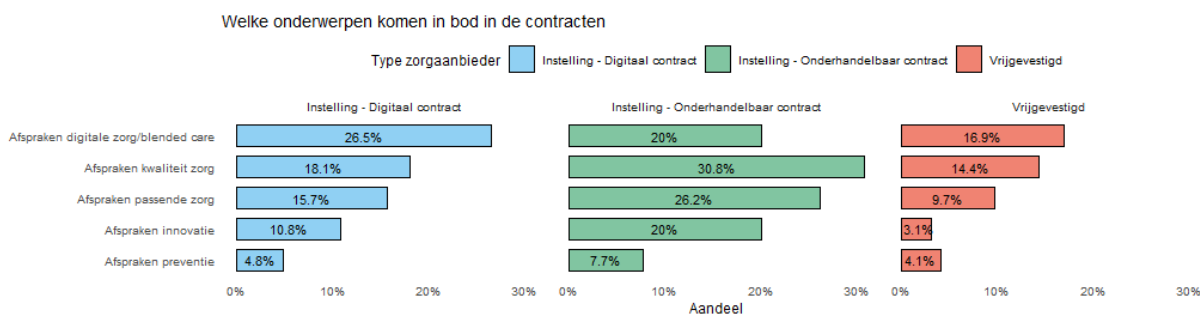
**Figuur 9. Hoe tevreden zijn zorgaanbieders over de aspecten van de inhoud van de contracten die samenhangen met de invoering van het zorgprestatie­model**



## 5.4 Inhoud van de zorg

Het grootste verschil tussen de instellingen die onderhandelen over hun contract en de instellingen die digitaal contracteren is dat de eerstgenoemden vaker afspraken over de kwaliteit van zorg, passende zorg en innovatie konden maken. Uit de vragenlijsten komt zoals verwacht ook naar voren, dat vrijgevestigde zorgaanbieders en digitaal contracterende instellingen minder afspraken maken in de contracten over de kwaliteit van de zorg en passende zorg, dan de instellingen die kunnen onderhandelen. Digitaal contracterende instellingen maken daarentegen wel meer afspraken over digitale zorg en blended care.

**Figuur 10. In hoeverre zijn er inhoudelijke afspraken gemaakt in de contracten**



## **Passende zorg, kwaliteit van zorg, digitale zorg, preventie en innovatie in de vragenlijsten**

De instellingen die aangeven dat zij afspraken maken over passende zorg noemen vooral afspraken over de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), doelmatige inzet van effectieve zorg, zorg met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren en zorg inrichten samen met en gezamenlijk rondom de patiënt.

De vrijgevestigde zorgaanbieders die afspraken maken over passende zorg hebben het vooral over JZOJP, doelmatige inzet van effectieve zorg en zorg met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren.

Met betrekking tot kwaliteit van zorg gaat het bij instellingen vooral om afspraken over het kwaliteitsstatuut (22%) en het voorkomen van onder- en overbehandeling (7%). Als bij de vrijgevestigde zorgaanbieders aanvullende afspraken zijn gemaakt over kwaliteit, wordt vrijwel uitsluitend het kwaliteitsstatuut genoemd.

Over innovatie worden door instellingen nog wel wat afspraken gemaakt, bij vrijgevestigde zorgaanbieders vrijwel niet. Over preventie worden zeer beperkt afspraken gemaakt volgens de respondenten en we vinden dat ook niet of nauwelijks terug in de contracten.

## **Passende zorg, kwaliteit van zorg, digitale zorg, preventie en innovatie in de contracten**

In de algemene bepalingen ggz in de contracten staan de regels die elke verzekeraar hanteert ten aanzien van het houden aan geldende regelgeving, kwaliteitsstatuut, veldafspraken en zorgstandaarden.

In een aantal contracten zien we de afspraak opgenomen om zowel aan het begin (diagnostiek) als gedurende het behandeltraject (voortgang/beëindiging) erkende gevalideerde meetinstrumenten te gebruiken ter ondersteuning van de besluitvorming, of richtlijnen om de behandeling een minimaal aantal keren per jaar te evalueren.

Een aantal zorgverzekeraars heeft in de contracten opgenomen, dat inzet van ervaringsdeskundigheid bij de behandeling van chronisch psychiatrische patiënten en/of het hanteren van programma's ter bevordering van zelfredzaamheid noodzakelijk is. E-health is in veel contracten opgenomen: zowel dat de patiënt recht heeft op digitale zorg als hij dat wil, als ook dat e-health moet worden aangeboden ter overbrugging van wachttijd.

Afgelopen jaren hebben we in de monitor gewezen op de verbeteringsmomenten PTSS en psychose, die door het ZIN zijn opgesteld. Enkele vooral kleine zorgverzekeraars hebben dit nu specifiek in hun contracten opgenomen. Ook zien we een enkele maal bij een kleine zorgverzekeraar dat er in het contract is afgesproken dat er specifiek aandacht is voor de aanwezigheid van psychotrauma en /of een (licht) verstandelijke beperking.

Op het gebied van verblijf zijn er vaker afspraken in de contracten te vinden, bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van de checklist langdurige ggz (3 maanden vóór bereiken 365 dagen verblijf), matched care, de verplichting om regelmatig te controleren of zorg af- dan wel opgeschaald moet worden (op tijd van setting wisselen) en een duidelijk ontslagbeleid. Ook doelmatige zorg wordt hier met enige regelmaat genoemd, maar gezien het feit dat er geen duidelijke beoordelingscriteria zijn voor het begrip 'doelmatigheid', lijkt het lastig daar op te controleren. Een uitzondering: een aantal zorgverzekeraars – waaronder enkele kleine - hebben op het gebied van doelmatigheid bij verslavingszorg meer gedetailleerde afspraken gemaakt, waarbij zij bijvoorbeeld motiveren waarom behandelingen in het buitenland bij verslavingszorg niet doelmatig zijn.

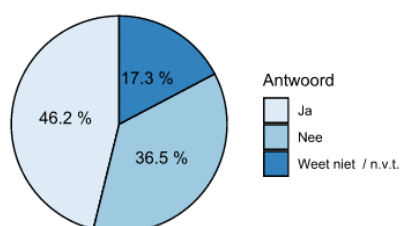
In de *contracten* staan ook op dit punt veel verwijzingen naar algemene regelgeving (kwaliteitsstatuut, therapieën GGZ van ZN, Geneeskundige GGZ-deel 1 en 2 van ZIN) en het gebruik van zorgprogramma's en zorgstandaarden. Daarnaast is er in veel contracten afgesproken, dat de regiebehandelaar een groot deel van de behandeling zelf dient uit te voeren. Sommige zorgverzekeraars voegen daar meer kwaliteitsonderwerpen aan toe: bijvoorbeeld het voldoen aan de kwaliteitseisen van LVVP, NVVP en NIP bij de vrijgevestigde zorgaanbieders. Ook zijn er diverse

zorgverzekeraars die een eigen kwaliteitsbeleid hebben op het gebied van verslavingszorg, is er een zorgverzekeraar met een apart kwaliteitskader voor de behandeling van eet- en ernstige persoonlijkheidsstoornissen en staan er zaken in de contracten als familiebeleid, protocol voorkoming separaties en protocol voorkoming suïcides.

## 5.5 Samenwerking in de regio (instellingen)

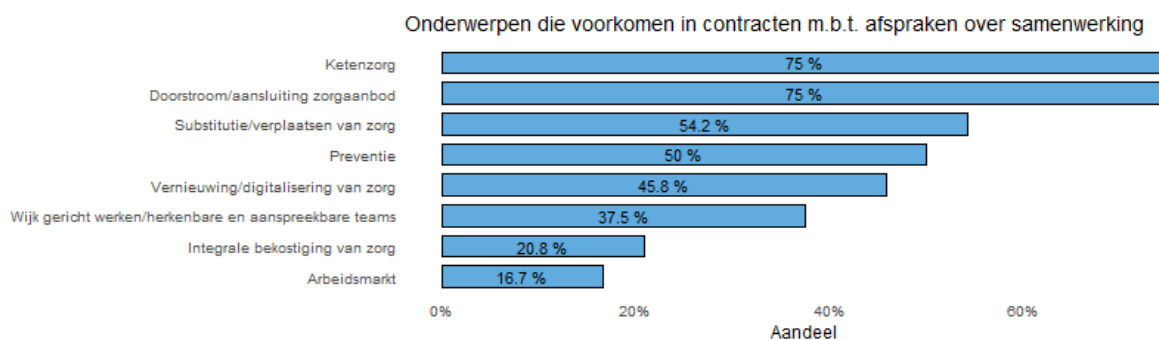
Van de 52 instellingen die de vragen hebben ingevuld, geeft 46% aan, dat zij samenwerkingsafspraken in de regio hebben gemaakt, waarbij 66% aangeeft dat ze samenwerken met andere ggz instellingen, 50% met huisartsen, 46% met het sociaal domein (Jeugdwet) en 54% met Wmo.

**Figuur 11. Mate waarin respondenten (instellingen) samenwerkingsafspraken hebben gemaakt**



De onderwerpen waarop wordt samengewerkt zijn vooral ketenzorg, doorstroom/aansluiting zorgaanbod, substitutie en verplaatsen van zorg en preventie:

**Figuur 12. Over welke onderwerpen hebben instellingen afspraken gemaakt**



In enkele contracten vinden we expliciet terug dat de afspraak is dat de zorgaanbieder (ook de vrijgevestigde zorgaanbieder) samenwerkt in de regio als het gaat om domeinoverstijgende zorg/de juiste zorg op de juiste plaats en het samenwerken met verwijzers bij triage. Ook het deelnemen aan of zich laten vertegenwoordigen bij een regionaal transfermechanisme vinden we terug.

# 6 Conclusies en aanbevelingen

## **De invoering van het zorgprestatie­model**

De invoering van het zorgprestatie­model heeft gevolgen gehad voor het proces van contracteren en de inhoud van de contracten voor 2022. De regelgeving is nieuw en levert op sommige punten discussies op. Ook speelt bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders mee dat de effecten van het zorgprestatie­model nog onduidelijk zijn. Die onzekerheid leidde in de aanloop naar het zorgprestatie­model al tot het afnemen van meerjarenafspraken. Uit ons onderzoek blijkt dat aanbieders en verzekeraars— zoals verwacht - voor 2022 bijna geen meerjarencontracten hebben afgesloten. Het contracteerproces kwam laat op gang omdat over enkele belangrijke punten van de regelgeving veel overleg nodig was en ook omdat de maximumtarieven later dan gebruikelijk konden worden vastgesteld. Dat heeft tot veel vertraging geleid en daar zijn partijen unaniem ontevreden over. Geen enkele zorgaanbieder heeft echter uitsluitend de implementatie van het zorgprestatie­model genoemd als reden om geen contract aan te gaan. Dertien procent van de instellingen noemt dit wel als één van de redenen, naast bijvoorbeeld tarieven of dat zij om principiële redenen geen contract afsluiten. Er zijn geen ‘brede’ implementatieafspraken gemaakt met vrijgevestigde zorgaanbieders, anders dan de overkoepelende afspraak dat er geen zorgaanbieder om mag vallen naar aanleiding van de implementatie van het zorgprestatie­model. Over specifieke implementatieafspraken in de contracten met instellingen (transitievergoeding, bevoorschotting en de bekostiging van de inzet van specifieke beroepen en omzetplafonds) heeft het grootste deel van de respondenten een ‘neutrale’ of positieve mening. Over de hoogte van het omzetplafond is – ondanks het feit dat er meer respondenten ontevreden over zijn dan bij de overige implementatieafspraken - het grootste deel van de respondenten neutraal tot tevreden. De invoering van het zorgprestatie­model en de onzekerheid over de effecten daarvan heeft er wel toe geleid dat er voor 2022 vrijwel geen meerjarencontracten zijn afgesloten.

**Aanbeveling:** *Het is belangrijk dat er zo snel mogelijk weer meerjarencontracten afgesloten worden. Dit om duurzaam werken aan het verder invoeren van passende zorg, aan het verkorten van de wachttijden en andere zaken die de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar houden mogelijk te maken. En niet in de laatste plaats ook om de administratieve belasting van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars te verkleinen.*

## **Het proces van (bij)contracteren**

Het contracteringsproces is ingewikkeld. Op initiatief van de Landelijke Werkgroep Stimuleren Contractering (LWSC) is in samenwerking met de Argumentenfabriek een schema gemaakt van het contracteerproces dat het hele proces voor partijen inzichtelijker kan maken. In gesprekken met vertegenwoordigers van branchepartijen is het afgelopen jaar vaker door hen gezegd, dat de processen rondom (bij)contractering verbeterd zijn. We zien dat op enkele punten ook terug als we de monitoren uit eerdere jaren naast de resultaten van 2022 leggen. Het gaat dan om verduidelijking van het proces, meer uniformiteit in de contracten, het vereenvoudigen van contracten en vereenvoudigen van de (digitale) procedures om een contract te sluiten. Dat neemt niet weg dat er nog verbeteringen nodig en mogelijk zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om bereikbaarheid en communicatie. Maar ook de (communicatie rondom) bijcontractering is nog steeds een knelpunt. We hebben in de vragenlijst een poging gedaan om per zorgverzekeraar inzicht te krijgen in hoe de zorgaanbieders de diverse onderdelen van het (bij)contracteerproces beoordelen. Gezien de lage respons, en ook het feit dat veel zorgaanbieders deze gedetailleerde vragen per zorgverzekeraar niet of maar deels hebben beantwoord, hebben we daar geen complete informatie over. We zullen de resultaten die we op dit punt wel hebben aan de individuele zorgverzekeraars terugkoppelen. Voor zover we die data hebben, zien we dat het soms om grotere aantallen verzoeken voor bijcontractering gaat, en dat er zorgverzekeraars zijn die in 2022 nog bezig zijn met het verwerken van verzoeken uit 2021.

**Aanbevelingen:** *Maak een zo passend mogelijke afspraak, om arbeidsintensieve bijcontractering en*



*onzekerheid voor de zorgaanbieders te voorkomen. Zorg voor zo kort mogelijke beslissingstermijnen, in het belang van de patiënten, maar ook in het belang van de praktijk/instelling (bijvoorbeeld in verband met het vasthouden van schaars personeel) en zorg voor duidelijke onderbouwing van een besluit over het verzoek tot bijcontractering.*

### **Tarieven en omzetplafonds**

Tarieven en omzetplafonds blijven de belangrijkste redenen voor zorgaanbieders om geen contract af te sluiten en voor ontevredenheid als er wel een contract is afgesloten. Wij hebben niet de verwachting dat deze ontevredenheid helemaal weg te nemen is. De NZa stelt maximumtarieven vast die kostendekkend zijn, met de mogelijkheid tot het afspreken van een max-maxtarief. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om naar beneden toe van die tarieven af te wijken.

**Aanbeveling:** *Transparantie over het proces en een degelijke onderbouwing van, én een gesprek over het door de zorgverzekeraars geboden tarief kunnen mogelijk helpen wat van de onvrede weg te nemen.*

### **Inhoud van de contracten**

In de algemene bepalingen ggz staan in alle contracten de basisbepalingen als het gaat om kwaliteit van zorg. Soms zijn er meer gedetailleerde afspraken gemaakt in de contracten. Enkele aanbevelingen uit eerdere jaren (aandacht voor licht verstandelijk beperkte (LVB) patiënten, verbeteringsinstrument PTSS en psychose) zien we incidenteel terug in de contracten, evenals samenwerking met andere sectoren en samenwerking over bekostigingschotten heen.

Preventie en innovatie hebben we in de digitale contracten niet veel terug gevonden. Er lijkt beweging te zijn, maar die is nog onvoldoende zichtbaar in de contracten.

Om de beweging naar passende zorg zo efficiënt mogelijk te maken, willen we voorkomen dat partijen het wiel steeds opnieuw moeten uitvinden. Wij roepen daarom op om goede voorbeelden vaker te delen. Het zou goed zijn als er een overzicht is van alle (regionale) initiatieven op het gebied van onder andere passende zorg, preventie en innovatie en samenwerking over de schotten heen. Dat is er nu niet. Daarnaast leidt het vastleggen van deze afspraken in contracten in onze overtuiging niet alleen tot meer inzicht en overzicht, maar versterkt het ook de betrokkenheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de afspraken die ze met elkaar gemaakt hebben. Naar onze mening kan passende zorg en effectieve samenwerking tussen partijen sneller vorm krijgen als zij systematisch informatie uitwisselen over wat wel en niet werkt. De NZa zal waar mogelijk bijdragen aan de verspreiding van deze goede initiatieven.

**Aanbevelingen:** *Leg alle afspraken, ook die rondom passende zorg, kwaliteit van zorg en rondom samenwerking met andere partijen vast in de contracten. Wanneer er een covenant of een ander soort overeenkomst is gesloten waar de zorgaanbieder deel van uitmaakt, benoem die dan minimaal in het contract. Op die manier geeft het contract een compleet overzicht van alle gemaakte afspraken.*

### **Wachttijden**

Afspraken rondom wachttijden zien we in veel contracten terug, een effect daarvan op de wachtlijsten is echter nog niet zichtbaar. Het gebruik maken van regionale transfermechanismen zien we terug in een aantal contracten, maar uit de vragenlijsten blijkt ook dat niet alle respondenten bekend zijn met het bestaan hiervan.

**Aanbeveling:** *In de regio hier waar nodig (nog) meer bekendheid aan geven. Er ligt volgens ons een taak bij de zorgverzekeraars om hier meer bekendheid aan te geven en het gebruik van deze transfermechanismen in alle relevante contracten op te nemen.*

### **Respons op de vragenlijst**

De respons op de vragenlijst van de vrijgevestigde zorgaanbieders en instellingen is laag, en ook hebben enkele grote zorgaanbieders de vragenlijst niet ingevuld. Wellicht is dit deels te wijten aan de drukte rondom de invoering van het zorgprestatie-model, maar ook voorheen was de respons al niet erg hoog. Als partijen in de toekomst informatie willen verzamelen over de contractering bij de ggz zorgaanbieders, moeten we gezamenlijk nadenken over een andere manier om dat te doen.

