Redenen om geen contract aan te gaan in de wijkverpleging: een verdiepend onderzoek

Kwalitatieve verdieping Monitor contractering wijkverpleging 2019

Datum: 30 augustus 2019
Versie: Versie 1.0
Auteurs: Mischa Buter, Quinten van Geest en Lisanne Puijk

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting ---- 3

1. Inleiding ---- 5
   - *1.1. Onderzoeksvragen ---- 6*
   - *1.2. Onderzoeksopzet ---- 6*

2. Resultaten ---- 8
   - *2.1. Redenen zorgaanbieders ---- 8*
   - *2.2. Redenen zorgverzekeraars ---- 14*
   - *2.3. Reactie zorgverzekeraars op redenen zorgaanbieders ---- 15*

3. Beantwoording onderzoeksvragen en reflectie ---- 18
   - *3.1. Beantwoording onderzoeksvragen ---- 18*
   - *3.2. Reflectie op de uitkomsten ---- 19*
   - *3.3. Reflectie op onderzoeksopzet ---- 21*

4. Contact ---- 22

5. Bijlage: beschrijving onderzoeksopzet ---- 23
   - *5.1. Werving deelnemers binnen de onderzoekspopulatie ---- 23*
   - *5.2. Steekproefselectie ---- 23*
   - *5.3. Interview zorgaanbieders ---- 23*
   - *5.4. Interview zorgverzekeraars ---- 24*
   - *5.5. Data-analyse en interpretatie ---- 24*

Managementsamenvatting

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. In het huidige systeem kopen zorgverzekeraars wijkverpleegkundige zorg in voor hun verzekerden bij zorgaanbieders, zoals instellingen en zzp'ers. Daarbij worden contractafspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij uit wordt gegaan van minimum (kwaliteits)eisen die betrekking hebben op onder andere kwaliteit van zorg, doelmatigheid, cliënttevredenheid, certificering en samenwerking. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over omzetplafonds en tarieven. De minimum (kwaliteits)eisen worden niet enkel bepaald door zorgverzekeraars, maar ook door wet- en regelgeving en afspraken met branchepartijen. Contracteren is een belangrijk vehikel om afspraken te maken over kwaliteit van zorg en doelmatigheid, maar ook om grip te krijgen op de zorgkosten.

Het komt ook voor dat er geen contract wordt afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert sinds enkele jaren een monitor contractering wijkverpleging uit om het contracteerproces te monitoren. Voorliggend onderzoek is een verdieping op deze monitor. Dit kwalitatieve onderzoek gaat in op de redenen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract aan te gaan. Het onderzoek is door onderzoeksbureau Arteria Consulting uitgevoerd. Bij 7 zorginstellingen, 7 zzp'ers en 6 zorgverzekeraars zijn redenen opgehaald voor niet-contracteren aan de hand van semigestructureerde interviews. In de oorspronkelijke onderzoeksopzet was opgenomen dat redenen van zorgaanbieders, na toestemming, niet-anoniem voorgelegd zouden worden aan zorgverzekeraars zodat verdiept kon worden op specifieke casuïstiek. Aangezien maar één zorgaanbieder hiermee akkoord ging, is de onderzoeksopzet gewijzigd en zijn de redenen van zorgaanbieders anoniem voorgelegd aan zorgverzekeraars voor een reactie.

Redenen om geen contract aan te gaan

De geïnterviewde zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben verschillende redenen aangegeven om geen contract met elkaar aan te gaan. Voor instellingen en zzp'ers zijn de redenen: het omzetplafond bij een aantal zorgverzekeraars is te laag, niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar, geen mogelijkheid tot contractonderhandeling, lage tarieven die worden aangeboden door de zorgverzekeraar, weinig tot geen zorg leveren aan verzekerden van een zorgverzekeraar en dat er al voldoende zorg in de regio is ingekocht door de zorgverzekeraar. Zzp'ers noemen daarnaast ook de administratieve lasten rond het contracteer- en zorgproces en het niet willen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in het contract.

Geïnterviewde zorgverzekeraars geven als reden voor niet-contracteren: het niet voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden, het ontbreken van een innovatief of integraal zorgaanbod, het omzetplafond dat te laag is voor zorgaanbieders en fraudesignalen.

Overeenkomsten en verschillen in redenen

Ondanks dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergelijkbare redenen noemen waarom er niet-gecontracteerd gewerkt wordt, zijn er weinig daadwerkelijke overeenkomsten in het *perspectief* van beide partijen. Dit kan goed worden verklaard vanuit de verschillende rollen die partijen innemen in het huidige systeem en de bijbehorende belangen. Er is enkel overeenstemming over niet-contracteren als de zorgaanbieder weinig tot geen zorg levert aan

cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar; voor beide partijen heeft een contract dan geen toegevoegde waarde. Andere redenen, zoals het niet kunnen voldoen aan (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars en het omzetplafond, zijn weliswaar door beide partijen genoemd, maar verschillen qua invulling of perspectief. Een voorbeeld hiervan komt terug in de casus die niet-anoniem is voorgelegd aan de zorgverzekeraar: de afwijzingsgrond was een onvoldoende innovatief zorgaanbod. Daar waar een zorgaanbieder ervan overtuigd was voldoende innovatief te zijn, was het aanbod voor een zorgverzekeraar onvoldoende onderscheidend, en dus een reden voor afwijzing. Voor de zorgaanbieder blijft het echter onduidelijk wat precies onder een innovatief aanbod wordt verstaan, omdat er een algemene argumentatie vanuit de zorgverzekeraar werd gegeven.

Reflectie op de uitkomsten

De uitkomsten van het huidige onderzoek komen grotendeels overeen met voorgaand onderzoek naar redenen om niet te contracteren en het eerste deel van de NZa-monitor. Dat er wat meer nadruk komt op de administratieve lasten, het gebrek aan contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar en de voldoende ingekochte zorg in een regio, kan verklaard worden door het includeren van zzp'ers in het huidige onderzoek.

Uit de resultaten blijkt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen redenen om vrijwillig niet-gecontracteerd te werken en niet-vrijwillige redenen om niet-gecontracteerd te werken. Sommige zorgaanbieders hebben ongewild geen contract, omdat ze bijvoorbeeld een afwijzing hebben gekregen vanwege een onvoldoende innovatief of integraal zorgaanbod. Daarnaast is de vraag in hoeverre partijen nog verder tot elkaar kunnen komen omtrent contracteren gegeven het systeem en de rol die ze hierin innemen. Ook is het de vraag in hoeverre zorgaanbieders op de hoogte zijn van ontwikkelingen in de zorgsector, zoals de afschaffing van de vijf-minutenregistratie en wijzigingen in het beleid van zorgverzekeraars zelf. Niet alle eisen in het contract worden door zorgverzekeraars opgesteld. Deze vloeien ook voort uit wet- en regelgeving en afspraken met branchepartijen. Daar waar onbegrip of onwetendheid heerst kan men proberen dit weg te nemen door bijvoorbeeld vanuit zorgverzekeraars duidelijk te communiceren over afwijzingsgronden, veranderingen in (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de voorwaarden en een duidelijke definitie van een innovatief aanbod. Voor zorgaanbieders kan het helpen als ze bijvoorbeeld duidelijk geïnformeerd worden vanuit branchepartijen waarom bepaalde keuzes rondom kwaliteit noodzakelijk zijn om goede zorg te verlenen. Nieuw onderzoek naar redenen voor niet-contracteren heeft geen toegevoegde waarde.

Reflectie op de onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek was erop gericht redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzichtelijk te maken door middel van niet-anonieme casuïstiek. De meeste zorgaanbieders gingen niet akkoord om de casuïstiek niet-anoniem voor te leggen aan de zorgaanbieder, met de voornaamste reden dat ze in de toekomst alsnog graag de mogelijkheid willen hebben een contract af te sluiten en de relatie met de zorgverzekeraar niet willen schaden. Omdat er te weinig casuïstiek gedeeld kon worden, is ervoor gekozen om algemene redenen in het rapport op te nemen, waarbij zorgverzekeraars een reactie hebben gegeven op de redenen van zorgaanbieders. Dit heeft ertoe geleid dat in de meeste gevallen een verregaande verdieping niet is bereikt. Desalniettemin is er een aantal nieuwe redenen opgehaald in vergelijking met de voorgaande onderzoeken en zijn de (reeds bekende) redenen voorzien van illustraties uit de praktijk.

1. Inleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Daarbij is het de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende wijkverpleegkundige zorg voor hun verzekerden. Voor het leveren van deze zorg kunnen zorgverzekeraars contractafspraken maken met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben de plicht ervoor te zorgen dat hun verzekerden de zorg (natura) of vergoeding van de kosten van deze zorg (restitutie) krijgen en waarop zij wettelijke aanspraak hebben. Ze dienen deze zorg kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en rechtmatig in te kopen. Om dit te borgen gaan ze uit van minimum kwaliteitseisen zoals gedefinieerd in het inkoopbeleid. De eisen hebben onder andere betrekking op wet- en regelgeving, cliënttevredenheid, certificering en samenwerking. Daarnaast hanteren de meeste zorgverzekeraars criteria voor omzetplafonds en tarieven. Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract, moeten aantonen dat zij aan deze minimum kwaliteitseisen voldoen. Contracteren heeft daarnaast als doel om de zorg doelmatig in te kopen en daarmee grip te krijgen op de zorgkosten. Het is daarmee hèt vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek.

Zorgaanbieders maken afspraken met zorgverzekeraars over de zorg die zij leveren aan cliënten. Deze afspraken gaan bijvoorbeeld over de hoogte van het tarief waarvoor zij een bepaald product of dienst aanbieden. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor hoe de zorg wordt geleverd. De beroepsgroepen hebben daar kwaliteitsrichtlijnen voor opgesteld. Zorgaanbieders in de wijkverpleging zijn grofweg in te delen in twee groepen: de zelfstandigen zonder personeel (hierna: zzp'ers) en de zorginstellingen. De afgelopen jaren is het aantal zzp'ers en zorginstellingen in de wijkverpleging toegenomen.

De laatste jaren is er in de wijkverpleging een stijgende trend waarneembaar van niet-gecontracteerd werken.[1] Zo bleek de totale niet-gecontracteerde wijkverpleging van 1,3 procent in 2015 te stijgen naar 6,2 procent in de eerste maanden van 2017. De kosten namen toe van 36,9 miljoen euro in 2015, naar 104,3 miljoen in 2016. De eerste helft van 2017 bedroegen de kosten 83,5 miljoen euro. In het eerste deel van de monitor contractering wijkverpleging 2019[2] komt de verwachting naar voren dat er in 2018 voor ruim 346 miljoen aan niet-gecontracteerde zorg is verleend. Ongeveer 55% hiervan is niet-gecontracteerde zorg aan naturaverzekerden; de rest betreft restitutieverzekerden. In het tweede deel van dit jaar wordt het aandeel niet-gecontracteerde zorg in 2018 in beeld gebracht door Vektis. De verwachting is dat de niet-gecontracteerde wijkverpleging zal afnemen. Een reden hiervoor is de medewerking die partijen in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 – 2022 hebben toegezegd om het contracteerklimaat voor de wijkverpleging te verbeteren.

[1] Arteria Consulting. (2017). (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Verkregen van: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-830176.pdf.
[2] Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). Monitor contractering wijkverpleging Na 2019. Verkregen van: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274036_22/1/.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert sinds 2015 een jaarlijkse monitor uit naar contractering in de wijkverpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden in deze monitor aan de hand van een enquête bevraagd over hun ervaringen met het algehele contracteerproces. Ook wordt in de enquête ingegaan op specifieke onderdelen als niet-gecontracteerde zorg. De monitor bevat aanbevelingen voor het contracteerproces. Dit jaar kiest de NZa er in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor om, naast het gebruikelijke deel van de monitor, een verdieping uit te voeren op een aantal uitkomsten van de enquête. In dit zogenaamde tweede deel van de monitor wordt een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract met elkaar af te sluiten.

De NZa is opdrachtgever van het onderzoek. Arteria heeft dit onderzoek objectief en onafhankelijk uitgevoerd. De scope van het onderzoek is beperkt tot de wijkverpleging zoals gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

1.1. Onderzoeksvragen

In dit tweede deel van de monitor contractering wijkverpleging 2019 beantwoorden we twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de redenen voor niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten?

De redenen hebben wij opgehaald door semigestructureerde telefonische interviews af te nemen, waarmee dit een *kwalitatief* onderzoek is. Kwalitatief onderzoek heeft als meerwaarde dat de verdieping wordt gezocht en dat er nieuwe inzichten opgedaan kunnen worden. In dit rapport leest u onze bevindingen die antwoord geven op bovenstaande onderzoeksvragen.

1.2. Onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek is kwalitatief van aard, wat betekent dat wij een verdieping op de redenen voor niet-contracteren in kaart brengen. Deze redenen hebben wij met semigestructureerde interviews opgehaald.[3]

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit kwalitatieve onderzoek is erop gericht een zo volledig mogelijk beeld te geven van alle verschillende houdingen, meningen en gedragingen die bestaan binnen de onderzoekspopulatie. In de selectie van respondenten is, ondanks dat er niet dezelfde getalsmatige verhoudingen terugkomen als in de populatie, rekening gehouden met relevante verschillen binnen de populatie. De nadruk in het onderzoek ligt daarmee op het verschaffen van een zo gevarieerd mogelijk beeld om niet te contracteren vanuit verschillende perspectieven. Om deze reden is besloten om zzp'ers te includeren in dit verdiepende onderzoek. In de sector is een aantal zorgaanbieders werkzaam die niet zijn aangesloten bij de landelijke branchepartijen en belangenverenigingen. Deze groepen zijn niet geïncludeerd in voorliggend onderzoek.

[3] In het onderzoek is onvoldoende niet-anonieme casuïstiek opgehaald om voor te leggen aan zorgverzekeraars. Hierdoor is de opzet van het onderzoek later aangepast en zijn voornamelijk toelichtingen opgehaald op redenen om niet te contracteren. Dit wordt in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

Wij hebben eerst bij 7 zorginstellingen en 7 zzp'ers de redenen voor niet-contracteren opgehaald. Waar het mogelijk was, is dit toegespitst op een situatie die heeft plaatsgevonden met een zorgverzekeraar. Vervolgens hebben wij bij 6 zorgverzekeraars in het eerste deel van het interview algemene redenen opgehaald voor niet-contracteren en vervolgens specifieke casuïstiek voorgelegd vanuit de zorgaanbieder.[4] Afhankelijk van toestemming vanuit de zorgaanbieder zijn de casussen wel of niet anoniem voorgelegd aan de zorgverzekeraar. Met deze onderzoeksopzet is ingezet op het vergelijken van redenen om geen contract aan te gaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiermee is beoogd een beeld te vormen van redenen voor niet-contracteren en de overeenstemming of het verschil hiertussen. Deze onderzoeksopzet voorzag niet in het voorleggen van casuïstiek vanuit zorgverzekeraars aan zorgaanbieders. Alle opgehaalde redenen zijn gecategoriseerd en geanalyseerd. De resultaten zijn anoniem verwerkt. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksopzet is te lezen in de bijlage.

[4] In de bijlage staat een nadere toelichting op de keuze voor deze aantallen.

2. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de interviews beschreven. Deze beschrijving biedt inzicht in de perspectieven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars omtrent niet-contracteren. De resultaten bevatten veelal letterlijke beschrijvingen vanuit de interviews om objectiviteit te borgen. Daarbij wordt opgemerkt dat hetgeen dat is opgehaald in de interviews de beleving is van de persoon die is gesproken en dus niet per definitie overeenkomt met de werkelijkheid van andere partijen in het veld. Subjectiviteit van uitspraken is benadrukt door deze in quote-vorm op te nemen en op diverse plekken staat een voetnoot die verwijst naar een toelichting.

De unieke redenen die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn genoemd komen terug in drie paragrafen. Allereerst wordt in paragraaf 2.1 ingegaan op de verschillende redenen die door zorgaanbieders zijn benoemd om niet te contracteren; uitgesplitst naar instellingen en zzp'ers. Vervolgens komen de redenen voor niet-contracteren van de zorgverzekeraars aan bod in paragraaf 2.2. Ook hebben zorgverzekeraars gereageerd op redenen van zorgaanbieders om niet te contracteren. Deze reacties zijn beschreven in paragraaf 2.3.

2.1. Redenen zorgaanbieders

2.1.1. Reden 1: het omzetplafond is te laag

Binnen de geïnterviewde groep van zzp'ers is het omzetplafond genoemd als reden om niet-gecontracteerd te werken. Een zzp'er die palliatieve terminale zorg levert, geeft aan dat een omzetplafond lastig is om mee te werken, omdat het hem beperkt in het aantal uren zorg dat geleverd kan worden per cliënt. Een andere zzp'er, die werkt in een coöperatie, geeft aan dat ze meer dan het voorgestelde omzetplafond aan zorg levert aan verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar. Een contract met een plafond van een bepaald bedrag werd om die reden als niet opportuun ervaren. Een derde zzp'er benoemt over het lage omzetplafond het volgende:

> ***"Het contract met deze zorgverzekeraar is eigenlijk een wurgcontract. Ze bieden een laag plafond waarbinnen je de zorg mag leveren. Gelukkig zijn zij bij ons niet de dominante zorgverzekeraar, maar als zij in onze regio het grootste waren geweest, was het werken met een dergelijk contract geen optie."*** *– Zzp'er*

2.1.2. Reden 2: niet kunnen voldoen aan minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

Een tweede reden voor zorgaanbieders om niet-gecontracteerd te werken, is het niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar.[5] Geïnterviewde instellingen en zzp'ers noemen verschillende eisen die reden waren om afgewezen te worden ofwel geen aanvraag in te dienen.

Instellingen

Bij de instellingen werd het niet kunnen voldoen aan een innovatief aanbod genoemd als reden waarom er geen contract was afgesloten. Hierover gaf één van de instellingen aan in 2017 een afwijzing te hebben ontvangen omdat de productmix-verhouding onvoldoende was. Na de

[5] De (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars worden niet enkel bepaald door de zorgverzekeraar zelf, maar ook door wet- en regelgeving en afspraken die samen met branchepartijen zijn gemaakt.

aanvraag aangepast te hebben voor 2019 en in gesprek te zijn geweest met de zorgverzekeraar, werd de instelling alsnog afgewezen; ditmaal vanwege een onvoldoende innovatief aanbod. Een andere instelling gaf aan afgewezen te zijn omdat ze te weinig doen met eHealth, ondanks dat ze gebruikmaken van beeldbellen en werken met een digitaal zorgplan. De vraag aan de betreffende zorgverzekeraar om eHealth beter te definiëren, bleef onbeantwoord. Een kleinere instelling ontving eveneens een afwijzing, omdat het bedrijfsplan niet voldeed aan de voorwaarden rond het gebruik van eHealth. Deze zorginstelling kreeg te horen dat het met name ging om monitoring bij cliënten thuis, wat terugkwam in het beleid van de zorgverzekeraar. Aangezien de instelling hier geen rekening mee had gehouden en geen middelen beschikbaar had, kon er niet worden voldaan aan de minimum (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden. Naast het niet kunnen voldoen aan een innovatief aanbod werd door een instelling aangegeven dat er geen contract kon worden afgesloten, omdat de hbo-verpleegkundigen niveau 5 met wie werd samengewerkt, wel AGB-gekoppeld waren, maar niet formeel in dienst waren. Een nieuwe zorginstelling werd niet in staat gesteld een contract af te sluiten met een zorgverzekeraar, omdat er sprake was van een minimale omzetgrens waar niet aan werd voldaan.

Zzp'ers

Ook zzp'ers noemen het niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar als reden om geen contract af te sluiten. Hierbij worden eHealth, het maximaal aantal uren zorg die besteed mogen worden per cliënt bij bijvoorbeeld palliatieve terminale zorg, een minimale omzetgrens, het hebben van statuten en het vereiste hbo-niveau van een verpleegkundige als specifieke afwijzingsgronden genoemd. In het geval van het laatste voorbeeld vertelt een zzp'er het volgende:

> ***"Ik ben goed geschoold, maar niet in het bezit van de juiste papieren. Dat betekent dat ik met sommige zorgverzekeraars geen contract kan afsluiten. Gezien mijn hogere leeftijd is het geen optie om deze opleidingsdiploma's alsnog te behalen, waardoor ik niet-gecontracteerd moet werken."*** *– Zzp'er*

Ook wordt er aangegeven dat er veel diversiteit is in minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden rond het niveau van verzorgend personeel. Dit zorgt ervoor dat een zorgaanbieder, die veel samenwerkt met andere zzp'ers, per cliënt moet bekijken welke zorgverlener geschikt is, met als gevolg extra administratieve lasten. Een zzp'er die voornamelijk palliatieve terminale zorg levert geeft aan dat het maximaal aantal uren zorg dat per cliënt gegeven mag worden niet altijd toereikend is. Daarnaast benoemt een zzp'er dat er sinds dit jaar bij een zorgverzekeraar een minimale omzet[6] aan zorg moet worden geleverd om als nieuwe partij in aanmerking te komen voor een contract. Er wordt opgemerkt dat dit de impressie wekt dat de zorgverzekeraar niet zit te wachten op een contract.

De hiernavolgende casus illustreert het perspectief van zowel een zzp'er als zorgverzekeraar bij een casus waarbij het niet tot een contract is gekomen, doordat niet werd voldaan aan de minimum (kwaliteits)eisen zoals vermeld in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar.

[6] In het interview gaf een zorgaanbieder aan dat het hier ging om een minimale omzet van € 200.000. Deze minimale omzetgrens kan per zorgverzekeraar verschillen.

Casus: zorgaanbieder voldoet niet aan de voorwaarden van de zorgverzekeraar door onvoldoende innovatief aanbod.

Perspectief zorgaanbieder

De zorgaanbieder is als zzp'er gestart, maar heeft sinds dit jaar een inschrijving als kleine instelling in de vorm van een stichting. Hierdoor zijn eerdere contractafspraken met zorgverzekeraars komen te vervallen. Ook eerder behaalde omzetcijfers kunnen niet worden gebruikt, waardoor de opgebouwde bestaansgeschiedenis vervalt. De zorgaanbieder heeft zich bij alle zorgverzekeraars aangemeld als nieuwe zorgaanbieder, maar heeft slechts bij één zorgverzekeraar een contract gekregen. Eén van de twee grootste zorgverzekeraars in de regio heeft een afwijzing gestuurd met als reden: *Uw aanbod is niet innovatief genoeg.*

In de afwijzing vermeldde de desbetreffende zorgverzekeraar dat de zorgaanbieder gezien het bedrijfsplan onvoldoende innovatief was, omdat er geen eHealth-toepassingen werden gebruikt. Voor de zorgaanbieder heeft de afwijzing grote consequenties. Als niet-gecontracteerde partij worden de administratieve lasten voor het declareren van zorg groter en zijn ketenpartners in de regio minder bereid tot samenwerken. Huisartsen en transferverpleegkundigen verwijzen volgens de zorgaanbieder niet naar niet-gecontracteerde partijen. *"De stempel niet-gecontracteerd willen we helemaal niet; dit heeft zoveel negatieve associaties. Dit terwijl een andere zorgverzekeraar dit anders heeft beoordeeld en we daar wel een contract kregen".*

Perspectief zorgverzekeraar

Om als nieuwe zorgaanbieder een contract te krijgen dient een aantal stappen te worden doorlopen. Allereerst moet een zorgaanbieder zich inschrijven via VECOZO. Vervolgens bekijkt de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder voldoet aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden. Dit betreft eisen over bijvoorbeeld de inrichting van de governance, het niveau van de wijkverpleegkundige, het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoeken en kennis van het regionale zorgaanbod. Wanneer een zorgaanbieder aan de minimumeisen voldoet wordt er een inhoudelijke toets gedaan, waarin beoordeeld wordt of er in de desbetreffende regio nieuw zorgaanbod nodig is om als zorgverzekeraar voldoende zorg in te kopen.

Voor de aangeleverde casus werd in de afwijzing vermeld dat de zorgaanbieder op basis van het bedrijfsplan onvoldoende innovatief was. De zorgverzekeraar geeft aan dat dit een belangrijke afweging is op het moment dat er in een regio al voldoende zorg is ingekocht. Er starten veel nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging, met als gevolg een versnippering van het zorgaanbod. *"We zijn secuur met het contracteren van nieuwe zorgaanbieders en kijken daarbij of ze echt iets toevoegen in de regio"*. De zorgverzekeraar stelt hiermee niemand te excluderen, maar te zorgen dat zij de zorgvraag in de regio afdekken met contracten met goede partijen. De zorgverzekeraar gebruikt voor het berekenen van de zorgvraag in de regio een rekenmodel.

Overeenkomsten in perspectief

De afwijzing in deze casus op basis van onvoldoende innovatief aanbod vindt plaats in een regio waar al voldoende zorg is ingekocht. Daarmee lijkt het bevorderen van contracteren voor de desbetreffende zorgverzekeraar een grens te kennen wanneer er voldoende zorg is ingekocht in een regio. Het voldoen aan de gestelde minimumeisen blijkt daarmee niet in alle regio's voldoende om ook daadwerkelijk een contract te krijgen.

2.1.3. Reden 3: niet willen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

Een aantal zelfstandige zorgverleners geeft aan te werken zonder contract omdat ze niet willen voldoen aan de eisen[7] die de zorgverzekeraar stelt. Zo stelt één van hen maatwerk te willen bieden door zorg te leveren waar cliënten met vooral complexe aandoeningen om vragen. Er wordt opgemerkt dat gecontracteerde partijen dit soort zorgvragen niet altijd oppakken, omdat ze een bepaald volume aan zorg moeten leveren binnen een afgesproken omzetplafond. Een andere zzp'er sluit zich hierbij aan. Hij wil daarnaast de vrijheid hebben om de zorg te leveren die hij passend acht bij de zorgvraag van de cliënt in plaats van onder de vleugels van een zorgverzekeraar te moeten opereren:

> ***"Door niet-gecontracteerd te werken heb je meer vrijheid om te doen wat je wil. Je kunt ervoor kiezen om bepaalde zorgvragen op te pakken of juist te laten liggen. Een gecontracteerde partij is verplicht om alle zorgvragen op te pakken."*** *– Zzp'er*

2.1.4. Reden 4: Administratieve lasten rond het contracteerproces en zorgverlening

Zzp'ers benoemen de administratieve lasten, zoals het invullen van veel formulieren, bij het indienen van een contractaanvraag als reden om niet te contracteren. Eén van de zzp'ers geeft aan dat de veelheid aan zorgverzekeraars leidt tot een onoverzichtelijk proces van contracteren. Er worden verschillende termijnen gehanteerd door zorgverzekeraars, waardoor een deadline soms gemist wordt en er geen contract meer kan worden aangegaan. Door de verschillende processen bij zorgverzekeraars is het voor zorgaanbieders lastig om hier goed op ingericht te zijn en dit soort situaties te voorkomen. Bij een andere zzp'er is het niet gelukt tot een contract te komen omdat een aanvraag niet volledig ingevuld was, waardoor er niet werd voldaan aan de eisen van het indieningsproces. Het is niet altijd mogelijk om na indiening aanvullende stukken aan te leveren of wijzigingen door te voeren. Eén van de zzp'ers benoemt expliciet de administratieve rompslomp bij gecontracteerd werken:[8]

> ***"Aan sommige regels wil je niet voldoen, zoals de vijf-minutenverantwoording. Het is administratieve rompslomp en dus fijn als dat niet hoeft bij niet-gecontracteerd werken."*** *– Zzp'er*

2.1.5. Reden 5: contractonderhandelingen met zorgverzekeraar is niet mogelijk

Voor zowel instellingen als zelfstandigen leidt een ongelijkwaardige of niet-bestaande contractonderhandeling er soms toe dat er geen contract wordt afgesloten.

Instellingen

Eén van de instellingen geeft aan dat ze geen contract hebben afgesloten, omdat er geen goed gesprek plaats kan vinden met de zorgverzekeraar:

> ***"We hebben meerdere pogingen gedaan voor een inhoudelijk gesprek, maar ze laten het liggen en afweten."*** *– Instelling*

Het voeren van een inhoudelijk gesprek was op verzoek van de instelling geïnitieerd, nadat hen werd verkondigd niet doelmatig te werken. Voor de instelling was dit onbegrijpelijk, omdat ze bij een andere zorgverzekeraar werden gezien als zeer doelmatige zorgaanbieder. Nadat het niet

[7] In het betreffende interview is niet gespecificeerd welk type eisen hiermee werd bedoeld.
[8] Per 1 januari 2019 geldt de 'zorgplan=planning=realisatie, tenzij' als registratiestandaard in plaats van de vijf-minutenregistratie.

lukte in gesprek te gaan en er een laag tarief werd aangeboden, besloot de instelling geen contract aan te gaan. Een andere instelling benoemt dat ze dikwijls worden benaderd wanneer er bij de gecontracteerde partijen geen personeel voorhanden is. Ze geven aan graag een langdurige en persoonlijke relatie op te bouwen met de zorgverzekeraar, maar dat lijkt niet mogelijk te zijn. Een zorgaanbieder geeft aan het gevoel te krijgen dat alles om efficiency draait in plaats van wederzijds contact. Het is voor hen moeilijk om in contact te treden en er gaat veel tijd overheen bij het stellen van vragen en het beantwoorden hiervan.

Zzp'ers

Een zzp'er vergelijkt het afsluiten van een contract met een zorgverzekeraar met een dictaat waarbij er getekend moet worden bij het kruisje. Aangezien er geen sprake is van inbreng, is maatwerk onmogelijk. Een andere zzp'er heeft na het leveren van niet-gecontracteerde zorg aan een aantal verzekerden verzocht om toch een contract af te sluiten. De betreffende zorgverzekeraar heeft geen gehoor gegeven aan dit verzoek. Tot slot benoemt een zzp'er dat na een omzetting van zijn rechtsvorm de gehele contractgeschiedenis van zijn bedrijf werd 'gewist' en hij als nieuwe zorgaanbieder werd bestempeld. Hier viel niet over te praten met de desbetreffende zorgverzekeraar. Dit werd door de zzp'er geïnterpreteerd als een tegenstrijdig signaal ten opzichte van de boodschap die zorgverzekeraars uitdragen dat ze zorgaanbieders willen contracteren.

2.1.6. Reden 6: de tarieven zijn te laag

Sommige zorgaanbieders geven aan vanuit financiële redenen niet-gecontracteerd te werken, omdat ze het tarief te laag vinden.

Instellingen

Een kleinere instelling geeft aan dat ze – ondanks dat er een aanbod werd gedaan door een zorgverzekeraar – hier niet op in zijn gegaan vanwege de tarieven die lager zijn dan de kostprijs. Ondanks dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager is, bleek deze optie toch meer aan te spreken. Een andere instelling verbaast zich erover dat sommige zorgverzekeraars lage tarieven bieden, terwijl ze dat niet terugzien bij andere zorgverzekeraars. Zij gaan uiteindelijk geen contract aan; wat naar eigen zeggen zonde is, omdat ze anders zouden kunnen investeren in innovatie en betere zorg. Deze instelling merkt op dat het tarief voor kleine zorgaanbieders vaak lager is dan dat voor grote zorgaanbieders:

> ***"We krijgen steeds meer de indruk dat ze baat hebben bij contracten met grote aanbieders en de kleine aan de kant geschoven worden. Dat zien we terug omdat ze transparant zijn over tarieven die ze afspreken met grote aanbieders. Op het moment dat je groter en doelmatiger bent veranderen de tarieven. Daar komen wij niet voor in aanmerking."*** – *Instelling*

Daarentegen hebben kleine zorgaanbieders in sommige gevallen geen omzetplafond, terwijl grote zorgaanbieders daar wel afspraken over maken. Een instelling verklaart de variatie in tariefstelling doordat de tarieven gebaseerd worden op doelmatigheid van de zorg. Er wordt aangegeven dat de interpretatie van doelmatigheid verschilt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een groot verschil is dat de zorgaanbieder dit baseert op haar cliënten en de zorgverzekeraar op zijn verzekerden, wat niet altijd overeenkomt. Ook geeft men aan dat er verschillende rekenmethodieken voor doelmatigheid worden gehanteerd tussen de zorgverzekeraars. Als laatste wordt de kanttekening geplaatst dat de aangeboden tarieven de afgelopen jaren gedaald zijn, terwijl salarissen stegen. Dit is voor de instelling een reden om niet in te gaan op contractvoorstellen.

Zzp'ers
De geïnterviewde zzp'ers geven eveneens aan dat ze de tarieven laag vinden. Eén van hen geeft aan dat er in contact met een zorgverzekeraar is getreden om te onderbouwen dat de tarieven te laag waren. In de praktijk kwam het er namelijk op neer dat de zzp'er 63% van het NZa-tarief zou ontvangen. Nadat er geen nieuw aanbod volgde na uitleg te hebben gegeven, is er besloten zonder contract verder te gaan.

2.1.7. Reden 7: weinig tot geen cliënten zijn verzekerd bij betreffende zorgverzekeraar

Instellingen
Een instelling benoemt dat zij niet met alle zorgverzekeraars contracten afsluiten omdat ze geen cliënten hebben die bij de betreffende zorgverzekeraars verzekerd zijn. In dergelijke gevallen vindt er meestal geen contact plaats vanuit beide partijen. Een andere instelling geeft aan niet de moeite te willen doen om alle formulieren in te vullen als er slechts sprake is van een paar cliënten.

Zzp'ers
Bovenstaande wordt binnen de groep van zzp'ers herkend. Eén van hen geeft hierover aan dat er een veelheid aan zorgverzekeraars bestaat waar hij soms maar een paar cliënten bij heeft. De lusten van het afsluiten van een contract met deze zorgverzekeraars wegen dan niet op tegen de lasten.

2.1.8. Reden 8: er is voldoende zorg ingekocht in de regio

Instellingen
Binnen de groep van instellingen wordt het zijn van een kleine zorgaanbieder als één van de redenen gezien dat er niet-gecontracteerd gewerkt wordt. Eén van de instellingen ziet een beweging waarbij grote zorgverzekeraars geen zaken willen doen met de kleine partijen. Dat is voor hen lastig te begrijpen, omdat de instelling juist een hele keten met diverse zorgsoorten biedt in de gebieden waar ze werkzaam zijn (bijvoorbeeld dagbesteding en zorg met verblijf). Dat biedt wat hen betreft juist meerwaarde ten opzichte van de grotere partijen, omdat ze erg vertrouwd zijn voor cliënten. Een andere instelling geeft het volgende aan:

> ***"Het niet komen tot een contract wordt soms ook geforceerd vanuit de zorgverzekeraar. Zij willen enkel met grote partijen contracten sluiten en zo dekking vinden voor zorg. Maar vervolgens sturen ze verzekerden wel naar niet-gecontracteerde aanbieders als blijkt dat ze onvoldoende inkopen."*** – *Instelling*

Een andere instelling geeft aan niet in aanmerking te komen voor een contract, omdat de zorgverzekeraar in de regio werkt met twee hoofdaannemers. Een vierde instelling ontvangt wisselende signalen hierover van zorgverzekeraars en andere instellingen. Van de zorgverzekeraar kregen ze te horen benaderd te worden in geval van krapte, terwijl andere gecontracteerde instellingen aangaven cliënten veelvuldig niet te kunnen plaatsen door deze krapte.

Zzp'ers
Binnen de groep van zzp'ers geeft iemand aan soms het idee te krijgen dat zorgverzekeraars hen niet voor volwaardig aanzien. Er wordt opgemerkt dat de meeste zorg rechtstreeks naar de (grote) instellingen gaat, terwijl er bij klanten wel een vraag is naar een goed functionerende groep zzp'ers.

2.2. Redenen zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben net als de zorgaanbieders redenen genoemd waarom het niet is gelukt een contract af te sluiten. Hieronder geven we de verschillende redenen weer in willekeurige volgorde.

2.2.1. Reden 1: niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden

Voor zorgverzekeraars is het niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de voorwaarden een reden om geen contract aan te gaan. Zo benoemt één van de zorgverzekeraars dat ze een lijstje met criteria hanteren die vooral administratief van aard zijn. De daadwerkelijke afwijzing volgt wanneer een zorgaanbieder niet kan voldoen aan bepaalde (kwaliteits)eisen, zoals de governance code, statuten, het in dienst hebben van een hbo-verpleegkundige, een stabiele financiële positie, implementatie van veilige principes, een duidelijke sociale kaart en een beschrijving hoe ze omgaan met mantelzorg. Een andere zorgverzekeraar hanteert de beschikbaarheid van een hbo-verpleegkundige in loondienst eveneens als een belangrijke eis. Zij zien dat kleine organisaties daar vaak geen middelen voor hebben. Tot slot wordt het niet doorstaan van een integriteitstoets als onderdeel van de minimum (kwaliteits)eisen door een zorgverzekeraar aangedragen als reden om geen contract aan te gaan met een zorgaanbieder.

2.2.2. Reden 2: beperkt innovatief en/of integraal aanbod

Een tweede reden die binnen de groep van zorgverzekeraars wordt gegeven om geen contract aan te gaan, is het ontbreken van een innovatief en/of integraal zorgaanbod. Een zorgverzekeraar benoemt dat dit vooral gebeurt bij nieuwe, kleine instellingen en zzp'ers. Voor een andere zorgverzekeraar gaat het erom dat er een witte vlek in de regio wordt opgelost. Als dat niet het geval is, kan het zijn dat er geen contract wordt aangegaan. Eén van de zorgverzekeraars geeft aan dat wanneer de komst van een zorgaanbieder er niet toe leidt dat een tekort tussen vraag en aanbod wordt opgelost en daarmee ook zijn zorgplichtissues, dat voor hen een reden kan zijn om geen contract aan te gaan.

2.2.3. Reden 3: het omzetplafond is te laag

Een zorgverzekeraar geeft aan dat nieuwe zorgaanbieders bij hen meestal een contract met een omzetplafond van € 100.000,- krijgen aangeboden. Aangezien dat een beperkte groeimogelijkheid met zich meebrengt, kan dat er volgens hem toe leiden dat er uiteindelijk geen contract volgt:

> ***"Het niet vrij kunnen groeien is vaak een reden waardoor er niet tot een contract wordt gekomen. Nieuwe zorgaanbieders krijgen standaard een contract van € 100.000,- aangeboden. Wanneer ze meer vragen is dat vaak niet mogelijk om op te nemen in het contract, hoewel we in sommige gevallen maatwerk bieden als dat in een regio nodig is."*** *– Zorgverzekeraar*

2.2.4. Reden 4: fraudesignalen

Eén van de zorgverzekeraars geeft aan dat fraudesignalen, of het niet doorstaan van een fraudecheck bij de afdeling materiele controle en fraudezaken, aanleiding is om geen contract

aan te gaan. Daarbij benoemen ze dat fraudesignalen breed worden gedeeld tussen zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar zegt hierover:

> ***"Als een zorgaanbieder op een zwarte lijst blijkt te staan, is dat een reden om hen geen contract aan te bieden."*** *– Zorgverzekeraar*

2.3. Reactie zorgverzekeraars op redenen zorgaanbieders

In de interviews met zorgverzekeraars zijn redenen voor niet-contracteren vanuit zorgaanbieders voorgelegd. In deze paragraaf wordt de reactie van zorgverzekeraars op deze redenen beschreven.

2.3.1. Reden 1: het omzetplafond is te laag

Veel geïnterviewde zorgverzekeraars beamen dat het omzetplafond voor zorgaanbieders een reden kan zijn om niet te contracteren, omdat er niet vrij gegroeid kan worden. Nieuwe zorgaanbieders krijgen veelal een contractaanbieding met een omzetplafond waar niet over onderhandeld kan worden. Als er in een regio echter een grote discrepantie bestaat tussen vraag en aanbod, kunnen er uitzonderingen gemaakt worden. De zorgverzekeraars geven aan de omzetplafonds voor de contracten te bepalen op basis van data van voorgaande jaren en belangrijke factoren, zoals de demografische groei-index. In theorie is er dan voldoende zorg gecontracteerd en is er geen ruimte voor niet-gecontracteerde of nieuwe zorg. Een belangrijke kanttekening van een zorgverzekeraar betreft de arbeidsmarkt: het beeld van voldoende gecontracteerde zorg kan vertekend zijn, omdat zorgaanbieders door personeelstekorten in de praktijk mogelijk niet de afgesproken zorgvraag kunnen vervullen. In dat geval wordt gekeken naar het bijstellen van het omzetplafond of het contracteren van andere partijen.

2.3.2. Reden 2: niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen die opgenomen zijn in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraars geven als reactie op deze reden van zorgaanbieders aan dat ze in het algemeen de wens hebben om goede contracten te sluiten. Dit houdt in dat er beperkte voorwaarden worden gesteld, deze niet ieder jaar wijzigen en ze helder worden gecommuniceerd via de website. Op het moment dat zorgaanbieders aan deze voorwaarden voldoen, kan er een contract afgesloten worden. Er wordt aangegeven veelal af te wijzen op basis van de volgende gronden: geen hbo-verpleegkundige in dienst voor zorg- en leidinggevende taken zoals klinisch redeneren en evaluerende taken, het toezicht is niet goed geregeld, de administratie is niet op orde is of de integriteitstoets wordt niet doorstaan.

De arbeidsmarktproblematiek leidt er soms toe dat zorgverzekeraars andere keuzes maken in hun contractvoorwaarden. Zo benoemt een zorgverzekeraar dat een helpende eerder niet werd ingezet voor het leveren van wijkverpleging, omdat zij daar niet voor is opgeleid. Het tekort aan zorgverleners maakt echter dat er een onvermijdelijke verschuiving plaatsvindt in de gehanteerde eisen van zorgverzekeraars.

Ook is een aantal zorgverzekeraars kritisch op het toelaten van nieuwe zorgaanbieders. Ze kijken naar de toegevoegde waarde van een nieuwe zorgaanbieder in de regio. Wanneer de nieuwe zorgaanbieder geen toegevoegde waarde biedt naast de reeds gecontracteerde zorgaanbieders – wat veelal betekent dat het aanbod niet innovatief genoeg is – wordt deze

partij niet gecontracteerd. Daarbij wordt opgemerkt dat het zorglandschap in een rap tempo versnippert en erg complex wordt; er komen veel nieuwe zorgaanbieders bij. Dat maakt werken in de keten steeds lastiger, omdat er zoveel verschillende zorgaanbieders actief zijn in de verschillende regio's. Zorgverzekeraars geven aan dat ze niet met alle zorgaanbieders contracten af kunnen sluiten en dat dit ook niet hun taak is.

2.3.3. Reden 3: Administratieve lasten rond het contracteerproces

Sommige zorgverzekeraars geven aan de administratieve lasten rondom het contracteerproces te verlagen. Zo biedt een zorgverzekeraar de mogelijkheid om gedurende het jaar te contracteren, terwijl er voorheen een eenmalig contracteermoment was. Daarnaast geven sommige zorgverzekeraars een onderbouwing voor de afwijzing van een contract en feedback hoe de aanvraag de volgende keer beter kan.

2.3.4. Reden 4: de tarieven zijn te laag

Een zorgverzekeraar geeft aan dat voor kleine zorgaanbieders die al eerder gecontracteerd zijn, een integraal tarief geldt op basis van eerdere afspraken. Voor nieuwe partijen zijn de integrale tarieven lager dan die van de reeds bestaande contracten. Zorgverzekeraars geven verder aan dat de tarieven die vergoed worden voor niet-gecontracteerde zorg verschillen per verzekeraar en type polis. In het geval van een restitutiepolis ligt de vergoeding hoger dan bij een naturapolis, wat ervoor kan zorgen dat zorgaanbieders hierop sturen en niet-gecontracteerde vergoedingen inderdaad hoger uitkomen dan gecontracteerde vergoedingen.

2.3.5. Reden 5: er is voldoende zorg ingekocht in de regio

De geïnterviewde zorgverzekeraars geven als reactie op deze reden aan dat het met de veelheid aan zorgaanbieders en beperkte omvang van een inkoopteam onmogelijk is om met alle partijen het gesprek aan te gaan en een contract af te sluiten. Daarom maken ze een keuze met welke zorgaanbieders ze gesprekken voeren en onderhandelen over het contract. Deze keuze wordt veelal gemaakt op basis van kernfuncties van zorgaanbieders in de regio en hoeveel verzekerden de organisatie bedient. Met grote zorgaanbieders, die vaak een sleutelrol hebben in de regio en erg belangrijk zijn voor een groot deel van de verzekerden van de zorgverzekeraar, wordt er door een zorginkoper onderhandeld over de inhoud van het contract. Zij zijn voor zorgverzekeraars partijen die de zorgvraag in de regio vervullen. Als kleine organisaties of zzp'ers een heel specifiek aanbod hebben, of wanneer een klant kiest voor een specifieke zorgaanbieder, geven sommige zorgverzekeraars hen wel de kans om een contract af te sluiten.

Aangezien de mankracht bij zorgverzekeraars voor de zorginkoop vaak beperkt is en de inkoopteams vooral gericht zijn op grote (strategisch belangrijke) instellingen, spelen digitale hulpmiddelen een grote rol in het contact met kleine instellingen en zzp'ers. Zorgverzekeraars geven aan de onlinedienstverlening te optimaliseren, door deze transparant te maken en toe te spitsen op contact. Zo werken sommige zorgverzekeraars met een openbaar vraag-antwoord systeem (*Frequently Asked Questions*), waarbij ze alle vragen van zorgaanbieders verzamelen en de antwoorden online publiceren. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders met dezelfde informatie kunnen werken.

Vanuit de zorgverzekeraars komt daarnaast het geluid dat de versnippering in de zorg te groot is. De verzekerde heeft moeite om de juiste zorg te zoeken en de versnippering draagt niet bij aan samenwerking in de regio. Zorgverzekeraars geven aan dat kleine partijen bijvoorbeeld

weinig contact hebben in de wijk, terwijl de wijkverpleging juist draait om goed contact met bijvoorbeeld huisartsen. Het gevolg van zo’n complex zorgveld is dat de ketenzorg niet goed te organiseren is. De zorgverzekeraars geven aan dat ze daarom het liefst contracten aangaan met een aantal (grotere) partijen om een goede en duurzame samenwerkingsrelatie op te bouwen.

3. Beantwoording onderzoeksvragen en reflectie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vragen die in dit kwalitatieve onderzoek centraal staan. Daarna volgt een reflectie op de uitkomsten en de onderzoeksopzet.

3.1. Beantwoording onderzoeksvragen

3.1.1. Wat zijn redenen voor niet-contracteren voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging hebben verschillende redenen gegeven om geen contract met elkaar aan te gaan.

Redenen zorgaanbieders
Instellingen en zzp'ers hebben als redenen om niet-gecontracteerd te werken aangegeven dat ze niet kunnen voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen van de zorgverzekeraar. Hieronder valt bijvoorbeeld de minimale omzetgrens die wordt gehanteerd om tot een contract te komen. Een andere reden die ze geven is dat er geen contractonderhandeling mogelijk is met de zorgverzekeraar. Zzp'ers noemen daarnaast het lage omzetplafond dat hen beperkt in de groei. Andere genoemde redenen zijn de lage tarieven die worden aangeboden door de zorgverzekeraar, dat aan weinig tot geen verzekerden van een zorgverzekeraar zorg wordt verleend en dat er al voldoende zorg in de regio is ingekocht door zorgverzekeraars. Deze laatste reden horen vooral kleine zorginstellingen en zzp'ers terug[9]. Zzp'ers benoemen daarnaast als redenen voor niet-contracteren de administratieve lasten rond het contracteerproces en zorgverlening.

Redenen zorgverzekeraars
Aan de zijde van zorgverzekeraars zijn er meerdere redenen gegeven om geen contract af te sluiten met een zorgaanbieder. Het niet voldoen aan de minimum (kwaliteits)eisen, zoals het beschikken over een hbo-niveau 5 verpleegkundige of voldoen aan de minimale omzetgrens, zijn voorkomende redenen voor afwijzing. Ook het ontbreken van een innovatief en/of integraal zorgaanbod is aangedragen om geen contract af te sluiten. Het omzetplafond wordt eveneens gezien als reden om geen contract af te sluiten, waarbij zorgverzekeraars aangeven dat deze dan te laag is voor zorgaanbieders. Tot slot zijn fraudesignalen een reden binnen de groep van geïnterviewde zorgverzekeraars om geen contract aan te gaan met een zorgaanbieder.

3.1.2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten?

Overeenkomsten
Ondanks dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergelijkbare redenen noemen waarom er niet-gecontracteerd gewerkt wordt, zijn er weinig overeenkomsten in het perspectief van beide partijen. Omdat slechts beperkte casuïstiek voorgelegd kon worden aan zorgverzekeraars, bespreken we in paragraaf 3.2 de verschillende perspectieven op basis van de redenen en nadere argumentatie die beide partijen noemen om niet te contracteren.

[9] Inhoudelijk gezien is dit een reden die vanuit zorgverzekeraars wordt aangedragen. In dit onderzoek hebben zij dit echter pas genoemd nadat ze vernamen dat zorgaanbieders dit zagen als reden om niet te contracteren.

Eén reden en perspectief lijkt overeenkomstig tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars: de zorgaanbieder heeft weinig tot geen cliënten van een desbetreffende zorgverzekeraar. Voor beide partijen heeft een contract dan geen toegevoegde waarde.

Andere redenen die beide partijen noemen voor niet-contracteren zijn: het niet kunnen of willen voldoen aan de (kwaliteits)eisen zoals in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar staat opgenomen en dat er voldoende zorg is ingekocht in de regio.

Verschillen
Uit de verhalende casus blijkt het verschil tussen beide partijen goed merkbaar waar het gaat over een afwijzingsgrond als een onvoldoende innovatief zorgaanbod. Daar waar een zorgaanbieder ervan overtuigd kan zijn voldoende innovatief te zijn, kan dat voor een zorgverzekeraar onvoldoende onderscheidend zijn, en daarmee een reden voor afwijzing van een contractaanvraag. Voor een zorgaanbieder blijft het in dit geval onduidelijk wat precies onder een innovatief aanbod valt, omdat er bij de afwijzing een algemene argumentatie vanuit de zorgverzekeraar is gegeven.

3.2. Reflectie op de uitkomsten

3.2.1. Resultaten in relatie tot voorgaand onderzoek

De uitkomsten van het huidige onderzoek komen grotendeels overeen met voorgaand onderzoek naar redenen om niet te contracteren. In dit eerdere onderzoek van Arteria uit 2017[10] kwamen de volgende redenen naar voren voor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging: de tariefstelling, het omzetplafond, de contractvoorwaarden en de vrijheid om te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt. In het eerste deel van de monitor contractering wijkverpleging 2019 noemen zorgaanbieders als redenen om geen contract aan te gaan dat de zorgverzekeraar geen cliënten in het werkgebied van de betreffende zorgaanbieder heeft en dat de voorgestelde tarieven te laag zijn. Al deze redenen komen in het huidige onderzoek terug.

Meer nadruk in het huidige onderzoek ten opzichte van het eerste deel van de monitor krijgen de ervaren administratieve lasten, het gebrek aan contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar en dat er al voldoende zorg in de regio is ingekocht. De nadruk op de eerste reden kan verklaard worden doordat in dit verdiepende onderzoek zzp'ers zijn geïncludeerd, terwijl dat in het eerste deel van de monitor niet het geval was. De nadruk op de laatste twee redenen kan verklaard worden doordat er steeds meer nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging bijkomen en dat zorgverzekeraars niet met al deze partijen contracten aan kunnen of willen gaan. Daarnaast hebben zorgverzekeraars niet voldoende mankracht om met alle zorgaanbieders gesprekken te voeren en te onderhandelen. Zorgverzekeraars zijn gericht op het voldoen aan hun zorgplicht voor hun verzekerden, in plaats van dat ze verplicht zijn om met alle zorgaanbieders contracten af te sluiten.

3.2.2. Vrijwillig versus niet-vrijwillig niet-gecontracteerd werken

Uit de resultaten blijkt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen redenen om vrijwillig niet-gecontracteerd te werken en niet-vrijwillige redenen om niet-gecontracteerd te werken. Sommige zorgaanbieders hebben ongewild geen contract, omdat ze bijvoorbeeld een afwijzing hebben gekregen vanwege een onvoldoende innovatief en/of integraal zorgaanbod. Dit staat in

[10] Arteria Consulting. (2017). (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Verkregen van: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-830176.pdf.

contrast met zorgaanbieders die vrijwillig niet-gecontracteerd werken, omdat ze bijvoorbeeld niet akkoord gaan met een omzetplafond.

3.2.3. Verschil in perspectief tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De redenen die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de interviews zijn genoemd om niet te contracteren, laten zien dat beide groepen vanuit een bepaald perspectief naar deze kwestie kijken. Dit verschil in perspectief hangt samen met de verschillende rollen die ze innemen in de sector en de daarbij behorende belangen. Daarbij zijn tegengestelde financiële belangen mogelijk een verklarende factor. Zorgaanbieders willen graag goede zorg leveren en hier een passende vergoeding voor krijgen, terwijl zorgverzekeraars hun verzekerden willen voorzien in goede zorg en grip willen hebben op de zorgkosten.

Er lijkt begrip te zijn tussen de twee partijen voor de huidige situatie en de reden om niet te contracteren wanneer een zorgaanbieder te weinig cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar bedient. Bij sommige redenen begrijpt men elkaars perspectief minder goed. De reden dat er voldoende zorg is ingekocht in een regio is hier een voorbeeld van. De zorgverzekeraar heeft de rol om de zorg doelmatig in te kopen en heeft niet de taak om alle zorgaanbieders te contracteren. Doordat het aanbod de afgelopen jaren zodanig is gegroeid, lijkt dat ook geen haalbare verwachting. Daarnaast komt in een aantal redenen van zorgverzekeraars naar voren dat men soms bewust geen contract sluit door vermoedens van fraude of integriteitsissues. Zowel een toename in zorgaanbod als bewust afwijzen van contracten vanwege (vermoedens van) fraude of integriteitsissues, leidt er in theorie toe dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg hoger wordt. Een kwantitatief onderzoek van Vektis zal de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kaart brengen.

Uit de interviews met zzp’ers komt het verschil in perspectief tussen hen en zorgverzekeraars duidelijk naar voren: zij begrijpen niet altijd waarom bepaalde eisen worden gesteld om zorg te kunnen verlenen. Daarbij wordt opgemerkt dat de (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar niet enkel bepaald worden door zorgverzekeraars zelf. Zo worden wet- en regelgeving en afspraken met branchepartijen opgenomen in de (kwaliteits)eisen en gelden deze eisen ook ten behoeve van de cliënt (bijvoorbeeld de inzet van hbo-verpleegkundige en een integraal aanbod). Zorgaanbieders lijken hier niet altijd van op de hoogte en schrijven mogelijk onterecht alle (kwaliteits)eisen toe aan de zorgverzekeraar. Een voorbeeld van verschil in perspectief komt terug in het hanteren van verschillende tarieven tussen instellingen en zzp’ers, waarover het beeld binnen de groep zzp’ers heerst dat deze te laag zijn. In de ogen van zorgverzekeraars zijn de tarieven goed onderbouwd door onder andere het verschil in takenpakket en de cliëntmix tussen zzp’ers en instellingen mee te nemen.

Het is de vraag of zorgaanbieders altijd goed op de hoogte zijn van de werking van het systeem (bijvoorbeeld over tarieven en vergoedingen), ontwikkelingen in de sector (bijvoorbeeld afschaffing van de vijf-minutenregistratie) en veranderingen in het inkoopbeleid van de verschillende zorgverzekeraars (bijvoorbeeld het loslaten van een omzetplafond). Op basis van de interviews lijkt dit niet altijd het geval te zijn. Mogelijk valt er nog een kleine winst te behalen in verdere optimalisatie van communicatie over de werking van het systeem, ontwikkelingen in de sector en veranderingen van inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars.

De kloof – en daarmee het aandeel niet-gecontracteerde zorg – wordt naar verwachting groter doordat steeds meer zorgverleners ervoor kiezen als zelfstandige verder te gaan. Door de arbeidsmarktproblematiek is het namelijk een aantrekkelijke optie om loondienst te verruilen voor een zelfstandig bestaan. Ook speelt mee dat de huidige toelating op de markt vrij eenvoudig is voor nieuwe zorgaanbieders. Dit houdt, samen met de keuze van een aantal

zorgverzekeraars om geen individuele zzp'ers te contracteren en de beperkte mankracht om dit te kunnen bewerkstelligen, mogelijk een deel van de niet-gecontracteerde zorg in stand.

De vraag is in hoeverre partijen nog verder tot elkaar kunnen komen gegeven het systeem en de rol die ze hierin innemen. Daar waar onbegrip of onwetendheid heerst kan men proberen dit weg te nemen. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld duidelijk(er) communiceren over afwijzingsgronden en veranderingen in (kwaliteits)eisen zoals opgenomen in de contractvoorwaarden. Daarnaast kunnen ze – daar waar dat nog niet het geval is – komen tot een duidelijke definitie van een innovatief aanbod. Voor zorgaanbieders kan het bijvoorbeeld helpen als ze geïnformeerd worden vanuit branchepartijen waarom bepaalde keuzes rondom kwaliteit noodzakelijk zijn om goede zorg te verlenen.

3.3. Reflectie op onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek was erop gericht redenen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzichtelijk te maken door middel van gedeelde casuïstiek. In dit onderzoek is uiteindelijk toestemming gekregen van één zorgaanbieder om de casus voor te leggen aan een zorgverzekeraar. Andere geïnterviewden gingen niet akkoord om de casuïstiek voor te leggen aan de zorgaanbieder. De voornaamste reden hiervoor was dat de geïnterviewde zorgaanbieders in de toekomst alsnog graag de mogelijkheid willen behouden een contract af te sluiten en de relatie niet willen schaden. Andere zorgaanbieders gaven geen specifieke reden.

Doordat er te weinig casuïstiek gedeeld kon worden, is ervoor gekozen om algemene redenen in het rapport op te nemen. Naast de algemene redenen hebben zorgverzekeraars een reactie kunnen geven op de redenen die door zorgaanbieders zijn benoemd. Dit heeft ertoe geleid dat het in de meeste gevallen niet is gelukt een verregaande verdieping op de gegeven redenen in kaart te brengen. Daarnaast is het in dit type onderzoek soms lastig om tot een goede verdieping te komen, omdat mensen in een interview mogelijk niet altijd alles benoemen wat ze denken of weten. Desalniettemin is er een aantal nieuwe redenen opgehaald in vergelijking met de voorgaande onderzoeken en zijn de (reeds bekende) redenen voorzien van illustraties uit de praktijk.

Een bepaalde groep niet-gecontracteerde zorgaanbieders is, zoals in de inleiding genoemd, niet in beeld bij de landelijke branchepartijen. Zij zijn niet geïncludeerd in het huidige onderzoek, wat kan hebben geleid tot een minder gevarieerd beeld in de uitkomsten. Ondanks dat het relevant kan zijn te verifiëren of deze groep zorgaanbieders dezelfde redenen heeft om niet-gecontracteerd te werken, lijkt het lastig deze groep te bereiken. De vraag is dan ook of zo'n soort vervolgonderzoek écht andere inzichten geeft ten opzichte van de reeds uitgevoerde onderzoeken.

4. Contact

Arteria Consulting
Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

Mischa Buter | 06 836 594 67 | mischa.buter@arteriaconsulting.nl
Quinten van Geest | 06 126 361 39 | quinten.vangeest@arteriaconsulting.nl
Lisanne Puijk | 06 206 403 20 | lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl

Eindverantwoordelijk partner
Nico Baas | 06 133 109 63 | nico.baas@arteriaconsulting.nl

5. Bijlage: beschrijving onderzoeksopzet

5.1. Werving deelnemers binnen de onderzoekspopulatie

In het eerste deel van de monitor van de NZa is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars toestemming gevraagd om contact op te nemen voor vervolgonderzoek. Zorgaanbieders die daarmee hebben ingestemd, hebben wij een nieuwe korte enquête toegestuurd waarin het volgende is uitgevraagd:

- Met welke zorgverzekeraars er geen contract is afgesloten
- Wat de redenen zijn voor niet-contracteren (vaste categorieën)
- Of men bereid is deel te nemen aan een telefonisch interview van 30 minuten

In het eerste deel van de monitor waren geen zzp'ers betrokken. In dit onderzoek is besloten dat het includeren van deze groep meerwaarde bood. Om een selectie te maken onder deze doelgroep is via een brancheorganisatie de korte enquête uitgezet onder de leden. In totaal hebben 41 instellingen en 57 zzp'ers een enquête ingevuld.

5.2. Steekproefselectie

Voor het includeren van respondenten die de enquête hebben ingevuld, hebben wij een selectie gemaakt op basis van de volgende criteria:

- Toestemming gegeven om benaderd te worden voor een telefonisch interview
- Met minimaal 1 zorgverzekeraars geen contract afgesloten
    - Verdieping: met minimaal 1 grote zorgverzekeraar of 2 kleine zorgverzekeraars geen contract afgesloten
- Er moet minimaal 1 reden opgegeven zijn om geen contract af te sluiten
- Er moet variatie zitten in redenen en zorgverzekeraars tussen de zorgaanbieders, zodat een breed en gevarieerd beeld wordt opgehaald

Van deze lijst zijn willekeurig partijen geselecteerd en uitgenodigd voor een telefonisch interview. Indien het niet is gelukt om een interview in te plannen met de desbetreffende zorgaanbieder, is een andere zorgaanbieder van de lijst uitgenodigd. Uiteindelijk zijn er 7 instellingen en 7 zzp'ers geïnterviewd.

Bij de zorgverzekeraars is gekeken naar een verdeling tussen zorgverzekeraars met een groot en klein marktaandeel. In totaal zijn 6 zorgverzekeraars geïncludeerd, waarvan 3 met een groter en 3 met een kleiner marktaandeel.

Bovenstaande aantallen zijn gebaseerd op aantallen die veelal worden aangehouden in wetenschappelijk kwalitatief onderzoek. Bij het aantal 6 of 7 wordt verwacht een niveau van verzadiging te bereiken, waarbij waarschijnlijk geen nieuwe inzichten worden verkregen.

5.3. Interview zorgaanbieders

Het semigestructureerde interview met zorgaanbieders duurde ongeveer 30 minuten. De interviewleidraad is in samenspraak met de NZa vastgesteld. In het interview kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Met welke zorgverzekeraars geen contract is afgesloten voor 2019
- Wat de redenen per zorgverzekeraar zijn om geen contract af te sluiten
- Hoe het contact en het proces is verlopen

- Of de casus herleidbaar (niet anoniem) voorgelegd mag worden aan de zorgverzekeraar

5.4. Interview zorgverzekeraars

Het semigestructureerde interview met de zorgverzekeraars duurde tussen de 30 en 45 minuten. De interviewleidraad is in samenspraak met de NZa vastgesteld. Minimaal twee dagen voor het interview werd herleidbare of onherleidbare casuïstiek toegestuurd ter voorbereiding. In deze interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Algemene redenen voor zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten
- Hoe er contact wordt gelegd en onderhouden met zorgaanbieders
- De reactie van zorgverzekeraars op de redenen die zorgaanbieders aandragen voor niet-contracteren met de desbetreffende zorgverzekeraar

5.5. Data-analyse en interpretatie

De interviews zijn uitgewerkt in Word en vervolgens anoniem verwerkt in een verzamelbestand in Excel. Nadat alle ruwe data waren verwerkt, hebben de onderzoekers de data ingedeeld in de volgende categorieën:

- Administratieve lasten
- Omzetplafond
- Contractvoorwaarden
- Zorgverleningsproces
- Contractonderhandelingen
- Tariefstelling
- Complexiteit zorgveld
- Inhoudelijke inmenging
- Overig

Vervolgens zijn per categorie de redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars geïnventariseerd en is de mate van overlap onderzocht. Hierin zijn clusteringen van redenen gemaakt naar redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze redenen zijn uitgewerkt met voorbeelden in de rapportage en is er een casus uitgewerkt.