



Monitor Contractering ggz 2019

Mei 2019



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding
2. Terugblik 2018
3. Inkoop 2019
4. Ervaringen contracteerproces 2019
5. Thema's in contracten
6. Vooruitblik 2020

Samenvatting

Samenvatting

Goede geestelijke gezondheidszorg moet ook in de toekomst beschikbaar blijven, en waar nodig nog beter worden. Dat is het hoofddoel van het Hooflijnenakkoord ggz (Hooflijnenakkoord) 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 Hooflijnenakkoord 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. Dat doen wij met deze monitor. Dit is de eerste voor de ggz, en daarmee een 0-meting. We verwachten in de monitors de komende jaren te zien hoe de in het hooflijnenakkoord gemaakte afspraken over de contractering zich ontwikkelen.

We inventariseren in deze monitor de ervaringen van aanbieders en zorgverzekeraars met het proces van contractering (2019) en van bijcontractering (2018).

Verder gaan we na in hoeverre de landelijke verbeterthema's uit het Hooflijnenakkoord worden meegenomen en welke afspraken aanbieders en zorgverzekeraars maken over de beveiligde zorg, contractering van aanvullende beroepen en de acute ggz. Waar dat relevant is, doen we aanbevelingen voor verbetering, met het Hooflijnenakkoord als leidraad.

Voor deze monitor hebben we zorgaanbieders en zorgverzekeraars geënquêteerd. Op een kleine verzekeraar na hebben alle verzekeraars de vragenlijst ingevuld. Ook 375 zorgaanbieders hebben dat gedaan, 331 vrijgevestigde zorgaanbieders en 44 instellingen. De resultaten van deze enquête zijn indicatief: ze geven een beeld van wat er in (een deel van) de sector gebeurt en hoe deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars de contractering ervaren.

Belangrijkste conclusies

Toegankelijke zorg

Ggz-zorg moet voldoende toegankelijk zijn, zodat patiënten tijdig de zorg krijgen die zij nodig hebben. De toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor patiënten kan in gevaar komen door patiëntenstops en te lange wachttijden.

Binnen de ggz zijn er wachtlijsten. Uit recente cijfers blijkt dat in de ggz de gemiddelde aanmeldwachttijden voor de hoofddiagnosegroepen langer zijn dan de Treeknorm van vier weken. In zowel de basis-ggz als de gespecialiseerde ggz blijft de gemiddelde totale wachttijd voor de meeste hoofddiagnosegroepen wel binnen de Treeknorm van 14 weken.

Patiëntenstops

In 2018 heeft bijna twee derde van de geënquêteerde gecontracteerde vrijgevestigde zorgaanbieders en ruim een derde van de gecontracteerde instellingen een patiëntenstop ingesteld. Vrijgevestigden noemen het meest als reden dat hun maximale capaciteit om patiënten te behandelen (als eenpitter) is bereikt. Voor instellingen is de meest genoemde reden het bereiken van het omzetplafond (zie ook de paragraaf over bijcontractering).

Bij een patiëntenstop is het, net als bij een (te) lange wachtlijst, de plicht van de zorgaanbieder om nieuwe patiënten te wijzen op de zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Een derde van de vrijgevestigde zorgaanbieders gaf aan dat zij dit niet doen. Dit vinden wij zorgelijk: een zorgaanbieder moet zich aan de transparantieplicht houden.

Wachttijden

Zorgverzekeraars moeten er voor zorgen dat hun verzekerden op tijd de juiste zorg krijgen, de zorgplicht. Zij hebben ook de ambitie uitgesproken om de wachttijdproblematiek op te lossen. Uit eerder onderzoek van de NZa blijkt dat alle zorgverzekeraars structureel contact hebben met zorgaanbieders met te lange wachttijden, maar we zien nog niet altijd terug dat zorgverzekeraars daarover met hen concrete afspraken maken en deze vervolgens monitoren. Dat moet zo snel mogelijk wél gebeuren. Zorgverzekeraars geven aan dat zij ernaar streven dat de aanpak van de wachttijden in de contractering voor 2020 landt.

Bijcontractering

Een van de oorzaken van patiëntenstops en wachttijden is het bereiken van een omzetplafond. Verzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Zij spreken met zorgaanbieders een omzetplafond af om de zorg betaalbaar te houden. Als een aanbieder dat plafond bereikt, kan een zorgverzekeraar besluiten om het contract bij te stellen en extra zorg in te kopen (bijcontracteren). Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierover tijdig met elkaar te overleggen. De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar informeren als hij verwacht binnen afzienbare tijd het omzetplafond te bereiken en ook tijdig een goed onderbouwde aanvraag voor bijcontractering indienen. De zorgverzekeraar kan vervolgens zorgen dat de zorg toegankelijk blijft door meer zorg in te kopen of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen.

In 2018 heeft 84% van de gecontracteerde instellingen en 30% van de vrijgevestigde zorgaanbieders die de enquête invulden een verzoek tot bijcontractering ingediend. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft 98% het bereiken van het omzetplafond aan als reden hiervoor, bij de instellingen is dat 88%. Vrijgevestigde aanbieders dienen opvallend vaak al in januari een verzoek tot bijcontractering in.

Op basis van de resultaten van de enquête zien we een aantal verbeterpunten. Wij roepen verzekeraars op, als zij geen beleid hebben voor het proces van bijcontractering, om dit te maken. We vinden dat verzekeraars hun beleid rondom bijcontractering niet gedurende het jaar, maar gelijk met het inkoopbeleid voor het komende jaar moeten publiceren. Ook dienen zij sneller op verzoeken tot bijcontractering te reageren. Nu duurt dit vaak één tot drie maanden. Verzekeraars moeten in hun beleid ook aangeven welke criteria zij hanteren voor bijcontracteren, zodat aanbieders in één keer hun aanvraag goed in kunnen dienen. Dit leidt tot minder administratieve lasten bij beide partijen.

Stimuleren van gecontracteerde zorg

Een belangrijke reden voor het stimuleren van gecontracteerde zorg is het bevorderen van de doelmatigheid en de betaalbaarheid van de ggz-zorg. In het Hoofdlijnenakkoord stellen partijen dat zij de groei van ongecontracteerde zorg – daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft – onwenselijk vinden. Soms is het een bewuste keuze van een zorgaanbieder om met een bepaalde zorgverzekeraar geen contract aan te gaan en soms is het de keuze van de zorgverzekeraar.

Instellingen die met een deel van de verzekeraars (nog) geen contract afsluiten geven daarvoor als reden:

- te hoge administratieve lasten;
- te lage tarieven of omzetplafonds;
- het niet kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen;
- een te beperkt marktaandeel;
- of het zijn nieuwe zorgaanbieders.

Vrijgevestigde zorgaanbieders noemen daarbij ook nog dat zij geen bemoeienis willen van de zorgverzekeraar. Gezien het feit dat zij wel deels contracteren, lijkt hier géén sprake van zorgaanbieders die principieel niet willen contracteren.

Eén van de instellingen geeft aan bewust niet te contracteren, en beroept zich op de vrije artskeuze. De groep vrijgevestigde zorgaanbieders die aangeeft helemaal niet te contracteren, beroept zich vrijwel uitsluitend op het recht van vrije artskeuze.

De meeste zorgverzekeraars hebben wel beleid opgesteld om gecontracteerde zorg te stimuleren. In onze volgende monitors gaan we het effect hiervan onderzoeken.

Transparantie

Informatie over (on)gecontracteerde zorg naar verzekerden/cliënten

Het is voor burgers niet eenvoudig om na te gaan wat de gevolgen zijn als zij naar een aanbieder gaan die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar.

Slechts enkele zorgverzekeraars zetten deze informatie in een goed zichtbaar kader op hun website. Wij menen dat alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun cliënten en verzekerden proactief, goed vindbaar en tijdig dienen te informeren zodat zij een zorgvuldig besluit kunnen nemen voordat de zorg van start gaat.

Transparantie van informatie in het inkoopbeleid

Zorgverzekeraars lijken toe te werken naar transparante en goed vindbare informatie in het inkoopbeleid. Zo melden ze op hun website de indien- en afhandeltermijnen van contracteerverzoeken en geven ze aan hoe ze bereikbaar zijn. Ook specificeren ze of het inkoopbeleid is gewijzigd. Wijzigingen na 1 april zeggen zorgverzekeraars op de website te plaatsen of benoemen ze in contractbesprekingen of regiobijeenkomsten.

Wij zien nog enkele verbeterstappen als het gaat om de afspraken in het hoofdlijnenakkoord:

- Het op de website goed vindbaar benoemen van de responstijd voor een duidelijk antwoord op een gestelde vraag.
- Eenduidigheid creëren in informatie en termijnen. Met name vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat ze moeite hebben met de verschillende afhandeltermijnen van zorgverzekeraars. Wij hebben geconstateerd dat de opbouw en omvang van het inkoopbeleid erg verschilt per zorgverzekeraar. Dat maakt het lastig om de juiste informatie snel en goed terug te vinden. Zorgverzekeraars zouden hun inkoopbeleid eenduidiger moeten presenteren zodat zorgaanbieders de informatie gemakkelijker kunnen vinden en begrijpen.
- Sommige branchepartijen maken voor hun leden overzichten van contracteerbeleid. Dat helpt vooral vrijgevestigde aanbieders om het geheel beter te begrijpen en overzichtelijker te maken.

Verbeteringen bereikbaarheid tijdens het contracteerproces

Zorgverzekeraars voldoen aan de regelgeving over bereikbaarheid en het delen van contactgegevens (onderzoek NZa conform transparantie regeling zorginkoopproces). Maar zorgaanbieders hebben kritiek op de bereikbaarheid van de zorgverzekeraars en de wijze waarop inhoudelijke vragen worden afgehandeld. Vrijgevestigde aanbieders hebben hier meer last van dan instellingen, omdat instellingen vaker vaste aanspreekpunten bij een zorgverzekeraar hebben.

Vooral bij de groep 'gedeeltelijk gecontracteerden' lijkt er winst te behalen in de bereikbaarheid. We begrijpen dat verzekeraars niet de personele capaciteit hebben om met alle (vrijgevestigde) aanbieders een individueel gesprek aan te gaan, maar het gebrek aan contact c.q. communicatie is volgens ons wel een belangrijke factor bij het niet-contracteren en de administratieve belasting die zorgaanbieders ervaren. Regio-bijeenkomsten kunnen daar een gedeeltelijke oplossing voor zijn. Andere verbeterpunten zijn het geven van meer transparantie over afhandelingstermijnen en het geven van een tussentijdse update als een antwoord langer op zich laat wachten.

Om de contracteergraad te verhogen en meer begrip voor elkaar te krijgen verwachten we van instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders dat zij zich actief op de hoogte stellen van het inkoopbeleid en bijeenkomsten of afstemmingsmogelijkheden tijdens het contracteerproces. Anderzijds verwachten we van de zorgverzekeraar dat hij – zeker binnen de eigen kernregio – actief moeite doet om niet alleen de grotere instellingen, maar ook de vrijgevestigde zorgaanbieders te bereiken.

Terugdringen administratieve last, uniformering, samenwerking

Administratieve lasten worden vaak genoemd als reden voor onvrede over het contracteerproces en om geen contract af te willen sluiten. Zorgverzekeraars nemen actie om die lasten te verminderen. Zorgaanbieders geven aan tevreden te zijn over het contracteerproces of contract wanneer administratieve lasten worden verminderd. Bijvoorbeeld door kort en bondig inkoopbeleid, meerjarencontracten, minder gebruik van omzetplafonds. Wij roepen de zorgverzekeraars op om de maatregelen om administratieve lasten verder te verlagen voort te zetten.

Om hun administratieve belasting te verlagen kunnen vrijgevestigde zorgaanbieders ook actie ondernemen door meer samen te werken onder een heldere governance, door bijvoorbeeld afspraken te maken over opleiding en ondersteuning bij zorgverkoop en declaratie. De keuze voor het afsluiten van een contract is de verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieder. Maar de concurrentieregels bieden wel enige ruimte voor samenwerking tussen zorgaanbieders.

Daarnaast adviseren wij zorgverzekeraars en zorgaanbieders te leren van 'good practices' in de eigen sector en over de sectorschotten heen. Zo kunnen meerjarencontracten worden ingezet om investeringen te belonen in innovaties, technologie en kwaliteit. Er zijn zorgverzekeraars die één duidelijk, fysiek of telefonisch aanspreekpunt organiseren voor aanbieders, of (ook in andere sectoren) kleine zorgaanbieders het hele jaar door de mogelijkheid bieden om in een contract te stappen.

Een meerderheid van de zorgaanbieders heeft voor 2019 een meerjarencontract afgesloten. De helft van alle ondervraagde zorgaanbieders stuurt hier ook bewust op aan in gesprekken met de zorgverzekeraars. In de volgende monitor zullen we verder onderzoek doen naar de redenen waarom zorgaanbieders geen meerjarencontract hebben afgesloten.

Hoofdlijnenakkoord, timing afsluiten en thema's

In juli 2018 is het Hoofdlijnenakkoord ondertekend. Daarnaast werd in de loop van 2018 duidelijk dat er afspraken gemaakt moesten worden over de thema's beveiligde zorg, contractering aanvullende beroepen en acute ggz. De timing van deze besluiten na 1 juli van een lopend jaar beïnvloedde het reguliere inkooptraject in 2019 negatief.

Uit de enquête blijkt dat vooral de acute ggz ervoor heeft gezorgd dat onderhandelingen lang doorliepen. Partijen maken zich zorgen over een mogelijke herhaling van dit proces voor komend jaar. Om een soortgelijke situatie in de toekomst te voorkomen en het contracteerproces minimaal te verstoren adviseren wij alle relevante partijen (Ministerie, branchepartijen, et cetera) impactvolle beleidswijzigingen niet door te voeren na het eerste kwartaal van het jaar ervoor. Uiteraard zullen wij hieraan zelf ook een steentje bijdragen.

We zijn ons ervan bewust dat de NZa hier dit jaar nog niet aan tegemoet kan komen. De doorlooptijd van het kostenonderzoek ggz/fz leidt ertoe dat we pas per 1 augustus 2019 de prestaties en tarieven 2020 kunnen publiceren. Hierover heeft bestuurlijke afstemming plaatsgevonden.

Vervolg

Wij brengen onze bevindingen en aanbevelingen actief onder de aandacht van de diverse partijen. In een volgende monitor zullen we onder andere bezien in hoeverre hieraan opvolging is gegeven. Tevens doen we dit jaar nog een verdiepend onderzoek naar de redenen waarom zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen contracten met elkaar willen sluiten. Daarnaast gaan we met partijen in gesprek over de 'Zorg op de juiste plek' (hoofdstuk in het Hoofdlijnenakkoord) en hoe we dit thema in het licht van de contractering meenemen in de volgende monitor(s).

1. Inleiding

1. Inleiding

Zorgverzekeraars moeten voldoende goede zorg inkopen voor hun verzekerden. Zij maken daarvoor afspraken die zijn geborgd in contracten met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle zorgaanbieders contracten af te sluiten. Wel moeten zij voor de basisverzekering voldoen aan hun zorgplicht. Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar verstaan we "de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg".

Doel

Met deze monitor brengen wij op verzoek van VWS het proces van en de ervaringen met de zorginkoop van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in kaart.

In juli 2018 stelden partijen het [Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2019-2022](#) (Hoofdlijnenakkoord) vast. Met het ondertekenen van dit akkoord spraken de betrokken partijen* af verder te werken aan de juiste zorg op de juiste plek. De behoefte en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierin centraal. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen: lichamelijk, psychisch en sociaal. Contracteren is hét vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek (uit Hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022). Contracteren ondersteunt aan de ene kant zorgverleners om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren.

Aan de andere kant ondersteunt het zorgverzekeraars om voor hun verzekerden kwalitatief goede zorg doelmatig in te kopen.

Om voor VWS en alle betrokken partijen zicht te houden op de manier waarop de contractering bijdraagt aan de doelen uit het akkoord is afgesproken dat de NZa de ontwikkelingen in het contracteerproces volgt en daarover tot en met 2022 jaarlijks een rapportage in de vorm van een monitor uitbrengt. Het gaat over zorg in de generalistische basis-ggz (gb-ggz) en de gespecialiseerde ggz (g-ggz). Het betreft dus alleen de ggz zorg die op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geleverd.

Deze monitor contractering 2019 is de eerste voor de ggz. De gegevens zijn verzameld over een periode die grotendeels voorafgaat aan het vaststellen van het Hoofdlijnenakkoord. Aan de hand van deze eerste meting gaan we de komende jaren de ontwikkelingen in het proces van contracteren in de ggz volgen. De genoemde afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord moeten in de komende jaren uitgevoerd worden. Waar deze monitor een nulmeting is, verwachten we in de volgende monitors vooruitgang op deze afspraken. Wij beschrijven in deze eerste monitor opvallende zaken en doen aanbevelingen voor de toekomst met het Hoofdlijnenakkoord in het achterhoofd.

*Partijen

GGZ Nederland (GGZ NL), MIND Landelijk Platform (MIND), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen (P3NL), Platform MEERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), InEen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties, Federatie Opvang (FO), RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Contracteerproces

In deze huidige monitor 2019 onderscheiden we twee fases in de contractering. Dit zijn de fases 'contracteerproces' en 'uitvoering contract'. De 1e fase van een contract(jaar) noemen we 'contracteerproces' en loopt vanaf 1 april voorafgaand aan het contractjaar (verzekeraars maken inkoopbeleid voor het volgende contractjaar bekend) tot en met ondertekening van het contract (vaak 4e kwartaal van hetzelfde jaar). De 2e fase is de periode waarin de afspraken uit het contract daadwerkelijk worden uitgevoerd (van ingangsdatum tot en met beëindiging contract). Vooral in deze fase kan er sprake zijn van bijcontractering, dat wil zeggen het bijstellen van het contract. Ook zaken als patiëntenstops en geschillen tijdens de looptijd van het contract komen in deze fase aan de orde.

Deze monitor gaat over de uitvoering en het eventueel bijstellen van het contract 2018 (2e fase) en aansluitend over het contracteerproces voor het jaar 2019 (1e fase). Dat zijn de gele punten in de figuren.

Figuur 1. Contracteerjaar 2018



Figuur 2. Contracteerjaar 2019



Zoals figuur 1 laat zien betreft contractjaar 2018 de contractering die per 1 april 2017 start en leidt tot een contract met als ingangsdatum 1 januari 2018. In figuur 2 is weergegeven dat het contractjaar 2019 start op 1 april 2018 en over het algemeen in het 4e kwartaal 2018 is afgesloten. Dit proces leidt tot een contract met als ingangsdatum 1 januari 2019.

Onderzoeksopzet en proces

We hebben voor deze monitor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geënquêteerd. 8 zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld. Omdat 3 verzekeraarconcerns als 1 verzekeraar de vragenlijst hebben ingevuld (ENO, Zorg en Zekerheid en ONVZ), hebben uiteindelijk 10 van de 11 verzekeraars gereageerd. Een kleine verzekeraar heeft de vragenlijst niet ingevuld. Daar waar we in deze monitor spreken over '8 zorgverzekeraars', bedoelen we de 10 verzekeraar(-concern)s (4 grote en 6 kleine verzekeraars) omdat 3 verzekeraars met elkaar samenwerken bij de inkoop van zorg. Meer informatie staat in het document 'Bronnen en methoden' dat als bijlage bij deze monitor is gevoegd. In dit document is ook een overzicht te vinden van de samenwerkende zorgverzekeraars.

Waar wij spreken over 'zorgaanbieders', bedoelen we de 375 zorgaanbieders die onze enquête hebben ingevuld. Dit zijn 331 vrijgevestigde zorgaanbieders en 44 instellingen. Zie hiervoor eveneens de bijlage 'Bronnen en methoden'. Tenzij we daarvan in de tekst nadrukkelijk afwijken, zijn de genoemde getallen en percentages gebaseerd op de aantallen zorgaanbieders en verzekeraars die de enquête hebben ingevuld.

Deze monitor is een nulmeting. De resultaten zijn indicatief en geven een beeld van wat er in de sector gebeurt en hoe de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de enquête hebben ingevuld de contractering ervaren.

Tenslotte hebben wij onze bevindingen in deze monitor integraal geconsulteerd. Voor een overzicht van geconsulteerde partijen verwijzen wij naar de bijlage 'Bronnen en methoden'.

Leeswijzer

In deze monitor blikken we in [hoofdstuk 2](#) terug op de patiëntenstops, bijcontractering en klachten en geschillen voor het jaar 2018. [Hoofdstuk 3](#) gaat in op de zorginkoop 2019, het aantal aanbieders dat een contract afsloot en de reden voor het wel of niet contracteren. [Hoofdstuk 4](#) beschrijft de ervaringen van zorgverzekeraars en aanbieders met het inkoopproces. De thema's beveiligde ggz, acute ggz en de contractering aanvullende beroepen/experiment staan in [hoofdstuk 5](#). Tenslotte kijken we in [hoofdstuk 6](#) vooruit naar het jaar 2020 en de ontwikkelingen van deze monitor in de komende jaren.

2. Terugblik 2018

2. Terugblik 2018

Toegankelijkheid is een van de speerpunten van de NZa. We vinden het belangrijk dat iedereen op tijd de zorg krijgt die nodig en passend is. Een te lange wachttijd kan negatieve gevolgen voor het fysieke en geestelijke welzijn van de patiënt hebben. Daarom moeten de wachttijden zo kort mogelijk blijven.

Uit recente cijfers blijkt dat de gemiddelde aanmeldwachttijden per hoofddiagnosegroep in zowel de basis-ggz als de gespecialiseerde ggz langer zijn dan de Treeknorm van 4 weken. De totale wachttijd blijft voor de meeste hoofddiagnosegroepen wel binnen de Treeknorm van 14 weken. De wachttijd is echter voor patiënten met autismespectrumstoornissen en voor de groep met persoonlijkheidsstoornissen, depressie en trauma wel langer dan 14 weken.

Wachttijsten kunnen ontstaan of verder oplopen wanneer zorgaanbieders een patiëntenstop afgeven en de patiënt nergens anders terecht kan. Om een patiëntenstop te voorkomen kunnen zorgaanbieders, als het omzetplafond in zicht komt, verzoeken indienen bij de zorgverzekeraar voor het ophogen van het budget: het bijcontracteren. Contractering is dus een doorlopend proces als gevolg van de bijcontractering in de loop van het jaar.

In dit hoofdstuk blikken we terug op het contractjaar 2018. Specifiek staan we stil bij:

- patiëntenstops;
- proces en de redenen van bijcontracteren;
- geschillen over het contractjaar 2018.

Patiëntenstops 2018

Bij een patiëntenstop kondigt de aanbieder bij een zorgverzekeraar aan geen nieuwe patiënten van die verzekeraar meer in zorg te nemen. Dit kan verschillende redenen hebben, maar meestal gaat het om het bereiken van het omzetplafond bij deze zorgverzekeraar of een tekort aan personele capaciteit om aan de zorgvraag te voldoen.

Een patiëntenstop hoeft niet direct een gevaar te betekenen voor de continuïteit van zorg, zolang de patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. In principe is het namelijk irrelevant welke (gekwalificeerde) zorgaanbieder de zorg levert, omdat het gaat om de continuïteit van de zorg, niet om continuïteit van de zorgaanbieder. Dat gezegd hebbende, is het voor bestaande patiënten uiteraard wel wenselijk om continuïteit van behandelaar te hebben wanneer de behandeling eenmaal gestart is.

Als de patiëntenstops op grote schaal voorkomen en patiënten ook niet bij andere aanbieders terecht kunnen, kan echter wel een gevaar voor de toegankelijkheid en continuïteit van zorg ontstaan.

Aantal zorgaanbieders met patiëntenstop

174 gecontracteerde zorgaanbieders hebben in onze enquête vragen beantwoord over het onderwerp patiëntenstop. Daaronder zijn 39 instellingen en 135 vrijgevestigde zorgaanbieders. Tabel 1 geeft een overzicht van de aantallen patiëntenstops van de respondenten in 2018.

Tabel 1. Gehanteerde patiëntenstops 2018

	Instellingen		Vrijgevestigde aanbieders	
	Aantal	%	Aantal	%
Ja	15	38 %	87	64 %
Nee	24	62 %	48	36%
Aantal	39		135	
Totaal gecontracteerde zorgaanbieders	174			

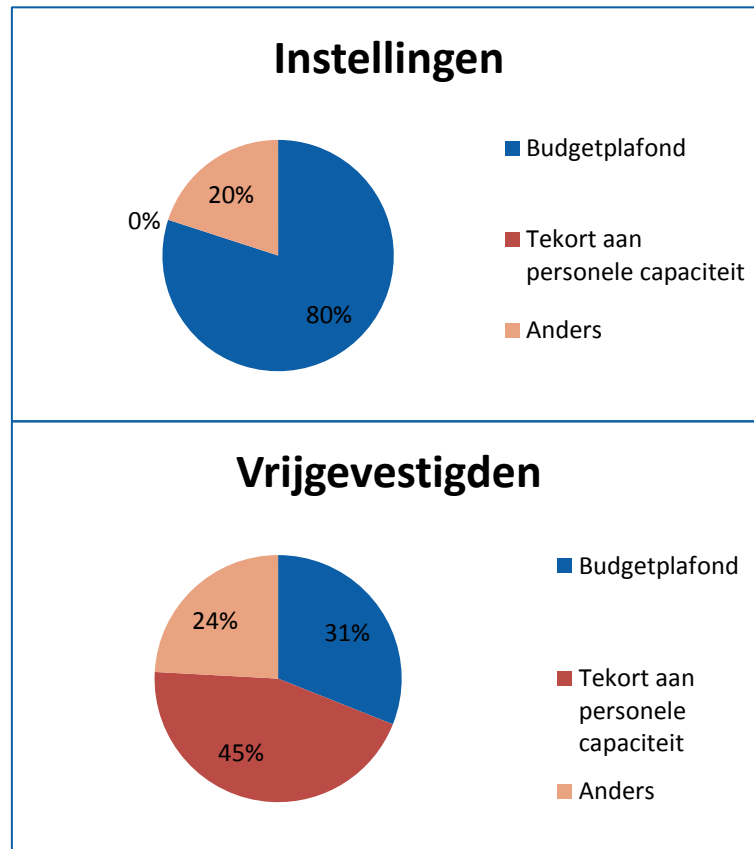
Bijna tweederde van de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft een patiëntenstop afgegeven in het contractjaar 2018. Een derde heeft in 2018 geen patiëntenstop afgegeven. Voor instellingen bleek deze verhouding juist omgedraaid. Ruim een derde van de instellingen heeft een patiëntenstop afgegeven in 2018 en een kleine tweederde juist niet.

5 van de 8 zorgverzekeraars die vragen over dit onderwerp hebben beantwoord, gaven aan voorbeelden te kennen van zorgaanbieders die een patiëntenstop hadden ingevoerd. Zij gaven ook aan dat deze patiëntenstops geen gevolgen hebben gehad voor de op hen rustende zorgplicht. Deze zorgplicht betekent dat de verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan (wachttijdbemiddeling).

Redenen patiëntenstops

In Figuur 2 staan de redenen van zorgaanbieders voor het afgeven van een patiëntenstop weergegeven.

Figuur 2. Redenen patiëntenstop



Van de 15 instellingen die een patiëntenstop afgaven in contractjaar 2018, gaf het grootste gedeelte (80%) een patiëntenstop af omdat het omzetplafond bij de verzekeraar bereikt was. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders gaf 31% (27 van de 87) aan dat het bereiken van het omzetplafond één van de redenen of de reden was voor een patiëntenstop.

Zoals in figuur 2 ook te zien is, is onvoldoende personele capaciteit voor 45% (39 van de 87) vrijgevestigde zorgaanbieders reden om een patiëntenstop in te stellen. 8 vrijgevestigde aanbieders gaven bij 'anders' expliciet aan dat het een combinatie was van het bereiken van het omzetplafond en onvoldoende personele capaciteit.

Uit bovenstaande figuur blijkt ook dat bij geen enkele instelling die onze enquête invulde het gebrek aan personele capaciteit een rol speelde in het afgeven van de patiëntenstops. Slechts 1 instelling gaf aan dat het een combinatie van personeelstekort, geen capaciteit en het hebben van geen contract met een bepaalde zorgverzekeraar was.

Dat het gebrek aan personele capaciteit bij instellingen geen rol speelt is niet alleen opvallend in vergelijking met de vrijgevestigde zorgaanbieders, het is ook een tegenstelling met het [samenvattend rapport 'Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden'](#). Zorgverzekeraars geven hierin aan allemaal bereid te zijn om het budget te verruimen als geld aantoonbaar de kritische factor is in de wachttijdproblematiek. Dit helpt volgens de zorgverzekeraars echter maar beperkt omdat vaak niet het geld, maar capaciteitsproblemen en personeelstekorten beperkende factoren vormen. Gebrek aan personele capaciteit is waarschijnlijk wel een (belangrijke) factor voor de wachttijdproblematiek, maar is blijkbaar voor instellingen toch geen reden om een patiëntenstop af te geven.

10 van de 14 instellingen en 78 van de 85 vrijgevestigden die de enquête invulden voor de monitor contractering ggz geven tot slot aan dat de patiëntenstops die werden afgegeven niet specifiek van toepassing waren op bepaalde diagnosegroepen (in zoverre zij verschillende diagnosegroepen behandelen). 3 van de 14 instellingen merkten de diagnosegroepen 'persoonlijkheidsstoornissen, depressie en trauma' aan als groepen waar zij wél specifiek een patiëntenstop voor afgaven. Dit is in lijn met het feit dat voor deze diagnosegroepen de wachttijden langer zijn dan de Treeknorm toestaat.

Doorleverplicht en/of doorverwijzen

Een veel voorkomende aanvullende contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is de doorleverplicht. Dit houdt in dat de zorgaanbieder zorg moet blijven leveren aan nieuwe en/of bestaande patiënten, ook als het omzetplafond is bereikt.

Van de 8 verzekeraars die de enquête hebben ingevuld, melden er 7 dat ze (voor 2018) bij instellingen een doorleverplicht hebben afgesproken voor bestaande patiënten. 4 verzekeraars geven aan een doorleverplicht te hebben afgesproken met vrijgevestigde aanbieders.

Van de 8 verzekeraars geven er 5 aan dat ze géén doorleverplicht hebben afgesproken voor nieuwe patiënten. 2 kleine verzekeraars hebben dit alleen bij instellingen gedaan, 1 grote verzekeraar bij alle aanbieders.

Een risico van de doorleverplicht dat we ook willen noemen, is dat die een financiële druk op zorgaanbieders kan leggen die in het uiterste geval kan leiden tot faillissement. Op den duur kan hierdoor de zorgcontinuïteit in gevaar komen. Ook kan dit reden zijn voor aanbieders om cliënten te weigeren.

Als zorgaanbieders een patiëntenstop afgeven dan moet het voor cliënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. De zorgaanbieder zal allereerst zelf moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten. Daarnaast moet hij de zorgverzekeraar tijdig inlichten en – indien nodig – de wachtenden naar een andere aanbieder doorverwijzen, terug verwijzen naar de huisarts en/of attent maken op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling. Dit is onderdeel van de informatieplicht die zorgaanbieders hebben.

Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders hebben 33 van de 87 vrijgevestigden die onze enquête invulden afspraken gemaakt met andere zorgaanbieders of collega's voor het geval zij een patiëntenstop hebben, terwijl er 65 van de 87 hun patiënten doorverwezen naar een andere zorgaanbieder of collega. In tweederde van de gevallen verwees men de patiënt (ook) terug naar de huisarts. En ook tweederde van de vrijgevestigden gaf aan de patiënt (ook) te hebben gewezen op zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

Wat betreft de instellingen hebben twee van de vijftien instellingen afspraken gemaakt met andere zorgaanbieders, terwijl er zes doorverwezen naar een andere zorgaanbieder. Vijf verwezen (ook) terug naar de huisarts. Alle vijftien instellingen gaven aan hun patiënten (ook) te wijzen op zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar bij een patiëntenstop.

Bijcontractering 2018

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

3 van de 8 verzekeraars hadden voor contractjaar 2018 inkoopbeleid opgesteld voor het bereiken van het omzetplafond en het daarboven aanvullend contracteren van zorg, het bijcontracteren. Dit beleid was volgens alle drie ook opgenomen in het contract met de zorgaanbieders. Bij één verzekeraar was het daarnaast ook te vinden op de website en bij één was het tevens opgenomen in het inkoopbeleid.

5 zorgverzekeraars hadden voor 2018 dus geen beleid voor het bijcontracteren opgesteld. 1 verzekeraar geeft aan dat zij de voorkeur geven aan het doorsturen van verzekerden naar andere zorgaanbieders boven het toekennen van extra budget, tenzij de zorgplicht in het geding komt.

Over het algemeen hanteren verzekeraars verschillend beleid voor de (bij)contractering van instellingen en vrijgevestigde aanbieders. Welke verschillen dit zijn, hebben wij voor deze monitor niet uitgevraagd. Wij nemen dit mee bij het maken van de volgende monitor. Een enkele verzekeraar maakt daarnaast ook nog onderscheid voor de verschillende soorten ggz zoals de basis ggz en de gespecialiseerde ggz.

Bijna alle verzekeraars geven in het inkoopbeleid voor contractjaar 2019 aan onder bepaalde voorwaarden niet (meer) te werken met omzetplafonds voor vrijgevestigde zorgaanbieders in de basis-ggz.

4 van de 8 verzekeraars die de enquête hebben ingevuld maken geen onderscheid tussen doelgroepen, diagnoses of type behandelingen bij het afsluiten van contracten. 3 van de verzekeraars hanteren wel nog andere criteria. Denk hierbij aan toenemende wachttijden in relatie tot de Treeknorm, een aantoonbare toename van instroom van verzekerden of omstandigheden die niet bekend waren bij het sluiten van de overeenkomst.

Ingediende aanvragen

In onderstaande tabel staat van de 174 gecontracteerde zorgaanbieders die de vragen over bijcontracteren hebben ingevuld, of zij een verzoek tot bijcontractering voor het contractjaar 2018 hebben gedaan bij één of meer zorgverzekeraars.

Tabel 2. Verzoek tot bijcontractering gedaan in 2018

	Vrijgevestigden		Instellingen	
	Aantal	Procent	Aantal	Procent
Ja bij één verzekeraar	26	19%	4	10%
Ja, bij meerdere verzekeraars	15	11%	29	74%
Nee	94	70%	6	16%
Totaal	135		39	
Totaal ingevulde enquêtes	174			

Het overgrote deel van de instellingen (84%) heeft bij één of meer verzekeraars een verzoek tot bijcontractering gedaan. Wat opvalt is dat dit bij de vrijgevestigde zorgaanbieders maar 30% was. Omdat het bereiken van een omzetplafond vaak de reden is voor een aanvraag voor bijcontracteren, leidt deze beleidskeuze er waarschijnlijk toe dat er vanuit vrijgevestigde zorgaanbieders nog minder aanvragen voor bijcontractering komen. We hopen hier in een volgende monitor meer helderheid over te kunnen geven.

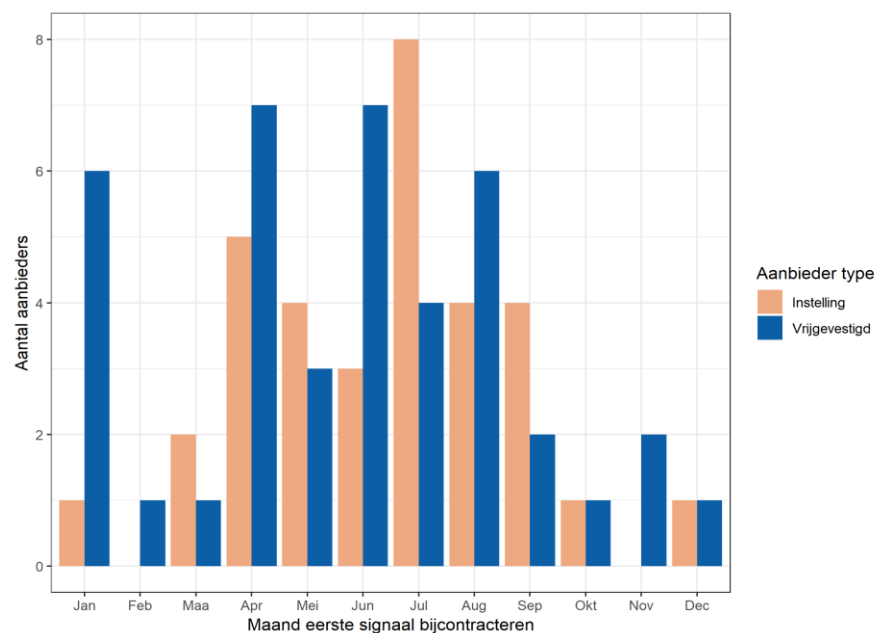
1 kleine zorgverzekeraar gaf aan helemaal geen verzoeken tot bijcontractering te hebben ontvangen. Het is niet bekend waarom niet. De overige 7 hebben wel verzoeken tot bijcontractering ontvangen. Ze ontvingen allemaal verzoeken tot bijcontractering van instellingen. 5 zorgverzekeraars ontvingen ook verzoeken van vrijgevestigde zorgaanbieders.

Indienperiode

Bij 2 verzekeraars kunnen zorgaanbieders het hele jaar door aanvragen indienen voor bijcontractering. In figuur 3 is te zien in welke maand van het jaar de aanbieders een eerste signaal hebben afgegeven over de behoefte tot bijcontractering.

Ongeveer 85% van de instellingen en 71% van de vrijgevestigde zorgaanbieders deed dit in het 2e of 3e kwartaal van 2018. De piek voor de instellingen ligt in juli. De vrijgevestigde zorgaanbieders deden daarnaast opvallend vaak ook al een verzoek direct in januari. Mogelijk ligt dit er aan dat zij het budget in de eerste instantie niet toereikend vinden en proactief al extra budget aanvragen met de afhandelings-termijn van zorgverzekeraars in het achterhoofd.

Figuur 3. Moment signaal behoefte bijcontractering vrijgevestigde aanbieders en instellingen



Tweederde van de ondervraagde zorgaanbieders gaf aan de aanvraag voor bijcontractering te kunnen indienen binnen de periode die de zorgverzekeraar daarvoor had aangegeven. Hierin bleek geen verschil tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders te zijn.

Redenen voor bijcontractering

95% van de vrijgevestigde zorgaanbieders wees het bereiken van het omzetplafond aan als voornaamste reden voor het indienen van een verzoek tot bijcontractering bij de verzekeraar(s). De NZa heeft eerder onderzoek gedaan naar de relatie tussen omzetplafonds bij vrijgevestigde ggz-aanbieders en de wachttijden. Uit dat onderzoek blijkt dat er sprake is van een beperkt negatief effect van omzetplafonds op de productie bij vrijgevestigde ggz-aanbieders. Als deze behandelcapaciteit vrijgemaakt wordt, schatten wij dat in de tweede helft van 2018 maandelijks zo'n 263 patiënten extra behandeld konden worden door vrijgevestigde aanbieders. De totale omvang van het effect is daarmee beperkt: het gaat om ongeveer 0,5% van de landelijke behandelcapaciteit in de gespecialiseerde ggz. Maar er zijn wel degelijk patiënten die onnodig lang wachten. Dit is onwenselijk.

Het betekent echter niet dat de omzetplafonds zonder meer verruimd moeten worden. Verruiming is alleen wenselijk als hiermee extra patiënten geholpen worden die anders op een wachtlijst komen te staan. Daarbij moet de zorgaanbieder daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen.

Ondanks dat 88% van de instellingen het bereiken van het omzetplafond ook aanwees als een belangrijke reden, speelde bij 58% van de instellingen ook gewijzigde afspraken over gemiddelde prijs (bijvoorbeeld in verband met een zwaardere patiëntenpopulatie) een rol. Door een kleine groep instellingen (15%) werd het terugdringen van de wachtlijsten genoemd als reden voor bijcontractering.

Afhandelingstermijn en overleg

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgverzekeraars heldere en reële afhandelingstermijnen stellen en tijdig reageren op verzoeken tot bijcontractering. De termijn tussen het officiële verzoek en het definitieve besluit was bij de meeste verzekeraars naar eigen zeggen niet opgenomen in het beleid. 2 verzekeraars geven aan wel een termijn te hanteren, namelijk van 1 tot 3 maanden. Uit onze uitvraag blijkt dat in de meeste gevallen inderdaad 1 tot 3 maanden duurde voordat de zorgverzekeraar een beslissing nam op de aanvraag tot bijcontractering.

In het Hoofdlijnenakkoord is ook de afspraak gemaakt dat zorgaanbieders een aanvraag tot bijcontractering altijd moeten onderbouwen. Het merendeel van de verzekeraars die wij bevraagd hebben, communiceert met de zorgaanbieders welke specifieke gegevens zij moeten aanleveren bij een aanvraag tot bijcontractering. 2 verzekeraars zeggen dat zij dat niet doen. Het ontbreken van informatie over hoe het best een aanvraag voor bijcontractering ingediend kan worden leidt tot onduidelijkheid bij aanbieders.

Alle 7 zorgverzekeraars die in 2018 verzoeken tot bijcontracteren hadden ontvangen, gaven aan de mogelijkheid te bieden tot overleg over de aanvraag voor bijcontractering. 1 verzekeraar maakte daar naar eigen zeggen onderscheid bij tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders. Deze zorgverzekeraar gaf alleen instellingen de mogelijkheid tot overleg.

Gehonoreerde aanvragen/omzetophogingen

In het Hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat de NZa in de monitor aandacht besteedt aan de mate waarin verzoeken tot bijcontractering bij omzetplafonds worden aangevraagd en gehonoreerd. Daarom hebben wij verzekeraars hiernaar gevraagd in onze enquête. 5 van de 7 verzekeraars gaven aan aanvragen tot bijcontractering te hebben gehonoreerd. Hoeveel aanvragen tot bijcontractering er in totaal voor het contractjaar 2018 waren gedaan was niet bekend bij de zorgverzekeraars. 3 verzekeraars gaven aan ook geen onderbouwde cijfers beschikbaar te hebben over de in totaal aangevraagde bedragen voor bijcontractering in 2018. We gaan met verzekeraars in gesprek om er voor te zorgen dat zorgverzekeraars voortaan gegevens over de bijcontractering beter gaan registreren, zodat wij hierover in volgende monitors kunnen rapporteren. Ook gaan wij met partijen in gesprek om tot een verdere (kwalitatieve) invulling te komen voor de gemaakte afspraken over de bijcontractering in het Hoofdlijnenakkoord.

Afwijzingen

Van de 74 zorgaanbieders gaven 50 (68%) aan dat zij een afwijzing voor bijcontractering voor het jaar 2018 hadden ontvangen. De meeste zorgaanbieders ontvingen bij meer dan 1 verzekeraar een afwijzing. Het Hoofdlijnenakkoord stelt dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over de redenen waarom niet wordt (bij)gecontracteerd. Ongeveer de helft van deze zorgaanbieders gaf aan dat de ontvangen afwijzingen onderbouwd waren door de zorgverzekeraar. De andere helft gaf aan dat dit niet het geval was. Opvallend is dat zes van de zeven verzekeraars zeiden dat ze hun afwijzingen wel altijd onderbouwen.

De redenen voor het afwijzen van de aanvragen zijn voor deze monitor niet onderzocht. Wat we wel weten is dat 6 van de 7 verzekeraars die verzoeken tot bijcontractering hadden ontvangen aangeven de gegevens over de wachttijd bij een zorgaanbieder te betrekken bij het besluit over het verzoek tot bijcontractering van deze betreffende zorgaanbieder.

Ervaringen proces bijcontractering 2018

Zorgaanbieders

12 van de 74 zorgaanbieders die een aanvraag tot bijcontractering hebben gedaan in 2018 waren tevreden over het gevolgde proces. Een groot deel van hen (45 aanbieders) is echter ontevreden tot zeer ontevreden. Vrijgevestigde zorgaanbieders waren gemiddeld minder tevreden dan instellingen.

Praktisch alle zorgaanbieders zagen dan ook verbeterpunten voor het proces van bijcontracteren, zie onderstaande tabel.

Tabel 3. Verbeterpunten proces bijcontracteren

	Vrijgevestigden	Instellingen
Bijcontractering mogelijk tot einde van het jaar	56%	34%
Bijcontractering mogelijk gedurende het hele jaar	68%	59%
Administratieve lasten tav de contractering verminderen	56%	50%
Mogelijkheid om in gesprek te gaan	66%	50%
(Meer) ruimte voor onderhandeling	76%	66%
Bereikbaarheid vd zorgverzekeraar	59%	25%
(Meer) ruimte voor maatwerk	66%	63%

Het ligt voor de hand dat de tevredenheid onder aanbieders over het proces van bijcontracteren ook afhangt van de vraag of de aanvra(a)g(en) tot bijcontractering zijn gehonoreerd of niet. Inderdaad blijkt dan ook uit de enquête dat de tevredenheid van aanbieders afnam als hun aanvragen niet gehonoreerd waren.

Maar de tevredenheid over de bijcontractering is niet alleen afhankelijk van het al dan niet toekennen van het extra budget. De zorgaanbieders zien bijvoorbeeld graag dat de periode waarin bijcontractering mogelijk is wordt uitgebreid. Ze willen graag gedurende het hele jaar kunnen bijcontracteren. Daarnaast geven zij als verbeterpunten het verminderen van de administratieve lasten aan en (meer) ruimte voor onderhandelingen en maatwerk.

Vrijgevestigde zorgaanbieders uiten vaker dan instellingen de wens om ook tot het einde van het jaar te kunnen bijcontracteren. Ze zien de bereikbaarheid van zorgverzekeraars vaker als een verbeterpunt en geven iets vaker dan instellingen aan dat ze graag meer mogelijkheden willen om in gesprek te kunnen met de zorgverzekeraars over de bijcontractering.

Een aantal instellingen en vrijgevestigde aanbieders geeft aan dat de zorgkosten voor 2018 soms pas ver in 2019 gedeclareerd en daarmee duidelijk worden (lange looptijd dbc's). Daarom kan het bereiken van het omzetplafond soms pas in het opvolgende jaar bekend worden. Zij geven aan dat bijcontracteren daarom ook in het jaar erna nog mogelijk zou moeten zijn.

* De "Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering" is in 2016 opgericht door beroeps- en brancheorganisaties in de gezondheidszorg. De uitvoering van deze geschilleninstantie is ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI).

Uit onze enquête komt verder ook naar voren dat vrijgevestigde zorgaanbieders meer moeite hebben om het beleid te begrijpen dan instellingen.

Zorgverzekeraars

Onder zorgverzekeraars zijn 4 verzekeraars tevreden over het proces van bijcontracteren. 3 verzekeraars zijn neutraal. Ondanks deze relatieve tevredenheid onder verzekeraars gaven 5 van hen wel aan ook verbeterpunten te zien. Zij gaven aan dat de reactietermijn tussen aanvraag en besluit sneller zou mogen zijn. 1 noemde het publiceren van beleid rondom het bijcontracteren als verbeterpunt en 1 verzekeraar sprak de wens uit om (meer) ruimte te krijgen voor maatwerk.

Geschillen/klachten

2 van de 8 verzekeraars hebben in 2018 te maken gehad met een of meer geschillen met zorgaanbieders. 1 verzekeraar heeft, zoals ook in het Hoofdlijnenakkoord wordt geadviseerd wanneer er geschillen zijn, ervoor gekozen om de onafhankelijke Geschillencommissie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering* te betrekken bij tenminste één geschil. De andere verzekeraar deed dit niet. Uitspraken worden in principe niet openbaar gemaakt.

17% van de ondervraagde vrijgevestigde zorgaanbieders en 31% van de instellingen hadden in 2018 een geschil met een verzekeraar. Geen van de vrijgevestigde aanbieders nam hierbij contact op met de Geschillencommissie. 1 instelling deed dit wel, de rest van de instellingen niet. 2 vrijgevestigde aanbieders en 2 instellingen gaven wel aan een andere procedure te hebben gekozen. Het is niet bekend welke procedure dit was.

De aangegeven redenen om de Geschillencommissie niet te betrekken bij het geschil zijn heel divers. Enkele aanbieders waren onbekend met de (procedure van de) Geschillencommissie. Een aantal zorgaanbieders schat hun kansen op succes erg laag in en vond het niet de tijdsinvestering waard.

Conclusies en aanbevelingen

Bijna tweederde van de geëquireerde en gecontracteerde vrijgevestigde zorgaanbieders en ruim een derde van de gecontracteerde instellingen hebben een patiëntenstop afgegeven in het contractjaar 2018. Gezien de te lange aanmeldwachtijden binnen de ggz kunnen patiëntenstops problematisch zijn en kunnen de toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor patiënten in gevaar komen.

Voor vrijgevestigde zorgaanbieders is het gebrek aan personele capaciteit de meest genoemde reden. Voor instellingen is dit het bereiken van het omzetplafond. Het is opvallend dat voor de instellingen het gebrek aan personele capaciteit geen rol lijkt te spelen.

Als een zorgaanbieder het omzetplafond van een zorgverzekeraar dreigt te overschrijden, doet dit allereerst een beroep op de zorgaanbieder zelf. Hij zal moeten kijken of hij de zorg voor zijn patiënten anders moet inzetten. Daarnaast moet hij de zorgverzekeraar tijdig inlichten en - indien nodig - de wachtenden naar een andere aanbieder doorverwijzen. Het is daarnaast de plicht van de zorgaanbieder om nieuwe patiënten bij lange wachttijden of een patiëntenstop te wijzen op de zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Een derde van de vrijgevestigde zorgaanbieders gaf echter aan dit niet te doen. Dit is zorgelijk, omdat het van belang is dat iedere zorgaanbieder zich aan deze informatieplicht houdt.

De zorgverzekeraar kan bij het bereiken van het omzetplafond extra zorg bij deze zorgaanbieder inkopen (bijcontracteren) of de wachtenden bij een andere gecontracteerde zorgaanbieder onderbrengen.

Niet alle verzekeraars hebben beleid voor het proces van bijcontractering geformuleerd. Wij roepen op om dit beleid op te stellen het moet wat ons betreft gelijktijdig met het inkoopbeleid kunnen en worden gepubliceerd. Zeker omdat sommige verzekeraars aangeven dat er direct vanaf de start van het jaar bijgecontracteerd kan worden.

Wij adviseren zorgverzekeraars ook om op de website duidelijk te benoemen welke specifieke gegevens zorgaanbieders moeten aanleveren bij een aanvraag tot bijcontractering. Duidelijkheid stelt aanbieders in staat om in één keer de aanvraag goed in te dienen. Dit leidt tot minder administratieve lasten voor beide partijen.

84% van de geëquireerde gecontracteerde instellingen en 30% van de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft in 2018 een verzoek tot bijcontractering ingediend. Of de rest van de vrijgevestigde zorgaanbieders dit wel heeft overwogen, gaan wij in een volgende monitor verder onderzoeken. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft 98% het bereiken van het omzetplafond aan als reden, net als 88% van de instellingen. 58% van de instellingen geeft ook aan dat de gewijzigde afspraken over gemiddelde prijzen voor hen een rol spelen.

Het eerste signaal van behoefte aan bijcontracteren wordt veelal in het 2e en 3e kwartaal gegeven. Vrijgevestigde zorgaanbieders geven echter opvallend vaak al in januari aan dat zij behoefte hebben aan bijcontracteren. Zij lijken bij voorbaat al aan te geven dat het gekregen budget ontoereikend is en handelen proactief door extra budget aan te vragen met de afhandelingstermijn van zorgverzekeraars in het achterhoofd.

De reactietermijn van zorgverzekeraars op aanvragen voor bijcontractering moet sneller kunnen dan 1 tot 3 maanden. Het begint bij het opnemen van een officiële reactietermijn in het beleid van de zorgverzekeraar, zodat er ook een prikkel ontstaat om vóór een bepaalde datum een uitspraak te doen op een aanvraag.

Een opvallende discrepantie is dat de helft van de zorgaanbieders zegt dat de ontvangen afwijzingen niet onderbouwd waren, terwijl 6 van de 7 zorgverzekeraars aangeeft afwijzingen altijd te onderbouwen. In de volgende monitor zal de NZa hier verder op doorvragen.

Zorgverzekeraars hebben veelal geen onderbouwde cijfers over hoeveel aanvragen tot bijcontractering er zijn gedaan, voor welk bedrag er in totaal is aangevraagd en voor welk bedrag er is gehonoreerd. De uitvraag voor deze monitor is een 0-meting geweest en wordt in de komende jaren opnieuw uitgevoerd. We gaan met verzekeraars in gesprek zodat zij gegevens over de bijcontractering gaan registreren. Wij kunnen dan in volgende monitors hierover rapporteren. Ook gaan wij met partijen in gesprek om tot een verdere (kwalitatieve) invulling te komen van de gemaakte afspraken over de bijcontractering in het Hoofdlijnenakkoord.



3. Inkoop 2019

3. Inkoop 2019

In dit hoofdstuk bespreken we de gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. We beschrijven de volgende bevindingen:

- De resultaten uit de enquête die laten zien in hoeverre zorgaanbieders contracten hebben gesloten.
- De redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (deels) geen contracten te sluiten.
- De manier waarop zorgverzekeraars de eigen verzekerden en zorgaanbieders de patiënten informeren over de voor hen relevante (financiële) gevolgen van ongecontracteerde zorg.

Omvang (on)gecontracteerde zorg

Voor deze monitor zijn deels dezelfde onderwerpen uitgevraagd die ook in het rapport van Arteria Consulting (Arteria) '(Niet-) Gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek' (2018) zijn terug te vinden. Waar mogelijk en relevant leggen we hier de verbinding mee in de conclusies of beschrijving. In deze paragraaf geven we aan welke aantallen van de ondervraagde zorgaanbieders geheel, gedeeltelijk of helemaal niet gecontracteerd werken. Ook benoemen we de belangrijkste redenen voor het niet gecontracteerd werken.

Hieronder staan 3 overzichten:

1. Een overzicht van de zorgaanbieders die een contract hebben gesloten met **alle** zorgverzekeraars.
2. Een overzicht van de zorgaanbieders die een contract hebben met **een deel** van de zorgverzekeraars.
3. Een overzicht van de aanbieders die **geen enkel contract** aan willen gaan of met **geen enkele** verzekeraar tot overeenstemming konden komen.

Contract met alle verzekeraars

28% van de vrijgevestigde aanbieders die de enquête hebben ingevuld (93 van de 331) en 36% van de instellingen (16 van de 44) heeft op het moment van afnemen van de enquête een contract met de verzekeraars van al hun patiënten.

Tabel 4. Contract met alle zorgverzekeraars

	Aantal	Percentage
Vrijgevestigd	93	28%*
Instellingen	16	36%*
Totaal	109	29%
Totaal enquêtes	375	

* Percentage van het totaal aantal ingevulde enquêtes door vrijgevestigde aanbieders respectievelijk instellingen.

Contract met een deel van de verzekeraars

Ruim 50% (197 van de 375) van de zorgaanbieders is bereid (deels) te contracteren, maar heeft (nog) niet met alle zorgverzekeraars binnen de wettelijke termijn van de overstapperiode een contract afgesloten. Een gedeelte van de instellingen waar dit voor geldt (ruim 10) is ten tijde van het invullen van de vragenlijst (medio februari 2019) nog in onderhandeling, maar verwacht dat ze uiteindelijk wel volledig gecontracteerd gaan werken in 2019. Een deel heeft al wel mondelinge overeenstemming bereikt maar nog geen definitief contract getekend. Ze geven aan dat er veel tijd zit tussen mondelinge overeenstemming en het daadwerkelijk tekenen van het contract.

Tabel 5. Contract met een deel van de verzekeraars

	Aantal	Percentage
Vrijgevestigd	171	52%*
Instellingen	26	59%*
Totaal	197	52%
Totaal enquêtes	375	

*Percentage van het totaal aantal ingevulde enquêtes door vrijgevestigde aanbieders respectievelijk instellingen.

Van de 171 vrijgevestigde zorgaanbieders die aangeven met een deel van de verzekeraars een contract te hebben gesloten, geven er 40 aan dat ze wel geprobeerd hebben om een contract af te sluiten met meer verzekeraars. 131 van de vrijgevestigde aanbieders die deels gecontracteerd werken geven aan dat ze bij sommige zorgverzekeraars niet geprobeerd hebben om een contract af te sluiten. De belangrijkste redenen die vrijgevestigde zorgaanbieders aangeven voor het niet gecontracteerd (kunnen) werken: er was al voldoende zorgaanbod in de regio, te weinig patiënten bij de betreffende zorgverzekeraar, te lage tarieven en/of niet kunnen of willen voldoen aan kwaliteitseisen van de verzekeraar. Daarnaast geeft een aantal zorgaanbieders aan dat ze geen contract krijgen omdat ze nieuw zijn, en is er een klein aantal zorgaanbieders dat aangeeft dat ze te laat waren met de aanvraag. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders komt niet naar voren dat ze nog bezig zijn met de contractering, dus deze laatste groep zal waarschijnlijk ongecontracteerd blijven.

Van de 26 instellingen die aangeven met een deel van de zorgverzekeraars een contract te hebben gesloten, hebben er 4 om diverse redenen niet geprobeerd met de overige zorgverzekeraars een contract af te sluiten.

22 instellingen hebben dat wel geprobeerd en geven aan dat het niet is gelukt vanwege te lage tarieven/omzetplafonds, niet kunnen of willen voldoen aan kwaliteitseisen en een beperkt marktaandeel. Daarnaast is de late contractering van acute ggz veel genoemd als reden. De afspraken over acute ggz zijn deel van het reguliere contract. Doordat landelijke partijen pas begin februari 2019 eenduidige afspraken hebben gemaakt over de praktische uitvoering hiervan, is het sluiten van de contracten vertraagd. Zie voor meer informatie [hoofdstuk 5](#) van deze monitor. De meeste van deze 22 instellingen verwachten er met de overige verzekeraars uit te komen en (min of meer) volledig gecontracteerd te gaan werken.

Contract met geen enkele verzekeraar

18% van de zorgaanbieders (69 van de 375) geeft aan met geen enkele verzekeraar een contract te hebben.

Tabel 6. Met geen enkele zorgverzekeraar een contract

	Aantal	Percentage
Vrijgevestigd	67	20%*
Instellingen	2	5%*
Totaal	69	18%
Totaal enquêtes	375	

2 instellingen van de 44 geven aan met geen enkele verzekeraar een contract te hebben gesloten. Een van deze instellingen heeft wel geprobeerd om contracten te sluiten. Het betreft een instelling die vooral met jeugdigen werkt (tot 23 jaar) en alleen klinische zorg biedt. Deze instelling geeft aan dat verzekeraars niet willen contracteren, maar dat ze wel afspraken hebben gemaakt over de kwaliteit en vergoeding van een behandeling. Slechts 1 van de 2 instellingen geeft aan niet geprobeerd te hebben om te contracteren, met als reden het principe van de vrije artskeuze.

Van de 67 vrijgevestigde zorgaanbieders die aangeven geen enkel contract te hebben, geven er 65 aan dit ook niet geprobeerd te hebben. De motivaties hiervoor zijn: 'ik wil geen inmenging van de zorgverzekeraar' (49) en het principe van de vrije artskeuze (12).

De redenen van vrijgevestigde zorgaanbieders en instellingen om helemaal niet of deels niet te contracteren komen overeen met het Arteria rapport uit 2018, namelijk: het kost te veel inspanning om een contract aan te gaan of men wilt geen inmenging van de verzekeraar als het gaat om de inhoud van de behandeling. Verder werden de omzetplafonds, gedifferentieerde tarieven en administratieve lasten als grote nadelen gezien van gecontracteerd werken.

Stimuleren gecontracteerde zorg door zorgverzekeraars

Arteria constateert in 2018 (op basis van declaratiedata 2014 tot en met 2016) dat de ongecontracteerde ggz zowel in relatieve als in absolute zin toeneemt tussen 2014 en 2016. Het gaat in 2016 om 187 miljoen euro, oftewel 6,3% van de curatieve ggz. In 2014 ging dat nog om 128 miljoen euro, wat neerkomt op 4,4% van het vergoede bedrag. De toename in omzet in de ongecontracteerde ggz wordt volgens Arteria volledig veroorzaakt door een toename in omzet van volledig niet-gecontracteerde aanbieders. Het aandeel deels-gecontracteerde zorg is tussen 2014 en 2016 stabiel, zowel qua aantallen deels-gecontracteerde aanbieders als hun omzet.

Voor de ggz gaan we in 2019 een verdiepend onderzoek uitvoeren naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten. Daarbij gaan we kijken naar:

- Reden van niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op het niveau van de individuele zorgaanbieder.
- Komen de opvattingen van zorgverzekeraar en individuele zorgaanbieder over de reden waarom geen contract is aangegaan overeen?

Komend najaar maken we de resultaten van dit verdiepende onderzoek bekend. Zoals eerder ook benoemd geven Zvw-partijen in het Hoofdlijnenakkoord aan dat zij de opgetreden groei van ongecontracteerde zorg onwenselijk vinden waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft. In het Hoofdlijnenakkoord is daarom een aantal afspraken gemaakt die het sluiten van contracten moet stimuleren. Er zijn onder meer afspraken gemaakt over het verbeteren van de informatie aan de cliënt over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast hebben Zvw-partijen afgesproken om te investeren in het verbeteren van het contracteerklimaat voor de ggz (Good Contracting Practices). Meer specifiek zijn er afspraken gemaakt over hoe het contact over de contractering en eventuele bijcontractering moet verlopen.

Beleid zorgverzekeraars

7 zorgverzekeraars geven aan dat zij beleid en acties hebben ontwikkeld voor het verminderen van ongecontracteerde zorg. 1 grote verzekeraar geeft aan dat niet van plan te zijn. De 7 overige verzekeraars benoemen hierbij als acties onder meer: het actief benaderen van zorgaanbieders om alsnog tot een contract te komen, differentiatie in tarieven om gecontracteerde zorg aantrekkelijker te maken (bijvoorbeeld afspraken maken over kwaliteit van zorg tegen een hoger tarief), verlaging van administratieve lasten voor gecontracteerde zorg en het vereenvoudigen van het contracteerproces. Ook geven de zorgverzekeraars aan de toegang tot contracten te verruimen ten opzichte van eerdere jaren. Bijvoorbeeld door in uitzonderlijke gevallen buiten de indieningstermijnen zorg te contracteren als dat innovatieve zorg betreft of als dit wenselijk is voor het terugdringen van de wachtlijsten.

Aan de zorgverzekeraars hebben we ook gevraagd wat de redenen zijn om niet te contracteren. Van de 8 zorgverzekeraars die de enquête hebben ingevuld geven 6 aan dat ze in het beleid bewust hebben gekozen om een (deel van de) zorgaanbieder(s) geen contract aan te bieden voor 2019. De belangrijkste redenen om op voorhand geen contract aan te bieden zijn een niet passend zorgaanbod, al voldoende ingekocht, de kwaliteit (geleverd of geborgd in statuten) en een klein aantal verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar bij een zorgaanbieder. Uit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars blijkt dat een enkele kleine verzekeraar aangeeft niet selectief te contracteren om de keuzevrijheid van de verzekerde te garanderen. De criteria die de andere verzekeraars in hun inkoopbeleid hanteren om niet te contracteren laten geen verschil zien tussen de behandeling van vrijgevestigde zorgaanbieders en instellingen.

Dat zorgverzekeraars enerzijds gecontracteerde zorg willen stimuleren terwijl ze er anderzijds ook voor kiezen om enkele zorgaanbieders niet te contracteren, kwam ook naar voren in het Arteria rapport (2018). De mate waarin het beleid om gecontracteerde zorg te stimuleren praktisch wordt toegepast is ons niet bekend. Om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord te monitoren zullen we hier in de volgende monitoren wel aandacht aan geven.

Informatie over (on)gecontracteerde zorg naar verzekerden/cliënten

In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen het volgende afgesproken over het verbeteren van informatie richting de cliënt: Om er voor te zorgen dat de cliënt voldoende informatie heeft om een keuze te maken zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. De bijdrage die de verzekerde zelf dient te betalen als hij/zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, mag geen verrassing voor de verzekerde zijn.

Zorgaanbieders moeten cliënten vóór de levering van zorg informeren, zodat ze dan nog een goed overwogen beslissing kunnen nemen (regeling transparantie zorgaanbieder). Het enkel informeren van cliënten bij de start van de levering van zorg vinden we om die reden te laat in het proces. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren (bijvoorbeeld op hun website of bij het afsluiten van de polis) over welke aanbieders gecontracteerd zijn en over de (financiële) gevolgen van niet-gecontracteerde zorg.

Hieronder staat hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders op dit moment invulling geven aan deze afspraken en de transparantieregelingen van de NZa.

Transparantie zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars moeten informatie over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn tijdig publiceren en in de overstapperiode actueel houden. Dit om ervoor te zorgen dat verzekerden goed geïnformeerd hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar kunnen maken (regeling transparantie zorginkoopproces). Zorgverzekeraars passen tijdens de overstapperiode van verzekerden regelmatig de website aan. De meeste verzekeraars doen dat dagelijks, een enkeling wekelijks of tweewekelijks.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat ze op de website de consequenties van ongecontracteerde zorg voor verzekerden benoemen. Bij een aantal verzekeraars zijn de vergoedingen voor ongecontracteerde zorg opgenomen in de polisvoorwaarden of verzekeringsvoorwaarden die op de website terug te vinden zijn. Een enkele verzekeraar heeft deze informatie prominenter op de website staan in een apart kader.

Hoewel de zorgverzekeraars de informatie wel op verschillende manieren delen via de website, lijkt de informatie niet altijd goed vindbaar te zijn voor een verzekerde. Dit komt onder meer doordat de informatie 'verstopt' zit in de polisvoorwaarden, wat de nodige tijd en handigheid vraagt van verzekerden om de juiste informatie te vinden. We gaan bij een volgende monitor na in hoeverre de vindbaarheid van de informatie over (on)gecontracteerde zorg toeneemt.

Transparantie vrijgevestigde zorgaanbieders

69% (166 van 238) van de vrijgevestigde zorgaanbieders die gedeeltelijk of helemaal niet gecontracteerd werken zegt dat ze de patiënt informeren over het feit dat er geen contract is via de website. Meer dan 70% licht het direct bij begin van de behandeling mondeling toe, of neemt het op in de behandelovereenkomst. Enkele aanbieders informeren vóór het nieuwe verzekeringsjaar hun patiënten per brief over met welke verzekeraars ze een contract hebben gesloten. Soms adviseren ze patiënten om een restitutiepolis te kiezen. Een relatief groot aantal zorgaanbieders adviseert ook om met de zorgverzekeraar contact op te nemen.

Vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat ze niet tevreden zijn over hoe verzekeraars communiceren met verzekerden over de contractering. Waarom deze zorgaanbieders hierover niet tevreden zijn weten wij niet. Wij onderzoeken dit in een volgende monitor.

Transparantie zorginstellingen

De instellingen informeren cliënten op dezelfde manier als de vrijgevestigde zorgaanbieders. Ze adviseren de cliënt om contact met zijn zorgverzekeraar op te nemen. Als er geen contract is wordt de verzekerde via de website en/of mondeling/schriftelijk geïnformeerd bij aanmelding of bij de start van de behandeling.

Conclusies en aanbevelingen

Redenen (on)gecontracteerde zorg

Soms is het een bewuste keuze van een zorgaanbieder om met een bepaalde zorgverzekeraar geen contract aan te gaan en soms is het de keuze van de zorgverzekeraar.

Instellingen die met een deel van de verzekeraars (nog) geen contract afsluiten geven daarvoor als reden:

- te hoge administratieve lasten;
- te lage tarieven of omzetplafonds;
- het niet kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen;
- een te beperkt marktaandeel;
- of het zijn nieuwe zorgaanbieders.

Gezien het feit dat zij wel deels contracteren, lijkt hier géén sprake van zorgaanbieders die principieel niet willen contracteren. Vrijgevestigde zorgaanbieders noemen daarbij ook nog dat zij geen bemoeienis willen van de zorgverzekeraar. Misschien hangt dit samen met de regelmatig aangegeven reactie, dat de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar weinig met de kwaliteit van zorg te maken hebben. Het is belangrijk dat partijen aan elkaar duidelijke maken, over welke 'kwaliteit' ze het hebben.

Eén van de instellingen geeft aan bewust niet te contracteren, en beroept zich op de 'vrije artskeuze'. De groep vrijgevestigde zorgaanbieders die aangeeft helemaal niet te contracteren, beroept zich vrijwel uitsluitend op het recht van vrije artskeuze.

Stimuleren gecontracteerde zorg door zorgverzekeraars

7 zorgverzekeraars geven aan beleid en acties te hebben ontwikkeld voor het terugdringen van ongecontracteerde zorg. 1 grote verzekeraar geeft aan dit beleid niet te hebben en ook geen plannen te hebben om dit beleid te maken.

Dat zorgverzekeraars enerzijds gecontracteerde zorg willen stimuleren terwijl ze er anderzijds voor kiezen om enkele zorgaanbieders niet te contracteren, kwam ook al naar voren in het Arteria rapport (2018). De mate waarin het beleid om gecontracteerde zorg te stimuleren in de praktijk wordt toegepast is ons niet bekend. Om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord te monitoren gaan we hieraan in de volgende monitoren wel aandacht geven.

Voor de ggz gaan we in 2019 een verdiepend onderzoek uitvoeren naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten. Daarbij gaan we kijken naar:

- Reden van niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Komen de opvattingen van zorgverzekeraar en individuele zorgaanbieder over de reden waarom geen contract is aangegaan, overeen?

Komend najaar maken wij de resultaten van dit verdiepende onderzoek bekend.

Informatie over (on)gecontracteerde zorg naar verzekerden/cliënten

Alle verzekeraars geven aan dat ze op de website de consequenties van ongecontracteerde zorg voor verzekerden benoemen. Bij een aantal verzekeraars zijn de vergoedingen bij ongecontracteerde zorg opgenomen in de polisvoorwaarden die op internet staan. Soms staat het wat prominenter op de website in een apart kader.

De zorgaanbieders zijn zich bewust van het belang om de cliënt goed te informeren over ongecontracteerde zorg. 2 vrijgevestigde zorgaanbieders die geen contracten afsluiten geven aan dat zij de patiënt informeren en erop wijzen dat een restitutiepolis het probleem kan oplossen. Dit lijkt niet geheel in lijn te zijn met het doel uit het Hoofdlijnenakkoord om contracteren te stimuleren.

Wij hebben geconstateerd dat de consequenties van het gebruik van ongecontracteerde zorg voor de burger niet gemakkelijk te vinden zijn. Ze staan wel in de polisvoorwaarden, maar die zijn niet altijd eenvoudig toegankelijk. Wij menen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier verantwoordelijkheid in moeten nemen en cliënten/verzekerden hier op verschillende manieren proactief over dienen te informeren, zodat zij een zorgvuldig besluit kunnen nemen voordat de behandeling van start gaat.

4. Ervaringen contracteerproces 2019

4. Ervaringen contracteerproces 2019

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het proces van contracteren. Hierbij kijken we naar wat er daadwerkelijk gebeurt, wat is afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord en wat eventueel opvalt in relatie tot onze [regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw](#).

In dit hoofdstuk beschrijven we de volgende bevindingen:

- De transparantie van informatie in het inkoopbeleid.
- Bereikbaarheid en contact tijdens het contracteerproces.
- De ervaren tevredenheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het contracteerproces voor 2019.

Transparantie in beleid

Indien- en afhandelingstermijnen van contracteringsverzoeken

Het contracteerproces kent verschillende fases. Alle zorgverzekeraars hebben een overzicht van die fases in hun inkoopbeleid op de website staan. Over het algemeen is echter alleen de openings- en sluitingstermijn voor het indienen van een contractverzoek (via Vecozo of anders) opgenomen op de website van de verzekeraar. Voor de overige fases is het vaak minder duidelijk:

- De termijnen voor het indienen en afhandeling van een verzoek tot bijcontracteren worden nergens benoemd.
- Het inkoopbeleid geeft bij geen enkele verzekeraar inzicht in de vraag op welke termijn een zorgaanbieder een inhoudelijke reactie op zijn vraag of verzoek kan verwachten.
- Zorgaanbieders (vooral de vrijgevestigde) geven aan dat ze moeite hebben met het feit dat de contracteringstermijnen bij verzekeraars verschillend zijn.

Deze onderwerpen zijn in de regelgeving van de NZa niet verplicht gesteld. Tussen partijen is in het Hoofdlijnenakkoord echter wel afgesproken dergelijke informatie transparanter en beter vindbaar te delen: 'Zorgverzekeraars geven in hun inkoopbeleid aan hoe ze bereikbaar zijn en geven daarbij aan wat de responstijd is voor een inhoudelijk antwoord op een gestelde vraag' en 'Zorgverzekeraars stellen heldere en reële momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot (bij)contractering'.

Wijzigingen in beleid

Alle verzekeraars geven in hun inkoopbeleid en in het contract aan wat de wijzigingen zijn ten opzichte van het inkoopbeleid 2018. Dit lijkt dus conform NZa regelgeving en afspraak in het Hoofdlijnenakkoord te gebeuren.

De helft van de zorgverzekeraars heeft na 1 april 2018 nog wijzigingen aangebracht in het inkoopbeleid voor 2019. Zij geven aan dat zij deze wijzigingen – zoals in onze regelgeving ook verplicht gesteld – op de website bij het inkoopbeleid hebben geplaatst en ook veelal tijdens contractbesprekingen hebben toegelicht.

Termijn om te reageren op contractvoorstel van verzekeraar

Vanuit de regelgeving worden minimaal vier weken als 'redelijke termijn voor bestudering' verplicht gesteld. Het grootste deel van de zorgaanbieders (zowel instelling als vrijgevestigd) vindt dat er voldoende tijd is gegeven om te reageren op het initiële contractvoorstel van de verzekeraars. De vrijgevestigde aanbieders geven in relatie tot instellingen vaker aan dat er onvoldoende tijd was.

Bereikbaarheid en contact tijdens het contracteerproces

Bereikbaarheid

De informatie over bereikbaarheid en afhandeltermijnen van de verschillende zorgverzekeraars voor vragen van zorgaanbieders is niet altijd eenduidig en transparant op de websites te vinden.

De formele bereikbaarheidsuren staan vaak wel op de website, waarbij sommige zorgverzekeraars aangeven alleen per mail bereikbaar te zijn. In een aantal gevallen geven verzekeraars aan een maximale reactietermijn te hanteren van vijf tot tien werkdagen. Waarbij het op de website onduidelijk blijft of zorgaanbieders binnen die termijn een algemene reactie of een inhoudelijk antwoord mogen verwachten. De overige verzekeraars geven geen reactietermijn aan.

Het grootste deel van de instellingen heeft contact met een zorgverzekeraar opgenomen over de inkoop voor 2019. Meer dan de helft (21 van de 37 respondenten) ondervond géén problemen bij het leggen van contact. De problemen die de andere aanbieders noemden waren: lange reactietijden, slechte bereikbaarheid, geen continuïteit in accounthouderschap, geen mogelijkheid om een afspraak te maken of in gesprek te gaan. Daarnaast blijken zorgverzekeraars de zorgaanbieders niet altijd op de hoogte te houden van de voortgang als beantwoording van vragen lang(er) duurt dan eerder is toegezegd.

Van de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft ruim de helft van de respondenten die contact hebben opgenomen met de zorgverzekeraar(s) problemen ervaren bij het leggen van contact (47 van 67 respondenten). Zij benoemen grotendeels dezelfde problemen als de zorginstellingen en daarnaast onbereikbaarheid (als organisatie maar ook bij het vinden van de juiste contactpersoon), alleen mailcontact mogelijk, telefonische afspraken worden niet vastgelegd en geborgd, onvoldoende deskundigheid en het weigeren door zorgverzekeraars om in gesprek te gaan.

De zorgverzekeraars voldoen aan de regelgeving over bereikbaarheid en het delen van contactgegevens (onderzoek NZa conform de regeling [Transparantie zorginkoopproces Zvw](#)). De vraag of ze conform het Hoofdlijnenakkoord adequaat (digitaal) bereikbaar zijn voor zorgaanbieders ligt aan het type zorgaanbieder dat wordt bevraagd, waarbij wel een verbeteringslag vanuit de zorgverzekeraars nodig is om het niveau van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord te komen.

Regiobijeenkomsten

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgverzekeraars beschikbaar zijn voor overleg dat organisaties in de regio's voor hun leden organiseren en/of zij organiseren zelf informatiebijeenkomsten. Verzekeraars geven op verschillende manieren vorm aan het relatiebeheer met zorgaanbieders. De helft van de zorgverzekeraars die de vragenlijst heeft ingevuld geeft aan regiobijeenkomsten en soms bilaterale gesprekken te organiseren. Niet alle zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van regiobijeenkomsten in. Bijvoorbeeld omdat ze instellingen al individueel spreken, vrijgevestigde aanbieders digitaal benaderen en/of vanwege een beperkt marktaandeel verzekeerden in de regio. Daarnaast benoemt een zorgverzekeraar dat ze de informatie over inkoop digitaal en telefonisch beschikbaar hebben voor zorgaanbieders en met de landelijke koepels overleg voeren.

Van de instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld geeft iets minder dan de helft aan op de hoogte te zijn van regiobijeenkomsten die door de zorgverzekeraars worden georganiseerd. Relatief veel vrijgevestigde zorgaanbieders weten niet of er bijeenkomsten worden georganiseerd. Van diegenen die wel op de hoogte waren, is maar een kleine percentage naar de bijeenkomst gegaan, dit in tegenstelling tot de instellingen die hier wel vaker een afvaardiging naartoe sturen. Het merendeel van de instellingen is van mening dat de regiobijeenkomsten tot meer wederzijds begrip leiden. Het kleine aantal vrijgevestigde aanbieders dat een dergelijke bijeenkomst bezocht vond dat het niet bijdroeg aan meer wederzijds begrip.

Ervaringen algemeen

Duidelijkheid inkoopbeleid

Het valt op dat de instellingen die de enquête hebben ingevuld vaker dan de vrijgevestigde zorgaanbieders vinden dat het inkoopbeleid duidelijk is.

We hebben gevraagd naar de duidelijkheid/onduidelijkheid van het inkoopbeleid per verzekeraar. De meningen van zorgaanbieders over de duidelijkheid van het inkoopbeleid lopen bij dezelfde zorgverzekeraar uiteen van 'minst duidelijk' tot 'meest duidelijk'. Op basis van deze vraag en verkregen informatie kunnen we geen uitspraak doen over de ervaren duidelijkheid van het inkoopbeleid per verzekeraar.

Naar aanleiding van ons eigen deskresearch concluderen we wel dat er grote verschillen bestaan in de algemene opbouw van het inkoopbeleid. Sommige verzekeraars hebben een uitgebreid inkoopbeleid, bij andere is het kort en bondig. Het inkoopbeleid is bij elke verzekeraar anders ingedeeld. Dit komt de leesbaarheid en begrijpelijkheid niet ten goede.

Er is ook geen bepaalde indeling voorgeschreven in de regelgeving van de NZa op dit punt.

Tevredenheid over inkoopproces

3 verzekeraars (2 grote, 1 kleine) die de vragenlijst hebben ingevuld geven aan klachten te hebben ontvangen over het contracteerproces 2019. Het betrof in alle gevallen een klacht van een vrijgevestigde zorgaanbieder. We hebben niet aan de zorgaanbieders gevraagd of zij een klacht hebben ingediend naar aanleiding van de contractering 2019, en weten dus ook niet of eventueel ingediende klachten naar tevredenheid zijn opgelost.

Verzekeraars zijn neutraal tot tevreden over het reguliere contracteringsproces voor 2019. 2 verzekeraars beoordelen het inkoopproces als beter dan in 2018, de overige als gelijk. Ze zijn tevreden over het tijdig kunnen publiceren van het inkoopbeleid, het aantal zorgaanbieders dat een contract wil afsluiten, en het informeren van verzekerden over de contractering ggz.

Van de 39 instellingen geeft ruim 70% aan neutraal dan wel tevreden te zijn over het reguliere inkoopproces ggz 2019. Een deel van de instellingen (negen van de 39) vindt dat het inkoopproces 2019 beter was dan dat van 2018. Van de 135 vrijgevestigde zorgaanbieders geeft 57% aan neutraal tot tevreden te zijn over het reguliere inkoopproces ggz 2019.

De tevredenheid van zowel instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders zit vooral in de tijdige publicatie van de inkoopvoorwaarden. Daarnaast zijn instellingen ook tevreden over:

- Tijdige gesprekken kunnen voeren.
- Kort en bondig inkoopbeleid.
- Mogelijkheden om administratieve lasten in te perken.
- Afsluiten van meerjarencontracten.
- Geen tot minder gebruik van omzetplafonds.

Vrijgevestigde aanbieders zijn naast de tijdige publicatie tevreden over het tijdig sluiten van contracten. 31 van de 135 geven aan tevreden te zijn over de manier waarop de administratieve lasten in het contracteerproces worden verminderd.

Ontevredenheid over inkoopbeleid

Een groot deel van de zorgverzekeraars is ontevreden over het niet tijdig kunnen afsluiten van contracten. Hoewel we hebben gevraagd naar de ontevredenheid over de reguliere contractering, is de ontevredenheid voor een deel te herleiden naar landelijke thema's die de reguliere contractering hebben doorkruist, zoals het thema acute ggz. De helft van de verzekeraars geeft verder aan dat de benodigde informatie voor de contractering niet tijdig is aangeleverd door zorgaanbieders. Hierbij rijst wel de vraag of de informatie vanuit zorgverzekeraars tijdig is uitgevraagd en of het voor zorgaanbieders in alle gevallen haalbaar is om op basis van de beschikbare inkoopinformatie tijdig contractinformatie aan te leveren. Zie bijvoorbeeld de redenen waarom zorgaanbieders ontevreden zijn in onderstaande alinea.

4 van de 39 zorginstellingen geven aan ontevreden te zijn, en zeven zeer ontevreden. 5 instellingen beoordelen het proces als slechter dan in 2018. De overige instellingen vinden het contracteerproces hetzelfde gebleven. Van de 135 vrijgevestigde zorgaanbieders zijn er 40 ontevreden en 18 zeer ontevreden. 19 vrijgevestigde zorgaanbieders vinden dat het inkoopproces 2019 beter was dan in 2018, en 16 dat het slechter was. De overige vrijgevestigde zorgaanbieders vinden dat het gelijk is gebleven. Instellingen die ontevreden zijn wijten dit aan de tijdigheid van het sluiten van contracten. Alle zorgaanbieders geven aan ontevreden te zijn over het tijdig reageren op vragen over de contractering, en de administratieve lasten van de contractering. Het valt op dat dit (veel) zwaarder weegt bij de vrijgevestigde zorgaanbieders. Ook geven instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat er geen onderhandelingsruimte is.

Vrijgevestigde zorgaanbieders geven specifiek aan vaker ontevreden te zijn over het (door de verzekeraar) informeren van de verzekerden over het contract, over het feit dat zorgverzekeraars verschillende termijnen voor de inkoop hanteren, dat zij een heel uiteenlopend inkoopbeleid hebben, en dat ook de systemen die zij voor de zorginkoop gebruiken (wel of niet via Vecozo, of via eigen excel-format) verschillen. Deze signalen over ontevredenheid komen overeen met signalen die we als NZa van zorgaanbieders ontvangen.

Conclusies en aanbevelingen

Transparantie van informatie in het inkoopbeleid

Contractering vormt een (administratieve) belasting voor de zorgaanbieders. Dat geldt in versterkte mate voor de vrijgevestigde zorgaanbieders, omdat ze geen of minder personeel in dienst hebben om zaken rondom de contractering op te pakken naast het leveren van zorg.

Zorgverzekeraars hebben conform regelgeving stappen gezet om de administratieve belasting te verkleinen. Zo hebben ze op de website informatie staan over indien- en afhandeltermijnen van contracteerverzoeken en geven ze aan hoe ze bereikbaar zijn. Ook wijzigingen in beleid ten opzichte van 2018 worden in het inkoopbeleid en contracten gespecificeerd. Wijzigingen na 1 april plaatsen zorgverzekeraars op de website of benoemen ze in regiobijeenkomsten. Zorgverzekeraars voldoen daarmee aan de NZa regelgeving en lijken toe te werken naar transparante en goed vindbare informatie in het inkoopbeleid.

Wij zien nog enkele verbeterstappen als het gaat om de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord:

- Het op de website goed vindbaar benoemen van de responstijd voor een duidelijk antwoord op een gestelde vraag.
- Eenduidigheid creëren in informatie en termijnen. Met name vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat ze moeite hebben met de verschillende afhandeltermijnen van zorgverzekeraars. Wij hebben geconstateerd dat de opbouw en omvang van het inkoopbeleid erg verschilt per zorgverzekeraar. Dat maakt het lastig om de juiste informatie snel en goed terug te vinden. Zorgverzekeraars zouden hun inkoopbeleid eenduidiger moeten presenteren zodat zorgaanbieders de informatie gemakkelijker kunnen vinden en begrijpen.
- Sommige branchepartijen maken voor hun leden overzichten van contracteerbeleid. Dat helpt vooral vrijgevestigde aanbieders om het geheel beter te begrijpen en overzichtelijker te maken.

Bereikbaarheid en contact tijdens het contracteerproces

Zorgverzekeraars voldoen aan de regelgeving over bereikbaarheid en het delen van contactgegevens (onderzoek NZa conform transparantie regeling zorginkoopproces). Maar zorgaanbieders hebben kritiek op de bereikbaarheid van de zorgverzekeraars en de wijze waarop inhoudelijke vragen worden afgehandeld. Vrijgevestigde aanbieders hebben hier meer last van dan instellingen, omdat instellingen vaker vaste aanspreekpunten bij een zorgverzekeraar hebben.

Vooraf bij de groep 'gedeeltelijk gecontracteerden' lijkt er winst te behalen in de contractering. We begrijpen dat zorgverzekeraars niet de personele capaciteit hebben met alle (vrijgevestigde) aanbieders een individueel gesprek aan te gaan, maar het gebrek aan contact c.q. communicatie is volgens ons wel een belangrijke factor bij het niet willen contracteren en het voelen van een administratieve belasting.

Regio-bijeenkomsten kunnen daar een gedeeltelijke oplossing voor zijn. Andere verbeterpunten zijn het geven van meer transparantie over afhandeltermijnen en het geven van een tussentijdse update als een antwoord langer op zich laat wachten.

Regiobijeenkomsten zijn belangrijk om grotere aantallen vrijgevestigde aanbieders die geen apart inkoopgesprek hebben te informeren over het inkoopbeleid, en hen de kans te geven om in gesprek te gaan met verzekeraars. Vrijgevestigde aanbieders geven in verhouding tot instellingen relatief vaak aan niet op de hoogte te zijn van regiobijeenkomsten en deze niet te bezoeken. Omdat deze bijeenkomsten naar onze mening vooral nuttig kunnen zijn voor vrijgevestigde zorgaanbieders, zijn we van mening dat vrijgevestigde zorgaanbieders zich op dit punt goed moeten informeren en dat zorgverzekeraars met het plannen van dergelijke bijeenkomsten rekening dienen te houden met tijdstip en communicatie over de bijeenkomsten, zodat het voor een vrijgevestigde zorgaanbieder ook mogelijk is om erbij aanwezig te kunnen zijn.

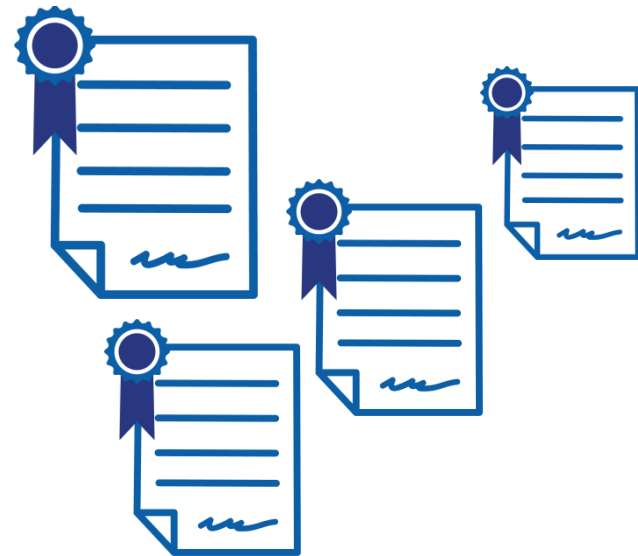
Om de contracteergraad te verhogen en meer wederzijds begrip voor elkaar te krijgen, mag van de instellingen en de vrijgevestigde zorgaanbieders worden verwacht dat zij zich actief op de hoogte stellen van het inkoopbeleid en bijeenkomsten of afstemmingsmogelijkheden tijdens het contracteerproces. Anderzijds mag van de zorgverzekeraar worden verwacht dat hij – zeker binnen de eigen kernregio – actief moeite doet om niet alleen de grotere instellingen, maar ook de vrijgevestigde zorgaanbieders te bereiken.

Ervaren tevredenheid overige onderwerpen contracteerproces

Als reden voor tevredenheid worden vooral zaken genoemd die leiden tot minder administratieve lasten (kort en bondig inkoopbeleid, afsluiten van meerjarenovereenkomsten, minder gebruik van omzetplafonds). Vrijgevestigde zorgaanbieders zijn positiever over het tijdig sluiten van overeenkomsten dan zorginstellingen.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat het uitstel van landelijk beleid op het gebied van de acute psychiatrische hulpverlening en verplichte ggz tot veel vertraging heeft geleid in het sluiten van contracten. De praktische uitwerking door landelijke branchepartijen van het beleid acute ggz is in februari tot stand gekomen, wat tot onduidelijkheid heeft geleid in het proces van contractering. Partijen zijn bang dat de contractering voor 2020 ook door dit soort zaken vertraging op zal lopen. Het feit dat er tot (meer of minder ingrijpende) beleidswijzigingen wordt besloten na 1 juli van het voorgaande jaar, legt een zware druk op het proces van contractering voor het volgende jaar. Wij adviseren alle partijen dan ook – in het belang van een goed contracteerproces – om al het mogelijke te doen om dat te voorkomen en alleen in het uiterste geval impactvolle beleidswijzigingen door te voeren na het eerste kwartaal van het jaar ervoor.

Daarnaast adviseren wij zorgverzekeraars en zorgaanbieders te leren van 'good practices' in de eigen sector en over de sectorschotten heen. Zo kunnen meerjarencontracten worden ingezet om investeringen te belonen in innovaties, technologie en kwaliteit. Er zijn zorgverzekeraars die één duidelijk, fysiek of telefonisch aanspreekpunt organiseren voor aanbieders, of (ook in andere sectoren) kleine zorgaanbieders het hele jaar door de mogelijkheid bieden om in een contract te stappen. Om hun administratieve belasting te verlagen kunnen vrijgevestigde zorgaanbieders ook actie ondernemen door meer samen te werken onder een heldere governance, door bijvoorbeeld afspraken over opleiding en ondersteuning bij zorgverkoop en declaratie. De keuze voor het afsluiten van een contract is de verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieder. Maar de concurrentieregels bieden wel enige ruimte voor samenwerking tussen zorgaanbieders.



5. Thema's in contracten

5. Thema's in contracten

In het Hoofdlijnenakkoord zijn enkele paragrafen gewijd aan specifieke thema's die de contractering raken. Enkele van deze thema's hebben wij terug laten komen in de vragenlijst. Het gaat dan om beveiligde zorg (paragraaf 3.5 van het Hoofdlijnenakkoord), het experiment aanvullende beroepen (paragraaf 4.1.a uit het Hoofdlijnenakkoord) en de acute ggz (paragraaf 3.6 van het Hoofdlijnenakkoord).

In dit hoofdstuk beschrijven we de gemaakte afspraken op deze thema's in de contracten en in welke mate de partijen tevreden zijn over de afspraken of intenties. Ook beschrijven we of wachttijdinformatie een rol speelt bij de contracteren en het sluiten van meerjarencontracten.

Beveiligde zorg

Het programma Continuïteit van zorg constateerde in 2018 dat er behoefte is aan extra capaciteit voor beveiligde zorg. GGZ Nederland en ZN hebben afspraken hierover gemaakt. De afspraken houden in dat aanbieders voorstellen indienen voor extra bedden voor beveiligde zorg. De plannen diende de aanbieder in bij de grootste van de 4 grote verzekeraars voor die aanbieder. Deze verzekeraar beoordeelde de plannen. Op basis van de beoordeling van de plannen vinden er gesprekken plaats. Ook zijn er afspraken gemaakt over de inkoop van beveiligde zorg, zo is er 'volgbeleid' afgesproken. Dit betekent dat de grootste verzekeraar in een regio afspraken maakt. De andere verzekeraars hebben uitgesproken dat ze deze afspraken volgen. Het volgen van deze afspraken doen zij op vrijwillige basis.

Van de instellingen die afspraken hebben gemaakt over de beveiligde zorg, levert een deel zelf de beveiligde zorg, een deel koopt de beveiligde zorg in bij onderaannemers.

Verzekeraars geven aan dat ze de landelijke afspraken volgen. Dat betekent dat iedere verzekeraar, naar rato van zijn marktaandeel, extra beveiligde zorg heeft ingekocht.

Tevredenheid over gemaakte afspraken

Een derde van de instellingen die afspraken hebben gemaakt over beveiligde zorg is tevreden over deze afspraken. Aanbieders die tevreden zijn geven aan dat het aantal aangevraagde bedden is gehonoreerd.

De ontevredenheid (bij tweederde van de instellingen) over de gemaakte afspraken heeft voor een klein gedeelte betrekking op de uitkomst van de onderhandeling (het aantal bedden is lager dan aangevraagd). De grootste ontevredenheid zit in de uitvoering van het landelijk afgesproken 'volgbeleid'. Iedere verzekeraar ging anders om met:

- Bepaling van de marktaandelen: "Worden de marktaandelen ex-ante of ex-post bepaald?"
- Het effect op de reguliere afspraken: "Worden de extra bedden binnen of buiten omzetplafond vergoed?"

Bijna alle zorgverzekeraars zijn tevreden omdat er – in lijn met de landelijke afspraken -afspraken zijn gemaakt met zorgaanbieders voor de inkoop van beveiligde bedden. Zorgverzekeraars geven wel aan dat ze het lastig vinden de impact te bepalen van de afspraken. Het is voor het eerst dat de beveiligde zorg op deze wijze is ingekocht. Er zijn dus nog geen historische gegevens waarop zorgverzekeraars zich kunnen baseren.

Contractering aanvullende beroepen/experiment

In het Hoofdlijnenakkoord (paragraaf 4.1.a) is afgesproken een experiment te starten om de inzet van aanvullende beroepen te bekostigen. Aanvullende beroepen zijn beroepen in de beroepentabel, waarvan de ingezette tijd niet mag afleiden naar een dbc. Voorbeelden van deze beroepen zijn de ervaringsdeskundige medewerkers, hbo-psychologen en de geregistreerde psychodiagnostische medewerkers. Het afgesproken experiment is nog niet van start gegaan.

We hebben wel signalen dat er toch afspraken worden gemaakt over de inzet van aanvullende beroepen, bijvoorbeeld door het tarief per dbc te verhogen. Met een verhoogd tarief kan de inzet van het aanvullend beroep ook bekostigd worden. In de enquête hebben wij hiernaar gevraagd. 2 zorgaanbieders geven aan afspraken te hebben gemaakt met zorgverzekeraars ter bevordering van de inzet van aanvullende beroepen. Bij deze 2 aanbieders heeft het echter nog niet tot concrete afspraken geleid. Vooral de intentie is uitgesproken om, zodra er wel een experiment is, er verder over te praten.

De beleving of er afspraken zijn gemaakt over de inzet van aanvullende beroepen is bij verzekeraars anders. De helft (4 van de 8) van de verzekeraars zegt wel afspraken te hebben. Hoe is dit te verklaren? Verzekeraars geven aan met grote, geïntegreerde instellingen hogere tariefafspraken te maken. De hogere tariefafspraken zijn bedoeld om allerlei instellingsspecifieke zaken, waaronder de inzet van aanvullende beroepen, te bekostigen. Er zijn dus meer redenen voor een hoger tarief. Deze instellingsspecifieke zaken waarvoor het hogere tarief geldt, worden niet expliciet vastgelegd in een contract.

Voor zorgaanbieders is het niet te controleren of ze inderdaad een hoger tarief hebben gekregen. Ze kennen de tarieven van de andere zorgaanbieders immers niet. Omdat het niet allemaal expliciet wordt vastgelegd, kunnen wij ons voorstellen dat er een verschil in beleving ontstaat tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of er afspraken zijn gemaakt.

Acute ggz

De generieke module Acute Psychiatrie (generieke module) beschrijft de inhoud en organisatie van de acute psychiatrische hulpverlening. De generieke module is door partijen aangeboden, maar (nog) niet ingeschreven in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Hierdoor is per 2019 de nieuwe bekostiging voor de acute psychiatrie niet in werking getreden. GGZ Nederland en ZN hebben onder leiding van het Ministerie wel afspraken gemaakt. De afspraken houden in om zoveel mogelijk in te kopen in 'de geest van' de nieuwe bekostiging. Dit houdt onder andere in dat is ingekocht via het 'volgbeleid' waar de grootste zorgverzekeraar namens alle andere zorgverzekeraars inkoop. De andere zorgverzekeraars volgen vrijwillig deze afspraken. In de enquête is gevraagd of er aanvullende afspraken zijn gemaakt over triage, (duale) beoordeling en behandeling, hoe die afspraken eruit zien en of de afspraken naar tevredenheid zijn.

Contractafspraken

Van de 21 respondenten die acute ggz leveren heeft het grootste deel contractafspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over de acute ggz. Er zijn nog 3 (van 21) respondenten in onderhandeling over het contract voor het jaar 2019.

Voor de acute ggz wordt geen apart contract afgesloten, maar de afspraken zijn onderdeel van het reguliere contract. Dit komt doordat er pas begin februari eenduidige afspraken zijn gemaakt over de praktische uitvoering van het volgebeleid. Tot die tijd waren er, net als bij de beveiligde ggz, verschillen in uitvoering van het volgebeleid tussen zorgverzekeraars. Pas toen er eenduidige afspraken waren, kon het contract definitief worden gemaakt. Bij de 3 respondenten die nog in onderhandeling waren ten tijde van het invullen van de vragenlijst, was er nog geen definitief getekend contract, wel (mondelijke) overeenstemming.

Er is 1 jeugd-ggz instelling die aangeeft acute ggz te leveren, maar geen afspraken te hebben. Deze aanbieder is dan ook niet de grootste aanbieder van acute ggz in zijn regio en zal, bij invoering van de nieuwe bekostiging, ook geen budgethouder zijn. Voor 2019 maken verzekeraars dan ook geen afspraken met deze aanbieder.

De 2 zorgverzekeraars die geen afspraken over de acute ggz maken zijn 2 kleine zorgverzekeraars die nergens marktleider zijn. Deze zorgverzekeraars volgen de afspraken die de marktleiders maken. De rest van de zorgverzekeraars heeft wel afspraken gemaakt met zorgaanbieders over acute ggz en geeft ook aan deze afspraken te volgen in regio's waar ze geen marktleider zijn.

4 respondenten geven aan dat andere zorgverzekeraars het volgebeleid niet volgen. Volgens hen geeft iedere zorgverzekeraar de afspraken net weer anders vorm (bepaling marktaandeel, verrekening met regulier budget, wijze waarop de extra middelen uitgekeerd worden).

Triage

Met het opstellen van de generieke module hebben partijen ook een triagewijzer ontwikkeld. Als er bij een patiënt mogelijk sprake is van acute psychiatrische problematiek, wordt een ggz-triagist ingeschakeld.

Instellingen en zorgverzekeraars geven aan dat de afspraken rondom triage van mensen met behoefte aan acute ggz opvang vooral de inzet van extra fte betreft. De extra fte is nodig om de triagefunctie in te vullen in de geest van de generieke module. Sommige zorgaanbieders geven aan direct volgens de generieke module te gaan werken, anderen gaan daar stapsgewijs naar toewerken.

Beoordeling

Als er na de triage nog steeds een vermoeden van acute psychiatrische problematiek bestaat, vindt er een beoordeling door een team van hulpverleners plaats. De generieke module geeft als norm dat het beoordelingsteam 24*7 beschikbaar is. Het team bestaat uit een hbo opgeleide verpleegkundige met specialisatie (acute) ggz, een basisarts en een psychiater als achterwacht.

Instellingen geven aan dat er vaker door een team van 2 behandelaren (dual) gaat worden beoordeeld, zoals beoogd in de generieke module. Enkeligen geven aan dit niet te doen vanwege arbeidsmarktproblematiek.

3 van de 6 verzekeraars hebben geen afspraken gemaakt over de beoordeling. De andere 3 verzekeraars hebben afspraken gemaakt voor extra fte voor duale beoordeling en in 1 geval afspraken over de fysieke ruimte.

Ook voor beschikbaarheid geldt weer dat er extra capaciteit is ingekocht.

Tevredenheid

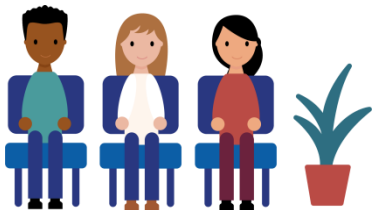
Ruim tweederde van de instellingen heeft naar tevredenheid afspraken kunnen maken met de zorgverzekeraars over de acute ggz. Uit de antwoorden op deze vraag komt een redelijk eenduidig beeld naar voren. Instellingen en zorgverzekeraars die tevreden zijn over de ontwikkelingen omtrent acute zorg menen dat er afspraken zijn gemaakt, dat er over de inhoud is gesproken en/of dat (een deel van de) knelpunten zijn opgelost.

- De verbeterpunten komen terug in de zaken waar de respondenten ontevreden over zijn, namelijk:
- Er zijn nog veel knelpunten. De respondenten hebben dit niet verder gespecificeerd.
- Er is onvoldoende budget om alle knelpunten nu op te lossen. Het budget was nog niet toereikend.
- Het tijdpad dat gevolgd is. De inkoop van acute ggz is pas eind 2018 gestart omdat toen duidelijk werd dat de Generieke module niet werd ingeschreven bij het Kwaliteitsregister. De late start van de inkoop heeft het reguliere inkooptraject negatief beïnvloed. Tot ver in het eerste kwartaal van 2019 is onderhandeld over de acute ggz en daarmee ook het reguliere contract.

Inhoud contracten

Wachttijden

Uit recente cijfers blijkt dat de gemiddelde aanmeldwachttijden per hoofddiagnosegroep in zowel de basis-ggz als de gespecialiseerde ggz langer zijn dan de Treeknorm van 4 weken. De totale wachttijd blijft voor de meeste hoofddiagnosegroepen wel binnen de Treeknorm van 14 weken. Met name bij persoonlijkheidsstoornissen en autisme zijn de wachttijden te lang.



In de enquête hebben we zowel aan de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders gevraagd of zij in de contracten 2019 afspraken maken over het reduceren van aanmeldwachttijden en behandelwachttijden voor specifieke patiëntgroepen. Het verschil tussen de antwoorden van zorgverzekeraars en zorgaanbieders valt op. Bijna alle zorgverzekeraars gaven aan dat zij hierover afspraken maken, terwijl een kleine minderheid van de instellingen (15 van de 39) en slechts enkele van de vrijgevestigde zorgaanbieders aangaven dat zij hierover afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars. We kunnen ons overigens voorstellen dat zorgverzekeraars afspraken over het verminderen van de wachttijden voor specifieke patiëntgroepen vooral met instellingen maken, omdat zij bij instellingen hier meer op kunnen sturen. De NZa doet apart onderzoek naar de zorgplicht en de wachttijden.

Meerjarencontracten

In het Hoofddijnenakkoord is opgenomen dat partijen meerwaarde zien van meerjarencontracten en de lagere administratieve lasten. Meerjarencontracten zijn geen doel op zich en moeten ruimte bieden voor beleidsontwikkelingen.

Driekwart van de zorgverzekeraars sloot voor 2019 meerjarencontracten met zorgaanbieders, dit is inclusief doorlopende meerjarencontracten die eerder zijn gesloten. Het is niet bekend met welk deel van de zorgaanbieders en/of voor welk deel van het zorgaanbod de zorgverzekeraars meerjarencontracten hebben afgesloten. Een grote en een kleine zorgverzekeraar hebben voor 2019 geen meerjarencontracten gesloten. Met uitzondering van 1 zorgverzekeraar hanteren alle respondenten bewust beleid om tot meerjarenafspraken te komen. De helft van de zorgverzekeraars geeft aan dat het aantal meerjarencontracten ten opzichte van 2018 is gestegen. 1 zorgverzekeraar geeft aan geen meerjarencontracten af te sluiten en de overige zorgverzekeraars zien het aantal meerjarencontracten gelijk blijven.

Ruim 40% van de instellingen geeft in de enquête aan voor 2019 een meerjarencontract te hebben afgesloten. Iets meer dan de helft van de instellingen stuurt hier ook bewust op aan in gesprekken met zorgverzekeraars. Negentien van de 39 instellingen ziet het aantal meerjarencontracten gelijk blijven ten opzichte van 2018. Een klein percentage ziet een stijging of daling. Een relatief groot gedeelte van de instellingen sluit geen meerjarencontracten (23 van de 39). Het is niet bekend of dit een bewuste keuze is of dat ze dit niet doen omdat ze er niet op sturen en/of een contract niet actief krijgen aangeboden.

Ruim 80% (111 van de 135) van de vrijgevestigde zorgaanbieders die een contract heeft afgesloten geeft in de enquête aan een meerjarencontract te hebben voor 2019. Iets meer dan de helft stuurt hier ook op aan. 84 van de 135 vrijgevestigde aanbieders meent dat het aantal meerjarencontracten gelijk blijft ten opzichte van 2018. Ruim een kwart ziet een stijging en een klein gedeelte van deze zorgaanbieders sluit geen meerjarencontracten of ziet een daling.

Conclusies en aanbevelingen

Bij alle 3 de thema's (beveiligde zorg, contractering aanvullende beroepen en acute ggz) speelt dat het pas in de loop van 2018 duidelijk werd dat er afspraken gemaakt moesten worden. Dit beïnvloedde het reguliere inkooptraject voor 2019 negatief. Vooral de acute ggz heeft ervoor gezorgd dat de onderhandelingen lang hebben doorgelopen. Partijen maken zich grote zorgen dat dit voor dit jaar weer gaat gebeuren. Onze aanbeveling is om, alleen in het uiterste geval, beleidswijzigingen met grote impact door te voeren na het eerste kwartaal van het jaar ervoor. Deze aanbeveling geldt voor alle partijen die zich bezig houden met beleidswijzigingen (ministerie van VWS, branchepartijen), inclusief de NZa.

We zijn ons ervan bewust dat de NZa hier dit jaar nog niet aan tegemoet kan komen. De doorlooptijd van het kostenonderzoek ggz/fz leidt ertoe dat we pas per 1 augustus 2019 de prestaties

en tarieven 2020 kunnen publiceren. Hierover heeft bestuurlijke afstemming plaatsgevonden.

In 2 van de 3 thema's (beveiligde zorg en acute ggz) is ingekocht door middel van volgebeleid (landelijke afspraken, lokale uitvoering). Het positieve van volgebeleid is dat er zeker resultaten bereikt zijn. De praktische uitvoering van het volgebeleid roept daarentegen veel ontevredenheid op bij aanbieders. Iedere zorgverzekeraar voert het net weer anders uit (berekening marktaandeel, effect op regulier budget, hoe de extra middelen te verrekenen, etc).

Zorgverzekeraars geven aan dat het reduceren van de wachttijden een belangrijk thema is in de contractafspraken die zij maken met zorgaanbieders. Slechts de helft van de instellingen en een enkele vrijgevestigde zorgaanbieder geeft aan hierover afspraken te hebben gemaakt met de zorgverzekeraar. Deze bevinding is in lijn met onze eigen bevinding in het [samenvattend rapport 'Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden'](#). Hierin zien we dat alle zorgverzekeraars structureel contact hebben met zorgaanbieders met te lange wachttijden, maar we zien nog niet altijd terug dat zorgverzekeraars concrete afspraken maken met zorgaanbieders en deze vervolgens monitoren. Op basis van de controlereeks constateren we dat niet alle zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden op tijd de juiste zorg krijgen. Dit staat haaks op de ambitie die door hen is uitgesproken om de wachttijdproblematiek op te lossen.

Voor de zomer gaat de NZa weer op controlebezoek bij de zorgverzekeraars. We kijken dan hoe ze de aandachtspunten hebben opgepakt en invulling hebben gegeven aan de uitkomsten van de vorige controle. Voor de zomer/na de zomer komen we met een nieuwe stand van zaken. Bij onvoldoende voortgang zullen we verdere stappen zetten, zoals openbaarmaking en het geven van een aanwijzing.

Een meerderheid van geënquêteerde zorgaanbieders heeft voor 2019 een meerjarencontract afgesloten. De helft van de ondervraagde zorgaanbieders stuurt hier ook bewust op aan in gesprekken met de zorgverzekeraars. Indien partijen meerjarencontracten willen stimuleren in de toekomst, dan moeten we in de volgende monitor verder onderzoek doen naar de redenen waarom de andere helft geen meerjarencontract heeft afgesloten. Een belangrijke vraag om te beantwoorden is dan: Is dat een bewuste keuze of wellicht onbekendheid?

6. Vooruitblik 2020

6. Vooruitblik 2020

Ontwikkelingen contracteerproces

In het Hoofdlijnenakkoord staan ten aanzien van de contractering de ambities beschreven. We hebben aan zorgverzekeraars gevraagd of zij het contracteerbeleid voor het jaar 2020 wijzigen ten opzichte van 2019. 6 van de 8 zorgverzekeraars geven aan dat zij dit gaan doen. 2 zorgverzekeraars hebben ontkennend geantwoord.

Als zorgverzekeraars wijzigingen voor het contracteerproces doorvoeren dan geven zij aan dit op de volgende punten te doen:

- Wijziging akte van cessie.
- Contractering instellingen via onderhandelmodule VECOZO.
- Inspanning op meerjarenovereenkomst bij instellingen waarbij de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. Met vrijgevestigden en instellingen met een relatief klein marktaandeel heeft de betreffende zorgverzekeraar al een meerjarenovereenkomsten afgesloten.

Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat zorgverzekeraars maatregelen nemen voor het verlagen van de administratieve lasten doordat zij vanaf 2020 een groot aantal uniforme contractafspraken gaan hanteren.

Zorgverzekeraars verwachten wijzigingen voor de volgende zorginhoudelijke onderwerpen:

- inspanningsverplichting op wachttijden;
- voortzetting van speerpunten 2019;
- problematiek licht verstandelijk beperkten;
- ketensamenwerking.

Monitor komende jaren

Deze monitor is een 0-meting en zal de komende jaren 'groeien'. De komende jaren gaan we de monitor op onder andere de volgende thema's verder uitbouwen:

- Invulling van de mate waarin verzoeken tot bijcontractering bij omzetplafonds worden aangevraagd en gehonoreerd.
- Het begrip regio. In het hoofdlijnenakkoord wordt veel gesproken over 'de regio' of 'regionaal'. Met name door regionaal invulling te geven aan regionale doelstellingen kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer maatwerk bieden dan op basis van het landelijk beleid alleen. Om nu en in de komende jaren in de monitor een beeld te kunnen geven van de regionale uitwerking van thema's in het Hoofdlijnenakkoord, is het nodig dat het beeld van wat een regio is, scherper wordt. We gaan hierover in gesprek met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord.
- Vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan dat ze niet tevreden zijn over hoe verzekeraars communiceren met verzekerden over de contractering. Waarom deze zorgaanbieders hier niet tevreden over zijn, onderzoeken we in een volgende monitor.
- Zorg op de juiste plek. Dit is een hoofdstuk in het Hoofdlijnenakkoord. We gaan met partijen in gesprek hoe dit thema in het licht van de contractering een plek krijgt in de volgende monitor(s).
- Verder onderzoek naar de redenen waarom zorgaanbieders geen meerjarencontract hebben afgesloten. Is dat een bewuste keuze of wellicht onbekendheid?

- In hoeverre de aanbevelingen uit deze monitor door partijen worden opgevolgd en voortgang op de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord.

Tevens doen we dit jaar nog een verdiepend onderzoek naar de redenen waarom zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen contracten met elkaar willen sluiten.

