



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E Info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
132178/187362

Onderwerp

Beleidsbrief monitor
"Transities Eerstelijnszorg 2015: Verkenning van de inhoud van contracten"

Datum
25 juni 2015

Mevrouw de Minister,

Hierbij bieden wij u de Monitor 'Transities Eerstelijnszorg 2015: Verkenning van de Inhoud van contracten' aan. Met behulp van deze monitor is een snel eerste inzicht verkregen in de effecten van het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de overheveling van verpleging en verzorging, beide per 1 januari 2015. De monitor is gericht op de contracten van 2015 in vergelijking met 2014. De focus ligt daarbij op de wijzigingen die (kunnen) samenhangen met de transities.

Door het doel en de focus van de monitor is het contracteerproces buiten beschouwing gebleven en zijn verdiepende vragen gesteld aan zorgverzekeraars om de inhoud van de aangeboden contracten te duiden. Bij een volgende monitor of marktscan over deze transities kunnen realisatiecijfers betrokken worden alsmede het contracteerproces. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal hiervoor ook zorgaanbieders bevragen.

Los van deze monitor heeft de NZa zich in de afgelopen periode wel met het proces van contracteren beziggehouden. We onderzoeken voor drie zorgsectoren in de eerste lijn in hoeverre de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen in 2015, onder andere door per 5-positie-postcodegebied in kaart te brengen met hoeveel locaties van zorgaanbieders de zorgverzekeraars contracten hebben gesloten. Ook hebben we een aantal bijeenkomsten georganiseerd om met zorgverzekeraars en zorgaanbieders uit de eerste lijn te spreken over het contracteerproces. Waar relevant gaan we daarop hieronder verder in. Daarbij ligt de focus op het contracteerproces van huisartsenzorg.

Contracteerproces moeizamer

Wat betreft het proces valt op dat dat de contractering met meer wrijving gepaard is gegaan dan de afgelopen jaren. Dit geldt in enige mate voor de contractering van verpleging en verzorging en van multidisciplinaire zorg (met zorggroepen), en vooral voor de contractering van huisartsenzorg, waar met enige regelmaat ook media-aandacht voor is geweest. De moeizamere contractering komt ook tot uitdrukking in een voorlopig lagere contracteergraad dan vorig jaar.

Opvallend is dat huisartsen het contracteerproces en het verloop ervan anders lijken te beleven dan zorgverzekeraars. Om die reden heeft de NZa recentelijk in een rondetafelgesprek met aanbieders en verzekeraars gesproken over de problemen die op dit moment worden ervaren in het contracteerproces. De uitkomsten van dit gesprek gebruiken we in onze overweging, welke van de huidige Good Contracting Practices omgezet kunnen worden in in bindende regels omtrent het zorginkoopproces.

Kenmerk
132178/187362

Pagina
2 van 8

Nadere regel zorginkoop

Recentelijk is met het oog hierop een concept Nadere Regel Zorginkoop geconsulteerd bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In deze regeling wordt tevens vastgelegd dat zorgverzekeraars verplicht zijn om uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend te maken. Daarnaast nemen wij de uitkomsten van dit ronde tafelgesprek mee in ons onderzoek naar alternatieve inkoopmodellen binnen de eerstelijns zorg.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Wanneer een verzekerde kiest voor niet-gecontracteerde verpleegkundige zorg, hanteert een meerderheid van een zorgverzekeraars voor de naturapolissen een vergoeding tussen de 75 en 80%. Er zijn echter twee zorgverzekeraars die beduidend lagere vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg hanteren van 65 en 50%. Op grond van zijn zorgplicht is de zorgverzekeraar in het geval van een polis met gecontracteerd zorgaanbod, verplicht voldoende zorg in te kopen zodat de verzekerde altijd voor zorg terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De verzekerde hoeft dan niet een deel van de zorg zelf te betalen. Zorgverzekeraars zijn daarbij vrij om zelf de hoogte te bepalen van de vergoeding die zij geven voor niet-gecontracteerde zorg, maar die hoogte mag geen hinderpaal vormen voor de verzekerde om zorg van een niet gecontracteerde zorgaanbieder af te nemen. De NZa heeft dit in haar Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw opgenomen en verwijst daarbij voor de vraag wat een hinderpaal is naar de rechtspraak. Diverse civiele rechters hebben de afgelopen periode uitspraken gedaan over de interpretatie van het hinderpaalcriterium. Vanwege deze jurisprudentie en de mogelijke onzekerheid voor consumenten als vooraf niet voldoende duidelijk is welke vergoedingshoogte zij minimaal mogen verwachten, zal de NZa deze zomer bezien in hoeverre het voor de bescherming van de consument mogelijk en noodzakelijk is om ten behoeve van het komende polisjaar een concrete minimale vergoedingshoogte in haar toezichtbeleid op te nemen.

Zorgakkoord

In de gesprekken die wij hebben gevoerd, horen wij vaak dat de communicatie rond de vernieuwingen uit het zorgakkoord tekort schoot. De veranderingen moesten in relatief korte tijd worden uitgelegd aan zorgaanbieders, door de NZa, door hun koepelorganisaties en door zorgverzekeraars. Dit leidt bijna onvermijdelijk tot verschillen in uitleg – ook omdat is gebleken dat koepelorganisaties het akkoord verschillend uitleggen – en kan daarom al resulteren in verwarring en mogelijk ook wantrouwen. Een aantal zorgverzekeraars heeft ook al erkend dat de communicatie in de aanloop naar de contractering beter had gekund.

Voor het contracteerproces 2016 hebben zij verbeteringen aangekondigd.

Kenmerk
132178/187362

Pagina
3 van 8

Tot slot constateert de NZa dat de landelijke afspraken naast een faciliterende werking ook een remmende invloed hebben op lokale ontwikkelingen. Onder andere de landelijke afspraken over de gewenste omvang van de segmenten lijken lokale partijen af te remmen bij het komen tot vernieuwingen, omdat segment 3 dan groter zou worden dan landelijk overeengekomen. Dit roept de vraag op of een convenant met uniforme bekostigingsafspraken altijd de juiste weg is om tot de gewenste verandering te komen. Een goed alternatief is in de ogen van de NZa om in de bekostiging ruime mogelijkheden in te bouwen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om lokaal vernieuwing te initiëren, zonder druk om zich hiervoor bij andere aanbieders, andere verzekeraars of hun koepels te verantwoorden.

Belangrijkste bevindingen en conclusies uit de monitor

Deel I: Transitie huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Experiment consultloze bekostiging Segment 1

In het eerstelijnszorgakkoord 2014-2017 bent u met koepelorganisaties overeen gekomen dat de gemengde bekostiging van inschrijftarieven en consulttarieven (segment 1), gedurende de looptijd van het akkoord blijft bestaan. Daarnaast mogen partijen lokaal experimenteren met een bekostiging zonder consulttarieven. In combinatie met een effectieve beloning voor zorg op maat in segment 3, is dit een stap op weg naar populatiegebonden bekostiging in plaats van betalen voor patiëntcontacten. Zo worden de goede kanten van consulttarieven overgeheveld naar segment 3, en de minder goede verdwijnen met het afschaffen van die consulttarieven. Experimenten moeten uitwijzen in hoeverre deze gedachte in de praktijk ook zo uitwerkt.

Voor 2015 liep al een klein aantal van deze experimenten, bijvoorbeeld binnen zogenaamde proeftuinen. Eén van de vier kleinere zorgverzekeraars is per 2015 overgestapt naar bekostiging zonder consulttarieven. De NZa vindt dat experiment, en met name de schaal ervan, goed nieuws. Alle huisartsen in het kernwerkgebied van deze zorgverzekeraar doen mee aan het experiment van de zorgverzekeraar. Hierdoor wordt ervaring opgedaan met deze nieuwe manier van bekostigen binnen een grote variatie in praktijksituaties. De lessen hieruit zullen van grote waarde zijn voor de beslissing om de consulttarieven af te schaffen of niet.

Overheveling M&I-verrichtingen naar segment 1

Doordat er nog geen substitutie-indicatoren zijn in segment 3, heeft de overheveling van het spiraaltje en de therapeutische injectie naar segment 1 geleid tot een knip in de bekostiging zonder voordelen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars vragen de NZa daarom om vanaf 2016 de overheveling van zowel het spiraaltje als de therapeutische injectie ongedaan te maken. Ook zijn zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars op dit moment geen voorstander van het overhevelen van nieuwe M&I-verrichtingen zolang partijen nog niet kunnen contracteren op basis van substitutie-indicatoren.

Als wij dit verzoek honoreren, betekent dit feitelijk een pas op de plaats in de doorontwikkeling van het segmentenmodel zoals dit in 2015 is geïntroduceerd. Ook is duidelijk dat de doorontwikkeling van het model sterk afhankelijk is van de mate waarin landelijke partijen in staat zijn om over met name substitutie van tweede naar eerste lijn afspraken te maken die verder gaan dan het afrekenen van separate verrichtingen. Dit knelpunt moet de komende periode met de convenantpartijen worden uitgewerkt om in 2017 tot verdere stappen te komen in de doorontwikkeling.

Kenmerk
132178/187362

Pagina
4 van 8

Prestatiekoppels segment 2 geen effect

Een van de doelstellingen van het eerstelijnszorgakkoord en het segmentenmodel was om een weg in te slaan naar een bekostiging gericht op een betere afstemming van zorg op de populatie. Deze doelstelling kwam in 2015 op twee aspecten van het segmentenmodel tot uitdrukking: in het experimenteren met consultloze bekostiging (zie hierboven) en in de structuur van de bekostiging van ketenzorg. In ons advies hadden we geadviseerd de ketenzorg voor patiënten met diabetes, COPD of een VRM-behandeling te bundelen in één prestatie. Effect hiervan zou zijn dat er een tarief zou moeten komen voor patiënten met twee of drie van deze aandoeningen, hetgeen partijen zou stimuleren om naast het zorgpad ook te kijken naar de patiënt: welke delen van de zorgpaden overlappen voor multimorbide patiënten en welke niet? Voor de convenantpartijen was deze stap per 2015 te groot; gekozen werd voor het creëren van twee prestatiekoppels: een prestatie waarin diabetes en VRM gekoppeld werden, en een prestatie waarin COPD gekoppeld werd met een (voor de bekostiging) nieuwe keten, astma.

Een onderzoeksvraag van de monitor was in hoeverre deze bescheiden eerste stap al tot resultaten leidt. De NZa concludeert dat die resultaten er niet zijn, omdat deze stap partijen niet dwingt tot verandering. De reden is verschillend voor de twee prestatiekoppels. In het geval van diabetes en VRM komt de combinatie diabetes zonder VRM in de praktijk niet of nauwelijks voor. Het diabetestarief was daarom al een tarief inclusief VRM-behandeling. Het samenvoegen dwingt daarom niet tot een extra tarief. Bij het koppel COPD en astma is de behandeling bij de combinatie van COPD en astma gemiddeld niet veel intensiever dan bij alleen COPD. Hierdoor doet het COPD-tarief dienst voor twee gevallen: alleen COPD en de combinatie COPD-astma. Ook hier dwingt het samenvoegen niet tot een extra tarief.

Achteraf gezien moeten we daarom concluderen dat het creëren van prestatiekoppels niet de eerste stap is geworden op weg naar populatiegebonden bekostiging. De NZa verwacht dat initiatieven van lokale partijen op dit terrein een belangrijke kracht zijn om landelijke ontwikkelingen aan te jagen. De NZa pleit er daarom voor dergelijke lokale initiatieven zo goed mogelijk te faciliteren, voor zowel 'innovators' als 'early adaptors', onder andere door middel van deregulering en het creëren van ruimte in de bekostiging. In aanvulling hierop is het een optie om in de landelijk uniforme bekostiging de twee prestatiekoppels samen te voegen tot één prestatie, in lijn met het NZa-advies van februari 2014.

Kenmerk
132178/187362Pagina
5 van 8**Indicatoren voor resultaatbeloning in segment 3**

In het segmentenmodel is per 2015 een start gemaakt met resultaatbeloning op basis van landelijk uniforme indicatoren. Wat de monitor laat zien, is dat op de domeinen waar koepels landelijke indicatoren overeengekomen zijn, namelijk 'Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen', 'Service en bereikbaarheid' en 'Multidisciplinaire zorg', ook daadwerkelijk afspraken zijn gemaakt. Dit moet een stimulans zijn voor partijen om verder te werken aan (door)ontwikkeling van dergelijke indicatoren, met oog voor de belangen van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Het uiteindelijke belang van goed werkende resultaatbeloning ligt bij de consument.

Meekijkconsult Segment 3

Sinds 2015 is er een prestatie Meekijkconsult in Segment 3. Deze prestatie biedt de mogelijkheid dat huisartsen de expertise inroepen van gespecialiseerde zorgaanbieders, bijvoorbeeld medisch specialisten, zonder de patiënt door te verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Doel van de inzet is om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen.

Nieuwe initiatieven op dit gebied vergen het maken van afspraken tussen drie partijen: de zorgverzekeraar, een lokaal/regionaal samenwerkingsverband van huisartsen, en de gespecialiseerde zorgaanbieder(s), zoals een ziekenhuis c.q. de medisch specialisten daarbinnen. Het opzetten van dergelijke nieuwe initiatieven kost daarom tijd. Zorgverzekeraars rapporteren dat gesprekken voor een aantal nieuwe initiatieven zijn gestart, naast een klein aantal experimenten dat al langer loopt, maar dat er nergens al (bijna) begonnen kan worden. Zorgverzekeraars geven aan een goede overeenstemming tussen huisartsen en ziekenhuis als leidend principe te willen hanteren. De NZa zal dit punt aandacht blijven geven in de monitoring.

Deel II: Transitie verpleging en verzorging

De monitor geeft een eerste inzicht in de contracten voor wijkverpleging sinds de transitie naar de Zvw. Veldpartijen zijn nog zoekende naar hoe zij hun rol het best kunnen invullen, mede door de onduidelijkheid over toekomstige regelingen. Het is daarom te vroeg om vergaande conclusies te schetsen. Door alle wijzigingen die de transitie met zich meebrengt en door de landelijke afspraken die gezamenlijk zijn vastgesteld, wordt er in 2015 gefocust op kostenbeheersing en continuering van afspraken.

Inzichten met betrekking tot beheersbaarheid kosten

Zorgverzekeraars zetten zich in voor de beheersbaarheid van de kosten van wijkverpleging. Er worden plafondafspraken gemaakt en middelen gereserveerd voor niet-gecontracteerde zorg. Aan de andere kant komt naar voren dat veldpartijen een groot risico zien in het overschrijden van het budgettair kader wijkverpleging. Deze zorgen zijn ook aangegeven in brieven van zowel Actiz¹ als ZN² aan de Tweede Kamer.

¹ Actiz 8 april 2015. Brief vaste Kamercommissie VWS; Algemeen overleg Wijkverpleging 15 april 2015.

Om recht te doen aan de gesignaleerde risico's en tijdig bij te kunnen sturen is het van belang dat de ontwikkelingen in dit kader nauwgezet worden gevolgd. De ingerichte productie-, en zorgkostenmonitor van ZN is hiervoor een belangrijk middel.

Kenmerk
132178/187362

Pagina
6 van 8

Voortzetten van afspraken en uitgangspunten van zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen.

ERAI

Voor 2015 is de beleidsregel ERAI in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) opgesteld zodat experimenten regelarme instellingen die al in 2013 of 2014 in de AWBZ zijn gestart, door kunnen gaan in 2015. Er is één experiment-overeenkomst gesloten in de Zvw³. Vanwege het tijdelijke karakter van de regeling en het beperkte gebruik ervan, lijkt er weinig behoefte en noodzaak om de beleidsregel in 2016 in stand te houden. De door de staatssecretaris van Rijn verstrekte voorhangbrief bekostiging wijkverpleging van 19 mei 2015 (kenmerk: 765400-136437-CZ) geeft geen aanleiding om ERAI in de bekostiging voor 2016 op een andere manier voort te zetten dan de huidig geldende regeling.

Ketenzorg dementie

De beleidsregel ketenzorg dementie faciliteert het voortzetten van bestaande netwerkstructuren uit de AWBZ in de Zvw in 2015. Een deel van de bestaande netwerkketens (42) is via deze beleidsregel met experiment-overeenkomsten voortgezet⁴. Uit onze monitor blijkt dat bestaande netwerkketens ketenzorg dementie ook via andere regelingen en beleidsregels worden voortgezet. De NZa heeft verzekeraars en aanbieders nogmaals geïnformeerd over de voorschriften en beleidsregels rondom casemanagement en ketenzorg dementie in de Zorgverzekeringswet⁵.

Intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg

Om de continuïteit van bijzondere zorgvormen te waarborgen zijn er landelijk afspraken gemaakt over intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Zorgverzekeraars geven aan dat de afspraken met bestaande aanbieders zijn gecontinueerd. Er zijn standaard contracten afgesloten met veelal aanvullende eisen voor kwaliteit van de bijzondere zorgvormen of de wijze van declareren.

De taakstelling is verwerkt in de contractafspraken waardoor de zorglevering mogelijk onder druk komt te staan. Dit is een belangrijk aandachtspunt.

Impuls voor kwaliteit en innovatie

In deze monitor is bekeken hoe kwaliteit en innovatie zijn vertaald in de contractering. Er zijn op verschillende niveaus afspraken gemaakt over kwaliteit. Landelijk zijn er toelatings- en minimumeisen gesteld door ZN in de landelijke inkoopgids.

² ZN 28 oktober 2014. Brief vaste Kamercommissie VWS; Algemeen overleg wijkverpleging 30 oktober 2014.

³ Peildatum 1 april 2015.

⁴ Peildatum 1 april 2015.

⁵ Circulaire Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw, CI/15/17c, 22 mei 2015.

Daarnaast zijn er een aantal representerende zorgverzekeraars die differentiatie-eisen hebben gesteld. Het gaat hierbij vooral om voorwaarden die ook in 2014 gesteld werden door het zorgkantoor. De gestelde differentiatie-eisen worden nog maar weinig ingezet voor de selectie van zorginkoop. Een zeer beperkt aantal offererende zorgaanbieders is niet gecontracteerd omdat zij niet voldeden aan de kwaliteitseisen.

Kenmerk
132178/187362

Pagina
7 van 8

Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de contracten bevatten nog weinig concrete afspraken over innovatie. De meeste zorgverzekeraars geven aanbieders wel ruimte om binnen het bestaande budget innovaties in te zetten en zelf de prestatiemix te bepalen. Andere zorgverzekeraars sturen meer op prestatiemix en willen graag een aparte prestatie voor e-health / beeldscherm-communicatie en telefarmacie.

De ontwikkeling van de nieuwe bekostiging met een beloningscomponent kan een impuls geven aan initiatieven op het gebied van kwaliteit en innovatie. In 2016 komt er een aparte prestatie waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders beloning op maat kunnen afspreken.

Wijkgericht werken

Verpleegkundige taken die niet direct toewijsbaar zijn aan een zorgvraag van een individuele patiënt (ook wel niet-toewijsbare zorg genoemd), kunnen sinds 2015 gedeclareerd worden via de prestatie "wijkgericht werken". Zorgaanbieders die al zorg leverden die wel direct toewijsbaar is aan een zorgvraag van een patiënt, konden zich inschrijven bij zorgverzekeraars om ook de prestatie wijkgericht werken te leveren. Representerende zorgverzekeraars contracteerden aanbieders als zij voldeden aan de algemeen gestelde eisen (inkoopgids ZN) en eventueel differentiatie-eisen van de betreffende zorgverzekeraar. Vaak ging een voorkeur uit naar bestaande aanbieders van bijvoorbeeld de "Zichtbare schakel". Het aantal gecontracteerde aanbieders per Wmo-regio, gemeente of wijk verschilt sterk en is afhankelijk van de voorkeuren van zowel zorgverzekeraar als gemeente.

Een aantal zorgverzekeraars verdeelde het beschikbare budget in haar representatie regio op basis van inwoneraantal van een Wmo-regio maal het landelijke afgesproken bedrag per verzekerde. Daarna werd in samenspraak met de gemeente bepaald waar de middelen precies worden ingezet. Een aantal zorgverzekeraars heeft het verdeelmodel verder uitgewerkt en heeft hierin bepaalde populatiekenmerken als aantal inwoners, sociaal economische status, leeftijd en het aantal chronisch zieken verwerkt.

De ontwikkelde verdeelmodellen op basis van populatiekenmerken bieden veelbelovende kansen om de toekomstige bekostiging meer aan te laten sluiten bij de patiënt en de zorgvraag binnen regio's. Tijdige besluitvorming over de nieuwe bekostiging is noodzakelijk om verzekeraars de mogelijkheid te bieden dit verder uit te werken.

Beschikbaarheidsvoorzieningen

De beschikbaarheidsvoorzieningen zijn ervoor bedoeld dat er zorg op oproep (onplanbare zorg) en zorg in het weekend geleverd kan worden.

Landelijk is afgesproken met zorgverzekeraars dat aanbieders die deze zorg in 2014 leverden, ook in 2015 worden gecontracteerd zodat zij deze zorg kunnen blijven leveren. Verzekeraars geven aan dat de afspraken met aanbieders uit 2014 inderdaad zijn voortgezet.

Kenmerk
132178/187362
Pagina
8 van 8

Er zijn verschillende financiële afspraken tussen aanbieders en verzekeraars gemaakt. Een voorbeeld is dat er één tarief wordt afgesproken voor alle oproepbare zorg zonder dat er onderscheid wordt gemaakt tussen welke zorg er geleverd wordt. Dit tarief is bijvoorbeeld een gewogen gemiddelde van de tarieven verpleging en persoonlijke verzorging. Het komt ook voor dat verzekeraars sturen op de ratio planbare- en onplanbare zorg. Zij hanteren een gemiddeld tarief, ongeacht het tijdstip waarop de zorg wordt geleverd.

Een aantal zorgverzekeraars heeft met aanbieders een budgetafspraken gemaakt over de beschikbaarheidsvoorzieningen. Dit budget krijgt de aanbieder niet in één keer maar de aanbieder moet dit vullen middels de declaratie van prestaties. De aanbieder moet dus productie draaien om het budget gevuld te krijgen. Maar (een deel van) het budget is nodig om altijd beschikbaar te zijn voor zorg. Ook als er geen zorg wordt geleverd, worden er kosten gemaakt. Het kan daarom voorkomen dat een aanbieder financieel niet uitkomt als er te weinig productie wordt gedraaid. Ook overproductie kan problemen geven. Het budget kan al helemaal op zijn, terwijl er nog wel zorg geleverd moet worden en de zorgaanbieder nog kosten moet maken om beschikbaar te blijven.

Om financiële problemen te voorkomen, is het van belang dat aanbieders tijdig over een eventueel tekort in gesprek gaan met zorgverzekeraars om tot een oplossing te komen.

In de voorhangbrief bekostiging wijkverpleging van 19 mei 2015 van staatssecretaris van Rijn (kenmerk: 765400-136437-CZ) staat het voorstel om in 2016 de regionale afspraken over beschikbaarheidsvoorzieningen te continueren via de prestatie onplanbare zorg, die de bekostiging van regionale beschikbaarheid faciliteert.

We geven u met deze beleidsbrief en de monitor een beeld van de effecten van de nieuwe bekostigingssystemen van de huisartsen en multidisciplinaire zorg en de overheveling van verpleging en verzorging, zoals wij deze hebben kunnen analyseren vanuit de inhoud van contracten. Het is van belang dat de ontwikkelingen in 2015 verder worden gevolgd.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Monitor en beleidsbrief

Transities eerstelijnszorg 2015

Verkenning van de inhoud van contracten

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting/Conclusies	7
1. Inleiding	15
1.1 Aanleiding, Doelstelling & Scope	15
1.2 Onderzoeksaanpak en -methode	16
1.3 Marktstructuur	18
1.4 Leeswijzer	19
2. Inleiding Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg	22
2.1 Transitie in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	22
2.2 Contracteerproces algemeen	24
2.2.1 Wie contracteert wat?	24
2.2.2 Het volgen van contracten	25
3. Bevindingen huisartsenzorg	27
3.1 Bekostigingsexperimenten: niet belonen per consult	27
3.1.1 Inleiding	27
3.1.2 Experimenten	27
3.2 M&I-verrichtingen overgeheveld naar segment 1: toegankelijkheid	28
3.2.1 Inleiding	28
3.2.2 Verrichtingen declareerbaar als regulier consult	28
3.2.3 Verrichtingen declareerbaar als 'Overige S1-prestatie'	30
3.3 Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning	31
3.3.1 Inleiding	31
3.3.2 Adequaat verwijzen en diagnostiek	32
3.3.3 Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen	33
3.3.4 Service en bereikbaarheid	33
3.3.5 Resultaatbeloning overig	34
3.3.6 Variabiliseringsgelden	34
3.4 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing vergeleken met M&I-modules	35
3.4.1 Inleiding	35
3.4.2 M&I-modules	35
3.4.3 Zorgvernieuwing	36
3.5 Praktijkondersteuning	37
3.5.1 Inleiding	37
3.5.2 Poh-ggz	37
3.5.3 Poh somatiek	37
4. Bevindingen multidisciplinaire zorg	39
4.1 Overgang naar prestatiekoppels: effecten op de tarieven	39
4.1.1 Inleiding	39
4.1.2 Astma	39
4.1.3 Prestatiekoppels	40
4.1.4 Integrale en koptarieven	40
4.2 Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning en zorgvernieuwing	41
4.2.1 Inleiding	41
4.2.2 Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	41
4.2.3 Zorgvernieuwing	42
4.3 Veranderingen in contracten van de GEZ-module	42
4.3.1 Inleiding	42
4.3.2 Bevindingen	43
4.4 Afspraken rondom nieuwe prestatie Meekijkconsult	44

4.4.1	Inleiding	44
4.4.2	Bevindingen	45
5.	Inleiding Verpleging en Verzorging	47
5.1	Transitie Verpleging & Verzorging	47
5.1.1	Situatie 2014	47
5.1.2	Transitie en doel	48
6.1	Inzichten m.b.t. de ontwikkelingen beheersbaarheid kosten	51
6.1.1	Inleiding	51
6.1.2	Contractafspraken in relatie tot kostenbeheersing	52
6.1.3	Contracteergraad	53
6.1.4	Vergoeding niet-gecontracteerde zorg	54
6.1.5	Kosten PGB-houders	55
6.1.6	Regelingen met ZZP-ers	55
6.2	Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen	56
6.2.1	Inleiding	56
6.2.2	Voortzetting experimenten regelarme instellingen (ERAI)	57
6.2.3	Bijzondere zorgvormen	58
6.3	Impuls voor kwaliteit en innovatie	61
6.3.1	Kwaliteitseisen (instap-eisen)	62
6.3.2	Afspraken kwaliteit en innovatie	63
6.3.3	E-health	64
6.3.4	Afspraken beeldschermcommunicatie en telezorg	64
6.4	Wijkgericht werken	65
6.4.1	Gehanteerde eisen en criteria door zorgverzekeraars	66
6.4.2	Samenwerking huisarts en/of gemeenten	68
6.4.3	Aanvullende eisen voor het leveren van wijkgericht werken	68
6.4.4	Zorgaanbieders S2 en S1 en Nieuwe zorgaanbieders	69
6.4.5	Tarief afspraken	70
6.5	Beschikbaarheidsvoorzieningen	70
6.5.1	Inleiding	70
6.5.2	Contractuele afspraken	71
6.5.3	Criteria/eisen beschikbaarheidsvoorzieningen	72
	Bijlage 1. Openbare Consultatie: reacties stakeholders	73
	Beleidsbrief	83

Vooraf

Voor u ligt de monitor 'Transities Eerstelijnszorg 2015: Verkenning van de inhoud van contracten'. Deze monitor gaat in op de veranderingen in de contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2015 hebben gesloten, ten opzichte van de contracten uit 2014. Het gaat daarbij om veranderingen die samen (kunnen) hangen met de transitie die per 1 januari 2015 hebben plaatsgevonden: de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de overheveling van de verpleging en verzorging van de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor deze monitor heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek gedaan naar de inhoud van de contracten door de contracten te analyseren. In aanvulling daarop zijn – ter toelichting op deze contracten – verdiepende vragen over de inhoud van de contracten gesteld aan de zorgverzekeraars. Ook zijn de zorgverzekeringspolissen geanalyseerd die zorgverzekeraars hanteren, voor een aantal specifieke onderwerpen die met de transitie samen (kunnen) hangen.

Bij de analyse zijn onder andere en niet limitatief, ontwikkelingen op de volgende thema's aan bod gekomen:

- Sturing op en beheersbaarheid van de kosten en effecten op tarieven;
- Resultaatbeloning;
- Kwaliteit;
- Zorgvernieuwing, innovatie en experimenten;
- Een aantal specifieke vormen van zorg, zoals: de GEZ-module, het meekijkconsult, intensieve kindzorg (IKZ), palliatief terminale zorg (PTZ) en de beschikbaarheidsvoorzieningen.

Deze monitor geeft de resultaten van het onderzoek weer. In de bijgevoegde beleidsbrief geeft de NZa haar analyse van de belangrijkste uitkomsten van deze monitor. Daarnaast worden in de beleidsbrief de aanbevelingen beschreven die voortvloeien uit deze monitor.

De NZa bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze monitor.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting/Conclusies

Vanwege de omvang van de monitor en de hoeveelheid onderwerpen, is er omwille van de leesbaarheid voor gekozen om de conclusies niet per onderdeel te vermelden, maar om deze integraal en gebundeld op te nemen in de managementsamenvatting.

Na deze Managementsamenvatting/Conclusies wordt elk onderwerp in respectievelijk Deel I en Deel II van de monitor kort ingeleid, waarna de bevindingen volgen waarop de conclusies zijn gebaseerd.

Deel I: Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

In dit deel van de Managementsamenvatting komen achtereenvolgens de conclusies met betrekking tot de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg aan bod.

- Huisartsenzorg
Voor de huisartsenzorg volgen hierna de conclusies op de volgende onderwerpen:
 - Bekostigingsexperimenten: niet belonen per consult;
 - M&I-voorzieningen overgeheveld naar segment 1: toegankelijkheid;
 - Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning;
 - Resultaatbeloning en zorgvernieuwing vergeleken met M&I-modules;
 - Praktijkondersteuning (poh-ggz en poh-s).

Bekostigingsexperimenten: niet belonen per consult

De in het eerstelijnszorgakkoord overeengekomen mogelijkheid om te experimenteren met 'consultloos' bekostigen, heeft in 2015 geleid tot één nieuw experiment in het gehele kernwerkgebied van één van de kleinere zorgverzekeraars.

Door (de vormgeving van) dit experiment, is een aantal van de onderzoeksvragen niet meer van toepassing op deze zorgverzekeraar of op een afwijkende manier van toepassing. Bijvoorbeeld bij de eerstvolgende onderzoeksvraag, over de overheveling van M&I-voorzieningen naar segment 1: doordat de zorgverzekeraar geen reguliere consulten contracteert, kan er ook geen sprake zijn van voorwaarden rondom die reguliere consulten.

Deze zorgverzekeraar hebben we bij de betreffende vragen hieronder daarom buiten beschouwing gelaten. De bevindingen aldaar gaan dan ook over de zorgverzekeraars exclusief deze experimenterende zorgverzekeraar.

M&I-voorzieningen overgeheveld naar segment 1: toegankelijkheid

De groep overgeheveldde M&I-voorzieningen die vanaf 2015 als regulier consult in rekening kunnen worden gebracht, kent voor huisartsen alleen nog voorwaarden en andere drempels die over het algemeen vergelijkbaar zijn met de overige basishuisartsenzorg, en zijn dus voor huisartsen toegankelijker geworden. De meeste zorgverzekeraars hebben specifieke voorwaarden laten vervallen. Alleen algemene voorwaarden, die ook gelden voor de overige basishuisartsenzorg, zijn dan nog van toepassing. In hoeverre dit er ook toe leidt dat meer praktijken deze voorzieningen in hun aanbod opnemen, moet later blijken uit realisatiecijfers.

Voor de andere groep, waarvoor nog specifieke prestaties bestaan in segment 1, geldt bovenstaande conclusie minder. Voor een deel komt dit door de combinatie van het handhaven van het contractvereiste en de iets lagere contracteergraad in 2015. Ook heeft dit te maken met het handhaven van aanvullende voorwaarden door zorgverzekeraars.

Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning

In 2015 worden met name op de domeinen 'Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen' en 'Service & bereikbaarheid' door vrijwel alle zorgverzekeraars in het standaardcontract met alle gecontracteerde huisartsen afspraken gemaakt over resultaatbeloning, waarbij de landelijke indicatorenset wordt gevolgd. Kijkend naar de landelijke indicatorenset, is er tussen zorgverzekeraars wel aanzienlijke variatie als het gaat om welke indicatoren tot een hogere beloning leiden en ook als het gaat om bijvoorbeeld de hoogte van de beloningen zelf. Individuele huisartsen hebben geen 'last' van deze variatie door het volgeleid in de contractering (zie 2.2.2).

Sommige zorgverzekeraars maken ook afspraken in het domein 'Adequaat verwijzen en diagnostiek', waarvoor nog geen landelijke indicatorenset bestaat. Het domein 'Resultaatbeloning overig' wordt in 2015 vooral gebruikt voor compensatiebetalingen per verrichting voor de overgehevelde M&I-verrichtingen.

Resultaatbeloning en zorgvernieuwing vergeleken met M&I-modules

Doordat veel M&I-modules niet zomaar gestopt kunnen worden, maar geleidelijk moeten worden afgebouwd, is er op het niveau van de zorgverzekeraars nog geen sprake van een vereenvoudiging van afspraken. Veel (oude) M&I-modules bestaan nog naast (nieuwe) prestaties 'Resultaatbeloning' en 'Zorgvernieuwing'. Op het niveau van de individuele huisarts is mogelijk al wel sprake van vereenvoudiging. 2015 is een overgangsjaar; in 2016 zal dat in enige mate ook nog het geval zijn.

Voor initiatieven op het gebied van zorgvernieuwing wachten de meeste zorgverzekeraars op nieuwe ideeën van zorgaanbieders. Men wil leren van lokale initiatieven voordat dit mogelijk algemeen beleid wordt. Sommige zorgverzekeraars hebben zorgaanbieders wel actief uitgenodigd, of specifiek voor dit doel aanvraagformulieren in het leven geroepen.

Praktijkondersteuning (poh-ggz en poh-s)

Voor zowel poh-ggz als poh-s geldt dat invoering van het segmentenmodel vrijwel nergens aanleiding is geweest voor andere afspraken. Uitzondering is het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar waar men experimenteert met een bekostiging zonder consulttarieven. Dit experiment betreft ook de consulten poh-ggz. Waar nieuwe afspraken zijn overeengekomen was dat het gevolg van specifieke wijzigingen uit eerdere jaren rondom poh-ggz of eerder ingezet beleid rondom poh-s.

– Multidisciplinaire zorg

Voor de multidisciplinaire zorg volgen hierna de conclusies op de volgende onderwerpen:

- Overgang naar prestatiekoppels: effecten op de tarieven.
- Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning en zorgvernieuwing.
- Veranderingen in de contracten van de GEZ¹-module.
- Afspraken rondom de nieuwe prestatie Meekijkconsult.

¹ GEZ staat voor 'Geïntegreerde Eerstelijns Zorg'.

Overgang naar prestatiekoppels: effecten op de tarieven

De nieuwe bekostigingsregels per 2015 hebben niet geleid tot substantiële wijzigingen in de bekostigingsafspraken. Het creëren van de prestatiekoppels DM2/VRM en COPD/Astma heeft achteraf gezien niet het effect gehad dat het zorggroepen en zorgverzekeraars dwong tot specifieke afspraken voor mensen met twee aandoeningen en partijen hebben dat ook niet gedaan. Er is dus geen sprake van een eerste kleine stap op weg naar populatiebekostiging. De facto werkt men in 2015 nog steeds over de hele linie met een tarief per aandoening.

Er is in 2015 een verschuiving van kop- naar integrale tarieven, vooral doordat één grote zorgverzekeraar alleen integrale tarieven overeenkomt waar in 2014 nog deels kop-tarieven werden gecontracteerd.

Andere wijzigingen in de tarieven houden verband ofwel met het invoeren van resultaatbeloning, ofwel met wijzigingen in het pakket van zorg dat bij de zorggroep wordt ingekocht. Dit laatste type wijziging is zorggroep-specifiek en vindt waarschijnlijk ieder jaar plaats bij sommige zorggroepen; een verband met invoering van het segmentenmodel ligt niet voor de hand.

Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Zorggroepen en zorgverzekeraars maken in vrijwel alle gevallen afspraken over 'Resultaatbeloning Multidisciplinaire zorg' aan de hand van de landelijke indicatorenset en de overeengekomen normen.

Zorgverzekeraars lijken eensgezind in hun plannen om zorggroepen een grotere rol te geven. Wel variëren ze in de aanpak van het groeiproces. Sommige zorggroepen mogen groeien in hun rol door meer programma's, waaronder ouderenzorg. Andere krijgen een (grotere) rol in het ontwikkelen van een populatiegerichte aanpak.

Veranderingen in de contracten van de GEZ-module

Ten tijde van het onderzoek zijn, op enkele gezondheidscentra na, alle gezondheidscentra die in 2014 waren gecontracteerd ook in 2015 gecontracteerd voor de GEZ. Hierbij geldt het algemene beeld dat er geen grote wijzigingen zijn in de contracten en door zorgverzekeraars gehanteerde systematiek in 2015 ten opzichte van 2014. Enkele zorgverzekeraars zetten de GEZ-module breder in dan de vier aandoeningen (DM2, VRM, COPD en Astma), bijvoorbeeld ook voor zorgvernieuwingstrajecten.

De tariefstructuren en tarieven die worden gehanteerd voor de GEZ verschillen sterk tussen de zorgverzekeraars. Er wordt gebruik gemaakt van integrale tarieven, schijven- / typen- / fase-systematieken en (tijdelijke) projectfinanciering. Daarnaast verschilt niet alleen de systematiek tussen zorgverzekeraars, maar ook tussen gezondheidscentra die zijn gecontracteerd door één en dezelfde zorgverzekeraar (individuele aanpak). Een vergelijking tussen de tarieven is daarom niet opportuun.

Afspraken rondom de nieuwe prestatie Meekijkconsult

De bevindingen wijzen uit dat de prestatie 'Meekijkconsult' zeker nog geen gemeengoed is. Er is één zorgverzekeraar die het Meekijkconsult heeft opgenomen in een module. Verder zijn er enkele lopende initiatieven waar het Meekijkconsult concreet wordt ingezet en ook een aantal initiatieven waar dat binnenkort zal gaan gebeuren. Echter, voor de meerderheid van de zorgverzekeraars geldt dat het initiatief vooralsnog aan de zorgaanbieders wordt gelaten of dat het Meekijkconsult zich in de kiem-fase bevindt.

Deel II: Verpleging en Verzorging

Voor de verpleging en verzorging volgen hierna de conclusies op de volgende onderwerpen:

- Inzichten m.b.t. de ontwikkeling beheersbaarheid kosten;
- Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen;
- Impuls voor kwaliteit en innovatie;
- Wijkgericht werken;
- Beschikbaarheidsvoorzieningen.

Inzichten m.b.t. de ontwikkeling beheersbaarheid kosten

Voor het transitiejaar is het beschikbaar kader voor de aanspraak verpleging en verzorging begroot op 3,1 miljard. Dit is inclusief een taakstelling voor persoonlijke verzorging. Naast de taakstelling zijn er veranderingen als gevolg van de transitie naar de Zvw, die ervoor zorgen dat extra aandacht uitgaat naar de kostenbeheersing. Zo brengt het vervallen van de indicatiestelling door het CIZ en het productieplafond uit de contracteerruimte, in combinatie met de volumeprikkel voor zorgaanbieders, het ontbreken van (volledige) risicodragendheid van de zorgverzekeraars én een verruiming van de aanspraak wijkverpleging een risico op stijging van de kosten met zich mee. In de monitor is daarom aandacht besteed aan de vraag of contracten voor de zorglevering, ook wel S2, duidelijke signalen bevatten met betrekking tot de ontwikkeling van de beheersbaarheid van de kosten voor verpleging.

Uit de geanalyseerde inkoopdocumenten, contracten en gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat partijen door inzet van verschillende methoden een inspanning leveren om kosten te beheersen. Zo zijn door zorgverzekeraars de afspraken uit 2014 met bestaande aanbieders zo veel mogelijk gecontinueerd, waarbij de productie 2014 minus de taakstelling voor 2015 als basis is gebruikt. De instroom van het aantal nieuwe aanbieders is beperkt en met ZZP-ers zijn veelal afbouwcontracten afgesloten. Door de meerderheid van de zorgverzekeraars is een plafondafpraak gemaakt per aanbieder, die in de loop van het jaar maar zeer beperkt kan worden bijgesteld. Door een aantal zorgverzekeraars wordt vermeld dat overproductie niet wordt vergoed.

Landelijk is de afspraak door zorgverzekeraars gemaakt om 3% van het beschikbare budget te reserveren voor niet-gecontracteerde zorg. Het gaat daarbij om dekking van restitutiepolissen waarvoor geen zorg wordt gecontracteerd.² Dit hangt samen met de verhouding gecontracteerde zorg versus niet-gecontracteerde zorg.³ Door zorgverzekeraars is een productie-, en zorgkostenmonitor ingericht om de ontwikkelingen te monitoren en tijdig te kunnen bijsturen indien nodig.

Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen

Gezien de wens van partijen om bestaande zorgexperimenten vanuit de AWBZ voort te zetten in de Zvw en de noodzaak om de continuïteit van de zorglevering van bijzondere zorgvormen als ketenzorg dementie, intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg te waarborgen zijn voorafgaand aan de transitie landelijk afspraken gemaakt over de voortzetting van deze specifieke regelingen. In de monitor worden de gemaakte afspraken hierover belicht. Ten behoeve van deze monitor hebben wij gekeken naar de afspraken die er zijn gemaakt ten aanzien

² 15 polissen voor 3 miljoen verzekerden in 2014, ten opzichte van in totaal ca. 17 miljoen verzekerden in 2014.

³ 2,7 miljard vs. 3,6 miljoen volgens opgave verzekeraars januari 2015.

van experimenten en op welke manier zorgverzekeraars bijzondere zorgvormen hebben vormgegeven.

– ERAI

In 2013 is het experiment regelarme instellingen (ERAI) in de AWBZ van start gegaan. Om de mogelijkheid te bieden, experimenten die al in de AWBZ zijn gestart, na transitie te continueren is de beleidsregel ERAI voor de Zvw opgesteld. Van deze regeling is echter maar door één aanbieder gebruik gemaakt door een experiment-overeenkomst te sluiten met een zorgverzekeraar. Om diverse redenen is er geen behoefte of noodzaak gebleken om lopende afspraken met betrekking tot ERAI uit 2014 voort te zetten in 2015. Zorgverzekeraars geven aan dat een deel van de aanbieders uit eigen overweging is gestopt met het experiment. Voor een deel geldt dat zorgverzekeraars en aanbieders geen experimenteer-overeenkomst hebben gesloten maar reguliere prestaties hebben gecontracteerd vanwege de wens van zorgverzekeraars om meer inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg en een gelijk speelveld te creëren voor zorgaanbieders.

– Ketenzorg dementie

Voorafgaand aan het transitiejaar hebben zorgverzekeraars en aanbieders landelijk de afspraak gemaakt om de bestaande afspraken met betrekking tot ketenzorg dementie in stand te houden. Voortzetting van bestaande netwerkstructuren wordt in 2015 (deels) gefaciliteerd middels de beleidsregel ketenzorg dementie Zvw. Daarnaast kunnen de reguliere prestaties verpleging en verzorging worden ingezet voor de bekostiging van casemanagement dementie.

Voor de continuering van 42 ketens is gebruik gemaakt van de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw. Echter niet alle ketens zijn via de beleidsregel ketenzorg dementie ingekocht. Een aantal aanbieders en/of zorgverzekeraars heeft ervoor gekozen niet de beleidsregel ketenzorg dementie in te zetten maar hiervoor de reguliere prestaties verpleging en verzorging te contracteren. De overweging hierbij was of zij wel of niet het budget voor ketenzorg dementie wilden oormerken.

Voor de bekostiging van casemanagement dementie zijn de reguliere prestaties verpleging en verzorging ingezet. Niet alle zorgverzekeraars hebben concrete afspraken gemaakt over welke prestaties hiervoor gedeclareerd kunnen worden. Een aantal zorgverzekeraars laat dit vrij aan aanbieders, een aantal zorgverzekeraars heeft specifiek de prestatie AIV of gespecialiseerde verpleging hiervoor gecontracteerd.

Het contract met aanbieders van ketenzorg dementie is anders dan voor andere aanbieders doordat er specifieke afspraken zijn gemaakt over de aanvullende eisen, levering, budget, tarief of declaratie van deze bijzondere zorgvorm. Het oormerken van het budget wordt vaak als reden genoemd om wel gebruik te maken van de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw. Maar in het geval zorgverzekeraars en/of aanbieders hier geen behoefte of noodzaak toe zien worden er ook wel andere regelingen ingezet. Zoals de inzet van de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) en de beleidsregel innovatie om ketenzorg dementie te financieren.

IKZ en PTZ (Intensieve KindZorg en Palliatief Terminale Zorg)

Voor IKZ en PTZ hebben zorgverzekeraars en aanbieders de afspraken met bestaande aanbieders zoveel mogelijk gecontinueerd. Er zijn diverse specifieke afspraken gemaakt over eventuele aanvullende eisen, levering, budget, tarief of declaratie van deze bijzondere zorgvormen; deze zijn als aanvulling op de standaardcontracten opgenomen. Voornamelijk betreft het hier aanvullende criteria ten behoeve van de uitvoering van de zorg zoals scholing of bepaalde leveringsvoorwaarden.

Een zeer beperkt aantal zorgverzekeraars heeft concrete afspraken gemaakt over de specifieke invulling van de regelingen, zoals welke prestaties ter dekking van de kosten gedeclareerd mogen worden.

Voor deze bijzondere zorgvormen zijn er nauwelijks nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd, aangezien de regelingen en afspraken met bestaande aanbieders zijn voortgezet. Voor IKZ is een beperkt aantal nieuwe aanbieders gecontracteerd vanwege een toenemende vraag in de betreffende regio.

Impuls voor kwaliteit en innovatie

Over kwaliteit worden op verschillende niveaus afspraken gemaakt. Landelijk zijn er toelatings- en minimumeisen gesteld. De zorgverzekeraars volgen deze eisen in bijna alle gevallen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars soms differentiatie-eisen gesteld. Het gaat hierbij om continuering van eisen die in 2014 al gesteld werden door het zorgkantoor.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat er in 2015 maar een beperkte ruimte was om extra kwaliteitseisen te stellen. Dit omdat de aanvullende eisen geen invloed mochten hebben op de declaratiestromen, in verband met de zorginkoop in representatie.

Zorgverzekeraars gaan op verschillende manieren om met het stimuleren van innovatie en e-health. Een aantal zorgverzekeraars kiest ervoor om binnen de afgesproken volume- en tariefafspraken veel ruimte te bieden voor innovatie door bijvoorbeeld geen prestatiemix af te spreken. Innovatie mag dan gedeclareerd worden op zowel persoonlijke verzorging als op verpleging. Andere zorgverzekeraars maken wel afspraken over prestatiemix en maken meer specifieke afspraken voor innovatie en het gebruik van bijvoorbeeld e-health. In 2015 zijn de afspraken die in 2014 al gemaakt zijn op dit terrein voortgezet. Voor 2015 zijn er niet of nauwelijks nieuwe afspraken gemaakt.

Alhoewel afspraken uit 2014 zijn voortgezet is het aantal afspraken hierover beperkt. In de praktijk blijkt er geen grote vraag te zijn naar deze vormen van zorglevering. Daarnaast verleent de huidige regeling van de declaratie van beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telegeneeskunde de zorgaanbieder veel vrijheid om dit naar eigen inzicht in te vullen. Het oormerken van deze zorg middels een prestatie – waardoor onderscheid kan worden gemaakt tussen 'fysieke' of 'digitale' levering van de zorg – geeft inzicht en een mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om te monitoren of deze wijze van zorglevering bijvoorbeeld doelmatiger is.

Wijkgericht werken

Zorgaanbieders die toewijsbare zorg leverden in 2014 of wilden gaan leveren in 2015, konden zich ook inschrijven voor het leveren van niet-toewijsbare zorg. Bij sommige zorgverzekeraars moesten de aanbieders een business case indienen. De aanvragen werden getoetst op verschillende criteria. De belangrijkste hiervan zijn: de wijkverpleegkundige kan onafhankelijk van de moederorganisatie werken en doorverwijzen; de mate van kennis en ervaring van de wijkverpleegkundigen en de zorginstelling en als laatste de samenwerking met gemeenten. Vaak ging er een voorkeur uit naar bestaande netwerken, zoals die van de 'Zichtbare schakel'. Er werd minder getoetst op de samenwerking met de huisarts.

Zorgverzekeraars positioneren de wijkverpleegkundige op verschillende manieren: binnen het sociale wijkteam of juist er buiten. Een aantal zorgverzekeraars laat de positionering over aan de voorkeuren van de

zorgaanbieder en gemeente in een bepaalde regio, waarbij zij nog wel proberen te sturen op hun eigen voorkeur.

Er worden soms aanvullende registratie-eisen gesteld aan het leveren van niet-toewijsbare zorg. Het gaat hierbij vooral om het monitoren van het budget en het registreren van (globale) tijdsbesteding aan bijvoorbeeld verschillende doelgroepen of de in de business case geformuleerde doelen.

De totale landelijk beschikbare middelen voor niet-toewijsbare zorg (€ 40 miljoen) worden verdeeld naar de zorgverzekeraars aan de hand van Wmo-regio's; op basis van het aantal inwoners in die regio. De financiële middelen voor de niet-toewijsbare zorg worden voorts door de zorgverzekeraars op verschillende wijzen door verdeeld. Een aantal zorgverzekeraars wijst de middelen toe aan regio's op basis van inwonersaantallen. Andere zorgverzekeraars hanteren een verdeelmodel waar onder andere inwonersaantal, sociaal-economische status, leeftijden, zorggebruik en/of aantal chronisch zieken worden meegenomen. Op basis van de verschillende verdeelsleutels kennen zorgverzekeraars budgetten toe aan aanbieders.

Per regio wordt vervolgens bekeken in welke wijk de niet-toewijsbare zorg het meest of als eerst ingezet moet worden. Dit werd bepaald door de zorgaanbieder, gemeente en soms de zorgverzekeraar.

Beschikbaarheidsvoorzieningen

In het Onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat tijdens de transitiefase de basisvoorzieningen, oftewel beschikbaarheidsvoorzieningen, worden gecontinueerd. In deze monitor hebben we bekeken of zorgverzekeraars inderdaad de afspraken met betrekking tot beschikbaarheidsvoorzieningen continueren en zo ja, op welke manier zij dit hebben vormgegeven in de contracten.

Zorgverzekeraars kopen de beschikbaarheidsvoorzieningen merendeels in bij de aanbieders die deze reeds leverden in 2014, of gaan er bij de gecontracteerde aanbieders van verpleging en verzorging vanuit dat de beschikbaarheidsvoorzieningen ook door hen worden geleverd. Zorgverzekeraars maken concrete afspraken over het te hanteren tarief, budget, volume en/of inhoud. Dat al bestaande voorzieningen worden gecontinueerd, betekent niet noodzakelijkerwijs dat zorgverzekeraars geen eisen stellen aan het leveren van deze voorzieningen. De eisen die gesteld worden zijn erop gericht dat zorgaanbieders een organisatievorm voor de onplanbare zorg inrichten.

Indien de zorgaanbieder de onplanbare zorg niet zelf kan leveren dan wordt verwacht dat zij hier zelf afspraken over maakt met andere zorgaanbieders, om zodoende in samenwerking en afstemming met elkaar dit regionaal te organiseren.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding, Doelstelling & Scope

Algemeen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans en monitors. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt. Een monitor gaat dieper in op een bepaald onderwerp en geeft daarvan de stand van zaken weer. Monitors en marktscans beperken zich tot het weergeven van feiten. In de begeleidende beleidsbrief bij deze monitor geeft de NZa aan wat de geconstateerde feiten betekenen voor het beleid van de NZa.

Aanleiding

Per 1 januari 2015 is een aantal veranderingen doorgevoerd binnen de eerstelijnszorg. Met name de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de overheveling van de verpleging en verzorging van de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn aanzienlijke 'transities' in de eerstelijnszorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitort deze veranderingen met deze monitor: '*Transities Eerstelijnszorg 2015: Verkenning van de inhoud van contracten*'. Door middel van deze monitor geeft de NZa invulling aan haar wettelijke taak om zorgmarkten te monitoren en te bewaken.

Doelstelling monitor en beleidsbrief

Het doel van de monitor is om een *eerste inzicht* te krijgen in de voortgang van de genoemde transities; de nieuwe bekostigingssystemen van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg en de overheveling van verpleging en verzorging.

Aan de hand van de bevindingen in deze monitor is de beleidsbrief opgesteld. Hierin worden aanbevelingen gedaan met het doel om de voortgang van en wijze waarop de transities hun beslag krijgen – waar mogelijk en nodig – te verbeteren, zodat de beoogde effecten zoveel als mogelijk worden gerealiseerd.

Scope

Zoals genoemd richt deze monitor zich op de transities in de volgende zorgmarkten: 1. Huisartsenzorg, 2. Multidisciplinaire zorg en 3. Verpleging & Verzorging.

In deze monitor worden niet de daadwerkelijk gerealiseerde effecten (outcome) van de transities in kaart gebracht. Immers, deze zullen pas zichtbaar zijn nadat het sturingsinstrument daarvoor – de contracten die worden gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – zijn gewijzigd en effect hebben gesorteerd.

Daarom richt de monitor zich op het geven van inzicht in de inhoud van dit sturingsinstrument: de contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar sluiten. Aangezien de transities per 1 januari 2015 zijn ingegaan, onderzoeken we de mate waarin er sprake is van veranderingen in de contracten van 2015 ten opzichte van 2014. De focus ligt daarbij niet op het contracteringsproces, maar op de

inhoudelijke wijzigingen die (kunnen) samenhangen met de veranderingen naar aanleiding van die transitie in de genoemde sectoren.

Kwalitatief karakter

Gegeven de doelstelling en de scope van de monitor heeft deze monitor een ander karakter dan u wellicht bent gewend van monitors en marktscans van de NZa. De aard van de monitor leent zich minder goed voor een uitgebreide cijfermatige analyse en onderbouwing van de bevindingen zoals bij de meeste marktscans en monitors het geval is. Daarom heeft deze monitor een overwegend kwalitatief karakter, passend bij het doel van de monitor om een eerste inzicht – een beeld – te krijgen in de voortgang van de transitie.

Waar mogelijk zijn wel kwantitatieve gegevens benut. Ook is in deze monitor rekening gehouden met het relatieve gewicht van de bevindingen. Meer hierover wordt uitgelegd in de volgende paragraaf: '1.2 Onderzoeksaanpak en -methode'.

1.2 Onderzoeksaanpak en -methode

In deze paragraaf wordt beschreven hoe deze monitor tot stand is gekomen.

Onderzoeksvragen en -onderwerpen

Vanuit de basis voor en beleidsdoelstellingen van de transitie zijn onderzoeksvragen opgesteld. De leidende vraag daarbij is telkens geweest: "Wat zijn wijzigingen in de inhoud van de contracten die mogelijk zijn te verwachten naar aanleiding van en samen (kunnen) hangen met de transitie?" Hierbij heeft de NZa zich gericht op thema's op het gebied van de bekostigingsstructuur, de kwaliteit van de zorg, zorgvernieuwing en vormen/onderdelen van de zorg die in de transitie specifiek aan de orde zijn.

De concept-onderzoeksvragen zijn gedeeld in twee externe klankbordgroepbijeenkomsten: één bijeenkomst voor de sectoren huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en één bijeenkomst voor de sector verzorging en verpleging. Hierbij waren respectievelijk de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) en ActiZ, BTN, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (verzorging en verpleging) aanwezig.

Informatieverzameling

De informatie waarop deze monitor is gebaseerd is op diverse manieren uitgevraagd. Allereerst heeft de NZa de (standaard) contracten, diverse contractvormen en -onderdelen (afhankelijk van de zorgverzekeraar: (keuze)modules, bijlagen, addenda, etc.) bij de negen zorgverzekeraars uitgevraagd. Het gaat daarbij om de overeenkomsten die deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de huisartsenzorg, de multidisciplinaire zorg en verpleging en verzorging hebben (2015) en hebben gehad (2014).

De NZa heeft er voor gekozen om niet alle daadwerkelijk gesloten contracten tussen zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders op te vragen. Dit omwille van de administratieve lasten die dat met zich mee zou brengen (bijv. voor de huisartsenzorg zou het dan gaan om contracten met ca. 8.000 huisartsen en ca. 4.000 praktijken) in combinatie met de geringe toegevoegde waarde van een analyse van alle individuele contracten ten opzichte van de 'model'contracten en

verschillende contractvormen die immers aan de basis liggen van de tussen zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders daadwerkelijk gesloten contracten.

Voor de multidisciplinaire zorg geldt dat er – na de uitvraag van contracten bij de zorgverzekeraars – een aparte uitvraag heeft plaatsgevonden. De aanleiding hiervoor is dat er nauwelijks sprake is van standaard contracten of contractvormen. Door de markt- en productstructuur zijn de contracten over het algemeen op maat gesneden per zorggroep. Dit is, gezien de diversiteit aan dienstverlening tussen zorggroepen en het kleinere aantal zorgaanbieders (ruim 100 zorggroepen in Nederland), respectievelijk nodig en mogelijk.

Omwille van de administratieve lasten en gezien het feit dat – gegeven de aard en doelstelling van de monitor – statistische representativiteit niet nodig is, is ervoor gekozen om niet alle contracten die zijn gesloten tussen zorggroepen en zorgverzekeraars uit te vragen. We hebben daarom een selectie gemaakt van ca. 1/5^{de} van de populatie: 20 zorggroepen. Om deze selectie een zo goed mogelijke weerspiegeling van de populatie te laten zijn is hierbij rekening gehouden met de volgende selectiecriteria:

- spreiding in de grootte van de geselecteerde zorggroepen (op basis van omzetgegevens);
- spreiding over de zorgverzekeraars (minimaal 1 zorggroep per zorgverzekeraar en voor de grotere zorgverzekeraars die overeenkomsten heeft met een groter aantal zorggroepen ook meerdere zorggroepen in de selectie);
- geografische spreiding over het land.

Voor verpleging en verzorging geldt dat de inkoopdocumenten onderdeel uitmaken van het contract dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten. Daarom zijn de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars ook meegenomen in de analyse. Ook zijn de zorgverzekeringopolissen die zorgverzekeraars hanteren geanalyseerd voor een aantal specifieke onderwerpen.

Na de eerste analyse van de ontvangen en verzamelde informatie en stukken was er nog behoefte aan verdiepende en toelichtende informatie om de inhoud van de contracten en veranderingen van 2015 ten opzichte van 2014 beter te kunnen duiden. Aangezien de zorgverzekeraars in principe de contracten opstellen, zijn er – gericht op de specifieke onderzoeksvragen en thema's – verdiepende vragen opgesteld ten behoeve van een nadere toelichting. Voor de beantwoording van de verdiepende vragen zijn voor zowel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg als voor verzorging en verpleging, interviews gehouden bij de volgende zorgverzekeraars: Achmea, CZ, De Friesland, DSW, ENO, Menzis, VGZ en Zorg en Zekerheid. Deze interviews hebben zich gericht op een feitelijke verduidelijking van hetgeen in de opgevraagde informatie staat.

Analyse en bevindingen

Ten behoeve van de analyse zijn per onderzoeksvraag en deelvragen daarbij, toetsingscriteria opgesteld. De contracten en andere verkregen informatie zijn aan deze criteria getoetst, van waaruit de bevindingen volgen. Van belang hierbij is dat bij het opstellen van de bevindingen in deze monitor rekening is gehouden met het relatieve gewicht van de bevinding. Immers, een ontwikkeling die wel of juist niet plaats heeft gevonden bij één of enkele relatief kleine zorgverzekeraars, heeft minder effect en impact in de markt dan een ontwikkeling die plaats heeft gevonden bij één of meerdere relatief grote zorgverzekeraars.

Omdat het doel van de monitor is om een eerste inzicht te krijgen in de effecten van de transitie en niet om de praktijk van individuele zorgverzekeraars in kaart te brengen, worden er in principe geen individuele zorgverzekeraars genoemd. Het inzicht wordt geduid door aan te geven of sommige, nagenoeg alle, juist overwegend de grote of de kleine zorgverzekeraars, etc. een bepaalde lijn volgen.

Voor het kunnen duiden van het relatieve gewicht van een bevinding hebben we gebruik gemaakt van onder andere het relatieve marktaandeel van de zorgverzekeraars (uitgedrukt in het aantal verzekerden per zorgverzekeraar). Deze en andere informatie over de marktstructuur komt in de paragraaf '1.3 Marktstructuur' aan bod.

Externe consultatie

Zoals gewoonlijk heeft een externe consultatie van de conceptversie van de monitor plaatsgevonden. Tijdens deze consultatie hebben – naast de betrokken brancheorganisatie van de zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS – ook expliciet de betrokken brancheorganisaties van de zorgaanbieders kunnen reageren op de inhoud van de conceptmonitor. In het kader van de transparantie zijn de reacties die we daarop hebben ontvangen in Bijlage 1 opgenomen en door de NZa van een reactie voorzien.

Parallel aan de externe consultatie is de conceptversie van de monitor voor inhoudelijke reactie ook voorgelegd aan de zorgverzekeraars met wie een interview heeft plaatsgevonden.

1.3 Marktstructuur

Er zijn in 2015 negen zorgverzekeraar concerns actief op de zorgverzekeringmarkt. Vier hiervan (ASR, Eno, ONVZ en Zorg en Zekerheid) kopen samen zorg in via de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. De overige zes concerns kopen zelfstandig zorg in. Dit zijn Achmea, CZ, De Friesland, DSW, Menzis en VGZ. Voor de inkoop van de wijkverpleegkundige zorg geldt voor 2015 een representatiemodel.⁴ Voor de niet-toewijsbare zorg (segment 1) is de representatie bepaald aan de hand van Wmo-regio's. Hierbij treedt de meest dominante zorgverzekeraar in een bepaalde regio op als eerste representant. Voor de toewijsbare zorg (segment 2) is representatie bepaald aan de hand van de zorgkantoorregio's.

⁴ In dit model sluit één zorgverzekeraar mede namens alle andere zorgverzekeraars een contract.

Tabel 1. Marktaandeel zorgverzekeraars o.b.v. verzekerden

Zorgverzekeraar	Verzekerden (aantal x 1.000)		Verzekerden (in % van totaal)	
	2014	2015	2014	2015
Achmea*	4.708	4.657	28	28
ASR	301	311	2	2
CZ	3.385	3.446	20	21
De Friesland	564	569	3	3
DSW	446	530	3	3
ENO	144	157	1	1
Menzis	2.116	2.113	13	13
ONVZ	435	460	3	3
VGZ	4.235	4.151	25	25
Zorg en Zekerheid	410	422	2	3
TOTAAL**	16.743	16.816	100	100

Bron: NZa, Datawarehouse 2015.

* excl. De Friesland

** door afrondingsverschillen wijken de vermelde totalen soms iets af van de som der delen.

1.4 Leeswijzer

In Deel I van de monitor worden de bevindingen aan de hand van onderzoeksvragen weergegeven voor de transitie in de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg en de (mogelijk) daarmee samenhangende wijzigingen in de contracten van 2015 ten opzicht van 2014. Elke onderzoeksvraag en deelvraag wordt ter introductie kort ingeleid, waarna de bevindingen volgen. Vanwege de omvang van de monitor is er voor gekozen om de conclusies in de managementsamenvatting op te nemen.

Voor Deel II van de monitor geldt hetzelfde, maar dan voor de transitie – en (mogelijk) daarmee samenhangende wijzigingen in de contracten – in de verpleging & verzorging.

De concept-versie van de monitor, met daarin de bevindingen, is aan de brancheorganisaties van zorgaanbieders in de onderzochte sectoren verzonden. De reacties van deze organisaties en de reactie van de NZa daarop, zijn opgenomen in Bijlage 1.

De beleidsbrief is in Bijlage 2 opgenomen.

DEEL I
Huisartsen- en Multidisciplinaire Zorg

2. Inleiding Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg

Deel I van deze monitor gaat in op de sectoren huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Allereerst worden de transitie per 1 januari 2015 beschreven. Daarna wordt achtereenvolgens ingegaan op de bevindingen voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Elk thema wordt kort ingeleid, uitmondend in de onderzoeksvraag waar de monitor zich op heeft gericht.

Voor de huisartsenzorg richt de monitor zich op de volgende thema's:

- Bekostigingsexperimenten zonder consultbetaling;
- Toegankelijkheid van M&I-verrichtingen in relatie tot de overheveling naar segment 1;
- Eerste stappen die worden gezet op weg naar resultaatbeloning;
- Vereenvoudiging op gebied van resultaatbeloning en de ruimte voor zorgvernieuwing;
- Praktijkondersteuning ggz en somatiek;

Voor de multidisciplinaire zorg komen de volgende thema's aan bod:

- Overgang naar prestatiekoppels en effecten op de tarieven;
- Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning en zorgvernieuwing;
- Veranderingen in de contracten van de GEZ-module;
- Afspraken rondom de nieuwe prestatie Meekijkconsult;

De conclusies met betrekking tot zowel de huisartsenzorg als de multidisciplinaire zorg (Deel I van deze monitor) zijn gebundeld in de Managementsamenvatting aan het begin van deze monitor.

2.1 Transitie in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Met ingang van 1 januari 2015 is de bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire eerstelijnszorg samengebracht in één model, het segmentenmodel. Een van de beweegredenen om de bekostiging aan te passen is het creëren van een beloningmogelijkheid door zorgverzekeraars voor huisartsen die doelmatig doorverwijzen en voorschrijving en/of een bijzonder goede service en bereikbaarheid hebben.

De nieuwe prestaties en tarieven moeten er verder aan bijdragen dat zorg in de buurt steviger verankerd is. Het uitgangspunt daarbij is dat chronisch zieken en mensen met een complexe zorgvraag zo goed mogelijk dicht bij huis door de huisarts geholpen kunnen worden, waar nodig in samenwerking met bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

Het 3-segmenten-model

De bekostiging van de huisartsgeneeskundige zorg en de multidisciplinaire zorg bestaat sinds 1 januari 2015 uit drie segmenten.

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg (inschrijvingen, consulten, poh-ggz). Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als

poortwachter. In 2015 kent dit segment een vijftal nieuwe prestaties (bijv. 'Chirurgie') die voorheen als innovatief golden; de zogenoemde M&I verrichtingen. Vanaf 2015 is dit reguliere huisartsenzorg.

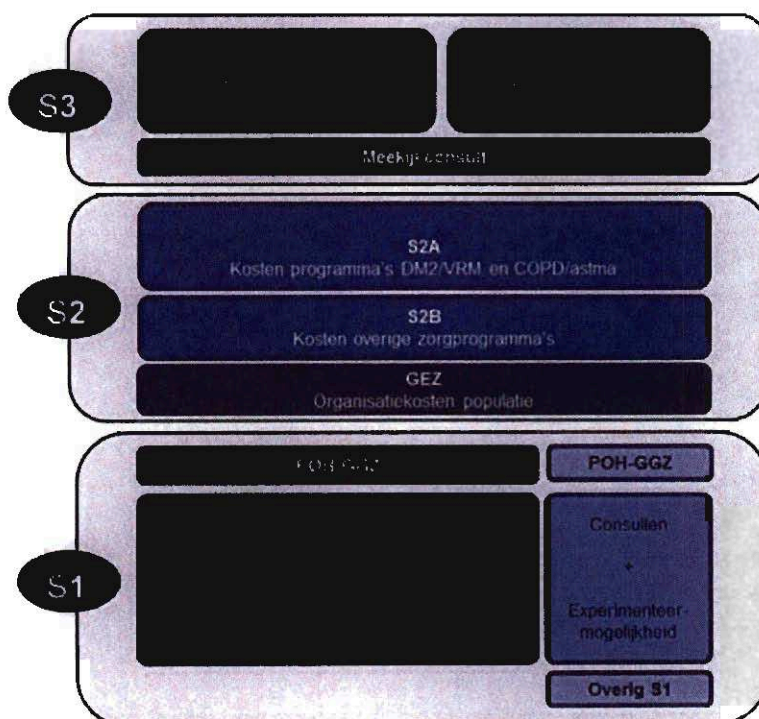
Segment 2: Multidisciplinaire zorg

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg (in 2014: ketenzorg en GEZ-module), met een nieuw zorgprogramma (astma) en de mogelijkheid om daar in de komende jaren nog zaken aan toe te voegen, bijv. ouderenzorg. Hierbij zijn naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken – meestal vanuit een zorggroep – om een integrale behandeling te leveren, bijvoorbeeld bij diabetes en COPD.

Segment 3: Resultaatbeloning en Zorgvernieuwing

In dit segment wordt ruimte geboden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings-)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten (bijv. voor doelmatig voorschrijven). Wanneer patiënten direct bij de juiste specialist komen of niet onterecht worden doorverwezen, bespaart dat zorgkosten. Daarnaast biedt segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over lokale initiatieven, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt. Een voorbeeld hiervan is de nieuwe prestatie Meekijkconsult. Dit biedt de mogelijkheid om een specialist mee te laten kijken zonder dat de huisarts de patiënt verwijst.

Figuur 1: Schematische weergave 3S-bekostigingsmodel



Samenvatting voordelen

In haar advies van februari 2014 heeft de NZa de belangrijke (potentiële) voordelen van dit nieuwe bekostigingsmodel ten opzichte van het oude als volgt benoemd:

- Experimenten met bekostiging zonder consultatieven genereren inzichten die leiden tot verdere verbeteringen.
- Een gerichte substitutieprikkel via de resultaatbeloning in segment 3 kan de productieprikkel in de huidige M&I-verrichtingen vervangen.
- Het samenvoegen van de huidige drie ketens met de nieuwe astmaketen in twee prestatiekoppels in segment 2 kan een eerste stap zijn op weg naar verdere doorontwikkeling naar bekostiging op populatiekenmerken.
- Extra mogelijkheden voor (snellere diffusie van) substitutiemogelijkheden door het open karakter van segment 2 (initiatief voor de ontwikkeling van dit segment ligt bij veldpartijen).
- Opvangen meer/complexere zorgvragen in de eerstelijns door betere afstemming met de tweede lijn via het meekijkconsult (en sneller en gericht verwijzen indien nodig).

Andere voordelen hangen niet direct samen met de nieuwe bekostiging; zij komen eerder voort uit de bereidheid die koepelorganisaties hebben uitgesproken om te komen tot een hogere organisatiegraad, meer samenwerking op lokaal en regionaal niveau en het ontwikkelen van uniforme indicatoren voor resultaatbeloning. Het bekostigen van die elementen was in de oude bekostiging ook al mogelijk. Desondanks is het interessant om in deze monitor na te gaan in hoeverre deze bestaande mogelijkheden nu meer benut worden.

2.2 Contracteerproces algemeen

2.2.1 Wie contracteert wat?

Hoewel de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015 samengebracht is binnen één model, het segmentenmodel, worden verschillende delen binnen het model bij verschillende typen zorgaanbieders ingekocht.

Huisarts(praktijk)

De basishuisartsenzorg van segment 1 vormt de hoofdmoot van de zorg die zorgverzekeraars inkopen bij huisartspraktijken c.q. individuele huisartsen. Naast segment 1 wordt ook een deel van de zorg die nu nog buiten het segmentenmodel staat, via huisartspraktijken ingekocht. Denk hierbij aan de M&I-verrichtingen en verbruiksmaterialen. Ook de resultaatbeloning van segment 3 vormt onderdeel van de contracten met huisartsen, met uitzondering van 'Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg'. Tot slot bevatten vrijwel alle standaardcontracten een of meer prestaties Zorgvernieuwing, die ook gepositioneerd zijn in segment 3. Voor Nederland gaat het in totaal om ca. 8.000 huisartsen waarmee zorgverzekeraars contracten sluiten verdeeld over ca. 4.000 praktijken.

Gezondheidscentrum

De module geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) valt in het segmentenmodel in segment 2. Een deel – niet alle – van de gezondheidscentra in de eerstelijns ontvangt aanvullende bekostiging voor hun (geïntegreerde) zorgactiviteiten vanuit deze GEZ-module. Zorgverzekeraars kopen dit met aparte GEZ-contracten in bij (organisaties van) gezondheidscentra. Voor Nederland gaat het in totaal

om ca. 150 (organisaties van) gezondheidscentra die gecontracteerd worden voor de GEZ-module.⁵

Zorggroep

Bij multidisciplinaire zorg gaat het vooral om de zorg voor mensen met diabetes, VRM, COPD of astma. De huisarts werkt bij deze aandoeningen samen met andere disciplines zodat een integrale behandeling kan worden geleverd. Zorgverzekeraars kopen deze multidisciplinaire zorg niet in bij huisartspraktijken, maar bij zorggroepen. Dit zijn organisaties van huisartsen en soms andere disciplines. Deze zorggroepen organiseren de multidisciplinaire samenwerking die nodig is voor multidisciplinaire zorg. Voor Nederland gaat het in totaal om ruim 100 zorggroepen.

2.2.2 Het volgen van contracten

Bij de inkoop van zowel huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg is een praktijk ontstaan van het volgen van contracten. Het volgebeleid in de huisartsenzorg is ontstaan en gegroeid om te zorgen dat voor alle patiënten van een huisarts dezelfde afspraken gelden. Formeel werkt het als volgt: iedere huisartsenpraktijk sluit eerst een contract met één zorgverzekeraar, deze wordt de preferente zorgverzekeraar genoemd. Doorgaans is dit de grootste zorgverzekeraar in de betreffende regio, maar dat hoeft niet. Vervolgens legt de huisarts dat contract ter volging voor aan de overige ('verre') zorgverzekeraars. Uit de NZa-marktscan Huisartsenzorg uit 2012 blijkt dat dit volgebeleid (vrijwel) landelijk wordt toegepast.

Ook bij de inkoop van multidisciplinaire zorg wordt veelal gewerkt volgens dit volgebeleid. Echter, bij multidisciplinaire zorg komt het vaker voor dan bij huisartsenzorg dat een 'verre' zorgverzekeraar het contract met de preferente zorgverzekeraar (deels) niet volgt.

Het volgebeleid heeft geen formele status en ook in het eerstelijnszorgakkoord zijn er geen expliciete afspraken over gemaakt. Partijen lijken wel uit te gaan van het principe dat het volgen van contracten de norm is als het gaat om segmenten 1 en 2. Voor afspraken in segment 3 geldt dit minder; daar moeten huisartsen, zorggroepen en zorgverzekeraars er rekening mee houden dat 'verre' zorgverzekeraars afspraken (deels) niet volgen.

Voor de duidelijkheid: het volgebeleid is iets anders dan een representatiemodel, waarbij één zorgverzekeraar mede namens alle andere zorgverzekeraars een contract sluit. Bij het volgebeleid sluit de preferente zorgverzekeraar het contract alleen namens zichzelf en op basis van zijn eigen beleid, zonder rekening te (hoeven) houden met de belangen van de overige zorgverzekeraars. Bovendien hebben zorgaanbieders bij een representatiemodel wel de garantie vooraf dat alle afspraken voor alle zorgverzekeraars (en dus voor alle verzekerden) gelden en hetzelfde zijn.

⁵ Het begrip 'gezondheidscentrum' kent geen eenduidige of algemeen geaccepteerde afbakening. Elke praktijk met zorgverleners kan zich 'gezondheidscentrum' noemen.

3. Bevindingen huisartsenzorg

3.1 Bekostigingsexperimenten: niet belonen per consult

3.1.1 Inleiding

De koepelorganisaties die het eerstelijnszorgakkoord 2014-2017 hebben gesloten, zijn daarin overeengekomen dat gedurende de looptijd van het akkoord de gemengde bekostiging van segment 1, met tarieven voor inschrijving en consulten, in stand blijft. Ook zijn zij overeengekomen dat zorgverzekeraars en aanbieders kunnen experimenteren met een bekostiging van segment 1 waarbij niet langer betaald wordt per patiëntcontact; een zogenaamde 'consultloze' bekostiging.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

1. *Zijn experimenten waarbij niet betaald wordt per patiëntcontact per 2015 onderdeel van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders?*

Een reden om deze onderzoeksvraag als eerste te behandelen, is dat de bevindingen bij deze vraag consequenties (kunnen) hebben voor de toepasselijkheid van de overige onderzoeksvragen voor huisartsenzorg. Zie hiervoor de conclusie (2.1.3).

3.1.2 Experimenten

De regelgeving hoefde per 2015 niet aangepast te worden om 'consultloze' experimenten⁶ mogelijk te maken. Tot en met 2014 was dit mogelijk door afspraken te maken binnen een M&I-module, of via de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (verder: Beleidsregel Innovatie). Vanaf 2015 kan een dergelijk experiment afgesproken worden door gebruik te maken van zorgvernieuwing in segment 3 en is het ook nog steeds mogelijk via de Beleidsregel Innovatie. In de communicatie heeft de NZa deze twee wegen in het veld onder de aandacht gebracht.

Bevindingen

- Binnen de zogenaamde proeftuinen en andere lokale initiatieven liep voor 2015 al een klein aantal experimenten met bekostiging zonder consulttarieven. Deze 'oude' experimenten blijven hier verder buiten beschouwing.
- Eén van de vier kleine zorgverzekeraars is in 2015 gestart met een nieuw experiment: een bekostiging zonder tarieven voor reguliere consulten, consulten poh-ggz en een aantal andere verrichtingen.
- Het experiment wordt gecontracteerd via het standaardcontract huisartsenzorg, met gebruikmaking van zorgvernieuwing in segment 3, en dus niet via de Beleidsregel Innovatie.
- De betreffende zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen het experiment vast onderdeel te maken van het contractaanbod; er is geen *opting-out* anders dan het niet tekenen van het contract.
- Alle huisartsen in het kernwerkgebied van deze zorgverzekeraar hebben het contract getekend en doen dus mee aan het experiment.

⁶ Het woord experiment verwijst in dit verband niet exclusief naar een Wmg-experiment in de zin van artikel 58.

3.2 M&I-verrichtingen overgeheveld naar segment 1: toegankelijkheid

3.2.1 Inleiding

De naar segment 1 overgeheveldde verrichtingen vallen in twee groepen: (A) vanaf 2015 declareerbaar als dubbel consult (o.a. plaatsen van spiraaltje), zonder contractvereiste; (B) vanaf 2015 declareerbaar als 'overige S1-prestatie', met contractvereiste. Overheveling naar segment 1 betekent dat de verrichting vanaf 2015 wordt beschouwd als standaard huisartsenzorg. Maar dat wil nog niet zeggen dat het als zodanig wordt ingekocht, zeker niet omdat er op de tweede groep (B) nog een contractvereiste rust.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

2. Heeft de overheveling van 18 M&I-verrichtingen naar segment 1 tot gevolg dat er minder voorwaarden en andere drempels gelden voor huisartsen?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. Worden aan het declareren van de M&I-verrichtingen die vervangen zijn door consulten minder (aanvullende) voorwaarden verbonden dan in 2014?
- b. Worden de M&I-verrichtingen die vervangen zijn door separate prestaties bij alle huisartsen ingekocht, eventueel met aanvullende afspraken?

3.2.2 Verrichtingen declareerbaar als regulier consult

Negen verrichtingen werden in 2014 gedeclareerd als M&I-verrichting, en zijn vanaf 2015 te declareren als regulier consult, conform de volgende tabel.

Tabel 2. Aantal M&I verrichtingen per 2015 als regulier consult

NZa-prestatie vanaf 2015	NZa-prestatie vóór 2015 (M&I-verrichting)	Vektis-code 2014
Consult ≥ 20 minuten	<ul style="list-style-type: none"> - Postoperatief consult in de praktijk - Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek - Trombosebeen - Varices sclerosering - Therapeutische Injectie (Cyrlix) - Aanmeten en plaatsen pessarium - IUD aanbrengen / Implanteren of verwijderen Implanonstaafje 	13016 13018 13019 13020 13023 13025 13042
Visite ≥ 20 minuten	<ul style="list-style-type: none"> - Postoperatief consult thuis - Kortdurende opname* 	13017 13046
Visite passant ≥ 20 minuten	<ul style="list-style-type: none"> - Kortdurende opname* 	13046

*Als het gaat om een ingeschreven verzekerde, dan wordt de (reguliere) 'visite' in rekening gebracht bij Kortdurende opname; zo niet, dan de 'visite passant'.

De maximumtarieven van de reguliere consulten die vanaf 2015 in rekening kunnen worden gebracht zijn veelal lager dan de vrije tarieven die voor 2015 werden afgesproken voor deze verrichtingen. Het gemiddelde verschil per praktijk is gecompenseerd door hogere maximumtarieven voor de 'Inschrijving'. Veel zorgverzekeraars hebben hieraan een compensatie per individuele praktijk toegevoegd; meer hierover verderop in deze paragraaf.⁷

⁷ Deze compensaties zijn deels geïntroduceerd naar aanleiding van commotie onder huisartsen die de nieuwe bekostiging, met name in het geval van 'IUD aanbrengen' (plaatsen van een spiraaltje), ervoeren als tariefkorting. Via de media wezen enkelen daarbij op een mogelijk gedragseffect, dat vrouwen hiervoor weer vaker doorgestuurd

De onderzoeksvraag bij deze verrichtingen is in hoeverre deze prestaties voor huisartsen 'toegankelijker' zijn geworden door de overheveling naar segment 1, in de zin dat er minder voorwaarden en andere drempels gelden om deze verrichtingen te kunnen gaan aanbieden. Enerzijds zijn deze verrichtingen in principe toegankelijker geworden voor huisartsen, doordat het contractvereiste is vervallen. Anderzijds stellen zorgverzekeraars mogelijk in plaats daarvan meer aanvullende eisen, bijvoorbeeld het stellen van een maximum aan het aantal declaraties per verzekerde per jaar.

De negen M&I-verrichtingen waar het om gaat, kenden in 2014, naast de contractvereiste, voorwaarden van drie verschillende typen:

- Afbakening NZa:
Dit zijn de voorwaarden die de zorg omschrijven die onder de prestatie valt. Een voorbeeld hiervan is de verrichting 'Aanmeten en plaatsen pessarium', waarbij het moest gaan om een steunpessarium bij een blaas- of baarmoederverzakking.
- Beperkingen NZa:
Dit zijn bijvoorbeeld voorwaarden met betrekking tot de patiënt. Zo moest het bij de verrichting 'Kortdurende opname' gaan om iemand waarvoor het CIZ een indicatie kortdurende opname had afgegeven.
- Aanvullende voorwaarden van zorgverzekeraars:
Naast de beperkingen en voorschriften binnen de NZa-regelgeving, kunnen zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden stellen, zoals opleidings- c.q. ervarings-eisen voor de zorgverlener, inrichtingseisen voor de praktijk of maximaal te declareren aantallen. Een voorbeeld van het laatste is dat veel zorgverzekeraars in 2014 de therapeutisch injectie beperken: per patiënt mag op maximaal 3 plaatsen in het lichaam geïnjecteerd worden; dit mag maximaal 3 keer per jaar gebeuren.

Vanzelfsprekend kunnen de nieuwe maximumtarieven ook een effect hebben op de toegankelijkheid voor huisartsen. Met de overheveling is voor deze groep prestaties de bekostiging in overeenstemming gebracht met de standaardbekostiging van segment 1: deels via het inschrijftarief en deels via de tarieven van reguliere consulten en visites. De tarieven van reguliere consulten en visites dekken een deel van de kosten en zijn daarom bij vrijwel alle patiëntcontacten onvoldoende om de integrale kosten van het contact te dekken; het inschrijftarief dekt de gemiddelde resterende kosten.

Het effect van deze verandering in de bekostiging op de drempels voor huisartsen tot de overgehevelde verrichtingen als groep is voor de meeste praktijken (zeer) klein. Dit blijkt uit de impactanalyse die de NZa hiervoor heeft uitgevoerd.⁸ Denkbaar zijn uitzonderingen hierop vormen praktijken die relatief zeer veel en/of relatief veel van de kostbaardere verrichtingen uitvoeren. Mogelijk hebben zorgverzekeraars ook met bepaalde individuele huisartsen of praktijken aanvullende afspraken gemaakt om deze reden.

De onderzoeksvraag is in hoeverre zorgverzekeraars de aanvullende voorwaarden uit 2014 hebben laten vervallen of juist hebben uitgebreid, het laatste mogelijk in reactie op het vervallen van het contractvereiste en andere NZa-beperkingen. Ook is de vraag in hoeverre zorgverzekeraars onder het NZa-maximumtarief hebben gecontracteerd, dan wel in segment 3 een tariefverlaging hebben gecompenseerd.

zouden worden naar het ziekenhuis. De vraag in hoeverre dit gedragseffect zich voordoet, kan in deze monitor nog niet beantwoord worden.

⁸ Impactanalyse huisartsenzorg & multidisciplinaire zorg: effecten nieuw beleid per 2015, NZa, juli 2014 (<http://www.nza.nl/95826/101252/Impactanalyse-huisartsenzorg-en-multidisciplinaire-zorg.pdf>).

Bevindingen:

- In 2014 gold weliswaar een contractvereiste, maar omdat vrijwel alle huisartsen een contract hadden met vrijwel elke zorgverzekeraar, was de contractvereiste in de praktijk in die zin geen grote belemmering.
- Sommige zorgverzekeraars kochten in 2014 niet alle negen verrichtingen in; 'Varices sclerosering' (behandeling van spataderen) en de visite bij 'Kortdurende opname' ontbreekt in een klein aantal standaardcontracten. Voor praktijken waarvoor die zorgverzekeraars preferent zijn, was het contractvereiste bij die verrichtingen juist wel een grote belemmering. Die belemmering is verdwenen door overheveling van de verrichtingen naar de reguliere consulten.
- Veel zorgverzekeraars betalen voor de verrichtingen 'Therapeutische injectie' en/of 'IUD aanbrengen' (spiraaltje) een extra bedrag per verrichting. Dit extra bedrag kunnen aanbieders in rekening brengen via de prestatie 'Resultaatbeloning overig'. Deze betaling doen zorgverzekeraars soms ter compensatie van het tariefverschil tussen 2014 en 2015, soms omdat uniforme indicatoren voor resultaatbeloning op doorverwijzen nog niet beschikbaar zijn, en soms om beide redenen. Om het extra bedrag te kunnen vergoeden, vragen deze zorgverzekeraars van aanbieders om de verrichtingen te declareren met de 'oude' M&I-verrichtingencode. Het gaat hier dus om een administratief noodzakelijke voorwaarde.
- De opslagen per verrichting voor 'Therapeutische injectie' en 'IUD aanbrengen' betreffen meestal de afslag die volgens landelijke afspraken via resultaatbeloning geherinvesteerd zou worden (ca. 7%). Omdat er nog geen landelijke indicatoren zijn aan de hand waarvan dit geld geherinvesteerd kan worden, hebben alle zorgverzekeraars gekozen voor deze opslag per verrichting. De gemiddelde tariefhoogte is daarmee gelijk aan 2014.
- Bij 'IUD aanbrengen' gaan sommige zorgverzekeraars nog verder, en compenseren ook gedeeltelijk het tariefverschil per verrichting tussen 2014 en 2015.
- Vijf van de acht zorgverzekeraars hebben alle aanvullende voorwaarden laten vallen voor de negen verrichtingen, voor deze verrichtingen gelden daar alleen nog de algemene voorwaarden die zorgverzekeraars hanteren. De overige drie hebben aanvullende voorwaarden gehandhaafd.

3.2.3 Verrichtingen declareerbaar als 'Overige S1-prestatie'

Negen andere verrichtingen die in 2014 nog gedeclareerd werden als M&I-verrichting, zijn vanaf 2015 te declareren als prestatie in segment 1. In de beleidsregel en tariefbeschikking worden ze aangeduid als 'Overige S1-prestaties'. De negen verrichtingen hebben een plaats gekregen in vijf nieuwe prestaties, conform de volgende tabel.

Tabel 3. Aantal M&I verrichtingen per 2015 als prestatie in S1

NZa-prestatie vanaf 2015 (Segment 1)	NZa-prestatie vóór 2015 (M&I-verrichting)	Vektis-code 2014
Chirurgie	- Chirurgie - Chirurgie, categorie A - Chirurgie, categorie B	13012 13047 13048
Intensieve zorg, dag	- Intensieve zorg, visite, dag - Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, dag	13034 13035
Intensieve zorg, ANW	- Intensieve zorg, visite, ANW - Intensieve zorg, visite 20 minuten of langer, ANW	13036 13037
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	- Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015
Oogboring	- Oogboring	13024

Voor deze vijf nieuwe verrichtingen gelden maximumtarieven. Tevens geldt, in ieder geval in 2015, nog een contractvereiste.

De algemene onderzoeksvraag bij deze verrichtingen is, in hoeverre deze prestaties voor artsen 'toegankelijker' zijn geworden met overheveling naar segment 1, in de zin van minder drempels voor huisartsen. Het contractvereiste is nog niet vervallen. In die zin zijn deze verrichtingen dan ook niet toegankelijker geworden. Maar mogelijk stellen zorgverzekeraars minder aanvullende eisen. Ook kan het nieuwe maximumtarief van de NZa, aangevuld met eventuele (maatwerk)afspraken rondom resultaatbeloning in de contracten, een effect hebben op de toegankelijkheid. De meer specifieke onderzoeksvraag is dan ook bij deze groep verrichtingen in hoeverre zorgverzekeraars de aanvullende voorwaarden uit 2014 hebben laten vervallen of juist hebben uitgebreid. Ook is opnieuw de vraag in hoeverre zorgverzekeraar onder het NZa-maximumtarief hebben gecontracteerd dan wel in segment 3 een tariefverlaging hebben gecompenseerd.

Bevindingen:

- In 2014 gold weliswaar een contractvereiste, maar omdat vrijwel alle huisartsen een contract hadden met vrijwel elke zorgverzekeraar voor alle verrichtingen⁹ was het contractvereiste in de praktijk nauwelijks een belemmering.
- De vijf nieuwe prestaties zijn bij alle zorgverzekeraars onderdeel van het standaardcontract. In 2015 vormt het contractvereiste daarom in de praktijk alleen een grotere belemmering dan in 2014 voor die huisartsen die geen contract hebben gesloten. In maart 2015 waren dat er ca. 100 van de 7.000 (ca. 1,5%).
- Veel zorgverzekeraars betalen voor de nieuwe verrichting 'Chirurgie' een extra bedrag per verrichting. Sommige zorgverzekeraars doen dit voor alle vijf nieuwe prestaties. Dit extra bedrag kunnen aanbieders in rekening brengen via de prestatie 'Resultaatbeloning overig'. Deze betaling hebben zorgverzekeraars op deze manier vormgegeven, omdat uniforme indicatoren voor resultaatbeloning op doorverwijzen nog niet beschikbaar zijn.
- De opslagen per verrichting voor 'Chirurgie' en soms ook voor de overige prestaties betreffen de afslag die volgens landelijke afspraken via resultaatbeloning geherinvesteerd zou worden (ca. 7%). Omdat er nog geen landelijke indicatoren zijn aan de hand waarvan dit geld geherinvesteerd kan worden, hebben zorgverzekeraars gekozen voor deze opslag per verrichting. De gemiddelde tariefhoogte is daarmee gelijk aan 2014.
- In 2014 stelden zes zorgverzekeraars voor een of meer van de prestaties in deze groep aanvullende voorwaarden. Hiervan hebben vijf zorgverzekeraars deze aanvullende voorwaarden gehandhaafd.

3.3 Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning

3.3.1 Inleiding

Resultaatbeloning is niet nieuw in de bekostiging van huisartsenzorg. Tot en met 2014 bestond de mogelijkheid om onder een M&I-module een lokale of regionale afspraak te maken die ook een afspraak resultaatbeloning kon betreffen. Onder de eerste resultaten die via een M&I-modules beloond werden, waren bijvoorbeeld het doelmatig voorschrijven van cholesterolverlagers en maagzuurremmers. Wat nieuw

⁹ Bij de drie chirurgieverrichtingen is de verdeling in Chirurgie A (13047) en Chirurgie B (13048) een verbijszondering van de meer algemene verrichting Chirurgie (13012). Zorgverzekeraars contracteerden ofwel Chirurgie, ofwel Chirurgie A en B.

is in 2015, is dat er specifieke prestaties 'Resultaatbeloning' benoemd zijn voor resultaatbeloning, met specifieke domeinen: adequaat verwijzen en diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, service en bereikbaarheid, en overig. Doel hiervan is om resultaatbeloning extra te stimuleren. Daarnaast streven koepelorganisaties ernaar dat lokale partijen hun afspraken zoveel mogelijk maken aan de hand van landelijke indicatoren.

Rondom de nieuwe prestaties 'Resultaatbeloning' hebben partijen voor 2015 al enkele afspraken gemaakt om de nagestreefde uniformiteit hieromtrent te bereiken. Verder hebben partijen in het convenant ook afspraken gemaakt over een te behalen (financieel) niveau van invulling. In ieder geval zullen de variabiliseringsgelden¹⁰ via resultaatbeloning verdeeld 'moeten' worden. Deze landelijke afspraken vormen de eerste stappen op weg naar een volgroeiend landelijk kader voor resultaatbeloning in de huisartsenzorg.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

3. In hoeverre zetten zorgverzekeraars en aanbieders ook lokaal eerste stappen op het gebied van resultaatbeloning binnen de huisartsenzorg?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. 'Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek': in hoeverre is er sprake van (een) opslag(en) voor gebruik van een voorkeursaanbieder diagnostiek?*
- b. 'Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen': in hoeverre is er sprake van (een) opslag(en) indien de huisarts een bepaald niveau realiseert?*
- c. 'Resultaatbeloning service & bereikbaarheid': in hoeverre is er sprake van (een) opslag(en) voor online afspraken?*
- d. 'Resultaatbeloning overig': in hoeverre is hier sprake van afspraken?*
- e. Zijn de variabiliseringsgelden in 2015 – als zodanig benoemd – terug te vinden in de contracten? Zo ja, waar hebben ze betrekking op en hoe worden ze toegekend / verdeeld?*

3.3.2 Adequaaf verwijzen en diagnostiek

Voor het domein verwijzen en diagnostiek zijn landelijke partijen er voor 2015 nog niet in geslaagd om indicatoren te benoemen die kunnen dienen als landelijke standaard voor uniforme resultaatbeloning. Lokale en regionale partijen moesten voor 2015 zelf aan de slag als zij over verwijzen en diagnostiek resultaatafspraken wilden maken.

Bevindingen:

- Er is een standaard Vektis-code aangewezen voor afspraken binnen het domein Doelmatig aanvragen diagnostiek: 30101.
- Sommige zorgverzekeraars bieden via de contracten een resultaatbeloning voor het doelmatig aanvragen van diagnostiek. Van deze groep heeft een aantal zorgverzekeraars dit vormgegeven door een beloning te koppelen aan het beperken van het aantal aangevraagde diagnostische tests per aanvraag. Eén grote zorgverzekeraar heeft afspraken gemaakt met specifieke diagnostiekaanbieders en stimuleert huisartsen om (het merendeel van) de diagnostiek voor hun patiënten via die aanbieders te organiseren.

¹⁰ Variabiliseringsgelden: door zorgverzekeraars in de huisartsensector te herinvesteren middelen, voortkomend uit de compensatie voor de verlaging van de inschrijftarieven. Ter verkrijging van compensatie door huisarts/-praktijk zou een voorwaarde gekoppeld worden die voor elke huisarts/-praktijk in principe haalbaar moest zijn.

3.3.3 Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

Voor het domein Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen bestaan wel landelijk gedragen indicatoren voor resultaatbeloning. Het betreft de indicatoren van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), die veelal zien op specifieke geneesmiddelgroepen en/of indicatiegebieden, aangevuld met een viertal indicatoren die zien op meer algemene voorschrijfsmerken, zoals aantal voorschriften op stofnaam ('multi-source') of totaal aantal voorgeschreven dagdoseringen ('DDD's').

Bevindingen:

- Er is een standaard Vektis-code aangewezen voor afspraken binnen het domein Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen: 30111.
- Alle zorgverzekeraars hebben in het standaardcontract resultaatafspraken opgenomen binnen dit domein.
- Vrijwel alle zorgverzekeraars gebruiken voor de afspraken de landelijke indicatoren. Welke indicatoren zij precies gebruiken, verschilt per zorgverzekeraar. De ene zorgverzekeraar werkt bijvoorbeeld met drie specifieke IVM-Indicatoren en één generieke, een ander kiest heeft gekozen voor vier generieke en een specifieke.
- Voor het onderscheid tussen een hoge en lagere resultaatbeloningen maken veel zorgverzekeraars gebruik van een zogenaamde kwartielaanpak: huisartsen worden op basis van hun resultaten op de overeengekomen indicatoren ingedeeld in vier kwartielen. Het kwartiel hoogst scorende huisartsen kan de hoogste resultaatbeloning declareren, etc.
- Een verder verschil tussen zorgverzekeraars met kwartielaanpak betreft of de huisartsen per indicator in kwartielen ingedeeld worden (en de daarbij horende resultaatbeloning ontvangen) of over alle indicatoren samen. De eerste aanpak levert een meer gespreide verdeling op van resultaatbeloningen.
- De kwartielenaanpak beloont een hoge absolute score ten opzichte van andere zorgaanbieders. Eén grote zorgverzekeraar combineert dit met het belonen van vooruitgang in de score, bijvoorbeeld door aan een vooruitgang vanaf vijf procentpunten op een bepaalde indicator van 2014 op 2015 een resultaatbeloning te verbinden.
- De hoogte van de resultaatbeloning (het gemiddelde¹¹ van de kwartielen voor het totaal van de indicatoren) varieert tussen zorgverzekeraars van € 0,78 tot € 1,50 per ingeschreven verzekerde per jaar.

3.3.4 Service en bereikbaarheid

Ook voor het domein Service en bereikbaarheid hebben landelijke partijen een aantal indicatoren benoemd, vijf in totaal. Dit betreft zaken als het bij de praktijk digitaal kunnen aanvragen van herhaalmedicatie; het minimaal eens per drie jaar uitvoeren en publiceren van een klantervaringsonderzoek; het houden van spreekuur in het weekend, 's avonds of in de vroege ochtend.

Bevindingen

- Er is een standaard Vektis-code aangewezen voor afspraken binnen het domein Service en bereikbaarheid: 30121.
- Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben in het standaardcontract resultaatafspraken opgenomen binnen dit domein, te declareren onder bovengenoemde code.

¹¹ Het betreft een rekenkundig gemiddelde van de vier kwartielbeloningen. Hoeveel huisartsen straks welke beloningen krijgen, blijkt na 2015.

- Vrijwel alle zorgverzekeraars gebruiken voor de afspraken de landelijke indicatoren. Hoeveel en welke indicatoren zij precies gebruiken, verschilt per zorgverzekeraar. Er zijn zorgverzekeraars die kiezen voor één of twee speerpunten uit de indicatoren en bieden alleen daarvoor een extra vergoeding. Andere zorgverzekeraars bieden een vergoeding per Indicator, waarbij zij de keuze dus meer bij de individuele huisartspraktijk legt. Huisartsen kunnen dan zelf beslissen waarin men als eerste wil gaan investeren.
- Voor het onderscheid tussen een hoge en lagere resultaatbeloning bieden deze indicatoren weinig ruimte, anders dan een extra beloning per indicator. Zoals hierboven gesteld maken sommige zorgverzekeraars in 2015 gebruik van deze ruimte, andere niet.
- De hoogte van de resultaatbeloning varieert van € 0,52 (twee indicatoren) tot € 5,80 (vier indicatoren) per ingeschreven verzekerde per jaar.

3.3.5 Resultaatbeloning overig

Het domein 'Resultaatbeloning overig' is bestemd voor afspraken over resultaatbeloning die niet passen binnen de vier specifieke domeinen. Er zijn twee mogelijke redenen dat een afspraak onder 'Resultaatbeloning overig' wordt geplaatst: ten eerste als de afspraak inhoudelijk niet aansluit op een van de vier specifieke domeinen, bijvoorbeeld beloningen voor samenwerking, innovatie of kwaliteit; ten tweede als de afspraak niet voldoet aan de randvoorwaarden bij die domeinen, bijvoorbeeld als er sprake is van een tarief per verrichting. Onderzoeksvraag is hier in hoeverre er door partijen gebruik wordt gemaakt van prestaties 'Resultaatbeloning overig'.

Bevindingen:

- Zorgverzekeraars benutten de mogelijkheid om per verrichting te betalen in Resultaatbeloning overig om op deze manier opslagen per verrichting te vergoeden voor een of meer overgehevelde M&I-verrichtingen. Dit geldt voor beide groepen van overgehevelde verrichtingen, zoals in paragraaf 2.2.1 beschreven. De meeste zorgverzekeraars beperken zich tot opslagen bij 'Therapeutische injectie', 'IUD' en/of 'Chirurgie'. Bij twee grote zorgverzekeraars zijn wij tegengekomen dat zij opslagen betalen bij zeven verrichtingen: Therapeutische injectie, IUD en de vijf 'Overige S1-prestaties' (waaronder Chirurgie).
- Er zijn standaard Vektis-codes aangewezen voor opslagen voor 'IUD', 'Therapeutische Injectie' en 'Chirurgie': 30160, 30170 resp. 30180.
- Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben in het standaardcontract resultaatafspraken opgenomen binnen dit domein, te declareren onder bovengenoemde code.
- Daarnaast gebruikt een enkele zorgverzekeraar 'Resultaatbeloning overig' om op bepaalde indicatoren te kunnen belonen die niet vallen onder de specifieke domeinen, zoals accreditatie of deelname aan zorgvernieuwing.

3.3.6 Variabiliseringsgelden

Zoals eerder gesteld is resultaatbeloning in 2015 niet nieuw. De M&I-modules die zorgverzekeraars in de periode 2006-2014 regionaal overeenkwamen met de huisartsen in hun kernwerkgebied hadden deels ook al het karakter van resultaatbeloning. Ook is er een landelijke voorloper op de resultaatbeloning: de zogenaamde variabiliseringsgelden.

In 2009 kwam de minister naar aanleiding van kostprijsonderzoek van de NZa met de LHV overeen dat de inschrijftarieven verlaagd zouden

worden. Hiermee was destijds € 60 miljoen gemoeld. Ter compensatie hiervan zouden zorgverzekeraars dit bedrag moeten herinvesteren in de sector, waarbij aan het verkrijgen van de compensatie een voorwaarde gekoppeld zou worden, die voor elke huisarts/praktijk in principe haalbaar moest zijn.

In het licht van het voorgaande is de volgende onderzoeksvraag relevant. Zijn de variabiliseringsgelden in 2015 – als zodanig benoemd – terug te vinden in de contracten? Zo ja, waar hebben ze betrekking op en hoe worden ze toegekend verdeeld?

Bevindingen:

- Veel zorgverzekeraars werken zo dat zij voor segment 3, en daarbinnen voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing met richtbudgetten werken. De variabiliseringsgelden hebben zij toegevoegd aan de richtbudgetten voor resultaatbeloning. Bij een klein aantal zorgverzekeraars is deze werkwijze toegelicht in het contract of een ander inkoopdocument. Zo is bij een zorgverzekeraar te lezen dat de variabiliseringsgelden zijn toegevoegd aan 'Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven' en 'Resultaatbeloning service & bereikbaarheid'.

3.4 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing vergeleken met M&I-modules

3.4.1 Inleiding

Doel van de nieuwe bekostiging is ook om een eind te maken aan de 'wildgroei' aan M&I-modules. Vraag is in hoeverre zorgverzekeraars er in 2015 al in slagen om modules af te schaffen (ten gunste van uniforme afspraken resultaatbeloning of zorgvernieuwing)? En in hoeverre ontwikkelingen zoals het meekijkconsult en e-health al in contracten tot uitdrukking komen?

Hieruit volgen de volgende onderzoeksvragen:

4a. Worden in 2015 op het gebied van resultaatbeloning en zorgvernieuwing ten opzichte van 2014 (M&I-modules) minder verschillende afspraken gemaakt?

4b. In hoeverre wordt al meer ruimte gecreëerd/nieuwe afspraken gemaakt rondom zorgvernieuwing?

3.4.2 M&I-modules

In 2014 hadden de acht zorgverzekeraars ieder gemiddeld ca. 10 M&I-modules, met een variatie van 3 tot 19. Als we voorgaande jaren erbij betrekken, dan zien we dat in de periode 2006-2014 op ca. 300 verschillende M&I-modules is gedeclareerd. Deze grote aantallen zouden, met name door de invoering van meer uniforme resultaatbeloning, tot het verleden moeten gaan behoren. In hoeverre zien we in 2015 een begin hiervan?

Bevindingen:

- Het jaar 2015 is een overgangsjaar. Nieuwe prestaties binnen resultaatbeloning en zorgvernieuwing zijn van start gegaan, terwijl tegelijkertijd oude prestaties (voorheen M&I-modules) nog niet kunnen worden opgeruimd. Het totaalbeeld op het niveau van een

zorgverzekeraar laat daarom eerder meer complexiteit zien dan minder.

- De reden dat veel oude M&I-modules nog niet afgeschaft kunnen worden, is dat deze modules een langere looptijd kennen, bijvoorbeeld twee jaar. Er zijn verplichtingen aangegaan c.q. verwachtingen gewekt tot in 2015 (en soms 2016). In een aantal gevallen hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden om 'over te stappen' op een vergelijkbare nieuwe prestatie in zorgvernieuwing of resultaatbeloning, maar men moest huisartsen ook de mogelijkheid bieden de oorspronkelijke module volgens afspraak vol te maken.
- Op het niveau van de huisarts(praktijk) is het beeld eenvoudiger. Daar bestaan niet de oude en nieuwe prestaties naast elkaar: de huisarts heeft moeten kiezen tussen doorgaan met de oude module, of overstappen op de nieuwe prestatie. Wat wel kan, is dat een huisarts op het ene onderwerp gekozen heeft om door te gaan met een oude prestatie en op het andere onderwerp overgestapt is op een nieuwe.
- Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat een zorgverzekeraar die in 2014 al werkte met twee M&I-modules voor doelmatig voorschrijven (voor prestaties op twee niveaus) met een eigen aanpak, die modules handhaaft in 2015 en daarnaast ook Resultaatbeloning Doelmatig voorschrijven aanbiedt volgens de landelijk uniforme indicatoren. Echter, elke huisarts heeft te maken met niet meer dan één van de drie modules.

3.4.3 Zorgvernieuwing

Waar resultaatbeloning uniformer kan en zo tot minder M&I-modules kan leiden, is zorgvernieuwing waarschijnlijk lastiger te uniformeren. Mogelijk zijn er zorgvernieuwingmodules die al voldoende doorontwikkeld zijn om voor een brede groep huisartsen toegankelijk te maken, maar er zullen ook relatief jonge initiatieven blijven die lokaal of regionaal zijn. Met de verbreding van de reikwijdte van de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg kunnen ook sommige experimenten die voorheen onder de Beleidsregel Innovatie vorm moesten krijgen, nu onder de prestatie Zorgvernieuwing bekostigd worden. In hoeverre zijn van deze veranderingen al effecten te zien in de contracten?

Bevindingen:

- Prestaties in de contracten die een invulling zijn op het gebied van zorgvernieuwing zijn voor het merendeel voortzettingen van oude M&I-modules. Het kan daarbij gaan om uiteenlopende zaken, zoals het stimuleren en ondersteunen van praktijkmanagement, en een zorgprestatie voor kwetsbare ouderen.
- Een aantal zorgverzekeraars heeft een algemene prestatie Zorgvernieuwing in het contract opgenomen. Declareren op deze prestatie is 'op aanvraag' mogelijk. Desgevraagd geven zorgverzekeraars aan eerst te willen leren van initiatieven uit het veld, alvorens algemeen beleid vorm te geven.
- Soms ook is er een formulier op de website van de zorgverzekeraar beschikbaar om deze aanvraag te doen. Hier wordt volgens zorgverzekeraars nog niet veel gebruik van gemaakt ('Het loopt niet storm'), maar dat was ook niet hun verwachting.

3.5 Praktijkondersteuning

3.5.1 Inleiding

Praktijkondersteuning betreft twee functies: praktijkondersteuning ggz (poh-ggz) en praktijkondersteuning somatiek (poh-s). De bekostiging van beide functies is niet gewijzigd per 2015, maar dit hoeft niet te betekenen dat er in de contracten ook niets verandert. Met name de bekostiging van de poh-s is op een complexe manier verbonden aan alle drie de segmenten in het segmentenmodel, zodat veranderingen op dat aspect zeker niet uitgesloten zijn. Bij de poh-ggz liggen contractuele veranderingen naar aanleiding van het segmentenmodel minder voor de hand.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

5. In hoeverre is de introductie van het segmentenmodel aanleiding voor partijen om tot nieuwe afspraken te komen rond poh-ggz of poh-s?

3.5.2 Poh-ggz

De behandeling en ondersteuning van mensen met klachten van psychosociale aard behoort tot de basishuisartsenzorg. Om te stimuleren dat mensen hiervoor ook daadwerkelijk in de huisartspraktijk terecht kunnen, is de functie poh-ggz in het leven geroepen. Deze functie wordt separaat bekostigd in segment 1. Praktijken die zo'n praktijkondersteuner hebben, kunnen dit in rekening brengen op vergelijkbare wijze als reguliere basishuisartsenzorg: deels door middel van een inschrijftarief bij alle ingeschreven verzekerden (bekend als de 'module poh-ggz) en verder op basis van consulttarieven poh-ggz voor de gesprekken die de praktijkondersteuner voert. Uitzondering: in het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar waar men experimenteert met een bekostiging zonder consulttarieven, worden ook geen consulten poh-ggz in rekening gebracht.

Op het terrein van de bekostiging van de poh-ggz zijn met ingang van 2013 en 2014 substantiële veranderingen doorgevoerd (een verruiming van het modulerief en de toevoeging van de mogelijkheid om e-health en consultatieve raadpleging in te zetten). Met ingang van 2015 is de bekostiging van de poh-ggz niet wezenlijk veranderd. Er is op voorhand geen reden om te verwachten dat invoering van het segmentenmodel heeft geleid tot veranderingen in de contracten van de functie poh-ggz. Onderzoeksvraag voor de monitor is of deze verwachting uitkomt.

Bevindingen:

- In veel gevallen hebben zorgverzekeraars met ingang van 2015 geen substantiële wijzigingen doorgevoerd in hun contracten rondom de functie poh-ggz. Daar waar wel sprake is van wijzigingen hangen deze niet samen met het segmentenmodel, maar met bijvoorbeeld de eerdere wijzigingen in de bekostiging of de invoering van de basis-ggz in 2014. Het betreft dan bijvoorbeeld nieuwe afspraken rondom e-health, consultatie of triage-instrumenten.

3.5.3 Poh somatiek

Met de introductie en verspreiding van geprotocolleerde ketenzorg in huisartspraktijken, eerst rondom diabetes en later ook rondom COPD en VRM, werd ook de praktijkondersteuner somatiek een gangbaar verschijnsel. Voor de introductie van de ketenzorgprestaties in 2010 had de functie poh-s ook een eigen bekostigingsregeling, vergelijkbaar met

de huidige regeling voor de functie poh-ggz. Dat is nu niet meer het geval, hetgeen impliciet betekent dat de functie poh-s in beginsel bekostigd wordt:

- via de ketenzorgtarieven, voor zover het zorg betreft die binnen de betreffende prestaties valt;
- via reguliere consulttarieven, voor zover de zorg niet valt binnen de ketenzorgprestaties.

Het bovenstaande geldt in beginsel, het is de 'default' die volgt uit de NZa-regulering. In de praktijk maken zorgverzekeraars en aanbieders vaak afspraken die deze 'default' veranderen. Zorgverzekeraar en aanbieder kunnen bijvoorbeeld een tarief voor ketenzorg overeenkomen dat de functie poh-s al voor 100% bekostigt. Een andere vorm is dat de zorgverzekeraar de poh-s bekostigt via een moduletarief (tot en met 2014 betreft dit een M&I-module, vanaf 2015 zorgvernieuwing). In beide gevallen is een logisch gevolg dat ook voor zorg die niet valt binnen de ketenzorgprestaties geen regulier consulttarief in rekening wordt gebracht.

In de regelgeving rondom de functie poh-s is op zich niets veranderd in 2015: er was en is geen separate bekostiging van de functie, en in het inschrijftarief, de reguliere consulten, de ketenzorgprestaties en andere mogelijkheden om de poh-s te bekostigen is ook niets wezenlijks veranderd. Toch zouden veranderende afspraken van partijen op een van de genoemde aspecten ook een verandering teweeg kunnen brengen in de bekostiging van de poh-s.

Daarom is de onderzoeksvraag hier in hoeverre partijen andere afspraken maken in de bekostiging van de poh-s en wat de achtergronden zijn van eventuele veranderingen.

Bevindingen:

- Er is nauwelijks sprake van substantiële veranderingen in de manier waarop zorgverzekeraars de functie poh-s bekostigen. Voor zover daar wel sprake van is, gaat het om beleidsveranderingen die eerder zijn ingezet, niet om veranderingen die samenhangen met het segmentenmodel.
- Sommige zorgverzekeraars geven aan wel voornemens te hebben om de functie poh-s anders te organiseren en te bekostigen, als onderdeel van bredere plannen rondom segment 2. Hiervoor willen ze echter wel de tijd nemen, ook voor goed overleg met aanbieders over de beste oplossingen. De aanloop naar 2015 bood daarvoor niet voldoende ruimte.

4. Bevindingen multidisciplinaire zorg

4.1 Overgang naar prestatiekoppels: effecten op de tarieven

4.1.1 Inleiding

Met ingang van 2015 zijn we overgegaan van drie ketenzorgprestaties naar twee. De ketenzorg bij DM2 en VRM is samengekomen in een prestatie 'Multidisciplinaire zorg DM2/VRM'. De ketenzorg bij COPD is uitgebreid met ketenzorg bij astma, zodat een tweede prestatiekoppel is ontstaan: 'Multidisciplinaire zorg COPD/Astma'. Het creëren van de koppels heeft als oogmerk een eerste stap te vormen in de richting van populatiebesteding.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

1. Wat zijn de effecten van de overgang naar prestatiekoppels (DM2/VRM en COPD/Astma) op de tarieven?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. In hoeverre wordt in 2015 de nieuwe astmaketen ingekocht?
- b. Hoeveel zorgverzekeraars kiezen in 2015 voor drie tarieven per S2A-prestatie: (1) tarief voor patiënten met alleen aandoening A; (2) tarief voor patiënten met alleen aandoening B; (3) tarief voor patiënten met aandoening A+B?
- c. Hoeveel zorgverzekeraars kiezen voor andere vormen?
- d. In hoeverre is er in 2015 sprake van verschuivingen voor wat betreft de keuze integraal tarief vs. koptarief?

4.1.2 Astma

Van 2010 tot en met 2014 hadden de prestaties ketenzorg betrekking op patiënten met een of meer van de volgende drie aandoeningen¹²: Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Vasculair risicomangement (VRM) en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Vanaf 2015 is daar een vierde aandoening aan toegevoegd: Astma. In hoeverre wordt die nieuwe astmaketen al ingekocht?

Bevindingen:

- Vrijwel alle zorgverzekeraars zijn terughoudend met het breed inkopen (bij al hun zorggroepen) van astmazorg.
- Sommige zorgverzekeraars hebben al pilots lopen bij een aantal zorggroepen en willen eerst de uitkomsten daarvan afwachten.
- Andere zorgverzekeraars kiezen ervoor om, deels op basis van uitkomsten van 'hun' pilots, de uitrol van astma-ketenzorg over zorggroepen "beheerst", "selectief" en/of "alleen op basis van een positieve business-case" te laten plaatsvinden.
- Gevolg van bovenstaande is, dat in maart 2015 van de 113 zorggroepen die in 2015 gecontracteerd zijn voor COPD-ketenzorg, er 22 ook een contract hebben voor astma-ketenzorg (20%). Dit percentage varieert tussen zorgverzekeraars van 0% tot 75%.

¹² VRM is geen aandoening, maar een behandelingsstrategie geïndiceerd bij (verhoogd risico op) bepaalde hart- en vaatziekten.

4.1.3 Prestatiekoppels

Naast het toevoegen van astma heeft er nog een structuurwijziging plaatsgevonden in de ketenzorgprestaties: de vier aandoeningen zijn gecombineerd in twee prestatiekoppels, DM2/VRM en COPD/Astma. Tot dit compromis zijn partijen gekomen nadat de NZa had geadviseerd om alle aandoeningen te combineren tot één prestatie. De bedoeling achter deze wijziging was dat het partijen zou 'dwingen' om een eerste kleine stap te zetten in de richting van populatiebekostiging: niet de aandoening van de patiënt staat centraal, maar de patiënt zelf. De stap die met het creëren van prestatiekoppels zou worden gezet, is dat er in ieder geval een tarief zou moeten komen voor patiënten die DM2 én VRM hebben en voor patiënten die zowel COPD als astma hebben. Dit is het geval omdat deze prestaties niet twee keer bij dezelfde patiënt in rekening mogen worden gebracht.

Bevindingen

- Omdat astma nog niet veel wordt gecontracteerd (zie 3.1.2), heeft het creëren van de prestatiekoppels op voorhand vooral consequenties voor het koppel DM2/VRM. Het koppel COPD/Astma komt in de praktijk bij nog niet veel zorggroepen voor.
- Het koppelen van DM2 en VRM in één prestatie heeft niet het voorziene effect gehad. Dit komt doordat de aandoening DM2 een risicofactor is voor hart- en vaatziekten. Hierdoor is bij DM2 een VRM-behandeling automatisch geïndiceerd. De VRM-behandeling is zodoende al onderdeel van de DM2-ketenzorg. Daarom is het separaat in rekening brengen van de VRM-keten bij DM2-patiënten niet aan de orde. In de praktijk betekent dit dat de diagnose DM2 in de contracten een exclusiecriteria is voor de VRM-keten.
- Bij zorggroepen waar zowel COPD als astma gecontracteerd wordt, heeft men een pragmatische oplossing gekozen. Er is net als voorheen een COPD-tarief en een astmatarief. Voor mensen met zowel COPD als astma mag alleen het COPD-tarief in rekening worden gebracht.

4.1.4 Integrale en koptarieven

Sinds invoering van de ketenzorgprestaties in 2010 bieden de prestaties, naast de oorspronkelijke bedoeling om integrale zorg te bekostigen (de overheadkosten van de zorggroep én de kosten van huisartsenzorg en de zorg van andere disciplines), ook de mogelijkheid om alleen de overhead van de zorggroep te bekostigen. In dit laatste geval wordt gesproken van een 'koptarief'. In 2014 werden door een aantal zorgverzekeraars nog koptarieven overeengekomen.

De mogelijkheid van een koptarief is in 2015 niet afgeschaft, maar de koepelorganisaties van het eerstelijnszorgakkoord hebben wel afgesproken dat het tweede segment erop gericht is om samenwerking bij chronische zorg volgens een integrale behandeling te leveren en te bekostigen.¹³ Op grond van deze afspraak alleen zou het in de lijn der verwachting liggen dat in 2015 al een verschuiving zou optreden van kop- naar integrale tarieven. Aan de andere kant verandert er voor het overige al zoveel in de bekostigingsregels, dat deze 'meer vrijblijvende' afspraak mogelijk niet in 2015 tot effecten leidt.

Bevindingen:

- Er is in 2015 een verschuiving van kop- naar integrale tarieven, vooral doordat één grote zorgverzekeraar alleen integrale tarieven overeenkomt waar in 2014 nog deels koptarieven werden gecontracteerd.

¹³ Onderhandelaarsresultaat eerstelijns 2014 tot en met 2017, 16 juli 2013.

- Verder is hier en daar sprake van een verschuiving van integrale naar 'nog integralere' tarieven, doordat een zorggroep afspraken heeft weten te maken met nieuwe zorgdisciplines binnen de betreffende keten. Hierdoor kan de zorggroep ook namens die disciplines afspraken maken met de zorgverzekeraar. Dergelijke veranderingen vinden elk jaar plaats en houden geen verband met invoering van het segmentenmodel.

4.2 Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning en zorgvernieuwing

4.2.1 Inleiding

De nieuwe prestatie 'Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg' heeft al een relatief concrete 'standaard-indicatorenset'. Hier is de kans het grootst dat partijen komen tot eenduidige afspraken om de nagestreefde uniformiteit te bereiken.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

2. In hoeverre zetten zorgverzekeraars en zorgaanbieders eerste stappen op het gebied van resultaatbeloning en zorgvernieuwing binnen de multidisciplinaire zorg?

Deelvragen hierbij zijn:

- Hebben contracten een standaardafpraak rondom de resultaatbeloning multidisciplinaire zorg? En verschilt (alleen) de hoogte van het tarief van deze deelprestatie?*
- Worden er afspraken gemaakt over zorgvernieuwing, zoals e-Health? Zo ja, welke?*

4.2.2 Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg

Rondom multidisciplinaire zorg zijn landelijke partijen in 2014 een concrete indicatorenset overeengekomen met vijf indicatoren: drie daarvan zeggen iets over ketenzorg DM2 en de overige twee over ketenzorg COPD. Hierbij is men het niet alleen eens geworden over de indicatoren maar ook over een norm per indicator, een 'te behalen niveau' op die indicatoren.

Bevindingen

- Vrijwel alle zorgverzekeraars geven deze resultaatbeloning op basis van de vijf indicatoren een plaats in hun bekostigingsafspraken met zorggroepen; de manier waarop zij dit doen, varieert.
- Sommige zorgverzekeraars maken de resultaatbeloning onderdeel van het overeengekomen tarief. Er wordt dus op voorhand een tarief betaald inclusief resultaatbeloning. Het eventueel niet halen van de norm kan dan alleen achteraf consequenties hebben.
- Andere zorgverzekeraars betalen de resultaatbeloning achteraf. De verwachte gemiddelde resultaatbeloning hebben zij in mindering gebracht op het tarief 2014. In de meeste gevallen bedraagt deze korting 5% van het totale tarief; soms is het een (hoger) percentage, maar dan over het aandeel huisartsenzorg binnen dat tarief.
- Beide handelwijzen worden volgens zorgverzekeraars gemotiveerd doordat de norm op de vijf indicatoren relatief laag ligt. Veel zorggroepen halen de norm nu al. Dat is mooi, maar tegelijkertijd is er geen aanleiding om zorggroepen gemiddeld extra te belonen.
- Vanwege de verschillen van aanpak is er geen harde uitspraak mogelijk over de gemiddelde hoogte van de resultaatbeloning.

4.2.3 Zorgvernieuwing

Tot en met 2014 was de reikwijdte van multidisciplinaire zorg beperkt tot ketenzorg bij DM2, VRM en COPD. Vanaf 2015 kan het alle multidisciplinaire zorg betreffen waarvan huisartsenzorg deel uitmaakt. Concreet betekent dit dat waar zorgverzekeraars en zorggroepen voor zorgvernieuwing voorheen gebruik moesten maken van de Beleidsregel Innovatie, dit nu vaak rechtstreeks onder de reguliere beleidsregel kan, zonder aanvraagprocedure bij de NZa. Onderzoeksvraag is in hoeverre deze ruimere mogelijkheid met lagere drempel al tot nieuwe initiatieven en afspraken tussen zorgverzekeraars en zorggroepen heeft geleid.

Bevindingen:

- De meeste zorgverzekeraars willen de komende jaren meer zorgprogramma's bij zorggroepen gaan inkopen. In maart 2015 is bij ongeveer de helft al sprake van een beperkt aantal pilots.
- De meest genoemde zorg binnen een pilot betreft ouderenzorg, maar ook diverse andere zorgvormen worden al als pilot bij zorggroepen gecontracteerd: depressie, oncologie, osteoporose zijn voorbeelden.
- Naast inhoudelijke zorgprogramma's betreft de pilot en/of de ambities voor de langere termijn soms een breder initiatief op het gebied van populatiebesteding voor een regio.
- Eén grote zorgverzekeraar geeft de zorggroepen ook een rol in het helpen versterken van de basishuisartsenzorg, onder andere via de resultaatbeloning.

4.3 Veranderingen in contracten van de GEZ-module

4.3.1 Inleiding

In de aanloop naar de nieuwe bekostigingssystematiek die per 1 januari 2015 is ingevoerd, zijn er zorgen geuit door een aantal brancheorganisaties over het kunnen blijven voortbestaan van de destijds tot stand gekomen infrastructuur ten behoeve van ketenzorg en geïntegreerde, multidisciplinaire zorg. Deze zorgen zijn geland in de gezamenlijke conclusies met betrekking tot de uitwerking van hoofdlijnen in de eerstelijns voor 2014-2018.¹⁴ In deze gezamenlijke conclusies – als uitwerking van het hoofdlijnenakkoord dat op 16 juli 2013 door de LHV, InEen (destijds nog LOK/VHN/LVG), ZN en het ministerie van VWS is gesloten – is het volgende afgesproken:

"De huidige, ten behoeve van ketenzorg en geïntegreerde, multidisciplinaire zorg tot stand gekomen infrastructuur, zal lopende het onderzoek naar de gewenste ondersteuning en infrastructuur in Nederland in stand gehouden worden. Verzekeraar en aanbieder zullen in onderling overleg deze gelden waar mogelijk meer gericht aanwenden voor kwaliteitsimpulsen van de huisartsenzorg en voor de beoogde versterking van de organisatiegraad van de eerstelijnszorg en de samenwerking binnen de eerstelijns (bijv. om de basis te leggen voor de uitbreiding van de wijkgerichte zorg in 2016 en verder)."

Deze afspraak sluit aan bij de visie die partijen destijds hebben neergelegd, waarin het belang van en de doorontwikkeling naar een sterke, goed georganiseerde eerstelijns centraal staat. Een eerstelijns waarin de verschillende professionals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en van waaruit verbindingen worden gemaakt naar de gemeenten, GGD-en en ziekenhuizen. Via de GEZ-module worden de personele inzet, organisatie

¹⁴ "De eerstelijns verbonden door ontwikkeling" (1 juli 2014),

en infrastructuur van samenwerkingsverbanden bekostigd, die nodig zijn voor structurele samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerstelijnszorg, om een geïntegreerd en op elkaar afgestemd zorgaanbod te leveren.

Tegen deze achtergrond past de volgende onderzoeksvraag:

3. Welke veranderingen zijn zichtbaar in de contractering van de GEZ-module?

4.3.2 Bevindingen

Ten tijde van het onderzoek zijn door de zorgverzekeraars, op enkele gezondheidscentra na, alle gezondheidscentra die door de zorgverzekeraars zijn gecontracteerd in 2014 ook in 2015 gecontracteerd voor de GEZ-module. De oorzaken van het in 2015 (nog) niet gecontracteerd zijn van enkele gezondheidscentra zijn o.a. dat een enkel gezondheidscentrum niet heeft geoffreerd of niet voldeed aan de gestelde voorwaarden en dat bij één zorgverzekeraar het contracteerproces nog in volle gang was, waardoor met een aantal gezondheidscentra de onderhandelingen ten tijde van het onderzoek nog gaande waren. Voor één kleinere zorgverzekeraar geldt dat alle huisartsen in het kernwerkgebied zijn aangesloten bij de coöperatie en het gezondheidscentrum. In dat kernwerkgebied geldt dat alle huisartsen ketenzorg leveren en dat er geen aparte GEZ-afspraken worden gemaakt.

Uit de GEZ-contracten en toelichting daarop door de zorgverzekeraars, blijkt dat voor nagenoeg alle zorgverzekeraars geldt dat er geen grote wijzigingen zijn in 2015 ten opzichte van 2014. Eén van de belangrijkste genoemde redenen hiervoor is dat de verwachting is dat de financiering van de GEZ op kortere termijn zal gaan veranderen en dat een (grote) wijziging nu zou leiden tot (onnodige) onrust. Kleinere wijzigingen die zijn genoemd zijn o.a.: 1. Het opnemen van een aantal M&I modules (bijv. stimuleren samenwerking) in de GEZ-module, omdat er veel overlap was tussen beide modules, 2. Meer focus op doelmatigheid door de overgang van een standaardtarief naar een begrotingsystematiek en 3. Het explicieter opstellen van de voorwaarden waaraan een partij moet voldoen, zodat de kaders en verwachtingen helderder zijn.

Daarnaast blijkt uit de contracten en toelichting daarop door de zorgverzekeraars, dat de GEZ-module door enkele zorgverzekeraars breder wordt ingezet dan alleen voor de vier aandoeningen (DM2, VRM, COPD en Astma). Daarbij gaat het voornamelijk over de inzet van de GEZ-module voor zorgvernieuwingstrajecten en zorgprogramma's die ook onder 'innovatie' zouden kunnen vallen.

Met betrekking tot de tarieven laten de contracten en aanvullende informatie van de zorgverzekeraars daarover, een zeer divers beeld zien. De tariefstructuur die wordt gehanteerd door de zorgverzekeraars verschilt sterk. Er wordt o.a. gebruik gemaakt van: 1. Integraal tarief, inclusief overhead, 2. Schijven-systematiek, waarbij de (definitie van de) schijven (of typen, fasen) tussen de zorgverzekeraars verschillen, 3. Projectfinanciering; om geïntegreerde zorg in de eerstelijnszorg op te zetten, waarbij de GEZ financiering altijd tijdelijk is en daarna wordt ingepast in het 'reguliere werken'.

Daarnaast geldt dat er niet alleen verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars, maar ook tussen gezondheidscentra van één zorgverzekeraar. Enerzijds zijn er zorgverzekeraars die standaardtarieven hanteren, maar anderzijds wordt ook een individuele,

gezondheidscentrum-gerichte aanpak gehanteerd, waarbij er tariefverschillen zijn tussen de verschillende gezondheidscentra. Omwille van de diversiteit in de tariefstructuur en de wijze waarop de GEZ-module wordt ingezet is een vergelijking van de tarieven die de zorgverzekeraars hanteren niet opportuun.

4.4 Afspraken rondom nieuwe prestatie Meekijkconsult

4.4.1 Inleiding

In juli 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Eén van de aanbevelingen uit dit advies luidde om een meekijkconsult in te voeren om substitutie van de tweede lijn door de eerstelijnszorg te bevorderen en 'zorg op de juiste plek' te faciliteren. Dit meekijkconsult, waarbij de huisarts de medisch specialist consulteert, voorkomt onnodig doorverwijzen naar het ziekenhuis. Daarnaast wordt verwacht dat het meekijkconsult de deskundigheid van de huisartsen én specialisten bevordert en de onnodige opstart van DBC's en second opinions voorkomt.

Daarom is destijds – per 1 november 2012 – meer ruimte opgenomen in de vernieuwde beleidsregel 'Innovatie'¹⁵ voor kleinschalige experimenten op het gebied van substitutie. De vernieuwde beleidsregel maakt het mogelijk dat een experiment ook gericht is op efficiëntie van de organisatie van zorg door substitutie van tweedelijnsgezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg. De aanleiding voor de introductie van het meekijkconsult was dat veldpartijen het ontbreken van een prestatie voor een meekijkconsult als knelpunt in de bekostiging ervoeren.

In het eerstelijnszorgakkoord (2013) is tussen de partijen¹⁶ het volgende afgesproken: *"Partijen komen overeen dat met ingang van 1 januari 2015 het 'meekijkconsult' wordt ingevoerd, zodat een huisarts makkelijker eenmalig een medisch specialist kan raadplegen zonder de patiënt formeel door te hoeven verwijzen naar de doorgaans duurdere tweede lijn. De minister zal de NZa verzoeken hiertoe in afstemming met partijen een prestatiebeschrijving te ontwikkelen en vast te stellen."*

De NZa heeft hierop volgend een nieuwe prestatie voor het 'meekijkconsult' in de beleidsregel Huisartsenzorg¹⁷ opgenomen. Het meekijkconsult is hierbij in segment 3 geplaatst.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

4. In hoeveel gevallen worden er in 2015 al afspraken gemaakt rondom de nieuwe prestatie Meekijkconsult?

¹⁵ Beleidsregel AL/BR-0011 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'.

¹⁶ Onderhandelaarsresultaat eerstelijns 2014 t/m 2017 (op 16 juli 2013): Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns (LVG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

¹⁷ Beleidsregel BR/CU – 7095 'Huisartsenzorg'.

4.4.2 Bevindingen

Uit de contracten en de toelichting daarop is gebleken dat één grote zorgverzekeraar ten tijde van het onderzoek het Meekijkconsult als een standaard-module (als uitbreiding van de reeds in 2014 bestaande 1,5-lijnszorg-module) in de contracten heeft opgenomen. De overige zorgverzekeraars hebben het Meekijkconsult niet als standaard-onderdeel in hun contract opgenomen. Overigens heeft de betreffende zorgverzekeraar aangegeven dat er wel gebruik van de aangepaste module wordt gemaakt, maar dat dit nog op incidentele basis is.

Aan het andere kant van het spectrum zijn er twee zorgverzekeraars die het Initiatief expliciet niet zelf nemen, maar dit aan de zorgaanbieders laten.

De overige zorgverzekeraars bevinden zich in het middenveld. Enkel zijn (al dan niet op eigen Initiatief of dat van zorgaanbieders) in gesprek met zorgaanbieders en proberen gezamenlijk initiatieven te ontwikkelen of vormen gezamenlijk gedachten daarover. In het werkveld van enkele andere zorgaanbieders lopen inmiddels concrete Initiatieven die daadwerkelijk gebruik maken van de prestatie Meekijkconsult of initiatieven die dat binnenkort gaan doen. Ook is er een zorgverzekeraar die de mogelijkheid van het Meekijkconsult aanbiedt via de prestatie zorgvernieuwing.

Gegeven deze bevindingen is de onderzoeksvraag niet te beantwoorden met exacte aantallen afspraken die worden gemaakt over de prestatie Meekijkconsult.

DEEL II
Verpleging en Verzorging

5. Inleiding Verpleging en Verzorging

Deel II van deze monitor gaat in op de sector verpleging en verzorging. Allereerst wordt de transitie per 1 januari 2015 beschreven. Daarna wordt elk van de volgende thema's kort ingefeld, uitmondend in de onderzoeksvraag, waarna de bevindingen volgen.

De volgende thema's komen aan bod:

- Signalen m.b.t. de ontwikkelingen in de beheersbaarheid van de kosten;
- Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen;
- Impuls voor kwaliteit en innovatie;
- Wijkgericht werken;
- Beschikbaarheidsvoorzieningen;

De conclusies met betrekking tot de verpleging en verzorging (Deel II van deze monitor) zijn gebundeld in de Managementsamenvatting aan het begin van deze monitor.

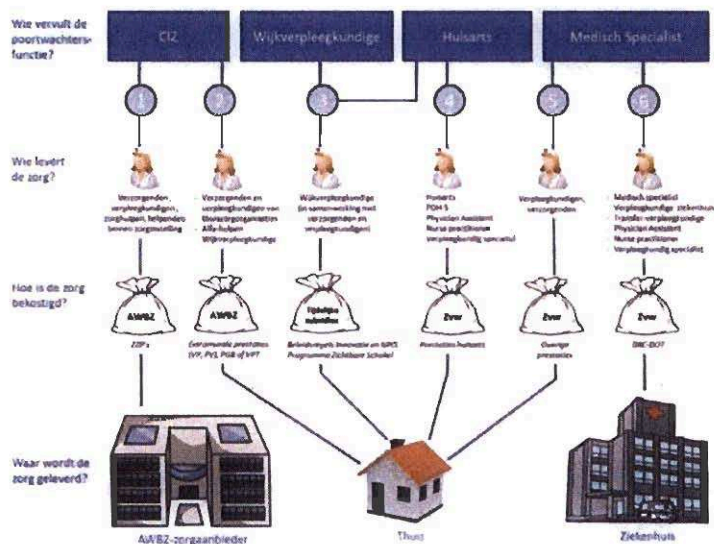
5.1 Transitie Verpleging & Verzorging

In deze paragraaf beschrijven we achtereenvolgens het (bekostigings-) model voor Verpleging en Verzorging in 2014, de transitie en het doel ervan, het (bekostigings-) model vanaf 2015 en de aandachtspunten daarbij.

5.1.1 Situatie 2014

In 2014 werd verpleegkundige zorg uit zowel de AWBZ als de Zvw bekostigd. De bekostigingsbron was daarbij afhankelijk van de indicatiesteller in combinatie met de plaats waar deze zorg werd geleverd. Met name bij zorglevering in de thuissituatie gaf dit een complexe situatie. Schematisch is de positionering en bekostiging van de verpleegkundige zorg zoals die vóór 1 januari 2015 bestond (vereenvoudigd) weergegeven in Figuur 2.

Figuur 2. Verpleegkundige zorg: model 2014 (vereenvoudigd)



5.1.2 Transitie en doel

De transitie die per 1 januari 2015 in de verpleging en verzorging heeft plaatsgevonden, richt zich op de verpleging en verzorging in de wijk (Wijkverpleging). Het doel van de transitie is meerledig, om mensen:

- zo lang mogelijk thuis – in hun eigen omgeving – te laten wonen, ondanks ouderdom of beperking;
- niet of minder snel naar het ziekenhuis te laten gaan en/of sneller naar huis te laten gaan;
- uiteindelijk minder snel een beroep te laten doen op verblijf op basis van de Wet langdurige zorg.

Het bekostigingsmodel in 2015

Vanwege het beperkte tijdspad voor de overheveling en de invoering van een nieuw bekostigingssysteem, is voor 2015 een terugvaloptie ingezet. Dit betekent dat (een deel van) de prestaties en tarieven uit 2014 voor verpleging en verzorging ook in 2015 worden gehanteerd. Het gaat daarbij om de prestaties Verpleging (VP) en Persoonlijke Verzorging (PV). Deze prestaties zijn in 2015 samen met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT) onder één aanspraak 'verpleging en verzorging' komen te vallen.¹⁸ Hierdoor wordt de zorg dicht bij de eerstelijnszorg en het sociale domein gepositioneerd.

De aanspraak verpleging en verzorging (incl. niet-toewijsbare zorg)

De nieuwe aanspraak verpleging en verzorging betreft verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, injecties en katheterisaties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. Daarnaast vormt de (wijk)verpleegkundige de schakel tussen de patiënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. Binnen de AWBZ was voor deze laatste coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. De ruimte die de wijkverpleegkundige nodig heeft om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag was door de indeling in functies en klassen in de AWBZ verdwenen. Binnen de aanspraak wijkverpleging zijn naast de (wijk)verpleegkundige ook verzorgenden en gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam.

¹⁸ MSVT valt in 2015 budgettair gezien nog onder het makro kader van de MSZ (medisch-specialistische zorg).

Ook de coördinerende, regisserende en signalerende taken van een (wijk)verpleegkundige die niet direct toewijsbaar (hierna niet toewijsbare zorg) zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt, behoren tot de aanspraak. De nieuwe aanspraak 'verpleging en verzorging' wordt omschreven als "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop". Hieronder valt de volgende zorg:

- De extramurale verpleging die in 2014 onder de AWBZ viel.
- De extramurale persoonlijke verzorging die in 2014 onder de AWBZ viel (m.u.v. PV zintuiglijke beperking, verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek).
- De taken die in 2014 werden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen onder het programma zichtbare schakel, nationaal programma ouderzorg en de beleidsregels innovatie.
- De medisch specialistische verpleging thuis (MSVT), die in 2014 al onder de Zvw viel.

Samenvattend

De transitie moet er toe leiden dat de verpleging samen met de huisartsenzorg – vanuit een sterke eerstelijns – erop is gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Om deze zorg aan huis goed te kunnen organiseren en leveren, zijn huisarts en wijkverpleegkundige naast elkaar gepositioneerd in de Zvw. Ook zijn zorgverzekeraars in de nieuwe systematiek verantwoordelijk voor de inkoop van zorg thuis tot en met opname in het ziekenhuis. Hierdoor wordt een prikkel ingebouwd die duurdere tweedelijnszorg en langdurige opnames moet voorkomen. Daarnaast is er geen knip meer tussen verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging in de AWBZ en Zvw. Tabel 4 vat de belangrijkste wijzigingen op het gebied van indicatiestelling, inkoop, bekostiging, kostenbeheersing en de bekostiging van de wijkverpleegkundige functie samen.

Tabel 4. Verpleegkundige zorg: belangrijkste wijzigingen

Wijziging in:		AWBZ 2014	Zvw 2015
Indicatiestelling	door	CIZ	Verpleegkundige
Inkoop	door	Zorgkantoor	Zorgverzekeraar
Bekostiging	middels	Budgettering	Prestatiebekostiging
Kostenbeheersing	via	Contracteerruimte	MBI
Bekostiging wijkverpleegkundige functie (S1) vanuit		Subsidies	Populatiebekostiging

Deze monitor richt zich vanzelfsprekend op de hierboven genoemde punten. Hierna wordt ingegaan op de bevindingen met betrekking tot elk van de eerder in de Inleiding genoemde thema's. De bevindingen zijn gebaseerd op ontvangen contracten (incl. eventuele bijlagen, addenda, etc.) van zorgverzekeraars, aanvullende interviews hierover en de inkoopdocumenten. Voor een uitgebreide analyse van de contractering vanuit het perspectief van aanbieders verwijzen wij naar de rapportage van adviesbureau ICSB in opdracht van Actiz.¹⁹

¹⁹ ICSB 2015. Rapportage Actiz onderzoek; Inkoop wijkverpleging 2015.

6. Bevindingen per thema

6.1 Inzichten m.b.t. de ontwikkelingen beheersbaarheid kosten

6.1.1 Inleiding

Het beschikbare financiële kader voor de nieuwe aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw is door VWS voor 2015 begroot op 3,1 miljard²⁰ waarvan 40 miljoen beschikbaar is voor de 'niet toewijsbare zorg', ook wel segment 1 taken genoemd. Binnen het kader is een taakstelling opgenomen voor persoonlijke verzorging. Naast de taakstelling is er een aantal veranderingen als gevolg van de transitie naar de Zvw, die ervoor zorgen dat extra aandacht uitgaat naar de kostenbeheersing. Zo brengt het vervallen van de Indicatiestelling door het CIZ en het productieplafond uit de contracteerruimte, in combinatie met de volumeprikkel voor zorgaanbieders, het ontbreken van (volledige) risicodragendheid van de zorgverzekeraars én een verruiming van de aanspraak wijkverpleging een risico op stijging van de kosten met zich mee.

Om de kosten te beheersen heeft VWS gekozen twee sporen te bewandelen. Aan de voorkant wordt een kostenoverschrijding geprobeerd te voorkomen door het maken van afspraken met partijen met betrekking tot kostenbeheersing. Begin 2014 zijn in het onderhandelaarsresultaat 'transitie verpleging en verzorging' afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders vastgelegd over de transitie. Daarin zijn eveneens afspraken gemaakt met betrekking tot het realiseren van de taakstelling en de kostenbeheersing: *"Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Partijen delen de intentie om de taakstelling – in de regel - te realiseren via het reduceren van het zorgvolume."*²¹ Daarnaast is als ultimatum remedium de mogelijkheid van inzet van een generiek Macrobeheersinstrument (MBI) in de beleidsregels van de NZa opgenomen. Als blijkt dat het MBI moet worden toegepast zal VWS nadere aanpassingen doen voor de beheersing van kosten in de vorm van eigen risico of eigen betaling. Daarnaast kan VWS – in het geval van een overschrijding – ervoor kiezen de tarieven te verlagen zodat herhaling van de overschrijdingen in de volgende jaren wordt voorkomen.

Veel zal afhangen van het vermogen van zorgverzekeraars om bij de inkoop van de zorg te sturen op kostenbeheersing. Dit kan o.a. door volume-, prijs- of budgetafspraken en/of afspraken rondom zorgplannen per individu of op een hoger niveau met zorgaanbieders te maken. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars de verzekerden indirect sturen naar een gecontracteerde aanbieder door in de polisvoorwaarden een maximale vergoeding op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg.

²⁰ VWS XVI. Rijksbegroting 2015.

²¹ Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging. Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ.

We hebben de volgende onderzoeksvraag gesteld:

1. Bevatten contracten voor de zorglevering, ook wel S2, duidelijke signalen met betrekking tot de ontwikkeling van de beheersbaarheid van de kosten voor verpleging?

Bij deze onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen van toepassing:

- a. In hoeverre worden door verzekeraars afspraken gemaakt over budgetten/volumes/zorgplannen en tarieven (in het kader van een beheersbare 'schadelast' in 2015)? Op welke wijze wordt de opgelegde korting voor persoonlijke verzorging in de contractafspraken geëffectueerd?*
- b. Hoe is de verhouding tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders, uitredende en nieuwe aanbieders t.o.v. 2014?*
- c. In hoeverre beperken zorgverzekeraars in hun naturapolissen de vergoeding van verpleging door niet-gecontracteerde zorgaanbieders?*
- d. Welke regeling is in de polissen opgenomen voor PGB houders?*
- e. Hoe is de zorginkoop van ZZP-ers geregeld: welke rol speelt dit in de beheersbaarheid van de kosten? Worden er veel afbouwcontracten afgesproken?*

Deze deelvragen worden achtereenvolgens in de volgende paragrafen behandeld.

6.1.2 Contractafspraken in relatie tot kostenbeheersing

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft de afspraak om de taakstelling te realiseren en het genoemde financiële kader als uitgangspunt te nemen als volgt vertaald in de landelijke inkoopgids:

"Het is de intentie om de taakstelling – in de regel – te realiseren via reductie van het zorgvolume per verzekerde in zorg. Voor bestaande aanbieders is de basis voor het budget voor 2015 gebaseerd op de realisatie inkoopafspraken 2014 tot 1 juli 2014 (basis AW319) tenzij er afwijkende afspraken gemaakt zijn met een omzetplafond en daarbij behorend prestatiecontract. Het budget voor 2015 bedraagt maximaal $t-1$. Uitzondering hierop zijn de zorgaanbieders IKZ en afspraken rondom ketenzorg dementie, of PTZ, voor hen geldt een andere basis voor inkoopafspraken."

Deelvraag a.:

In hoeverre worden door zorgverzekeraars afspraken gemaakt over budgetten/volumes/zorgplannen en tarieven (in het kader van een beheersbare 'schadelast' in 2015)? Op welke wijze wordt de opgelegde korting voor persoonlijke verzorging in de contractafspraken geëffectueerd?

Wanneer we kijken naar de contractafspraken die tussen zorgverzekeraars en aanbieders zijn gemaakt, lijkt de landelijke afspraak over de basis voor budgetafspraken 2015 door (bijna) alle zorgverzekeraars te zijn overgenomen. Over het algemeen genomen hanteren zorgverzekeraars de productie 2014 minus de taakstelling 2015 als basis voor plafondafspraken met aanbieders.

In vergelijking met de systematiek die in 2014 werd gehanteerd door zorgkantoren wordt nu door veel zorgverzekeraars in 2015 strakker gestuurd op kostenbeheersing. Waar het in 2014 bijvoorbeeld nog gebruikelijk was om het 'geld volgt klant principe' te hanteren wordt nu veelal voor een andere methodiek gekozen. Bij het 'geld volgt kant principe' wordt aan het begin van het jaar een gedeelte van het budget met de aanbieder overeengekomen. Voor die aanbieders die de

daadwerkelijke productie draaien volgt in de loop van het jaar bij deerschikking een positieve aanpassing van het budget. Er is een enkele kleine zorgverzekeraar die deze systematiek ook in 2015 nog hanteert.

De meerderheid van de zorgverzekeraars maakt voor 2015 aan het begin van het jaar afspraken over een budgetplafond en stelt deze in de loop van het jaar niet meer bij. Bij een aantal zorgverzekeraars wordt expliciet vermeld dat overproductie voor elgen rekening van de aanbieder komt.

Verzekeraars hanteren wisselende methoden om te komen tot een budgetplafond per aanbieder. Een deel van de zorgverzekeraars hanteert alleen een volumekorting en zet afspraken met betrekking tot het tarief van 2014 door voor 2015. Twee zorgverzekeraars passen een generieke korting toe op het budget per zorgaanbieder en maken daarbij dus geen verbijzondering in volume- en of tariefkorting. Eén zorgverzekeraar geeft aanbieders de keuzemogelijkheid uit zowel een volumekorting 2015 als tariefkorting 2014 óf volumekorting 2014 en volumekorting 2015. Gecontracteerde aanbieders van één kleine zorgverzekeraar kregen de mogelijkheid om uit elgen overweging een extra tariefkorting te offeren.

Een andere maatregel die door zorgverzekeraars is genomen om kosten te beheersen is het inrichten van een productiemonitor en zorgkostenmonitor waarvoor aanbieders maandelijks productiegegevens aanleveren. Bij de meerderheid van de zorgverzekeraars hebben wij geconstateerd dat aanvullend hierop de afspraak geldt dat aanbieders bij het berekenen van 70% van het budget de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte stellen.

6.1.3 Contracteergraad

Verzekeraars kunnen niet alleen invloed uitoefenen op kosten door het maken van budgetafspraken met aanbieders maar ook door bij de inkoop te sturen op de ontwikkeling van het zorgaanbod. Bijvoorbeeld door het stellen van eisen aan bestaande en/of nieuwe aanbieders kan de groei van het volume worden beperkt. Zo moeten aanbieders aan een aantal landelijk gestelde eisen voldoen om in aanmerking te komen voor een contract (zowel voor toewijsbare als niet-toewijsbare zorg). Er worden algemene toegangseisen gesteld (bijvoorbeeld inschrijving bij de Kamer van Koophandel en inschrijving toelating WTZI), daarnaast worden minimum (kwaliteits-)eisen genoemd in de inkoopgids van ZN.

Deelvraag b.:

Hoe is de verhouding tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders, uitredende en nieuwe aanbieders t.o.v. 2014?

Uit de contracten en gesprekken met zorgverzekeraars komt naar voren dat zorgverzekeraars de contractafspraken met een groot deel van de bestaande aanbieders uit 2014 hebben gecontinueerd. Een aantal zorgverzekeraars hanteert als uitgangspunt voor 2015, om voor specifieke zorgvormen als intensieve kindzorg, PTZ en ketenzorg dementie geen nieuwe aanbieders te contracteren. Een aantal zorgverzekeraars heeft ervoor gekozen om in ieder geval voor IKZ wel een aantal nieuwe aanbieders te contracteren omdat de vraag hiernaar omhoog gaat.

De meerderheid van de zorgverzekeraars heeft naast bestaande aanbieders een beperkt aantal nieuwe aanbieders gecontracteerd. De zorgverzekeraars die dit niet hebben gedaan, gaven aan dat het

bestaande aanbod voldoende dekking biedt voor de regio en nieuwe aanbieders geen meerwaarde konden bieden.

De uittredende aanbieders zijn voornamelijk aanbieders die in 2014 een combinatie van intramurale en extramurale zorg aanboden of naast een beperkt deel V&V, ook ggz en zorg voor zintuiglijk gehandicapten (ZG) leverden. Veel van deze aanbieders hebben ervoor gekozen geen extramurale verpleging en verzorging meer aan te bieden in 2015. Een beperkt aantal bestaande en nieuwe aanbieders zijn niet gecontracteerd omdat zij niet aan de gestelde toelatings-, en kwaliteitseisen konden voldoen.

Eén kleine zorgverzekeraar ondervond problemen in de contractering, doordat een aantal grote aanbieders was vergeten te offeren voor de voor hen 'secundaire' zorg (een aanbieder die vooral intramurale zorg levert die is vergeten te offeren voor extramurale zorg en vice versa). Door de betreffende zorgverzekeraar wordt geprobeerd dit alsnog in de beschikbare budgettaire ruimte op te lossen.

6.1.4 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Verzekeraars hebben de mogelijkheid om hun verzekerden te sturen naar door hen gecontracteerde aanbieders, door in hun polissen voorwaarden op te nemen voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 13 lid 1 Zvw geeft aan dat de hoogte van de vergoeding door de zorgverzekeraar zelf wordt bepaald. Op 11 juli 2014 heeft de Hoge Raad bepaald dat het feltelijke hinderpaalcriterium van toepassing is op deze vergoedingen.²² Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat deze voor verzekerden een hinderpaal oplevert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Deelvraag c.:

In hoeverre beperken zorgverzekeraars in hun naturapolissen de vergoeding van verpleging door niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

Wanneer we kijken naar de polissen liggen de vergoedingen die zorgverzekeraars hanteren voor niet-gecontracteerde verpleegkundige zorg voor de meerderheid van de natura polissen tussen de 75 en 80%. Er zijn echter twee zorgverzekeraars die beduidend lagere vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg hanteren van 65 en 50%. Er worden in totaal 4 natura polissen aangeboden (door één zorgverzekeraar) waarbij niet-gecontracteerde verpleegkundige zorg voor 50% wordt vergoed en 4 natura polissen (van één zorgverzekeraar) met een vergoeding van 65%. Deze polissen vertegenwoordigden respectievelijk circa 140.000 en 300.000 verzekerden in 2014 op een totaal van ongeveer 17 miljoen verzekerden.

Naast de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg die zorgverzekeraars in bepaalde mate in staat stelt om verzekerden naar gecontracteerd en dus gebudgetteerd aanbod te sturen is de restitutieverzekering een belangrijk onderwerp in het kader van kostenbeheersing. Verzekeraars hebben op landelijk niveau afspraken gemaakt om bij de contractering van verpleegkundige zorg binnen hun beschikbare budget in ieder geval 3% te reserveren voor vergoeding van niet gecontracteerde zorg. Er zijn in totaal 24 restitutiepolissen die ongeveer 5 miljoen verzekerden vertegenwoordigen in 2014. Voor een deel van deze restitutiepolissen wordt wel zorg gecontracteerd. Van deze restitutiepolissen zijn er 15 polissen waarvoor geen zorg gecontracteerd wordt voor ongeveer 3 miljoen verzekerden in 2014.

²² Hoge Raad 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.

De uitvraag onder zorgverzekeraars (door de NZa) aan het begin van 2015 over de omvang van het gecontracteerde aanbod en de inschatting van de omvang van niet-gecontracteerde zorg gaf op macroniveau een schatting van € 2,7 miljard gecontracteerde zorg ten opzichte van € 0,4 miljard niet-gecontracteerde zorg.

6.1.5 Kosten PGB-houders

VWS heeft dit jaar het PGB in de Zvw geïntroduceerd. Hiermee krijgen zorgverzekeraars de opdracht om een al bestaande mogelijkheid van restitutie in iedere zorgpolis aan te bieden. Keuzevrijheid voor de verzekerde met een aanspraak op verpleging en verzorging zou daarmee zowel voor verzekerden met een naturapolis, als die met een restitutiepolis wettelijk vastgelegd worden. Hoewel de grondslag voor het toekennen van een PGB verpleging en verzorging 'artikel 13a Zvw' niet in werking is getreden, zijn met betrekking tot de invoering van het PGB in de Zvw landelijke afspraken gemaakt tussen ZN, Per Saldo en VWS. Zorgverzekeraars hebben in aanvulling op hun polisvoorwaarden een PGB-reglement opgesteld waarin meer informatie is opgenomen over het PGB, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe dit door budgethouders kan worden aangevraagd en informatie over het declareren en toetsing.

Deelvraag d.:

Welke regeling is in de polissen opgenomen voor PGB houders?

In het reglement is een aantal voorwaarden opgenomen waaraan moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor een PGB. Daarnaast zijn, per zorgverzekeraar, wisselende tarieven opgenomen voor formele aanbieders van verpleging en persoonlijke verzorging en een standaardtarief van € 20 voor informele zorgverleners. Doordat door nieuwe budgethouders een budgetaanvraag ingediend wordt voordat gedeclareerd kan worden hebben zorgverzekeraars inzicht in de kosten die hiermee gemoeld zijn. Daarnaast is het voor zorgverzekeraars van belang om inzicht te verkrijgen in de reeds toegekende budgetten aan bestaande budgethouders.

6.1.6 Regelingen met ZZP-ers

In 2014 was er in de AWBZ sprake van een landelijke pilot waardoor het mogelijk werd gemaakt dat zorgkantoren ZZP-ers konden contracteren voor thuiszorg. In oktober 2014 deden circa 1.400 ZZP-ers mee aan deze pilot²³. De pilot is aan het eind van het jaar 2014 afgesloten vanwege de overheveling van verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw. Zorgverzekeraars hebben aangegeven ervoor open te staan ZZP-ers ook in de Zvw te contracteren. Daarbij stellen ze echter wel bepaalde toelatingseisen en eisen aan het kwalificatieniveau van ZZP-ers.

In 2015 is sprake van het overgangsrecht voor bestaande cliënten. Cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging en verzorging in de AWBZ hadden, worden op 1 januari 2015 door zorgverzekeraars beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor verpleging en verzorging op grond van de Zvw. Dit betekent dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015, deze zorg kunnen blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Dit geldt dus ook voor zorg van een ZZP-er.

²³ Kamerbrief ZZP'er in de zorg, 10 oktober 2014, kenmerk 676655-127319-MEVA.

Deelvraag e.:

Hoe is de zorginkoop van ZZP-ers geregeld: welke rol speelt dit in de beheersbaarheid van de kosten? Worden er veel afbouwcontracten afgesproken?

ZN heeft een standaardovereenkomst opgesteld voor zorgverzekeraars en ZZP-ers om een afronding van de pilot in 2015 te faciliteren. Het betreft een afbouwovereenkomst ten behoeve van overgangsccliënten om de continuïteit van zorg te kunnen borgen. ZZP-ers worden alleen gecontracteerd voor segment 2, voor de prestaties verpleging en persoonlijke verzorging (basis). Met ZZP-ers wordt door alle zorgverzekeraars een budgetplafond afgesproken dat blindend is.

ZZP-ers die op 31 december 2014 cliënten in zorg hebben komen in aanmerking voor een overeenkomst voor verpleging wanneer zij voldoen aan de eisen zoals gesteld in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Wanneer zij niet voldoen aan de gestelde eisen dienen zij hun cliënten over te dragen aan reguliere zorgaanbieders. Na het sluiten van de overeenkomst wordt met de zorgaanbieder de productieafpraak gemaakt. De meerderheid van de zorgverzekeraars hanteert het zogenaamde afbouwscenario waarbij ZZP-ers alleen worden gecontracteerd voor de zorg aan de verzekerden die aanspraak maken op het overgangsrecht. Een variatie op het afbouwscenario die door één kleine zorgverzekeraar wordt toegepast is de beperking van het aannemen van nieuwe patiënten (tot enige maand in het jaar). Door zorgverzekeraars genoemde redenen om ZZP-ers geen standaardcontract voor heel 2015 aan te bieden zijn o.a. de verwachting dat ZZP-ers niet de vereiste continuïteit van zorg kunnen bieden, onzekerheid over het opleggen van werkgeverslasten bij de zorgverzekeraar door de belastingdienst en een risico in verband met de kostenbeheersing en toepassing van het macro-beheersinstrument (MBI).

Een groot deel van de zorgverzekeraars neemt geen nieuwe ZZP-ers aan. Twee grote zorgverzekeraars hebben daarentegen naast het afsluiten van een standaardcontract voor heel 2015 met in 2014 reeds gecontracteerde ZZP-ers, ook nieuwe ZZP-ers gecontracteerd (mits zij voldeden aan de gestelde voorwaarden). Er was één kleine zorgverzekeraar die geen contracten heeft gesloten met ZZP-ers omdat de geboden kwaliteit onvoldoende zou zijn om te contracteren.

6.2 Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen

6.2.1 Inleiding

In de AWBZ zijn diverse zorgaanbieders van start gegaan met zogenaamde 'experimenten regelarme instellingen' (ERAI). Met de transitie van verpleging en verzorging is aan de betreffende aanbieders de mogelijkheid geboden om de reeds lopende experimenten tijdelijk door te zetten in de Zvw. Naast de ERAI zijn er diverse bijzondere zorgvormen waarover partijen landelijk specifieke afspraken hebben gemaakt voor het transitiejaar. Deze zorgvormen zijn ketenzorg dementie, intensieve kindzorg (IKZ) en palliatief terminale zorg (PTZ).

In deze monitor hebben wij gekeken naar de afspraken die er zijn gemaakt ten behoeve van de experimenten en welke afspraken

zorgverzekeraars en aanbieders hebben gemaakt met betrekking tot de bijzondere zorgvormen.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

3. In hoeverre kiezen zorgverzekeraars er voor om lopende afspraken of uitgangspunten uit 2014 voort te zetten in 2015?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. Is het contract met experimenterende instellingen in het kader van ERAI wezenlijk anders dan dat met andere aanbieders, en in hoeverre biedt de regeling de mogelijkheid het experiment in de Zvw voort te zetten?
- b. Is het contract met aanbieders van ketenzorg dementie, intensieve kindzorg of palliatief terminale zorg anders dan voor andere aanbieders? Op welke punten verschilt dit?

6.2.2 Voortzetting experimenten regelarme instellingen (ERAI)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2012 AWBZ-zorgaanbieders opgeroepen om zich te melden met plannen om minder tijd aan regels te besteden en meer aan 'handen aan het bed'²⁴. Naar aanleiding daarvan is in 2013 het experiment regelarme instellingen (ERAI) van start gegaan. Aan de experimenten in de AWBZ nam ook een aantal zorgaanbieders van verpleegkundige zorg deel. De experimenten hadden betrekking op thema's als indiceren, kwaliteit, registratie en bekostiging.

Voor het transitiejaar 2015, is de beleidsregel ERAI voor de Zvw opgesteld zodat experimenten die al in 2013 of 2014 in de AWBZ zijn gestart, gecontinueerd kunnen worden in 2015. Vanuit dit perspectief analyseren we in deze monitor of experimenten inderdaad worden voortgezet. Hierop is de volgende deelvraag van toepassing:

Deelvraag a.:

Is het contract met experimenterende instellingen in het kader van ERAI wezenlijk anders dan dat met andere aanbieders, en in hoeverre biedt de regeling de mogelijkheid het experiment in de Zvw voort te zetten?

Afspraken 2014

In 2014 zijn er in de AWBZ 19 afspraken gemaakt omtrent ERAI. Hierbij ging het om 8 verschillende zorgaanbieders. Hiermee was een totaalbedrag gemoed van ongeveer € 28 miljoen.²⁵

Voor een aantal experimenten geldt dat deze in de Zvw niet langer van toepassing zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval voor experimenten die betrekking hebben op de indicering, eigen bijdrage en inkoop door zorgkantoren. Een beperkt deel van de experimenten heeft betrekking op bekostiging zoals het samenvoegen van prestaties tot één tarief of het hanteren van één weektarief, waarvan voortzetting in de Zvw voor betreffende aanbieders mogelijk interessant kan zijn.

Afspraken 2015

Van de lopende experimenten in de AWBZ waren 8 experimenten relevant om in 2015 in de Zvw voort te zetten. Met de beleidsregel ERAI in de Zvw is het voor aanbieders en verzekeraars mogelijk gemaakt om hiervoor een experiment-overeenkomst in te dienen. Er is uiteindelijk

²⁴ Kamerbrief Experiment regelarme instellingen, 23 december 2011, DLZ/KZ-U-3096778.

²⁵ Bron: NZa, peildatum 25 november 2014.

door één aanbieder van verpleging en verzorging een contract gesloten en een experiment-overeenkomst ingediend waarmee het lopende experiment doorgezet wordt in de Zvw. Een deel van de aanbieders is uit eigen overweging gestopt met het experiment en een aantal aanbieders zijn na onderhandeling met zorgverzekeraars gestopt en overgestapt op de reguliere prestaties verpleging en verzorging. Reden hiervoor zou de wens van zorgverzekeraars zijn om meer inzicht te verkrijgen in de geleverde prestaties en een gelijk speelveld te creëren voor aanbieders.

6.2.3 Bijzondere zorgvormen

De continuïteit van de zorglevering van bijzondere zorgvormen als ketenzorg dementie, intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg behoeft tijdens het transitiejaar 2015 extra aandacht. Om de zorglevering te waarborgen zijn voorafgaand aan de transitie landelijk afspraken gemaakt over specifieke regelingen. In de monitor worden de gemaakte afspraken hierover belicht. In deze monitor staat de volgende deelvraag hierover centraal:

Deelvraag b.:

Is het contract met aanbieders van ketenzorg dementie, intensieve kindzorg of palliatief terminale zorg anders dan voor andere aanbieders? Op welke punten verschilt dit?

Ketenzorg dementie

Ketenzorg dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Bij ketenzorg dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de zorg²⁶. In de AWBZ is vanaf 2009 de beleidsregel ketenzorg dementie van kracht. Met de beleidsregel werd binnen de AWBZ geëxperimenteerd om regionaal te komen tot samenwerkingsverbanden die tegemoet komen aan de zorgbehoefte van dementerenden en hun (informele) zorgverleners. In 2014 waren er 81 zorgaanbieders die budgetafspraken voor ketenzorg dementie maakten. Het totaal bedrag geoordeelde middelen voor ketenzorg dementie in 2014 was ongeveer €15 miljoen²⁷.

Afspraken 2015

Ketenzorg dementie valt vanaf 2015 voor een groot deel onder de nieuwe aanspraak verpleging en verzorging en dus onder de Zvw en niet langer onder de AWBZ/Wlz. Voorafgaand aan het transitiejaar hebben zorgverzekeraars en aanbieders landelijk de afspraak gemaakt om de bestaande afspraken met betrekking tot ketenzorg dementie in stand te houden. In het budgettaire kader voor de aanspraak verpleging en verzorging is de inkoop van ketenzorg dementie dan ook meegenomen.

Op basis van de contracten, aanvullende vragen hierover aan zorgverzekeraars, het inkoopbeleid en de aanvragen voor de beleidsregel ketenzorg dementie blijkt dat voor de voortzetting van ketenzorg dementie zorgverzekeraars gebruik gemaakt hebben van diverse regelingen, waaronder

- Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw
- Beleidsregel verpleging en verzorging
- Overig

²⁶ Zie voor een verdere invulling van de definitie hiervoor de Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw, kenmerk BR/CU-7125.

²⁷ Bron: NZa, peildatum 16 december 2014.

Hieronder wordt kort op de regelingen ingegaan. Voor een uitgebreidere analyse van de inkoop voor ketenzorg dementie verwijzen wij naar de rapportage van Nivel die in opdracht van VWS is uitgevoerd.²⁸

Beleidsregel ketenzorg dementie Zvw

Voortzetting van bestaande netwerkstructuren wordt gefaciliteerd middels de beleidsregel ketenzorg dementie Zvw. Partijen die in de AWBZ hiermee experimenteerden kunnen ook tijdens het transitiejaar in de Zvw afspraken maken. Partijen zijn vrij om hiervoor een prestatie-eenheid overeen te komen en een tarief. De meest voorkomende afspraak is een lumpsum bedrag. Ook zijn er eenheden met een tarief afgesproken. Maar hierbij wordt altijd aanvullend een totaal gemaximeerd bedrag afgesproken. Dit bedrag is een totaalbedrag voor de voortzetting van de keten tot uiterlijk 1 januari 2016.

Voor 2015 zijn voor 70 experiment-overeenkomsten beschikkingen afgegeven. Het totaal bedrag hiervoor is ongeveer €6 miljoen.²⁹ De 70 experiment-overeenkomsten staan gelijk aan de voortzetting van 42 verschillende netwerkstructuren voor ketenzorg dementie. In de meeste gevallen is er een overeenkomst gesloten met een hoofdaannemer die het budget beheert en zorg draagt voor de verspreiding hiervan onder de andere aangesloten ketenpartijen. Bij 4 netwerkketens dementie is er voor gekozen om met iedere afzonderlijke ketenpartij een overeenkomst te sluiten en niet te werken met hoofd-aannemerschap.

Prestaties in de Beleidsregel verpleging en verzorging

Niet alle ketens zijn via de beleidsregel ketenzorg dementie ingekocht. Zo geeft één grote zorgverzekeraar aan de keuze te laten aan de aanbieders of hiervoor de beleidsregel ketenzorg dementie in wordt gezet of dat hiervoor de reguliere prestaties verpleging en verzorging worden gecontracteerd. Een reden voor de aanbieder om wel of niet gebruik te maken van de Beleidsregel ketenzorg dementie is de overweging om het budget hiervoor wel of niet te oormerken. Aan de ene kant zorgt de individuele beschikking die wordt afgegeven voor de beleidsregel ketenzorg dementie ervoor dat gelden worden geoormerkt. Dit kan zowel voor de aanbieder als voor de zorgverzekeraar een overweging zijn om voor de bekostiging van de ketens voor deze optie te kiezen. Aan de andere kant wordt er ook geopteerd voor het overeenkomen van een totaal budget die vervolgens via de prestaties verpleging en verzorging gevuld kan worden. Bij de laatste optie oormerkt de zorgaanbieder het geld zelf.

Voor de bekostiging van casemanagement dementie zijn de reguliere prestaties verpleging en verzorging ingezet. Bij minimaal twee zorgverzekeraars zien we dat de prestatie advies, instructie en voorlichting (AIV) hiervoor is gecontracteerd. Door minimaal één grote zorgverzekeraar wordt hierbij als extra voorwaarde voor contractering hiervan gesteld dat de zorgaanbieders ook in 2014 de prestatie AIV leverden. Eén zorgverzekeraar zet voor casemanagement dementie de prestatie gespecialiseerde verpleging in.

Niet iedere zorgverzekeraar heeft afspraken gemaakt over welke concrete prestaties gedeclareerd moeten worden voor casemanagement dementie. Eén grote zorgverzekeraar heeft in ieder geval de afspraak dat de zorgaanbieder vrij is om binnen het afgesproken budget casemanagement dementie te declareren onder elk van de prestaties in de beleidsregel verpleging en verzorging.

²⁸ Nivel 2015. Ketenzorg en casemanagement bij dementie, ketenregisseurs over Inkoop, uitvoering en borging in 2015.

²⁹ Bron: NZa, peildatum 1 april 2015.

Overig

Eén kleine zorgverzekeraar belegt de waarborg van de ketens bij een regionale ondersteuningsstructuur³⁰ (ROS) zonder extra financiering. Bij één andere kleine zorgverzekeraar zien we dat gebruik wordt gemaakt van de beleidsregel Innovatie om ketenzorg dementie te financieren.

– Intensieve kindzorg (IKZ)

Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan lichamelijk ernstig zieke kinderen tot 18 jaar. Deze zorg wordt geleverd door drie verschillende type zorgaanbieders. Het gaat hier om (kinder)thuiszorg instellingen, kinderspices en verpleegkundig kinderdagverblijven. Vanaf 2009 heeft het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een regeling ingesteld om de bekostiging van intensieve kindzorg in de AWBZ te garanderen, zolang hiervoor geen grondslag voor vergoeding in de Zorgverzekeringswet was. Met de overheveling van verpleging en verzorging inclusief intensieve kindzorg per 1 januari 2015 naar de Zorgverzekeringswet is deze regeling in de AWBZ beëindigd.

– Regeling IKZ 2015

Dankzij de regeling in de AWBZ was het voor verpleegkundig kinderdagverblijven en kinderspices die intensieve kindzorg leverden mogelijk om het integrale pakket aan zorg dat zij leveren vergoed te krijgen door de zorgkantoren. De bekostiging van intensieve kindzorg in de Zorgverzekeringswet moet dit ook mogelijk maken voor zover het gaat om zorg vallend onder de aanspraak in de Zorgverzekeringswet. Na afstemming met partijen is besloten in 2015 de regeling voor intensieve kindzorg zoals deze in de AWBZ gold over te nemen in de Zvw. Dit betekent dat een aanbieder voor verblijf of dagopvang van intensieve kindzorg, naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging en verzorging, ook andere kosten in het kader van intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraak in de Zvw in rekening mag brengen met de prestaties verpleging en verzorging. Hierbij moet gedacht worden aan kosten in het kader van vervoer, pedagogische ondersteuning en verblijf.

Concreet houdt dit in dat partijen afspraken maken over welke prestaties vanuit de beleidsregel verpleging en verzorging zij in rekening brengen ter dekking van de gemaakte kosten bij het leveren van intensieve kindzorg.

– Palliatief terminale zorg (PTZ)

In de laatste fase van hun leven kunnen mensen met een levensbedreigende ziekte een beroep doen op palliatief terminale zorg (PTZ). Deze verzekerden verblijven niet (meer) in een ziekenhuissetting en krijgen geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. Ze hebben wel baat bij intensieve palliatieve zorg die vooral gericht is op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

Voor de declaratie van PTZ vallend onder de aanspraak verpleging en verzorging maken partijen in 2015 afspraken op welke wijze de prestaties voor verpleging en verzorging gedeclareerd kunnen worden.

– Afspraken 2015 IKZ en PTZ

Alle zorgverzekeraars hebben voor IKZ en PTZ dezelfde zorgaanbieders gecontracteerd als in 2014. Bij minimaal twee zorgverzekeraars hebben we gezien dat zowel IKZ als PTZ via onderaannemerschap wordt

³⁰ Regionale Ondersteuningsstructuren adviseren en begeleiden de eerstelijns en betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijk. Loketgezondleven.nl Bilthoven: RIVM, <http://www.loketgezondleven.nl> versie 2.30, 9 april 2015.

geleverd. De gecontracteerde zorgaanbieders besteden die zorg in het kader van IKZ danwel PTZ uit aan andere zorgaanbieders. In dat geval is het voor de zorgverzekeraar niet inzichtelijk wie de zorg daadwerkelijk levert.

Zorgverzekeraars hanteren standaardcontracten. Deze zijn ook van toepassing voor aanbieders van IKZ en PTZ. Daarnaast worden aanvullende afspraken gemaakt met betrekking tot IKZ en PTZ, al dan niet opgenomen in een apart contract, bijlage, addendum of format. In het aanvullende document zijn specifieke afspraken overeengekomen. Deze afspraken zijn divers van aard. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om extra scholingseisen die de zorgverzekeraar als voorwaarde stelt om IKZ of PTZ te leveren. Hierbij moet men denken aan de voorwaarde dat IKZ alleen geleverd mag worden door kinderverpleegkundigen niveau 4 of 5. Daarnaast worden er eisen gesteld aan de levering van IKZ zoals de inrichting van een cliëntenraad/ouderraad of het beschikken over een pedagogisch plan en specifieke zorgprogramma's. Ook wordt er vastgelegd welke declaratie-eenheid wordt gebruikt. Bij minimaal twee zorgverzekeraars zijn we tegengekomen dat de, bij PTZ behorende, begeleiding gedeclareerd moet worden onder de prestatie persoonlijke verzorging.

– Nieuwe zorgaanbieders IKZ en PTZ

Zoals eerder al vermeld hanteerde een aantal zorgverzekeraars het uitgangspunt om de afspraken met bestaande aanbieders te continueren en geen nieuwe aanbieders voor IKZ en PTZ te contracteren. Een aantal zorgverzekeraars heeft er juist voor gekozen om in ieder geval voor IKZ wel een aantal nieuwe aanbieders te contracteren omdat de vraag hiernaar omhoog gaat in hun inkoop regio. Bij in ieder geval twee zorgverzekeraars moesten zorgaanbieders dan aantonen dat zij aan de gestelde voorwaarden/toelatingseisen voldeden. Als aanbieders niet aan alle voorwaarden voldeden dan werd er geen contract aangeboden.

6.3 Impuls voor kwaliteit en innovatie

In het onderhandelaarsresultaat 'transitie verpleging en verzorging'³¹ hebben veldpartijen landelijke afspraken gemaakt over kwaliteit, kwaliteitsmeting en de ontwikkeling van richtlijnen om dit een impuls te geven. In deze monitor hebben we gekeken óf en op welke wijze de voornemens met betrekking tot kwaliteit vertaald zijn in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars door een antwoord te geven op de volgende vraag:

3. In hoeverre krijgen kwaliteit en innovatie een impuls in 2015 via (contract)afspraken?

Met de deelvragen:

- a. Welke eisen (bijv. instap eisen en/of inspanningsverplichtingen) worden in de contracten met betrekking tot kwaliteit gesteld?*
- b. Bevatten de contracten of andere inkoopdocumenten van 2015 concrete afspraken (SMART) over kwaliteit / innovatie?*
- c. Worden er afspraken gemaakt over e-Health? Zo ja, welke?*
- d. Op welke wijze zijn afspraken over beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg vorm gegeven in de contracten?*

³¹ Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging. Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ.

6.3.1 Kwaliteitseisen (instap-eisen)

In de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 van ZN worden toelatingseisen en minimumeisen gesteld voor aanbieders om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor het leveren van verpleging en verzorging in de Zvw. Nieuwe zorgaanbieders moeten aanvullende Informatie indienen bij de aanvraag voor een contract. Doordat de wijkverpleging in 2015 in representatie wordt ingekocht, volgen de andere zorgverzekeraars deze eisen. Individuele zorgverzekeraars kunnen hiernaast nog differentiatie-eisen stellen. Er is dus ruimte voor verschillen tussen zorgverzekeraars.

Deelvraag a.:

Welke eisen (bijv. instap eisen en/of inspanningsverplichtingen) worden in de contracten met betrekking tot kwaliteit gesteld?

Alle zorgverzekeraars volgen de toelatings- en minimumeisen die zijn opgenomen in de inkoopgids van ZN. Er zijn drie kwaliteitsaspecten door ZN nader uitgewerkt, te weten de indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5, het zorgplan en de kwaliteitsbeoordeling. Een aantal zorgverzekeraars heeft daarnaast nog aanvullende (differentiatie) eisen gesteld in het inkoopbeleid. Meestal zijn dit de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar in 2014 ook al hanteerden. Deze differentiatie eisen worden ingezet voor diverse doeleinden. Soms moet een aanbieder aan deze differentiatie eisen voldoen om in aanmerking te komen voor een contract, soms voor tariefdifferentiatie en soms voor het leveren van specialisaties zoals Intensieve Kindzorg (IKZ), Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Ketenzorg Dementie.

Aanvullende eisen die bijvoorbeeld gesteld worden zijn (niet limitatief):

- Cliënttevredenheidsonderzoek (+ publiceren daarvan)
- Zelfevaluatie
- Inzet Cliëntenraad
- Mantelzorgbeleid
- Wachttijden
- Medicatiecheck
- Valpreventie
- Eisen aan samenstelling van teams
- Maximaal aantal zorgverleners voor één patiënt
- Organiseren informatie bijeenkomsten voor cliënten
- Opleidingseisen verpleegkundige die specialisaties uitvoeren

De drie kwaliteitsaspecten die ZN heeft uitgewerkt, worden veelal opgevolgd. Wat betreft het kwaliteitsaspect indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5, wijken twee zorgverzekeraars (gedeeltelijk) af.

Indicering wijkverpleegkundige

Bijna alle zorgverzekeraars hanteren de eis dat de indicatiestelling door een wijkverpleegkundige niveau 5 wordt gedaan. Twee zorgverzekeraars staan ook toe dat een niveau 4 wijkverpleegkundige indiceert. Zij geven aan schaarste voor indicering door alleen niveau 5 verpleegkundigen te willen voorkomen en dat een niveau 4 verpleegkundige met de juiste competenties in hun optiek ook in staat zou moeten zijn om een goede indicatiestelling af te geven. Voor het indiceren moet de wijkverpleegkundige altijd het normenkader van Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN) hanteren.

Scholing en vaardigheden

Op het gebied van scholingseisen, worden over het algemeen de landelijke afspraken gevolgd zonder daar aanvullende eisen aan te stellen. Eén zorgverzekeraar noemt expliciet in het inkoopbeleid dat de

zorgaanbieder de scholingsprogramma's en de registratie in het kwaliteitsregister van V&VN moet stimuleren. Zij eisen dat minimaal 50% van het vaste personeel (niveau 3,4,5) van de aanbieder in dit kwaliteitsregister staat en aan de herregistratie eisen voldoet. Indien er niet aan deze eis kan worden voldaan, dan moet 75% van het personeel intern geaccrediteerd worden.

Wachttijden

In het landelijke Inkoopbeleid van ZN is een maximale wachttijd tot zorglevering van 6 weken opgenomen. Een aantal zorgverzekeraars heeft een kortere wachttijd opgenomen in het inkoopbeleid (minimum 2 weken).

6.3.2 Afspraken kwaliteit en innovatie

Om een beeld te krijgen van de concrete vertaling van de landelijke afspraken over kwaliteit en innovatie in het Inkoopbeleid van zorgverzekeraars zijn de contracten en inkoopdocumenten geanalyseerd aan de hand van de volgende deelvraag:

Deelvraag b.:

Bevatten de contracten of andere inkoopdocumenten van 2015 concrete afspraken (SMART) over kwaliteit/innovatie?

We zien dat in de ontvangen contracten van zorgverzekeraars weinig concrete afspraken zijn opgenomen over kwaliteit en innovatie. Een aantal zorgverzekeraars maakt in het aanbieder gebonden deel van het contract wel specifieke verbeterafspraken die per aanbieder kunnen verschillen, dit kan bijvoorbeeld gaan over een verbetering van de productmix.

In de inkoopdocumenten van zorgverzekeraars, aanvullend op de gestelde kwaliteitseisen uit de Inkoopgids van ZN, worden daarnaast aanvullende eisen gesteld aan aanbieders om in aanmerking te komen voor een contract. De kwaliteitseisen worden dan bijvoorbeeld meegenomen als instap eis voor een contract of voor een hoger tarief. Als aanvullende eisen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het publiceren van een klanttevredenheidsonderzoek, uitvoeren van een zelfevaluatie, het invoeren van mantelzorgbeleid en publicatie van wachttijden op de website.

Voor innovatie worden vaak geen expliciete afspraken gemaakt. De meeste zorgverzekeraars geven zorgaanbieders de vrijheid om binnen het bestaande budget innovaties in te zetten. Er is dan een totaal budget afgesproken zonder dat daar een prestatiemix van persoonlijke verzorging, verpleging en eventueel AIV aan ten grondslag ligt. Andere zorgverzekeraars geven aan dat zij liever een aparte prestatie voor e-health of beeldschermcommunicatie en tele-farmacie zouden hebben zodat het beter inzichtelijk is welke aanbieder er wanneer innovatieve middelen inzet en welke kosten daar dus bij horen.

In het onderhandelaarsresultaat zijn afspraken gemaakt over de ontwikkeling van richtlijnen. Voor het ontwikkelen van richtlijnen hebben zorgverzekeraars geen afspraken gemaakt met individuele aanbieders. Zij zijn wel betrokken bij de ontwikkeling hiervan op landelijk niveau. Zorgverzekeraars geven aan dat de ontwikkeling van richtlijnen vooral bij de beroepsgroep zelf moet liggen. De zorgverzekeraar wil niet op de stoel van de professional gaan zitten.

6.3.3 E-health

Zoals eerder al genoemd gelden landelijk minimumeisen waaraan aanbieders moeten voldoen om gecontracteerd te worden, één daarvan betreft het gebruik van alternatieve oplossingen zoals e-health, en domotica voor zover deze alternatieve oplossingen doelmatiger zijn dan de reguliere zorg. Om die reden is het interessant om na te gaan welke afspraken aanbieders en zorgverzekeraars hierover hebben gemaakt.

Deelvraag c.:

Worden er afspraken gemaakt over e-Health? Zo ja, welke?

Een aantal zorgverzekeraars geeft veel ruimte voor inzet van e-health toepassingen, doordat dit op de reguliere prestaties (VP en PV) gedeclareerd mag worden. Op deze manier wordt de zorgaanbieder in staat gesteld om e-health te leveren.

Andere zorgverzekeraars spreken, binnen het budget, wel een prestatiemix af en hebben er meer moeite mee als e-health hieronder wordt geleverd. Zij hadden liever een aparte prestatie e-health gehad om hier meer inzicht in te krijgen.

De, in 2014 of eerder, gemaakte afspraken met zorgkantoren over e-health zijn (meestal) overgenomen door de zorgverzekeraar. Deze afspraken staan volgens betreffende zorgverzekeraars niet opgenomen in de contracten omdat het voor beide partijen 'vanzelfsprekend' is dat de afspraken worden doorgezet. Het gaat vaak om een bepaalde manier van zorg leveren (bijv. gebruik van planningstools of beeldschermcommunicatie), dat is volgens zorgverzekeraars inmiddels reguliere praktijkvoering geworden.

Eén zorgverzekeraar noemt expliciet een website ter ondersteuning van mantelzorgers en stimuleert dat zorgaanbieders zich voor de website aanmelden.

Een aantal zorgverzekeraars contracteert alleen nieuwe aanbieders als deze iets kunnen toevoegen aan het bestaande zorgaanbod of als er te weinig zorg is ingekocht. De toevoeging aan het bestaande aanbod, heeft ook regelmatig met zorgvernieuwing of e-health te maken.

6.3.4 Afspraken beeldschermcommunicatie en telezorg

Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg. Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Bijvoorbeeld een dispenser die via een internetportaal is aangesloten op een centrale computer reikt op het juiste moment de medicatie aan en opent automatisch de verpakking voor de patiënt. De zorgaanbieder krijgt een signaal als de medicatie niet uit de dispenser wordt genomen. Op dat moment kan alsnog hulp worden verleend door de patiënt te bellen of te bezoeken.

Om inzicht te krijgen in de manier waarop beeldschermcommunicatie en/of tele gecontracteerd is, is de volgende deelvraag van toepassing:

Deelvraag d.:

Op welke wijze zijn afspraken over beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg vorm gegeven in de contracten?

Regeling 2015

Voor beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg geldt voor het jaar 2015 dat afspraken gemaakt kunnen worden om de geleverde zorg te declareren met de reguliere prestaties verpleging en verzorging.

Afspraken uit het jaar 2014 omtrent beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg zijn door zorgverzekeraars gecontinueerd voor 2015. Echter, in het overgrote deel van de gevallen zijn er geen aanvullende afspraken gemaakt over de inzet en declaratie van beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg. Aan de ene kant komt dit doordat er in de praktijk niet altijd veel vraag blijkt te zijn naar deze vormen van zorglevering. Aan de andere kant, als blijkt dat zorgaanbieders hier wel afspraken met zorgverzekeraars over willen maken dan is er bij de zorgverzekeraar behoefte aan inzicht en monitoring. Voor het declareren van deze zorglevering wordt door minimaal één kleine zorgverzekeraar extra registratie eisen opgelegd. Zorgaanbieders moeten registreren aan hoeveel patiënten zij deze zorg hebben geleverd en hoeveel uur beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg ingezet is.

Bij minimaal één grote zorgverzekeraar is geconstateerd dat er een omzetplafond met zorgaanbieders wordt afgesproken wat met de reguliere prestaties gevuld kan worden, waaronder beeldschermcommunicatie en/of farmaceutische telezorg.

Door verschillende zorgverzekeraars is aangegeven dat het oormerken van beeldschermcommunicatie en/of telezorg, bijvoorbeeld middels een concrete prestatie, hen het gewenste inzicht geeft in hoeveel uur ingezet wordt en aan wie deze zorg wordt geleverd.

6.4 Wijkgericht werken

Met de prestatie 'wijkgericht werken' worden taken bekostigd die niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. De activiteiten zijn te kenschetsen als het verbinden van het medische en sociale domein waarbij signaleren, regisseren en coördineren de kern vormen.³² Het omvat preventieve taken, samenwerking met sociale wijkteams en het opsporen van een zorgvraag of individuele gezondheidsrisico's. De wijkverpleegkundige bekijkt bijvoorbeeld ook welke zorgverlening passend is: Wmo, Wlz, Jeugdwet of Zvw zorg; zorgpakketten of individuele verpleegkundige zorgverlening. De verpleegkundige adviseert wel primair vanuit een verpleegkundige achtergrond, niet vanuit het sociale domein.³³

Vanaf 1 januari 2015 wordt het wijkgericht werken ingekocht door zorgverzekeraars. Het macrobudget voor de niet-toewijsbare zorg is in 2015 vastgesteld op 40 miljoen euro.

In deze monitor bekijken we óf en hoe zorgverzekeraars hun stempel drukken op de inkoop van deze taken. Daarnaast hebben we gekeken hoe zorgverzekeraars het beschikbare budget inzetten. Voor een uitgebreide analyse van de inkoop van S1 oftewel wijkgericht werken verwijzen wij naar de rapportage van adviesbureau AEF welke begin dit jaar is uitgevoerd in opdracht van VWS.³⁴

³² Beleidsregel Verpleging en verzorging, kenmerk BR/CU-7123.

³³ Advies Bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet, Op weg naar integrale zorgbekostiging met resultaatbeloning, februari 2015.

³⁴ Andersson Effers Felix 2015. Verbinding wijkverpleging en sociaal domein; afspraken over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

4. Hoe en bij wie kopen zorgverzekeraars in 2015 de nieuwe prestatie rondom wijkgericht werken in?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. Op basis van welke eisen/criteria contracteren zorgverzekeraars in 2015 aanbieders voor wijkgericht werken?
- b. In hoeverre wordt de samenwerking met huisarts en/of gemeente gestimuleerd en opgezocht? En zo ja, hoe?
- c. Welke aanvullende eisen (bijvoorbeeld wat betreft verantwoording of registratie) worden gesteld aan de levering van zorg in S1 (=wijkgericht werken)?
- d. Contracteren zorgverzekeraars ook 'nieuwe' aanbieders in bepaalde regio's/wijken?
- e. Hoeveel wijken of regio's zijn er en hoeveel aanbieders per wijk/regio?
- f. Welk deel van de gecontracteerde aanbieders voor zorg in segment 2 wordt ook gecontracteerd voor zorg in segment 1 (wijkgericht werken)?
- g. In hoeverre hebben de afspraken van zorgverzekeraars met aanbieders van wijkgericht werken de vorm van een budget of een tarief per verzekerde. Hoe vaak komen andere vormen (tarief per patiënt of tijdseenheid) nog voor?

6.4.1 Gehanteerde eisen en criteria door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars moesten voor 2015 zorgaanbieders contracteren voor de prestatie wijkgericht werken. Om inzicht te krijgen in hoe de selectie van aanbieders van deze zorg is gegaan, hebben we de volgende deelvraag gesteld:

Deelvraag a.:

Op basis van welke eisen/criteria contracteren zorgverzekeraars in 2015 aanbieders voor wijkgericht werken?

Zorgverzekeraars hanteren de algemeen gestelde eisen die zijn opgenomen in het Zorginkoop document Wijkverpleging 2015 van ZN³⁵. Deze eisen zijn opgebouwd uit verschillende stappen. Een aanbieder moet eerst voldoen aan de toegangseisen. Het gaat hierbij om het hebben van een toelating WTZi en een (recente) inschrijving bij de Kamer van Koophandel.

Als de zorgaanbieder voldoet aan de toegangseisen, gelden de minimumeisen. Dit zijn door ZN opgestelde kwaliteitseisen. Hierin is onder andere opgenomen:

- De aanbieder heeft draagvlak voor het werken in wijkteams
- Er gewerkt moet worden volgens de beroepsstandaarden/protocollen
- De zorgaanbieder heeft zich aan het gestelde budget conformeert
- De zorgaanbieder niveau 5 verpleegkundige in dienst
- De wijkverpleegkundige opereert los van de moeder organisatie (onafhankelijk)
- Er wordt onafhankelijk en ongeveer na rato van de productafspraken verwezen naar verschillende zorgaanbieders in de regio
- Het normenkader van V&VN wordt gehanteerd
- De wijkverpleegkundige werkt volgens het principe ontzorgen/eigen kracht/ informele zorg inzetten/ regie bij de patiënt
- De aanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociale domein.

³⁵ Inkoopgids Wijkverpleging 2015, juni 2014, ZN.

De algemene eisen die gesteld worden voor de toewijsbare zorg, worden ook gesteld aan de aanbieders die niet-toewijsbare zorg leveren.

De laatste stap zijn de differentiatie eisen, deze worden door de individuele zorgverzekeraars opgesteld.

Hieronder een korte samenvatting van de meest voorkomende aanvullende eisen voor de niet-toewijsbare zorg.

Onafhankelijkheid wijkverpleging

Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft expliciet in het inkoopbeleid, het contract of addenda bij het contract opgenomen dat de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare zorg levert, onafhankelijk van de moederorganisatie moet kunnen handelen (white label). Bovendien moet zij in gelijke mate doorverwijzen naar de zorgaanbieders in de regio. Zorgverzekeraars hebben over deze onafhankelijkheid verschillende afspraken gemaakt. Soms moet de wijkverpleegkundige verwijzen conform marktaandeel, soms alleen conform wens van de patiënt.

Medisch domein

De wijkverpleegkundige moet handelen vanuit het medisch domein. Zij moet geen taken overnemen vanuit het sociale domein.

Kennis, ervaring en bestaande netwerken

Van veel zorgverzekeraars mag een aanbieder alleen niet-toewijsbare zorg leveren als zij al ervaring heeft (zoals bijv. met de zichtbare schakel) of indien zij beschikt over netwerkstructuren. De wijkverpleegkundige moet zich bewust zijn van haar rol. En zij moet de rol van de andere functionarissen ook goed kennen, zoals de functionarissen in het sociale domein en de huisarts. Veel zorgverzekeraars hebben bij de Inkoop de voorkeur gegeven aan projecten die al liepen via zichtbare schakels, ERAI of proeftuinen. Dit is in sommige gevallen expliciet opgenomen in het inkoopbeleid, bij andere niet.

Business case – plan van aanpak

Een aantal zorgverzekeraars vraagt een plan van aanpak of een business case bij de offerte. Ook kan het zijn dat de afspraken die aan de hand van de focuslijst³⁶ gemaakt zijn inzichtelijk gemaakt moeten worden. Bij één zorgverzekeraar moet de aanvrager de huidige situatie omschrijven en vervolgens de gewenste situatie.

Informatievoorziening

Eén zorgverzekeraar heeft expliciet in de eisen opgenomen dat er een plan ingediend moet worden over hoe de informatievoorziening gaat lopen tussen verschillende functionarissen maar ook tussen zorgverlener, patiënt en mantelzorger.

Andere aanvullende eisen die gesteld worden zijn:

- Geen inzet van ZZP-ers
- Alleen vast personeel inzetten (of vaste ZZP-ers)
- Evaluatie met gemeenten en sociaal domein
- Zelfevaluatie
- Integrale ouderenzorg leveren

³⁶ Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein, VNG, Ministerie VWS, ZN, mei 2014.

6.4.2 Samenwerking huisarts en/of gemeenten

In de minimumeisen uit de Inkoopgids van ZN³⁷ wordt ook de samenwerking met gemeenten genoemd. Binnen deze monitor is de vraag gesteld hoe zorgverzekeraars invulling geven aan deze eis van samenwerking. Ook is gevraagd of de samenwerkingseisen zijn uitgebreid met bijvoorbeeld samenwerking met andere zorgverleners, zoals de huisarts. De volgende deelvraag richt zich hier op.

Deelvraag b.:

In hoeverre wordt de samenwerking met huisarts en/of gemeente gestimuleerd en opgezocht? En hoe wordt dit gedaan?

Bij de meeste zorgverzekeraars moet er een aantoonbare samenwerking zijn met de gemeente. Er wordt nog minder gestuurd op de samenwerking met de huisarts. Zorgverzekeraars geven aan dat dit lastig is omdat er zoveel huisartsen zijn.

Bij een aantal zorgverzekeraars moet de zorgaanbieder in de offerte aangeven op welke manier de samenwerking met de gemeente wordt vormgegeven. In een aantal gevallen moest er bij de offerte al een plan ingeleverd worden dat mede ondertekend was door de gemeente in de regio waarvoor geoffereerd werd.

Positionering wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam

Zorgverzekeraars gaan anders om met de positionering van de wijkverpleegkundige. Eén zorgverzekeraar positioneert de wijkverpleegkundige binnen het sociale wijkteam. Eén er expliciet buiten. Weer anderen laten de keuze aan de zorgaanbieder en de gemeente. Het komt voor dat zorgverzekeraars proberen te sturen op hun voorkeur.

Compliance commissie

Eén zorgverzekeraar stelt de eis dat de zorgaanbieder een compliance commissie moet hebben. Hierin komen aanbieders wijkverpleging, huisarts, cliëntvertegenwoordiging en de gemeente minimaal 2x per jaar bij elkaar. Het doel hiervan is de onafhankelijke inzet van de wijkverpleegkundige te borgen door een podium te bieden waar men signalen over samenwerking en doorverwijzing kan delen.

6.4.3 Aanvullende eisen voor het leveren van wijkgericht werken

Naast de kwaliteitseisen hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om andere eisen te stellen zoals registratie- of verantwoordingseisen. Met de volgende deelvraag wordt gekeken naar deze aanvullende eisen:

Deelvraag c.:

Welke aanvullende eisen (bijvoorbeeld wat betreft verantwoording of registratie) worden gesteld aan de levering van zorg in S1 (=wijkgericht werken)?

De meeste zorgverzekeraars hebben wel een aantal aanvullende eisen gesteld voor de registratie. Dit gaat vooral om periodieke monitoring van het budget. Een aantal zorgverzekeraars vragen meer inzicht over de doelgroep waarvoor de niet-toewijsbare zorg is ingezet en in welke wijk of welke regio. De eis voor medewerking aan monitoring of benchmarking is soms wel, soms niet expliciet opgenomen in de inkoopdocumenten.

³⁷ Inkoopgids Wijkverpleging 2015, Juni 2014, ZN.

Verzekeraars geven wel een knelpunt voor de informatievoorziening/registratie. Het komt namelijk voor dat een Wmo functionaris moet samenwerken met de wijkverpleegkundige maar dat zij elkaar niet alles kunnen toezenden in verband met privacy. Ook is het vaak zo dat de zorgaanbieder van de wijkverpleging met een ander ICT systeem werkt dan bijvoorbeeld de huisarts. Afstemming is hierdoor soms lastig.

6.4.4 Zorgaanbieders S2 en S1 en Nieuwe zorgaanbieders

De volgende deelvragen gaan over de aanbieders van wijkgericht werken. Voor wijkgericht werken is landelijk afgesproken dat alleen aanbieders die S2 leveren ook S1 mogen leveren. Met deelvraag 4 wordt gesteld welk deel van de toewijsbare zorgaanbieders ook niet toewijsbare zorg levert. Deelvraag 5 gaat over het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. En deelvraag 6 over de hoeveelheid aanbieders per wijk of regio er gecontracteerd zijn.

Deelvraag d.:

Welk deel van de gecontracteerde aanbieders voor zorg in segment 2 wordt ook gecontracteerd voor zorg in segment 1 (wijkgericht werken)?

Het is erg verschillend per zorgverzekeraar welk deel van de voor toewijsbare zorg gecontracteerde aanbieders, ook voor niet-toewijsbare zorg is gecontracteerd. De vier grote zorgverzekeraars contracteerden 15%, 16%, 35% en 39% van de S2 gecontracteerde aanbieders ook voor S1. Voor de kleine zorgverzekeraars is dit 14%, 31%, 33% en 82%.

In principe zijn alle aanbieders die voor niet-toewijsbare zorg gecontracteerd zijn, ook voor toewijsbare zorg gecontracteerd. Zorgverzekeraars stellen als randvoorwaarde dat de zorgaanbieder voor wijkgericht werken toewijsbare zorg levert. In de volgende deelvraag stelden we of er nieuwe aanbieders gecontracteerd zijn.

Deelvraag e.:

Contracteren zorgverzekeraars ook 'nieuwe' aanbieders in bepaalde regio's/wijken?

Alle aanbieders die toewijsbare zorg leverden, konden ook offeren voor niet-toewijsbare zorg. Lang niet alle aanbieders hebben dat gedaan. De zorgverzekeraars hebben op basis van de verschillende (kwaliteits)criteria zorgaanbieders geselecteerd. De voorkeur van zorgverzekeraars ging vaak uit naar bestaande aanbieders en vooral de aanbieders die al meewerkten aan projecten als 'de zichtbare schakel'. Dit zie je ook terug in de criteria die de zorgverzekeraars stellen voor het krijgen van een overeenkomst (kennis, ervaring en bestaande netwerken).

Van één zorgverzekeraar is bekend dat zij expliciet geen zorggroepen wilden contracteren voor niet-toewijsbare zorg. Dit omdat zij vonden dat wijkverpleging iets anders is dan huisartsenzorg.

Deelvraag f.:

Hoeveel aanbieders zijn er per wijk/regio?

Sommige zorgverzekeraars hebben gekozen voor maximaal één aanbieder per wijk of regio. Dit is bijvoorbeeld de meest dominante aanbieder in de wijk of regio. Of het is/zijn de zorgaanbieder(s) die het hoogst scoorde met de offerte. Gemeenten zijn ook regelmatig gevraagd om input bij de beoordeling.

Het is niet mogelijk een landelijk beeld te schetsen over hoeveel aanbieders er per regio, gemeente of wijk gecontracteerd zijn. Dit verschilt sterk per regio en de voorkeuren van zowel zorgverzekeraar als gemeente.

6.4.5 Tarief afspraken

Er zijn een aantal landelijke afspraken gemaakt over de vorm van bekostiging van de niet-toewijsbare zorg. Toch hebben zorgverzekeraars nog wel de ruimte om te differentiëren in de vorm van bekostiging. Hier richt deelvraag 5 zich op.

Deelvraag g.:

In hoeverre hebben de afspraken van zorgverzekeraars met aanbieders van wijkgericht werken de vorm van een budget of een tarief per verzekerde. Hoe vaak komen andere vormen (tarief per patiënt of tijdseenheid) nog voor?

Eén grote en drie kleine zorgverzekeraars verdelen de middelen over gemeenten op basis van inwoneraantal. Het budget wordt afgesproken op basis van inwoneraantal x landelijke afgesproken bedrag per verzekerde. De gemeente bepaalt samen met de zorgaanbieders waar de middelen als eerst of het meest worden ingezet.

Door de andere zorgverzekeraars worden de middelen verdeeld over regio's of gebieden via een verdeelmodel, waarin onder andere het volgende wordt meegenomen: aantal inwoners, sociaal economische status, leeftijd en het aantal chronisch zieken. Het kan zijn dat er geen niet-toewijsbare zorg is ingekocht in een bepaalde gemeente. Maar voor elke Wmo-regio is zorg ingekocht.

Er worden dus budgetten gehanteerd voor de bekostiging maar deze budgetten worden verschillend opgebouwd. In sommige gevallen moeten deze budgetten 'gevuld' worden met prestaties per tijdseenheid, dat heeft een technische, administratieve reden.

6.5 Beschikbaarheidsvoorzieningen

6.5.1 Inleiding

Beschikbaarheidsvoorzieningen zijn voorzieningen die nodig zijn om een ongeplande zorgvraag te ontvangen.³⁸ Deze voorzieningen bestaan uit twee componenten: een personele en een infrastructurele component. Bij de personele component draait het puur om de beschikbaarheid van zorgverlener(s) om ongeplande zorg te leveren. Met de infrastructurele component wordt bijvoorbeeld een vervoersmiddel bedoeld waarmee de verpleegkundige snel bij de patiënt kan komen. De kosten voor de daadwerkelijke zorglevering maken onderdeel uit van deze beschikbaarheidsvoorzieningen, aangezien het beschikbare personeel er juist is om de ongeplande zorg te leveren.

Ten behoeve van de bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen hebben zorgaanbieders in 2014 afspraken gemaakt met zorgkantoren. Daarnaast kwamen financiële middelen beschikbaar via de eigen bijdrage van patiënten en de beleidsregel zorginfrastructuur.

In het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging' zijn afspraken gemaakt over beschikbaarheidsvoorzieningen. Letterlijk staat

³⁸ Advies Bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet, Op weg naar integrale zorgbekostiging met resultaatbeloning, februari 2015. Bijlage 3 Aanvulling eindrapportage – Gupta.

hier: "op dit moment zijn er zorgorganisaties die voorzieningen realiseren zoals onplanbare zorg of nachtzorg, veelal op regionaal niveau. Tijdens de transitiefase worden de door deze organisaties gecreëerde basisvoorzieningen, gecontinueerd".³⁹

In deze monitor besteden we aandacht aan de vraag óf en hoe zorgverzekeraars bestaande afspraken met betrekking tot de beschikbaarheidsvoorzieningen continueren. Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

5. Op welke wijze kopen zorgverzekeraars in 2015 beschikbaarheidsvoorzieningen in?

Deelvragen hierbij zijn:

- a. Bevatten de contracten 2015 concrete afspraken over beschikbaarheidsvoorzieningen (bijvoorbeeld over zorgvolume of inhoud)?
- b. Waar zijn de gemaakte afspraken op gebaseerd en welke eisen worden in de contracten gesteld?

6.5.2 Contractuele afspraken

Om te waarborgen dat basisvoorzieningen worden voortgezet is het belangrijk dat zorgverzekeraars afspraken hierover vastleggen in de contracten. Om hier inzicht in te krijgen is de volgende deelvraag opgesteld:

Deelvraag a.:

Bevatten de contracten 2015 concrete afspraken over beschikbaarheidsvoorzieningen (bijvoorbeeld over zorgvolume of inhoud)?

Op één grote zorgverzekeraar na, hebben alle zorgverzekeraars in de contracten concrete afspraken opgenomen over het te hanteren tarief voor de bekostiging van de beschikbaarheidsvoorziening. Eén kleine zorgverzekeraar hanteert een gewogen gemiddeld tarief op basis van de prestaties verpleging en persoonlijke verzorging, voor de 'oproepbare' prestaties. Een andere kleine zorgverzekeraar past een gemiddeld tarief toe ongeacht het tijdstip waarop de zorg geleverd wordt en hanteert hierbij een gewogen tarief op basis van de ratio planbare-onplanbare zorg. Een grote zorgverzekeraar hanteert een budget voor zorgaanbieders, waarbij dit budget gevuld kan worden met prestaties.

Het één-op-één overnemen van afspraken uit 2014 kan er toe leiden dat zorgverzekeraars impliciet met aanbieders budgetafspraken maken over deze voorzieningen. Het budget dat in 2014 is besteed aan deze voorziening wordt dan één op één overgenomen voor 2015. De zorgverzekeraar stelt dan voor 2015 hetzelfde budget vast als in 2014 en de aanbieder moet dan de beschikbaarheidsvoorzieningen voor dit budget leveren. Bij minimaal één grote zorgverzekeraar zijn we tegengekomen dat aanbieders het budget kunnen 'vullen' met prestaties. Maar de aanbieder is dan, voor het verkrijgen van dit budget, afhankelijk van zijn productie. Wanneer de aanbieder zijn productie niet haalt maar wel de beschikbaarheidsvoorziening in stand houdt, wordt het budget niet gevuld en kan er een tekort ontstaan.

³⁹Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging. Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ.

6.5.3 Criteria/eisen beschikbaarheidsvoorzieningen

In het Onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat de basisvoorzieningen en de afspraken hierover met betreffende zorgaanbieders worden gecontinueerd.⁴⁰ Ten aanzien hiervan is het interessant om te bekijken of zorgverzekeraars hun stempel drukken op de inkoop van deze voorzieningen. Om hier een antwoord op te krijgen is de volgende deelvraag geformuleerd:

Deelvraag b.:

Waar zijn de gemaakte afspraken op gebaseerd en welke eisen worden in de contracten gesteld?

De invulling van deze voorziening verschilt per aanbieder. Dit loopt uiteen van directe telefonische doorschakeling met zorgteams die geplande zorg leveren; een aparte zorgcentrale waar patiënten naartoe kunnen bellen of een personenalarmeringssysteem waarbij patiënten via een druk op de knop melding kunnen maken van een ongeplande zorgbehoefte. In de personele component kan het gaan om teams die specifiek ingeroosterd zijn voor ongeplande zorglevering, een ruimere inroostering van teams die geplande zorg leveren (in de avond of het weekend) of een combinatie van beiden.

Alle zorgverzekeraars geven aanbieders de vrijheid om zelf invulling te geven aan de beschikbaarheidsvoorziening. Het merendeel van de zorgverzekeraars continueren de afspraken uit 2014. Dit houdt ook in dat zij dezelfde aanbieders voor deze voorzieningen contracteren of bij de gecontracteerde aanbieders van verpleging en verzorging er vanuit gaan dat de beschikbaarheidsvoorzieningen ook worden geleverd. De eisen die zorgverzekeraars stellen in het inkoopdocument of contract zijn erop gericht dat aanbieders een organisatievorm inrichten waardoor onplanbare zorg beschikbaar is. Hiervoor worden door zorgverzekeraars eisen gesteld zoals deze landelijk zijn overeengekomen:

- Het 24 uur per dag beschikbaar zijn op afroep.
- Het binnen bepaalde tijdslimiet (20 minuten) ter plaatse kunnen zijn.
- Zowel verzorgende als verpleegkundige onplanbare zorg kunnen leveren.
- Het onderdeel zijn van een speciaal hiervoor opgericht en gecontracteerd team.

Indien de aanbieder de onplanbare zorg niet zelf kan leveren dan wordt verwacht dat zij hier zelf afspraken over maakt met andere aanbieders, om zodoende in samenwerking en afstemming met elkaar dit regionaal te organiseren.

Bij minimaal twee zorgverzekeraars zijn we tegengekomen dat er van aanbieders wordt verlangd dat zij zich inspannen om onplanbare zorg zo snel mogelijk om te zetten naar planbare zorg. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door het inplannen van de patiënt in de reguliere route.

⁴⁰ Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging. Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ.

Bijlage 1. Openbare Consultatie: reacties stakeholders

De NZa hecht er waarde aan om organisaties die betrokken zijn bij het thema van een Monitor of Marktscan (Ministerie van VWS, Brancheorganisaties) te kunnen laten reageren op de bevindingen die worden gedaan in de monitor. Daarnaast vindt de NZa het van belang dat de lezer van een Monitor of Marktscan kennis kan nemen van de (eventuele) reacties van deze organisaties en de reactie van de NZa daarop.

Daarom heeft de NZa standaard in de procedure een consultatieronde opgenomen. Voor deze monitor is een Openbare Consultatie van toepassing. Dit betekent dat de reacties van de genoemde organisaties – nagenoeg – integraal worden opgenomen als bijlage bij de monitor, evenals de reactie van de NZa daarop.

De Openbare Consultatieronde is op 14 april 2015 aangekondigd aan de volgende organisaties (in alfabetische volgorde):

- ActiZ (Brancheorganisatie van Zorgondernemers)
- BTN (Branchebelang Thuiszorg Nederland)
- InEen (organiseert de eerstelijns)
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)
- V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)
- VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- ZN (Zorgverzekeraars Nederland)

Op 21 april hebben deze organisaties de concept-versie van de Monitor ontvangen, met de vraag om hun reactie uiterlijk 28 april 2015 kenbaar te maken aan de NZa. Van de volgende organisaties hebben wij een reactie mogen ontvangen (in volgorde van binnenkomst):

- ActiZ 24 april 2015
- BTN 30 april 2015
- LHV 7 mei 2015

In deze bijlage treft u de reacties van deze organisaties aan, met een reactie van de NZa daarop.

ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa
Algemeen: Inleidend op de inhoudelijke reactie	
<p>De inhoud van de monitor is breed. Enerzijds de veranderingen die samenhangen met de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg; anderzijds de overheveling van de verpleging en de verzorging van de AWBZ naar de Zvw. ActiZ kiest er voor om uitsluitend te reageren op dit laatste onderdeel. In onze reactie staan wij achtereenvolgens bij de volgende zaken stil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een aantal methodologische en onderzoekstechnische aspecten, - De verschillende thema's uit het onderzoek: kostenbeheersing, bijzondere zorgvormen, kwaliteit en innovatie, wijkgericht werken en beschikbaarheidsvoorzieningen. <p>Wij sluiten af met een beschouwing en de belangrijkste conclusies. In bijlage 1 vindt u nog een aantal opmerkingen op detailniveau.</p>	N.v.t.
§ 1.1 Aanleiding, Doelstelling en Scope en § 1.2 Onderzoeksaanpak en -methode	
Om te beginnen hechten wij er aan om een aantal methodologische en onderzoekstechnische zaken bij u onder de aandacht te brengen. Terecht geeft u in uw	De NZa erkent dat de effecten van de transitie mede het gevolg zijn van hetgeen contractueel wordt vastgelegd.

ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa
<p>Inleiding aan dat met de monitor die ter consultatie voorligt niet de daadwerkelijk gerealiseerde effecten van de transitie in kaart worden gebracht. U geeft aan dat de monitor zich uitsluitend richt op de inhoud van het sturingsinstrument: de contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar sluiten.</p> <p>Formeel is dit een onderscheid dat te maken is. Echter de werkelijkheid is dat de contractering door zorgverzekeraars in randvoorwaardelijke zin in belangrijke mate (mede)bepalend is voor de doelen en de uitkomsten die met de transitie gerealiseerd kunnen worden. De inhoud van de monitor zal ook in dit licht gelezen, beoordeeld en gebruikt worden. ActiZ geeft u mee om het kunstmatig onderscheid tussen een inhoudelijke beoordeling van de contracten en de effecten van hetgeen hierin is afgesproken voor de dagelijkse praktijk te verlaten en te erkennen dat de effecten van de transitie mede het gevolg zijn van hetgeen contractueel wordt vastgelegd. Het zijn twee kanten van één medaille. Het onderscheid dat wordt gemaakt, bestaat alleen in theorie.</p>	<p>Veranderingen in de contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten <i>kunnen</i> leiden tot daadwerkelijke effecten en het realiseren van de uitkomsten die met de transitie worden beoogd.</p> <p>Dit is ook de reden dat de NZa het onderzoek heeft gericht op de inhoud van de contracten, die als sturingsinstrument kunnen worden gezien en daarmee een <i>indicatie</i> kunnen geven voor daadwerkelijke veranderingen in de wijze waarop de zorgmarkten zijn georganiseerd.</p> <p>Echter, een wijziging in de contracten – het sturingsinstrument – hoeven <i>niet noodzakelijkerwijs en automatisch</i> tot de beoogde effecten te leiden. Immers, bijvoorbeeld het maken van afspraken (vooraf) over een bepaalde gewenste/geëiste kwaliteit van de zorg betekent nog niet per definitie dat die (achteraf) ook daadwerkelijk wordt geleverd.</p> <p>Om deze reden heeft de NZa het door u in uw reactie genoemde onderscheid gemaakt.</p>
<p>§ 1.1 Aanleiding, Doelstelling en Scope en § 1.2 Onderzoeks aanpak en -methode</p>	
<p>Op pagina 13 geeft u vervolgens aan dat u heeft gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksuitkomsten zijn gebaseerd op 'een <i>uitvraag van de (standaard)contracten, diverse contractvormen en -onderdelen (afhankelijk van de zorgverzekeraar: (keuze)modules, bijlagen, addenda, etc.) bij de negen zorgverzekeraars</i>'. In het verlengde hiervan heeft u verdiepende interviews gehouden. Deze gekozen onderzoeksopzet maakt duidelijk dat hetgeen u onderzocht heeft het contracteerbeleid, de (model/standaard)contracten en de visie/beleving van de zorgverzekeraars betreffen. Het zijn niet de daadwerkelijk afgesloten contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders geweest, die onderwerp van dit onderzoek zijn. ActiZ hecht er waarde aan dat u dit expliciet vermeldt.</p> <p>Want wanneer wij de conclusies uit de monitor vergelijken met de uitkomsten van de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015⁴¹ constateren wij grote inhoudelijke verschillen. Het felt dat door u niet de daadwerkelijk afgesloten contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn bekeken, is hoogstwaarschijnlijk de reden voor deze verschillen. De monitor die voorligt, is daarom in onze optiek ook niet compleet. Inhoudelijk kunnen de uitkomsten niet worden geduld en begrepen zonder hierbij de resultaten uit de evaluatie Inkoop Wijkverpleging te betrekken, omdat deze vanuit het aanbiederperspectief duidelijk maken wat de (ervaren) effecten zijn van de tussen zorgverzekeraars en aanbieders (Individueel) afgesloten overeenkomsten.</p> <p>Daarbij hechten wij er aan om op te merken dan de aanname dat 'doordat de contracten worden gesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, deze het perspectief van beiden bevatten' (p.13) niet correct is. De evaluatie van de ActiZ Inkoop Wijkverpleging 2015 maakt duidelijk dat van een (ervaren) gelijkwaardige (onderhandelaars)positie tussen aanbieders en zorgverzekeraars geen sprake is. Uit deze evaluatie blijkt immers dat 65% van de respondenten van mening is dat 'de zorgverzekeraar eist dat aanbieders onvoorwaardelijk akkoord gaan met alle inkoopdocumenten en bijlagen'. Het is 'tekenen bij het krulsje' om het maar wat populistisch uit te drukken. Deze ongelijke positie blijkt o.a. ook uit het doorcontracteren van de zorgplicht aan aanbieders.</p>	<p>Voor een zo goed mogelijke duiding van de bevindingen is in de monitor expliciet vermeld (aangepast in de monitor) dat het niet de daadwerkelijk tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afgesloten contracten zijn, die onderwerp van dit onderzoek zijn geweest.</p> <p>We hechten er evenwel waarde aan om te vermelden dat ervoor is gekozen om niet alle daadwerkelijk gesloten contracten tussen zorgverzekeraars en Individuele zorgaanbieders op te vragen omwille van de administratieve lasten die dat met zich mee zou brengen (bijv. voor de huisartsenzorg zou het dan gaan om contracten met ca. 8.000 huisartsen en ca. 4.000 praktijken) in combinatie met de geringe toegevoegde waarde van een analyse van alle Individuele contracten ten opzichte van de gehanteerde analyse van 'model'contracten en verschillende contractvormen. Immers, het zijn deze contracten die aan de basis liggen van de tussen zorgverzekeraars en Individuele zorgaanbieders gesloten contracten.</p> <p>De NZa onderkent dat de aanname dat 'doordat de contracten worden gesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, deze het perspectief van beide bevatten' niet correct is. Bedoeld is dat de genoemde contracten voor beide partijen die het sluiten (zorgverzekeraar en zorgaanbieder), gelijk zijn. Het perspectief van beide partijen op het contract kan evenwel verschillen. De monitor is daarop aangepast: de genoemde passage is verwijderd.</p>
<p>Deel II – Verpleging en Verzorging – § 6.1 Inzichten m.b.t. de ontwikkelingen beheersbaarheid kosten</p>	
<p>Een eerste inhoudelijke thema dat door u wordt geduld, betreft de ontwikkeling en de beheersbaarheid van de kosten. In de rapportage wordt beschreven dat zorgverzekeraars op verschillende manieren de kostenontwikkeling proberen te beheersen. Zo worden er</p>	<p>Zorgverzekeraars zetten zich zichtbaar in om de kosten voor verpleging en verzorging te beheersen. Door zorgverzekeraars zijn de afspraken uit 2014 met bestaande aanbieders zo veel mogelijk gecontinueerd,</p>

⁴¹ Inkoop Wijkverpleging 2015. Rapportage ActiZ onderzoek. ActiZ. Utrecht, januari 2015.

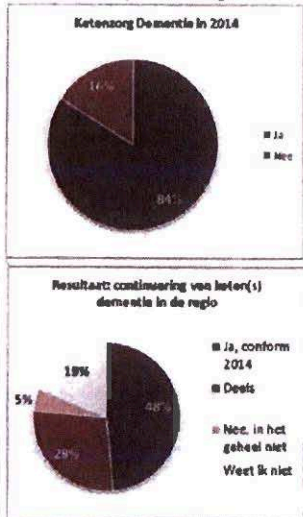
ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa
<p>bijvoorbeeld plafondafspraken met aanbieders gemaakt, wordt de instroom van nieuwe aanbieders beperkt en wordt een afbouwscenario gehanteerd bij ZZP-ers.</p> <p>Met betrekking tot de bezuinigingen die in 2015 zijn doorgevoerd, wordt gewezen op het 'onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging'. Door verschillende landelijke partijen is hierni afgesproken dat 'de taakstelling -in de regel- wordt gerealiseerd via reductie van het volume per verzekerde in zorg'. In de monitor constateert u dat de landelijk gemaakte afspraken inzake volume en prijs door (bijna alle) verzekeraars zijn overgenomen. Dit betreft een conclusie die niet overeenkomt met de resultaten uit de evaluatie van de Inkoop Wijkverpleging 2015 en derhalve niet door ons herkend wordt.</p> <p>De evaluatie van ActiZ maakt duidelijk dat zorgorganisaties onder druk staan. Een belangrijke reden hiervoor is dat zorgorganisatie worden geconfronteerd met zowel volumekortingen als tariefkortingen. De gemiddelde volumekorting is 14,8%.⁴² De volumekortingen variëren echter sterk, van enkele procenten tot tientallen procenten. Voor een substantieel aantal aanbieders bedraagt deze 15% of meer. De gemiddelde tariefkorting is 6,8% voor het tarief verpleging, 9,0% voor het tarief persoonlijke verzorging en 6,3% voor het tarief AIV. De combinatie van volumekortingen en tariefkortingen leidt soms tot behoorlijke omzetverliezen.</p>	<p>waarbij de productie van 2014 minus de taakstelling voor 2015 als basis is gebruikt. Zorgverzekeraars zijn vanzelfsprekend altijd vrij om hier verder nog een eigen invulling aan te geven.</p> <p>Vanzelfsprekend heeft de NZa kennis genomen van de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015 door ActiZ. Eén van de vragen waarop u uw stelling dat zorgorganisaties onder druk staan baseert is naar alle waarschijnlijkheid vraag 33 uit de enquête:</p> <p>Vraag 33 Verwacht u eventuele problemen voor uw organisatie die het directe gevolg zijn van de contractering wijkverpleging in het Jaar 2015?</p> <p><input type="checkbox"/> Ik verwacht geen problemen in 2015 (ga naar vraag 34) <input type="checkbox"/> Ik verwacht wel problemen in 2015</p> <p>De problemen die ik in 2015 verwacht, zijn: Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</p> <p><input type="checkbox"/> Een gefragmenteerde uitvoering van de functie wijkverpleging <input type="checkbox"/> Geen of onvoldoende keuzevrijheid van klanten <input type="checkbox"/> Vershraling en kwaliteitsverlies van zorg <input type="checkbox"/> Ontoereikende groei mogelijkheden <input type="checkbox"/> Geen antwoord kunnen bieden op de extramuralisering van verzorgingshuiscapaciteit <input type="checkbox"/> Verslechtering financiële positie <input type="checkbox"/> Liquiditeitsproblemen <input type="checkbox"/> Rem op innovatie <input type="checkbox"/> Onbetaalde rekeningen als gevolg van overproductie boven productieplafond <input type="checkbox"/> Wachtlijsten <input type="checkbox"/> Ontslag van medewerkers <input type="checkbox"/> Een mogelijk faillissement van mijn organisatie <input type="checkbox"/> Anderszins, namelijk ...</p> <p>Ruimte voor toelichting bij vraag 33: ...</p> <p>Uit de wijze van vraagstelling blijkt dat zorgorganisaties wordt gevraagd naar hun <i>verwachting</i> voor het jaar 2015. Of zorgorganisaties in 2015 daadwerkelijk onder druk zijn komen te staan en in welke mate, kan pas achteraf blijken op basis van daadwerkelijk gerealiseerde (financiële) resultaten.</p>
Deel II Verpleging en Verzorging – § 6.2 Voortzetten van afspraken en uitgangspunten m.b.t. zorgexperimenten en bijzondere zorgvormen	
<p>Een tweede inhoudelijk thema dat u over het voetlicht brengt, betreft de zogenaamde bijzondere zorgvormen. Inhoudelijk betreft dit de experimenten regelarm, de ketenzorg dementie, IKZ en PTZ.</p> <p>Met betrekking tot de ketenzorg dementie constateert u terecht dat verzekeraars en aanbieders voorafgaand aan het transitiejaar landelijk de afspraak hebben gemaakt om de bestaande afspraken met betrekking tot ketenzorg dementie in stand te houden. Dit betreft overigens ook een toezegging van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer.⁴³</p> <p>De monitor maakt op de pagina's 51 en 52 duidelijk dat aan deze afspraak geen uitvoering wordt gegeven. Immers in 2014 werden er meer dan 80 netwerken gefinancierd voor een totaalbedrag van 15 miljoen euro⁴⁴; in 2015 betreft dit 70 overeenkomsten met een totaal bedrag van 6 miljoen euro.⁴⁵ Ook de door ActiZ uitgevoerde evaluatie van de Inkoop Wijkverpleging 2015 maakt duidelijk dat de ketenzorg dementie onder</p>	<p>Ketenzorg Dementie Ketenzorg dementie valt onder de aanspraak verpleging en verzorging en zodoende ook onder het macro budgettaire kader. Het beschikbare macro bedrag voor 2015 is vastgesteld op € 2.982 miljoen. Dit geldt voor alle zorg die valt onder de aanspraak V&V en die betrekking heeft op aanbieders die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen. Hieronder valt ook ketenzorg dementie. De NZa erkent dat ketenzorg dementie niet expliciet is geoormerkt en dat de passage waaraan u refereert is aangepast op dit punt.</p> <p>Intensieve KindZorg (IKZ) en Palliatief Terminale Zorg (PTZ) Om de continuïteit van de zorglevering van bijzondere zorgvormen te waarborgen zijn landelijk specifieke afspraken gemaakt over intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Voor deze specifieke zorgvormen zijn</p>

⁴² 12,5% is landelijk afgesproken.

⁴³ Algemeen Overleg begin juli 2014.

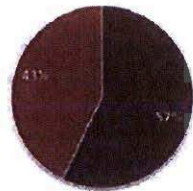
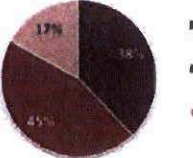
⁴⁴ Beleidsregel ketenzorg dementie 2014.

⁴⁵ Beleidsregel ketenzorg dementie 2015.

ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa																
<p>druk staat. 84% van de zorgorganisaties leverde in 2014 (een bijdrage aan) Keten(s) Dementie. Minder dan de helft van deze zorgorganisaties stelt dat de keten(s) dementie in hun regio in 2015 gecontinueerd worden conform 2014; zie ook figuur 1.</p>  <p>Keten(s) Dementie in 2014</p> <table border="1"> <tr><th>Antwoord</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>Ja</td><td>84%</td></tr> <tr><td>Nee</td><td>16%</td></tr> </table> <p>Resultaat continuering van keten(s) dementie in de regio</p> <table border="1"> <tr><th>Antwoord</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>Ja, conform 2014</td><td>48%</td></tr> <tr><td>Deels</td><td>19%</td></tr> <tr><td>Nee, in het geheel niet</td><td>29%</td></tr> <tr><td>Weet ik niet</td><td>5%</td></tr> </table> <p>Figuur 1 – Keten(s) dementie in 2014 en resultaat continuering keten(s) dementie in de regio. Peildatum 31 december 2014.</p> <p>Op pagina 51 van de monitor constateert u vervolgens dat 'In opbouw van het budgettair kader voor de aanspraak verpleging en verzorging de inkoop van ketenzorg dementie is meegenomen.' Dit is aantoonbaar onjuist.</p> <p>Op verzoek van het ministerie van VWS heeft ActiZ in het najaar van 2014 onderzoek gedaan naar de financiering van de ketenzorg dementie.⁴⁶ Dit onderzoek laat zien dat voor het in stand houden van de 84 ketens uit 2014 ongeveer € 54,5 miljoen nodig is. De inkomsten van de ketens zijn voor 40% afkomstig uit de opslagen op extramurale en intramurale zorg, voor 26% uit de NZa beleidsregel Keten(s) Dementie en 12% betreft gelden voor de functie Advies Instructie en voorlichting. Het restant bestaat uit subsidies van gemeenten of provincies, bijdragen van netwerkpartners en overige inkomstenbronnen. Lang niet alle middelen zijn overgeheveld naar het budgettair kader voor de aanspraak wijkverpleging 2015 met een extra taakstelling tot gevolg. In onze optiek is dit een belangrijke reden voor het feit dat de bestaande afspraken met betrekking tot ketenzorg niet kunnen worden nagekomen. Graag zien wij dat de conclusies op dit deel worden aangescherpt en aangepast.</p> <p>Ook met betrekking tot IKZ en PTZ wijken de ervaringen van zorgaanbieders behoorlijk af van de conclusies uit de monitor. In de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015 heeft ActiZ navraag gedaan naar een drietal specifieke doelgroepen/zorgvormen; naast ketenzorg dementie betreft dat IKZ en PTZ. Met betrekking tot IKZ geeft slechts 45% van de respondenten aan dat men deze specifieke voorziening in 2015 kan continueren conform de afspraken in 2014. Ook de continuïteit van de (extramurale) Palliatief Terminale Thuiszorg staat in 2015 onder druk. Slechts iets meer dan de helft (54%) van de zorgorganisaties heeft voor 2015 afspraken kunnen maken conform 2014. Een deel van de zorgorganisatie geeft daarbij meer in het algemeen aan dat zij ten aanzien van specifieke doelgroepen/zorgvormen worden geconfronteerd met tariefkortingen en/of volumekortingen, hetgeen de continuïteit ernstig onder druk zet.</p>	Antwoord	Percentage	Ja	84%	Nee	16%	Antwoord	Percentage	Ja, conform 2014	48%	Deels	19%	Nee, in het geheel niet	29%	Weet ik niet	5%	<p>volgens verzekeraars de afspraken met bestaande aanbieders gecontinueerd. Er zijn standaardcontracten gesloten met diverse aanvullende eisen voor met name de kwaliteit van zorg. Daarnaast is in een aantal gevallen afspraken gemaakt over de wijze van declaratie. In het kader van kostenbeheersing zijn, zoals eerder al benoemd door verzekeraars en aanbieders wel diverse signalen afgegeven dat de zorglevering onder druk staat door de taakstelling die is verwerkt in de contractafspraken. Hierdoor bestaat ook voor deze bijzondere zorgvormen het risico dat in de loop van het jaar 2015 wachtlijsten ontstaan.</p> <p>Voorts willen wij erop wijzen dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben waar zij zich aan dienen te houden. De zorgplicht geeft een prikkel om voldoende zorg in te kopen.</p>
Antwoord	Percentage																
Ja	84%																
Nee	16%																
Antwoord	Percentage																
Ja, conform 2014	48%																
Deels	19%																
Nee, in het geheel niet	29%																
Weet ik niet	5%																
<p>Deel II Verpleging en Verzorging – § 6.3 Impuls voor kwaliteit en innovatie</p>																	

⁴⁶ <http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/2014/actiz-maakt-zich-zorgen-over-continuering-van-financiering-ketenzorg-dementie>

ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa
<p>Vervolgens geeft u een nadere duiding van de contracten onder de noemer 'kwaliteit en innovatie'. Ten aanzien van dit onderdeel willen wij met name uw aandacht vragen voor hetgeen u in paragraaf 6.3.2 onder 'kwaliteitseisen' verwoordt. Daar waar u in de monitor uitsluitend spreekt over 'kwaliteitseisen' is het de ervaring van zorgaanbieders dat zij tijdens het proces van contractering worden geconfronteerd met diverse eisen.</p> <p>De praktijk laat zien dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diverse termen (o.a. minimum-, instap-, kwaliteits-, differentie-, toelatingseisen) door elkaar worden gebruikt, - De status van de eisen lang niet in alle gevallen eenduidig is vast te stellen (bijvoorbeeld: wanneer zijn het selectiecriteria en wanneer betreft dit gunningscriteria?) en - Verzekeraars eigenlijk inhoudelijke keuzes maken die onderling ver uiteen kunnen lopen. <p>Het gevolg van voorgaande voor aanbieders wordt ook beschreven in de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015. De figuur op pagina 26 laat zien dat (bijvoorbeeld) 29% van de respondenten het inkoopproces van de zorgverzekeraars niet als transparant ervaart. In het kader van markttoezicht een punt dat uw aandacht verdient.</p> <p>Ook de verzwaren van administratieve lasten brengen wij als serieus punt van zorg bij u onder de aandacht. Wanneer in 2016 de inkoop in representatie komt te vervallen, nemen de administratieve lasten alleen maar toe. Een ontmoedigende boodschap voor nieuwe en bestaande aanbieders, hetgeen in het kader van marktregulering en markttoezicht eveneens uw aandacht behoeft.</p>	<p>Gestelde eisen</p> <p>Er is sprake van een zorgmarkt waarin verschillende zorgverzekeraars opereren. Deze zorgverzekeraars zijn – vanzelfsprekend binnen de geldende kaders – vrij om hun eigen terminologie te hanteren en zich daardoor (wellicht) te onderscheiden van andere concurrerende zorgverzekeraars. Dit kan ook betekenen dat verschillende zorgverzekeraars verschillende inhoudelijke keuzes maken.</p> <p>Ervaren transparantie inkoopproces</p> <p>Met betrekking tot de ervaren transparantie van het inkoopproces hechten wij er waarde aan om nogmaals te benadrukken dat het doel van de monitor is om in kaart te brengen welke <i>inhoudelijke</i> wijzigingen in de contracten zijn doorgevoerd naar aanleiding van de transitie naar de nieuwe bekostiging. Het contracteerproces is niet het object van onderzoek.</p> <p>Momenteel zijn alle partijen met elkaar in gesprek en in overleg ten aanzien van de bekostiging voor 2016. Administratieve lasten wordt als belangrijk aandachtspunt hierin meegenomen.</p>
Deel II Verpleging en Verzorging – § 6.4 Wijkgericht werken	
<p>Een vierde thema betreft het wijkgericht werken. Op hoofdlijnen herkennen wij hetgeen u op dit onderdeel verwoordt. Een uitzondering betreft paragraaf 6.4.4. In deze paragraaf constateert u: <i>'In principe zijn alle aanbieders die voor niet-toewijsbare zorg gecontracteerd zijn, ook voor toewijsbare zorg gecontracteerd. Er is één uitzondering gemaakt. In een regio waar de zorgaanbieders van toewijsbare zorg zich liever in een stichting wilden verenigen om zo gezamenlijk niet-toewijsbare zorg te leveren. Op deze manier wil de stichting het onafhankelijke doorverwijzen van de wijkverpleegkundige garanderen. De wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn bij deze stichting, leveren alleen S1. Dit heeft niet de voorkeur van de zorgverzekeraars. Zij zien liever dat de wijkverpleegkundige van de stichting ook deels voor de betrokken zorgaanbieders werkt. Zo kan zij voldoen aan de voorkeur dat een wijkverpleegkundige zowel S1 als S2 levert.'</i></p> <p>Navraag van onze zijde bij direct betrokkenen maakt duidelijk dat er een aantal aantoonbare onjuistheden in deze alinea staan. Wij zetten deze voor u op een rij.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ook in het geval van deze coöperatieve vereniging (en geen stichting!) is het budget voor wijkgericht werken gecontracteerd aan de deelnemende organisatie en dus niet aan de coöperatie zelf. Er is dus geen sprake van een uitzondering. - Het gaat zoals gezegd om een coöperatieve vereniging en niet om een stichting; leden zijn verpleegkundigen en organisaties. - De doelstelling van de coöperatie is niet alleen onafhankelijke doorverwijziging. Ook het gezamenlijk willen investeren in preventie op wijkniveau en het organiseren van zeggenschap bij de professionals zijn belangrijke doelen. - Door de professionals die werkzaam zijn voor deze coöperatieve vereniging worden uiteraard in voorkomende gevallen wel degelijk kortdurende preventieve verpleegkundige interventies gepleegd; juist om te voorkomen dat (potentiële) cliënten onnodig doorstormen 	<p>Hartelijk dank voor uw observatie en het doen van de navraag in deze specifieke casus. De betreffende paragraaf is verwijderd: zoals u stelt is hier namelijk geen sprake van een uitzondering op de regel.</p>

ActiZ	24 april 2015	Reactie NZa										
	<p>naar dure geïndiceerde zorg. Dit is in lijn met de visie van de staatssecretaris.⁴⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> - De reacties van de zorgverzekeraars zijn zeker niet homogeen. Bijvoorbeeld CZ heeft dit model expliciet goedgekeurd. - Tot slot is aan de orde dat dit model nadrukkelijk de voorkeur heeft van veel gemeenten en huisartsenpraktijken waarmee wordt samengewerkt. Een belangrijk gegeven. Wij verzoeken u dan ook om deze paragraaf op voorgaande punten inhoudelijk bij te stellen. 											
Deel II Verpleging en Verzorging – § 6.5 Beschikbaarheidsvoorzieningen												
	<p>Een laatste inhoudelijk thema uit de monitor betreft de beschikbaarheidsvoorzieningen. Ook ten aanzien van dit thema signaleren wij een groot verschil tussen de conclusies uit de monitor en de ervaringen van de zorgaanbieders. De evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015 maakt duidelijk dat 57% van de respondenten in 2014 dit type voorzieningen heeft aangeboden. De uitkomsten van de evaluatie laten zien dat: 45% van de respondenten de beschikbaarheidsvoorzieningen deels kan continueren. 38% kan dat helemaal, terwijl 17% dit in het geheel niet kan. Wij verzoeken u om de conclusies in de monitor ook ten aanzien van dit laatste thema bij te stellen.</p> <div data-bbox="371 813 691 1357" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Beschikbaarheidsvoorzieningen in 2014</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Ja</td><td>57%</td></tr> <tr><td>Nee</td><td>43%</td></tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">Resultaat: continuering van beschikbaarheidsvoorzieningen</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Ja, helemaal</td><td>38%</td></tr> <tr><td>Deels</td><td>45%</td></tr> <tr><td>Nee, in het geheel niet</td><td>17%</td></tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">Figuur 2 – Beschikbaarheidsvoorzieningen in 2014 en 2015.</p>	Ja	57%	Nee	43%	Ja, helemaal	38%	Deels	45%	Nee, in het geheel niet	17%	<p>U geeft aan dat u een verschil signaleert tussen de cijfers m.b.t. de continuering van de beschikbaarheidsvoorzieningen in de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015 en de conclusies uit de monitor. In de monitor trekt de NZa echter geen conclusies ten aanzien van de mate waarin de beschikbaarheidsvoorzieningen worden gecontinueerd. Pas achteraf, op basis van gerealiseerde productie, kan pas worden geconcludeerd of en in welke mate de beschikbaarheidsvoorzieningen van 2014 zijn gecontinueerd in 2015.</p>
Ja	57%											
Nee	43%											
Ja, helemaal	38%											
Deels	45%											
Nee, in het geheel niet	17%											
Algemeen: Beschouwingen en conclusies												
	<p>Het belang van marktregulering en markttoezicht door de NZa wordt door ActiZ onderschreven. Onderzoek is van belang, zeker ten aanzien van die deelmarkten waar transitie en/of transformatie plaats vindt.</p> <p>De uitkomsten van het onderzoek dat ter consultatie voorligt, zijn gebaseerd op het contracteerbeleid, de (model/standaard) contracten en de visie/beleving van verzekeraars. Alhoewel de keuze hiervoor legitiem kan zijn, is dit tegelijkertijd een beperkende factor. De daadwerkelijk overeengekomen afspraken tussen (individuele) zorgverzekeraars en aanbieders, die niet per definitie overeen hoeven te komen met de standaardcontracten, alsmede het perspectief van aanbieders ontbreken. ActiZ is daarom van mening dat het onderzoek niet compleet is. Inhoudelijk kunnen de uitkomsten van de monitor niet worden geduid en begrepen zonder aanvullende informatie. Het betreft informatie die ActiZ wel verzameld heeft via een evaluatie van de Inkoop Wijkverpleging 2015. Het verdient daarom aanbeveling om een substantieel deel van de conclusies uit deze evaluatie in de monitor op te nemen om hiermee het huidige perspectief te verrijken.</p>	<p>De punten die u hierin naar voren brengt heeft u eerder in detail toegelicht. Wij verwijzen dan ook naar onze bovenstaande reacties op deze punten.</p>										

⁴⁷ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/09/29/bekostiging-wijkverpleging-in-2015.html>

ActiZ 24 april 2015	Reactie NZa
<p>Specifiek betreft dat de conclusie met betrekking tot bijzondere zorgvormen (ketenzorg dementie, IKZ en PTZ) en de beschikbaarheidsvoorzieningen. Na lezing van de monitor blijft het beeld achter dat er 'eigenlijk geen probleem is'. Dit beeld wordt niet door zorgaanbieders herkend en staat ook haaks op de uitkomsten uit de evaluatie Inkoop Wijkverpleging 2015. Er is wel degelijk sprake van een risico op discontinuïteit van deze specialistische voorzieningen. Bijzonder is verder dat uit de monitor niet blijkt dat zorgorganisaties geconfronteerd worden met een combinatie van volume- en tariefkortingen. In het kader van 'kostenbeheersing' lijken deze instrumenten niet te worden ingezet. De evaluatie van de Inkoop Wijkverpleging 2015 laat een andere werkelijkheid zien en maakt duidelijk dat dit Instrumentarium wel degelijk wordt ingezet. Landelijk gemaakte afspraken worden als gevolg hiervan niet nagekomen. Wij hechten er aan dat u onze visie op deze zaken in de monitor inbrengt en de geconstateerde onjuistheden corrigeert.</p> <p>ActiZ verzoekt de NZa vervolgens om paragraaf 6.4.4. van het onderdeel wijkgericht werken aan te passen. Ook dit deel bevat een aantal aantoonbare onjuistheden.</p> <p>Een laatste maar niet onbelangrijke conclusie van onze kant is dat van een veronderstelde gelijkwaardige (onderhandelaars)positie tussen zorgverzekeraars en aanbieders en van een transparant inkoopproces geen sprake is. Deze aanname is wel een belangrijke kurk waarop dit onderzoek op drijft, zowel in methodologische zin als met betrekking tot de inhoudelijke uitkomsten. Het verdient aanbeveling om de onderzoeksuitkomsten ook ten aanzien van dit element te nuanceren en bij te stellen.</p>	
Algemeen: Toekomstig onderzoek door de NZa	
<p>ActiZ is van mening dat deze monitor een vervolg verdient. Maar dan wel een vervolg dat meer dan nu en longitudinaal inzichtelijk maakt wat de effecten zijn van de overheveling van de verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe ontwikkelt het volume zich? - Wat zijn de effecten op de tarieven? - Is daadwerkelijk sprake van een gelijkwaardige onderhandelingspositie en een transparant inkoopproces? - Wat zijn de consequenties voor de marktordering? <p>Voorgaande uiteraard vanuit het perspectief van verzekeraars en vanuit het perspectief van de aanbieders.</p>	<p>De NZa onderschrijft vanzelfsprekend het belang van onderzoek in het kader van marktregulering en markttoezicht. Wij waarderen uw betrokkenheid en zullen in de toekomst – waar mogelijk – deze betrokkenheid blijven stimuleren en mogelijk maken.</p>

BTN 30 april 2015	Reactie NZa
Algemeen: Inleidend op de inhoudelijke reactie	
<p>We zijn blij dat BTN in het gehele proces is betrokken en geven hieronder onze reactie.</p> <p>Hierbij richten wij ons, logischerwijs, op Deel 2 van de monitor 'Verpleging en verzorging' aangezien dit het aandachtsgebied is waar onze leden actief in zijn.</p> <p>Over het algemeen is BTN blij dat over het algemeen bestaande afspraken en contracten in 2015 zijn gecontinueerd. Hiermee is de continuïteit van zorg in het overgangsjaar zo goed als mogelijk geborgd. In de praktijk is ook gebleken dat hierin geen grote problemen zijn ontstaan. Het jaar 2015 is echt een overgangsjaar waarin niet alle afspraken goed uitgekristalliseerd zijn en toekomstig beleid ook niet altijd volledig uitgewerkt. Daarom vindt BTN het belangrijk dat zoveel mogelijk eisen en afspraken gelijk blijven totdat definitief beleid is bepaald. Ook kunnen er zo tijdens het overgangsjaar ervaringen worden opgedaan hoe de wijzigingen in de praktijk uitpakken, wat vervolgens meegenomen kan worden in verder beleid.</p>	N.v.t.
<p>In de monitor is met name gekeken naar inhoudelijke wijzigingen in de contracten waarbij het proces en de daadwerkelijk gerealiseerde effecten niet in kaart zijn gebracht. Dit is gebruikelijk omdat met name de effecten op dit moment nog onvoldoende zichtbaar zijn. BTN wil toch benoemen dat belangrijk is om ook deze monitor uiteindelijk in combinatie met deze zaken te bekijken. Belangrijk is om ook duidelijk te krijgen hoe de contractuele afspraken tot stand zijn gekomen. Niet in alle gevallen zijn de gemaakte afspraken in gezamenlijkheid tot stand gekomen maar gepresenteerd als vaststaande eisen.</p>	<p>Het doel van de monitor is om een eerste <i>inzicht</i> te krijgen in de voortgang van de genoemde transitie; de nieuwe bekostigingssystemen van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg en de overteveling van verpleging en verzorging. In deze monitor worden niet de daadwerkelijk gerealiseerde effecten (outcome) van de transitie in kaart gebracht. Immers, deze zullen pas zichtbaar zijn nadat het sturingsinstrument daarvoor – de contracten die worden gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – zijn gewijzigd en effect hebben gesorteerd. Daarom richt de monitor zich op het geven van inzicht in de <i>Inhoud</i> van dit sturingsinstrument.</p> <p>Het contracteerproces is niet het object van onderzoek. Wel vormt dat proces een mogelijke verklaring voor veranderingen die zich wel of juist niet hebben voorgedaan.</p> <p>De NZa herkent vanzelfsprekend wel de discussie die is ontstaan over de wijze waarop het contracteerproces plaatsvindt. Daarom besteedt de NZa in de beleidsbrief wel aandacht aan het contracteerproces zelf. Ook zal dit onderwerp in de loop van 2015 nog nader worden geadresseerd.</p>
Deel II – Verpleging en Verzorging – § 6.1 Inzichten m.b.t. de ontwikkelingen beheersbaarheid kosten	
<p>De basis voor het budget voor 2015 voor aanbieders is in de regel gebaseerd op de gerealiseerde productie 2014, tot 1 juli 2014. Voor veel aanbieders geldt dat zij na 1 juli 2014 nog een substantiële groei hebben doorgemaakt. Deze groei is daarmee niet meegenomen in de productieafspraken. Daar bovenop komt in veel gevallen nog een taakstelling. Dit betekent voor veel aanbieders dat het toegekende budget al beperkt is om de bestaande cliënten te kunnen blijven bedienen. Daardoor is er weinig, tot geen, ruimte om nieuwe cliënten in zorg te kunnen nemen. BTN betreurt dat het principe 'geld volgt klant' steeds minder gehanteerd wordt. Hiermee staat juist de klantkeuze centraal, en dit wordt nu door de afgesproken budgetten ingeperkt. Zorgaanbieders die goede zorg leveren waardoor meer klanten voor hen kiezen, worden hiermee bestraft omdat zij geen mogelijkheden hebben om de extra zorgvraag op te vangen.</p>	<p>In uw reactie verwijst u naar een situatie die mogelijk / waarschijnlijk kan ontstaan in 2015. Wij waarderen dat u dit risico signaleert. Om hier recht aan te doen en tijdig bij te kunnen sturen is het van belang dat de ontwikkelingen in dit kader nauwgezet worden gevolgd. Echter, pas achteraf kan blijken of dit ook daadwerkelijk het geval is.</p>
Deel II – Verpleging en Verzorging – § 6.1.4 Vergoeding niet gecontracteerde zorg (gecontracteerd vs. Niet-gecontracteerd aanbod)	
<p>Wat betreft het gereserveerde budget voor niet-gecontracteerd aanbod pleit BTN er wel voor om goed te monitoren hoe het verloop/verbruik hiervan is. Als blijkt dat, door de gestelde voorwaarden, meer mensen voor gecontracteerde zorg kiezen, is het van belang dat hiervoor ook budget wordt overgeheveld.</p>	<p>De NZa vindt het vanzelfsprekend van belang dat ontwikkelingen in de zorgmarkten worden gemonitord. Afhankelijk van de ontwikkelingen die daaruit blijken kan daarop worden bijgestuurd. In dit geval door zorgverzekeraars en/of het Ministerie van VWS.</p>
Deel II – Verpleging en Verzorging – § 6.2.2 Voortzetting experimenten regelarme instellingen (ERAI)	
<p>Uit de monitor blijkt dat slechts 1 van de ERAI experimenten is doorgezet op basis van een experiment</p>	<p>Dat niet alle ERAI zijn voortgezet betekent echter niet dat er geen resultaten en</p>

BTN 30 april 2015	Reactie NZa
<p>overeenkomst met de verzekeraar. Enkele andere aanbieders die voorgaande jaren deelnamen in het ERAI experiment zijn uit elgen overweging gestopt, waarbij de reden zou zijn dat verzekeraars meer inzicht willen verkrijgen in de geleverde prestaties en een gelijk speelveld willen creëren. BTN hoopt niet dat hiermee de resultaten en ervaringen die bij het ERAI zijn opgehaald ook opzij worden geschoven. Vanuit het ERAI zijn veel positieve ervaringen die we zouden moeten inbedden in het reguliere proces. Het is zonde om nu terug te vallen in de oude regels en controles die in het ERAI juist waren losgelaten.</p>	<p>ervaringen zijn opgehaald. Vanuit het Ministerie van VWS wordt er in ieder geval jaarlijks een stakeholdersoverleg geïnitieerd waarin resultaten en ervaringen worden uitgewisseld, tussen het Ministerie van VWS / de NZa / Zorgverzekeraars Nederland / zorgverzekeraars. Dit geldt ook als input voor toekomstig beleid.</p>
<p>Deel II – Verpleging en Verzorging – § 6.4 Wijkgericht werken, specifiek: § 6.4.4 Zorgaanbieders S2 en S1 en Nieuwe zorgaanbieders</p>	
<p>BTN begrijpt dat de zorg uit Segment 1 (S1) op verschillende manieren wordt ingevuld. Dit is ook goed gezien de lokale diversiteit die bestaat. Het S1 deel en de invulling daarvan is nieuw waardoor er samen gekeken moest worden naar een passende invulling. Naar het idee van BTN is dit over het algemeen zo goed als mogelijk gelukt. Voor de toekomst kijkt BTN wel naar een andere invulling van het S1 gedeelte, waarbij dit niet als zodanig apart wordt gezet. In onze ogen leveren alle zorgaanbieders zorg en ondersteuning die niet altijd direct aan de individuele cliënt is toe te wijzen. Dit is ook nodig om uiteindelijk tot de beste resultaten te komen. De bekostiging van deze activiteiten zal dus niet los moeten worden gekoppeld zoals op dit moment het geval is. Positief is daarom dat de eis is opgenomen dat aanbieders voor S1 tenminste ook S2 zorg bieden.</p>	<p>Momenteel wordt er in nauw overleg met alle betrokken partijen bekeken hoe S1/S2 vormgegeven gaat worden in het vervolg.</p>
<p>Algemeen: Afsluitend</p>	
<p>BTN blijft graag betrokken in het verdere proces en de eventuele vervolgstapen die hieruit voortkomen. Belangrijk is dat de uitkomsten in de juiste context worden geplaatst en alle partijen goed betrokken blijven.</p>	<p>De NZa onderschrijft het belang van uw betrokkenheid en zal in de toekomst – waar mogelijk – deze betrokkenheid blijven stimuleren en mogelijk maken.</p>

LHV 7 mei 2015	Reactie NZa
Algemeen	
<p>De monitor contracten voor huisartsenzorg is een gedegen opsomming van datgene er in de basiscontracten van de zorgverzekeraars is opgenomen. Voor de LHV is deze opsomming niet nieuw, een dergelijke exercitie had de LHV zelf ook al uitgevoerd. Zoals al eerder aangegeven tijdens de klankbordgroep vindt de LHV het een gemiste kans om niet het proces van contractering bij deze monitor te betrekken. Daarnaast lijkt deze monitor enkel van de basiscontracten van de zorgverzekeraars uit te gaan, regio of lokaal specifieke afspraken komen hierdoor niet aan het licht. Op basis van de bevindingen uit de basiscontracten worden conclusies getrokken die wellicht anders waren geweest als ook het proces van de contractering (en de uitkomsten daarvan op regio/lokaal niveau) was meegenomen. Ons voorstel is om dit ook in de management samenvatting te benoemen of dit in de beleidsbrief op te nemen.</p>	<p>Het doel van de monitor is om een eerste <i>inzicht</i> te krijgen in de voortgang van de genoemde transitie; de nieuwe bekostigingssystemen van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg en de overheveling van verpleging en verzorging.</p> <p>In deze monitor worden niet de daadwerkelijk gerealiseerde effecten (outcome) van de transitie in kaart gebracht. Immers, deze zullen pas zichtbaar zijn nadat het sturingsinstrument daarvoor – de contracten die worden gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – zijn gewijzigd en effect hebben gesorteerd. Daarom richt de monitor zich op het geven van inzicht in <i>de inhoud</i> van dit sturingsinstrument.</p> <p>Het contracteerproces is niet het object van onderzoek. Wel vormt dat proces een mogelijke verklaring voor veranderingen die zich wel of juist niet hebben voorgedaan.</p> <p>De NZa herkent vanzelfsprekend wel de discussie die is ontstaan over de wijze waarop het contracteerproces plaatsvindt. Daarom besteedt de NZa in de beleidsbrief wel aandacht aan het contracteerproces zelf. Ook zal dit onderwerp in de loop van 2015 nog nader worden geadresseerd.</p> <p>Bij multidisciplinaire zorg heeft de NZa een steekproef van regionale contracten uitgevraagd, voor de huisartsenzorg is dat wegens de aanzienlijke belasting die dat met zich mee zou brengen voor het veld niet gedaan.</p>
Reactie op conclusies	
<p>Er worden op een paar gebieden conclusies getrokken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekostigingsexperimenten: niet belonen per consult; 2. Toegankelijkheid M&I-verrichtingen door overheveling naar segment 1; 3. Eerste stappen op weg naar resultaatbeloning; 4. Vereenvoudiging op het gebied van resultaatbeloning en meer ruimte voor zorgvernieuwing; 5. Praktijkondersteuning (poh-ggz en poh-s) <p>De LHV zet bij een aantal conclusies vraagtekens. Ten eerste de toegankelijkheid van de overgehevelde M&I-verrichtingen. Wij vragen ons af of de toegankelijkheid daarvan in 2015 is toegenomen. Dat er minder eisen aan worden gesteld in het contract betekent niet automatisch dat meer huisartsenpraktijken de verrichting zullen aanbieden.</p> <p>Ten tweede vinden wij dat de wijze waarop conclusie 4 verwoord is de werkelijkheid rooskleuriger voordoet dan deze is. Naar ons idee is de resultaatbeloning helemaal niet vereenvoudigd. Het aantal indicatoren is juist toegenomen. Meer ruimte voor zorgvernieuwing wordt door onze achterban ook niet ervaren, en in de monitor zelf staat ook te lezen dat de zorgverzekeraars zeggen dat het nog niet storm loopt. Ons voorstel is om de titel van deze conclusie in de managementsamenvatting in ieder geval te herformuleren.</p>	<p>M.b.t. uw reactie over de toegankelijkheid: Voor de helderheid: met 'toegankelijkheid' wordt in deze monitor bedoeld op de beoordeling van voorwaarden en andere drempels voor huisartsen om de verrichtingen in het aanbod op te nemen. Om dit te verhelderen zijn de relevante titels en teksten in de monitor aangepast.</p> <p>M.b.t. uw reactie over de resultaatbeloning: In hoeverre er sprake is van een vereenvoudiging is een onderzoeksvraag. De titels wekten onterecht de indruk dat de conclusie is dat de resultaatbeloning is vereenvoudigd. Om dit te verhelderen zijn de relevante titels in de monitor aangepast.</p> <p>M.b.t. uw reactie over zorgvernieuwing: In hoeverre er sprake is van meer ruimte voor zorgvernieuwing is een onderzoeksvraag. De titels wekten onterecht de indruk dat de conclusie is dat er meer ruimte is voor zorgvernieuwing. Om dit te verhelderen zijn de relevante titels in de monitor aangepast.</p>