

Monitor contractering ggz 2021



[link naar magazine]

Deze monitor geeft een overzicht van de belangrijkste conclusies over het contracteren in de ggz voor 2021

Het is belangrijk dat zorg kwalitatief goed, passend en betaalbaar is. Passende zorg is zorg die nodig is, waarde toevoegt, de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert en aansluit bij zijn behoeften en omstandigheden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in contracten afspraken die eraan bijdragen dat zorgaanbieders deze zorg leveren aan cliënten. Zorgverzekeraars kopen deze zorg in voor hun verzekerden. In het Hoofdlijnenakkoord ggz (HLA 2019-2022) is afgesproken dat partijen decentraal afspraken maken om passende zorg voor de cliënten mogelijk te maken. Ook is afgesproken dat de NZa elk jaar een rapportage in de vorm van een monitor maakt over de ontwikkelingen in de contractering. Hiermee willen we zorgverzekeraars en zorgaanbieders helpen om passende afspraken te maken.

In eerdere monitors hebben we vooral gevraagd naar verbeterpunten voor het proces van contracteren en de vraag waarom zorgaanbieders wel of niet contracteren. In de monitor 2020 hebben we geconstateerd dat er op het gebied van het proces van contracteren wel stappen zijn gezet. Maar ook dat er op een aantal punten nog verbetering mogelijk is. Voor de monitor 2021 hebben we minder uitgebreid gevraagd naar de opvattingen over het proces van de (bij)contractering en de redenen waarom zorgaanbieders geen contract afsluiten. Dat hebben we in de eerste plaats gedaan omdat partijen sinds april 2020 – ook vanwege de coronacrisis – weinig tijd hebben gehad om met de aanbevelingen aan de slag te gaan. Een andere reden is dat we in 2021 meer informatie wilden verzamelen over de inhoud van de afspraken in de contracten.

We concludeerden in 2020 namelijk ook dat partijen in de contracten nog te weinig afspraken maken over de inhoud van de zorg (kwaliteit, passende zorg e.d.). Terwijl verzekeraars en aanbieders juist in de contracten de afspraken van het Hoofdlijnenakkoord concreet uit kunnen werken.

We hebben daarom in 2021 gevraagd naar specifieke afspraken over passende zorg (bijvoorbeeld domein overstijgende afspraken met gemeenten en huisartsen en Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) en over samenwerking in de regio. We hebben ook vragen gesteld over de gevolgen van de coronacrisis voor de

contracten, innovatie en toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast waren we benieuwd of de invoering van het Zorgprestatie­model in 2022 invloed heeft gehad op de contracten van 2021.

Wij geven in deze monitor de informatie weer die we hebben ontvangen via vragenlijsten en interviews en die we hebben gehaald uit de contracten. Omdat het onderzoek niet op alle punten even representatief is (zie hoofdstuk 'onderzoek') zijn de resultaten net als eerdere jaren vooral indicatief. Zij geven een beeld van hoe de respondenten tegen de contracten aankijken.

Bea van Esch, beleidsmedewerker ggz

"In de nieuwe vormgeving van de monitor geven we alleen nog de belangrijkste conclusies weer. We richten ons vooral op de ontwikkelingen die ertoe leiden dat cliënten op tijd de zorg krijgen die zij nodig hebben en die bij hen past. We doen nog steeds meer uitgebreide analyses op de achtergrond, maar we nemen ze alleen in de monitor op als er relevante ontwikkelingen zijn. Dit jaar beschrijven we kort de ontwikkelingen in het contracteerproces en de invloed van de coronacrisis. Daarna gaan we meer uitgebreid in op hoe passende zorg, wachttijden en innovatie in de contracten zijn opgenomen. Ook komt de ontwikkeling met betrekking tot meerjarencontracten en de arbeidsmarktproblematiek in de ggz aan de orde. We sluiten af met een korte vooruitblik naar de invoering van het zorgprestatie­model in 2022, en met onze conclusies en aanbevelingen."

Kernboodschap

In het HLA is afgesproken dat er in de contracten afspraken worden gemaakt over kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Wij zien in de ggz positieve ontwikkelingen als het gaat om het organiseren van zorg over de schotten heen, passende zorg en het verkorten van de wachttijden. Wij moeten na het onderzoek voor deze monitor echter constateren, dat er in de contracten bijna geen concrete afspraken over inhoudelijke onderwerpen zijn gemaakt. Zorgverzekeraars en grotere instellingen geven aan dat hierover wel afspraken worden gemaakt, maar dat ze deze afspraken bijvoorbeeld in een convenant of in een gespreksnotitie in het dossier opnemen. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven aan dat het contract vaak niet het juiste middel is dit soort afspraken in vast te leggen. Wij roepen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om afspraken over passende zorg, inhoud en kwaliteit vast te leggen in (meerjaren)contracten, of duidelijk te maken waarom zij dat – in afwijking van de afspraken in het HLA- op een andere manier (gaan) doen.

Vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen door de beperkingen van digitale standaardcontracten geen gedetailleerde afspraken maken. Zij vinden dat het leveren van passende zorg met het opnemen van het [Kwaliteitsstatuut GGZ](#) in de digitale standaardcontracten, zo goed mogelijk geborgd is. Ook voor de kleinere instellingen die zijn aangewezen op digitaal contracteren geldt dat geen nadere inhoudelijke afspraken kunnen worden gemaakt. We concluderen dat de onvrede over het 'tekenen bij het kruisje' vooral over het omzetplafond en tarief gaat en dat deze lastig te verhelpen is. Zorgen voor een goed contracteerproces is volgens ons een van de weinige mogelijkheden om deze onvrede wat te verminderen. Daarbij hoort ook een goede helpdesk om de zorgaanbieders deskundig en binnen duidelijke termijnen antwoord te geven op hun vragen. Op dat gebied zijn ook zeker nog verbeteringen mogelijk.

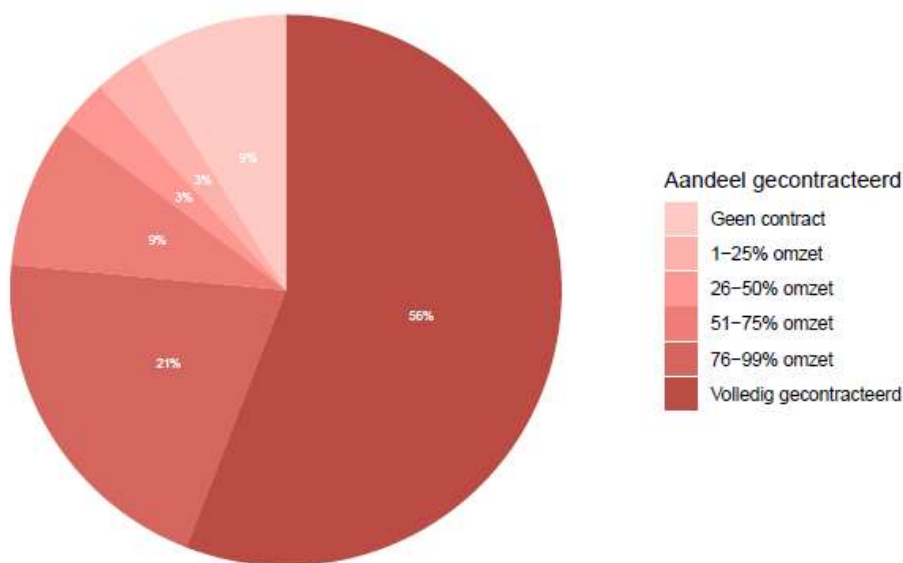
Onderzoek

Informatieverzameling

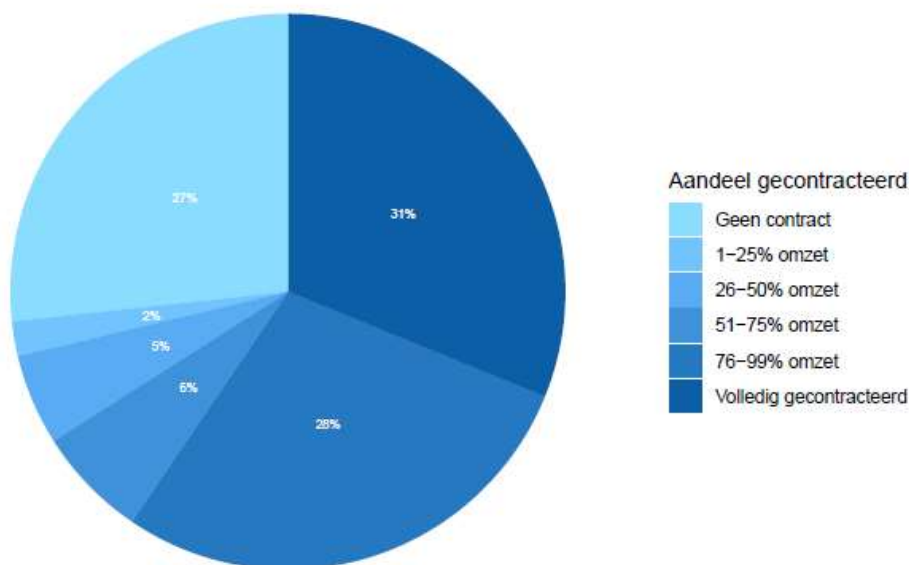
We hebben op drie manieren informatie verzameld. In de eerste plaats hebben we via social media van de NZa en via de branche- en beroepsverenigingen een [vragenlijst](#) verspreid onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In totaal geven de respondenten aan dat ze ongeveer € 2,4 miljard omzet in de ggz uit de Zorgverzekeringswet hebben. Dat is ongeveer 60% van de totale omzet van de sector. Negen zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld. De respons bij instellingen en bij vrijgevestigde zorgaanbieders is hoger dan vorig jaar (68 instellingen tegenover 48 en 265 vrijgevestigden tegenover 71). Een groot deel van de instellingen, waaronder bijna alle grote instellingen, heeft de vragenlijst ingevuld. De respons onder vrijgevestigde zorgaanbieders is hoog, maar geen representatieve afspiegeling van de vrijgevestigde zorgaanbieders. De opgegeven omzet van de vrijgevestigde zorgaanbieders is namelijk maar 9% van de omzet van de vrijgevestigde zorgaanbieders in 2019. Ook blijkt uit nadere analyse dat er bij vrijgevestigde zorgaanbieders sprake is van een selectie-effect. Een relatief groot deel van de vrijgevestigde respondenten staat kritisch tegenover contracteren. In figuur 1 is te zien dat ruim een kwart van de vrijgevestigde

respondenten die kunnen contracteren, aangeeft dat zij geen enkel contract hebben afgesloten (0% van de Zwv-omzet is gecontracteerd). Dit is meer dan we zouden verwachten van een representatieve steekproef, omdat uit rapportages van Vektis blijkt dat maar 22% van de omzet van vrijgevestigden ongecontracteerd is (NB: hieronder valt ook de omzet van deels gecontracteerde vrijgevestigde aanbieders). De groep die geen contract afsluit is ook groter dan in de monitor van 2020. Daarin gaf namelijk 20% van de vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat ze geen contracten afsluiten. We vermoeden daarom dat vrijgevestigde zorgaanbieders die kritisch tegenover contracteren staan, eerder geneigd zijn de vragenlijst in te vullen. Van de instellingen heeft 9% dit jaar geen contracten afgesloten (tegen 23% in 2020). Aan de zorgaanbieders zonder contract hebben we alleen gevraagd wat hier de reden voor is en of ze hebben bijgecontracteerd in 2020. De rest van de vragen was niet relevant voor deze groep.

Verdeling instellingen



Verdeling vrijgevestigden



Figuur 1. Aandeel van omzet uit contracten

Omzet uit contract	Aandeel instellingen (%)	Aandeel vrijgevestigden (%)
Geen contract	9	27
1-25%	3	2
26-50%	3	5
51-75%	9	6
76-99%	21	28
Volledig gecontracteerd	56	31

Vrijgevestigden die reageerden zijn voornamelijk psychologen (51%), psychotherapeuten (33%) en psychiaters (13%). Bij de 'overige' beroepen (11%) betreft het vooral systeemtherapeuten. Van de 83 vrijgevestigde zorgaanbieders die aangeven dat zij niet contracteren, hebben er 17 (20%) geen BIG-registratie (geen contracteerbaar beroep), of leveren geen basis-Zvw-zorg. Deze zorgaanbieders voldoen niet aan de voorwaarden om een contract af te sluiten. We hebben ze in het onderzoek verder niet meegenomen.

Na het verwerken van de vragenlijsten hebben we verdiepende gesprekken gevoerd met negen zorgverzekeraars, zeven vrijgevestigde zorgaanbieders en acht instellingen. Deze zorgaanbieders hebben we aselect gekozen uit de groep die in de vragenlijst aangaf dat ze aan een interview deel wilden nemen. De informatie uit de interviews is vooral gebruikt als toelichting op de informatie uit de vragenlijsten. Tenslotte hebben we de standaard digitale contracten voor 2021 en de contracten met de tien grootste zorgaanbieders per zorgverzekeraar voor 2020 bekeken.

Contractering

Wel of niet een contract afsluiten

Naast principiële redenen, noemen zorgaanbieders die helemaal geen contracten afsluiten in de vragenlijst vooral het omzetplafond en de administratieve lasten als reden om niet te contracteren. Een – ook buiten dit onderzoek - relatief vaak gehoorde reden om niet te contracteren is ook dat 'verzekeraars op de stoel van de behandelaar gaan zitten'. Hiervoor zien wij zowel in de contracten als na goed doorvragen in de interviews geen aanwijzingen. Bij degenen die wel (gedeeltelijk) contracteren blijkt - uit de vragenlijst maar vooral uit de interviews - dat bijna uitsluitend de eisen met betrekking tot omzetplafonds en de tarieven reden zijn om met bepaalde zorgverzekeraars geen contract af te sluiten. Kleine aanbieders ervaren vooral eventuele terugvorderingen na het overschrijden van het omzetplafond als een risico. Daarbij speelt een rol dat het plafond bij een kleine omzet relatief snel en onverwacht bereikt en overschreden kan worden. Zorgaanbieders geven in het interview ook regelmatig aan dat zij ondanks bezwaren toch contracteren. Dit omdat contracteren voor hen en/of voor hun cliënten gemakkelijker is. De hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg is namelijk voor cliënten een financiële drempel. Onze indruk is dat verzekeraars bij de 'digitale' contractering het instrument omzetplafond minder toepassen dan in voorgaande jaren.

Het proces van contracteren

Administratieve lasten zijn onlosmakelijk verbonden met het uitoefenen van een (eigen) bedrijf. Vooral vrijgevestigde zorgaanbieders ervaren ze als een grote last.

Zorgverzekeraars hebben zich het afgelopen jaar ingezet om de administratieve lasten van de contractering te beperken. Zo hebben ze grote delen van de contracten geüniformeerd. Daarnaast sluiten ze ook vaker meerjarencontracten af om administratieve lasten te beperken. In de vragenlijsten zien we geen verbetering ten opzichte van het 2020, ook niet als het gaat over bereikbaarheid en het op tijd beantwoorden van vragen.

Tegelijkertijd horen we in interviews (sporadisch) dat verbeteringen merkbaar zijn. Dat geluid horen we ook van een enkele beroepsvereniging.

Uit de interviews horen we ook een enkele keer van zorgaanbieders dat een zorgverzekeraar toch aanpassingen doet op het 'uniforme stuk' in het contract. Het gaat dan bijvoorbeeld om de declaratiebepalingen. Daarmee wordt de uniformiteit dan weer deels tenietgedaan. Sommige contracten vinden wij wat onoverzichtelijk: daarin

zijn weliswaar de uniforme bepalingen toegevoegd, maar andere daarmee overlappende stukken nog niet helemaal verwijderd. We adviseren zorgverzekeraars om contracten op dit punt nog eens goed door te lichten.

De ervaringen van de geïnterviewde zorgaanbieders met het bijcontracteren wisselen. Het is belangrijk dat bijcontracteren soepel verloopt, omdat de doorlooptijd invloed heeft op wachttijden, de arbeidsmarkt en de financiële positie van zorgaanbieders.

Positie van 'digitale contractanten'

Dit is de derde monitor contractering in het kader van het HLA. We moeten constateren dat de onvrede over het 'tekenen bij het kruisje' bij de (veelal vrijgevestigde) zorgaanbieders en kleine instellingen lastig te verhelpen is. Grote(re) instellingen zijn ook niet altijd tevreden. Maar zij kunnen in ieder geval met zorgverzekeraars in gesprek gaan over financiële afspraken, maar ook over passende zorg, innovatie en andere inhoudelijke onderwerpen. Een zorgverzekeraar heeft simpelweg niet de capaciteit om met alle (vrijgevestigde) zorgaanbieders in gesprek kan gaan.

Dat maakt het des te belangrijker dat het proces van (bij)contracteren goed geregeld. En daarbij hoort ook dat er een goede helpdesk is om deze zorgaanbieders deskundig en binnen duidelijke termijnen antwoord te geven op hun vragen. De branchepartijen van vrijgevestigden geven aan dat dit niet 'de' oplossing is (want de belangrijkste problemen zijn volgens hen omzetplafond en tarieven). Toch geloven wij dat dit tot minder frustratie over het proces zal leiden. Ook blijft onze aanbeveling staan voor vrijgevestigden om zich vooral in de regio met collega's te organiseren. Wellicht is het op die manier wel mogelijk om een inhoudelijke gesprekspartner voor de zorgverzekeraars te zijn.

Involed van de coronacrisis op de contracten

Uit vragenlijsten en interviews blijkt dat de coronacrisis ervoor heeft gezorgd dat beeldbellen een grote vlucht heeft genomen. Door de toename van beeldbellen is ook bij een aantal zorgaanbieders de drempel verlaagd om meer digitale zorg aan te bieden.

Een enkele zorgverzekeraar geeft aan dat er bij de contracten 2020 soms discussie is als de zorgaanbieder een beroep doet op de Continuïteitsbijdrage. Onderwerp is dan of er wel sprake kan zijn van omzetzijning als het budgetplafond overschreden is.

In de vragenlijst geeft een klein deel van de instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat de contracten door de coronacrisis gewijzigd zijn. Bij instellingen gaat het dan om verandering in omzetplafond, digitale zorg, aanpak van wachtlijsten en veranderde zorgvraag. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders gaat het om een verandering in de instroom, meer aandacht voor digitale zorg en verandering in omzetplafonds. Toch zijn de meningen verdeeld over de invloed van de coronacrisis op de contracten. Zo zien wij in de contracten voor 2021 (nog) geen specifieke afspraken over beeldbellen of over digitale zorg.

Passende zorg/de Juiste Zorg Op de Juiste Plaats

Uit de vragenlijsten en interviews blijkt dat vrijgevestigde zorgaanbieders in de contracten bijna geen afspraken over passende zorg hebben vastgelegd. Het overgrote deel van de zorgverzekeraars en een kwart van de instellingen geeft aan dat zij wel afspraken maken over passende zorg. Maar dat gebeurt dan buiten de contracten om. Afspraken worden dan bijvoorbeeld vastgelegd in gespreksnotities in het dossier, of in een convenant. Een enkele keer meldt een zorgaanbieder dat hierover in een meerjarencontract afspraken zijn gemaakt. We hebben het dan onder andere over digitale zorg, terugdringen van wachtlijsten, afspraken voor bepaalde diagnosegroepen en het voorkomen van onder- en overbehandeling.

Een ander voorbeeld van passende zorg in de ggz is het leveren van domein overstijgende zorg. Uit de vragenlijsten en interviews voor deze monitor blijkt dat partijen steeds meer samenwerken om passende zorg mogelijk te maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om samenwerking van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, het sociale domein, gemeente(lijke instanties) en huisartsen. Voorbeelden zijn 'de Nieuwe ggz' in Zuid-Limburg en 'Optimaal leven' in Drenthe. Een ander voorbeeld is '[Werk als beste zorg](#)'. Psychische problemen hangen vaak samen met sociaal-maatschappelijke problemen. Steeds vaker wordt aan beide 'fronten' gewerkt. Over domein overstijgende zorg worden echter geen afspraken in de contracten vastgelegd. Wij adviseren om goede

initiatieven in contracten op te nemen. Dat helpt om ervoor te zorgen dat goede voorbeelden niet beperkt blijven tot één regio, maar breder worden gedeeld.

Een concrete manier om passende zorg in te zetten is het toepassen van de [verbetersignalen](#) PTSS en psychose van het Zorginstituut. Het gesprek over deze verbetersignalen wordt door de meeste zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet gevoerd. Als reden daarvoor noemen verzekeraars dat zij 'niet op dat niveau afspraken maken'. Vooral vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan, de verbetersignalen niet te kennen, of geen patiënten met deze diagnose te behandelen.

Afspraken over passende zorg zijn we dus bijna niet in de contracten tegengekomen. Vooral [vrijgevestigden](#) en hun beroepsverenigingen geven in reactie hierop aan dat passende zorg geborgd is in het [Kwaliteitsstatuut GGZ](#). Zorgverzekeraars Nederland is ook van mening dat bij vrijgevestigde zorgaanbieders hiermee – binnen de mogelijkheden – passende zorg zo goed mogelijk is geborgd. Passende zorg in de ggz overstijgt volgens ons echter vaak het niveau van de individuele zorgaanbieder en daarmee van het Kwaliteitsstatuut. Tegelijk zien we ook, dat het vanwege de inrichting van het contracteerproces lastig is om met de vrijgevestigde zorgaanbieders hierover nadere afspraken te maken. Dat ligt echter anders bij de [instellingen](#). De afspraak in het HLA is dat partijen decentraal afspraken maken om passende zorg voor de cliënten mogelijk te maken. Nu zijn die afspraken vaak niet zichtbaar. Wij roepen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om afspraken over passende zorg, inhoud en kwaliteit vast te leggen in (meerjaren)contracten. Als zij vanuit voortschrijdend inzicht menen dat dit soort afspraken – in afwijking van het HLA - niet in contracten past, is het aan de HLA partijen om dit te heroverwegen.

Zoals gezegd zien we goede initiatieven, die naar ons idee echter niet wijd verspreid zijn. Daarom roepen we zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om komend jaar echt meer werk te maken van passende zorg. Vooral ook om aandacht te geven aan 'good practices' en deze zo mogelijk landelijk uit te rollen. In het [Actieplan Wachtlijsten GGZ](#) staat ook een aantal concrete stappen richting meer passende zorg. Misschien kan dit een basis vormen voor het maken van afspraken hierover in de contracten voor 2022.

Wachttijden

We zien in de contracten een aantal initiatieven om de toegankelijkheid in de ggz te bevorderen. Alle zorgverzekeraars verplichten zorgaanbieders contractueel om het te melden als de wachttijden boven de Treeknormen uitkomen. Sommige zorgverzekeraars verplichten de zorgaanbieders om eHealth aan te bieden tijdens de wachttijd. Ook is vastgelegd dat zorgaanbieders cliënten moeten doorverwijzen naar de afdeling zorgbemiddeling als die aangeven niet langer te willen wachten. Vrijgevestigde zorgaanbieders geven in de vragenlijst en interviews aan dat zij vaker binnen hun eigen netwerk doorverwijzen. Dat gaat sneller en ze kunnen dan ook goed inschatten of een cliënt daar wel op de juiste plek is.

De zorgverzekeraars gebruiken in hun kernregio bij de contractering de [gespreksleidraad](#) wachttijden. Die is door partijen ontwikkeld om te helpen om de wachttijden terug te dringen. Wij zien een enkele keer een afspraak in het contract die hier wellicht uit voortkomt. Het gaat dan bijvoorbeeld om herdiagnostiek als bij een langdurige behandeling resultaat uitblijft. Het maken van afspraken hierover kan leiden tot een betere doorstroom/uitstroom van cliënten. Een enkele instelling geeft aan dat zij deze leidraad gebruikt.

Vrijgevestigden kennen hem vaak niet. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat zij een digitaal aanbod krijgen van de verzekeraar en met hem geen gesprek aan kunnen gaan.

Een positieve ontwikkeling is ook dat het onderwerp wachttijden steeds vaker standaard op de agenda staat bij regionale overleggen. Door de kortere lijnen tussen aanbieders, is het gemakkelijker om afspraken te maken over het herverdelen van cliënten. Maar ook om bijvoorbeeld domein overstijgende afspraken te maken. Over het aansluiten bij regionale overleggen worden weinig concrete afspraken in de contracten gemaakt. In een enkel contract staat aangegeven dat de zorgverzekeraar verwacht dat de zorgaanbieder hierbij aansluit.

We concluderen dat er goede dingen op het gebied van wachttijden gebeuren. Het [resultaat](#) ervan blijft echter nog achter, zeker wat betreft de behandelcapaciteit voor cliënten met een hoog complexe zorgvraag. Wij hebben in de interviews herhaaldelijk gehoord dat een tekort aan hoog specialistische behandelaren hier mede debet aan zou zijn. Het is daarom van belang om in ieder geval de bestaande behandelcapaciteit optimaal te benutten. Concrete afspraken in de contracten over passende zorg kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de Juiste Zorg Op de Juiste Plek, geen onder- of overbehandeling en herdiagnostiek als bij langdurige behandeling resultaat uitblijft. In het hierboven al genoemde Actieplan Wachtlijsten GGZ staat een aantal concrete stappen die op korte termijn moeten helpen om de wachttijden te verminderen. We verwachten een deel van deze afspraken in de contracten voor 2022 terug te zien.

Innovatie en digitale zorg

Afspraken voor experimenten worden bij uitstek gemaakt in de contractering. Dat verklaart waarom experimenten bijna uitsluitend plaatsvinden bij instellingen. We vinden ze in de reguliere contracten over het algemeen alleen terug als 'te declareren prestatie' in de declaratieparagraaf. Een experiment wordt vaak vastgelegd in een apart contract. Er lopen enkele interessante [experimenten](#) in het kader van de [Beleidsregel kleinschalige experimenten](#). Op technologisch gebied is dat bijvoorbeeld het gebruik van Virtual Reality (VR), apps ter ondersteuning van behandeling en 100% digitale zorg. Op het gebied van doorstroom/uitstroom is er een experiment dat wellicht bijdraagt aan een versnelde uitstroom uit de crisisopvang. Bij de forensische zorg loopt een experiment met volledig pakket thuis (VPT). Dit heeft als doel om ervoor te zorgen dat cliënten eerder op zichzelf kunnen gaan wonen. Dat zorgt voor een betere doorstroom in de klinieken.

Er is weliswaar in 2020 een lichte toename te zien in zorgverzekeraars die op dit punt afspraken maken met zorgaanbieders, maar dat is naar onze mening nog te weinig. De neiging bestaat om eerst af te wachten of een nieuwe aanpak werkt, terwijl opschaling van een experiment juist vaak nodig is om goed te kunnen beoordelen of iets werkt.

Ongeveer 20% van de zorgaanbieders geeft aan dat alle zorgverzekeraars digitale zorg stimuleren en ongeveer 40% geeft aan dat sommige zorgverzekeraars dit doen. In de contracten is dat bijna niet terug te zien.

Er worden soms wel afspraken gemaakt waarbij 100% eHealth buiten het omzetplafond blijft. Zowel in de vragenlijsten als in de interviews is terug te zien dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vaker positief gestemd zijn over digitale zorg. Dat is in iedere geval gedeeltelijk het gevolg van de omstandigheden rondom covid-19, waarin meer flexibiliteit werd gevraagd bij het verlenen van de noodzakelijke zorg. Dit is dan ook volgens ons een goed moment voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om extra de schouders te zetten onder (digitale) innovatie. Het initiatief hiervoor kan zowel bij de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar liggen. Start experimenten op en/of werk mee aan de opschaling van bestaande (veelbelovende) experimenten. Voor vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat sommigen graag zouden meedoen aan digitale innovaties (bijvoorbeeld de VR-bril bij cognitieve therapie), maar dat dat voor een klein bedrijf lastig te financieren is. We zien wel een enkele situatie waarin vrijgevestigden proberen een gezamenlijke businesscase hiervoor te maken. Door middel van het delen van de kosten en gezamenlijk gebruik van de techniek, kunnen ze zo toch voor elkaar krijgen dat ze deze veelbelovende techniek kunnen gebruiken.

Meerjarencontracten

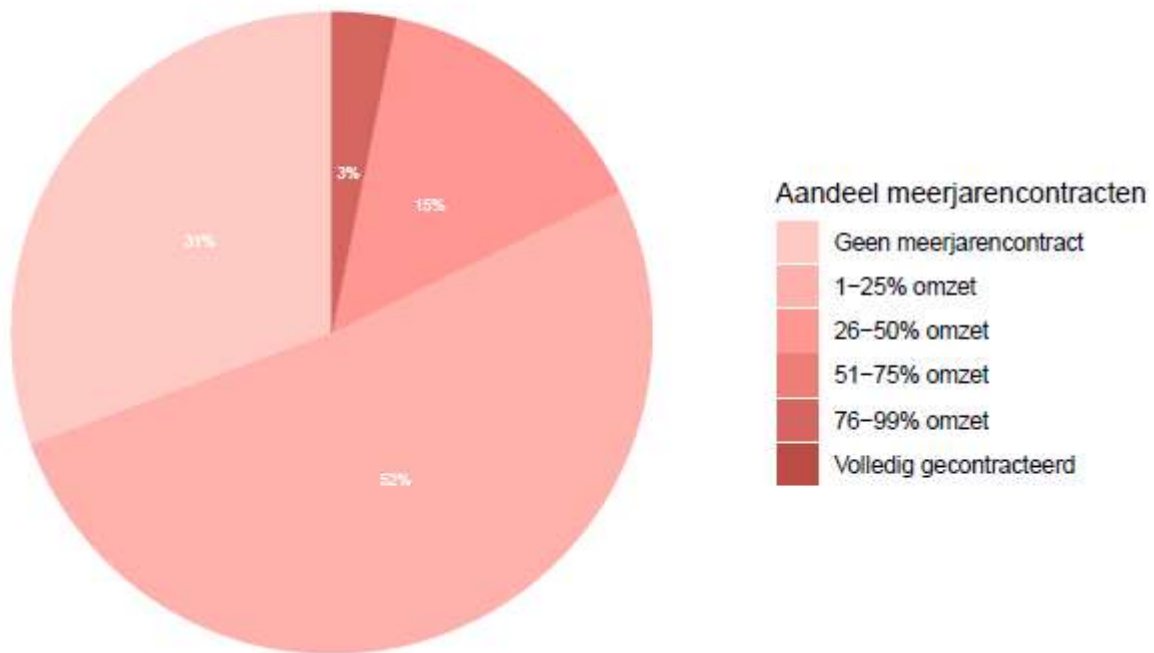
Zes van de negen zorgverzekeraars hebben meerjarencontracten afgesloten, vooral met grote(re) instellingen in hun kernregio. Vergeleken met vorig jaar lijkt het aantal meerjarencontracten niet significant toegenomen.

In Figuur 2 is te zien dat van de vrijgevestigden ongeveer een kwart geen omzet uit meerjarencontracten heeft. Ruim de helft geeft aan tot 25% van de omzet uit een meerjarencontract te halen, terwijl geen enkele vrijgevestigde alle omzet uit meerjarencontracten haalt. Bij de instellingen geeft ongeveer een derde aan geen meerjarencontracten te hebben. De helft geeft aan tot 25% van de omzet uit een meerjarencontract te halen.

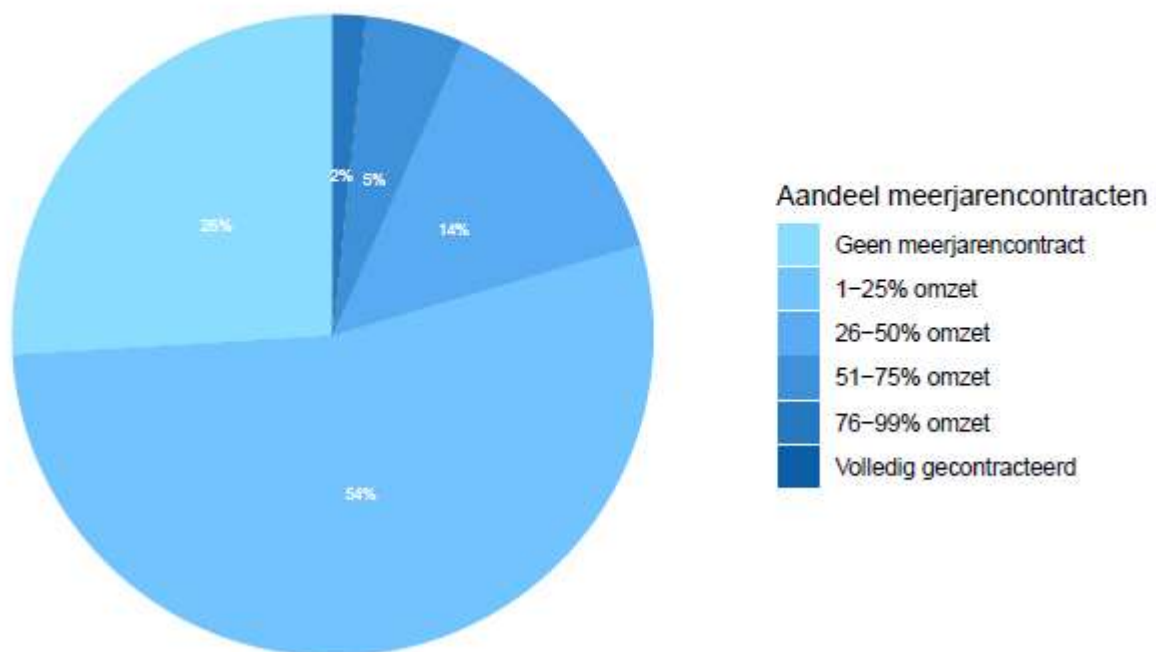
Ongeveer 80% van de zorgaanbieders heeft voor maximaal 25% van de omzet meerjarencontracten afgesloten. Zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders sluiten vooral meerjarencontracten af om administratieve lasten voor beide partijen te beperken. Ze bieden ook zekerheid. Grote(re) zorgaanbieders gebruiken meerjarencontracten ook of juist om afspraken te maken over de inhoud en de kwaliteit van de zorg.

Uit de vragenlijst en de interviews komt naar voren dat partijen in 2021 – in verband met de invoering van het Zorgprestatie-model in 2022 – wat terughoudend zijn bij het afsluiten van meerjarencontracten. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven echter ook aan dat meerjarencontracten belangrijk zijn voor het maken van inhoudelijke afspraken en dat ze die dus vaker af willen sluiten. Wel wijzen diverse zorgaanbieders erop dat er een financieel risico ontstaat als omstandigheden veranderen en omzetplafonds of prestatie-indicatoren niet flexibel kunnen worden bijgesteld.

Verdeling instellingen



Verdeling vrijgevestigden



Figuur 2. Aandeel van omzet uit meerjarencontracten

Omzet uit meerjarencontract	Aandeel instellingen (%)	Aandeel vrijgevestigden (%)
Geen contract	31	26
1-25%	52	53

26-50%	15	14
51-75%	0	5
76-99%	3	2
Volledig gecontracteerd	0	0

Arbeidsmarktproblematiek

In het HLA wordt uitgebreid ingegaan op maatregelen om de knelpunten op de arbeidsmarkt in de ggz aan te pakken. We hebben in de interviews gevraagd welke maatregelen genomen zijn en of die effect hebben. In de huidige arbeidsmarkt kan de ggz-zorgverlener kiezen welk werk hij of zij wil doen en onder welke voorwaarden. Ook werken buiten de Zvw of het leveren van ongecontracteerde zorg is momenteel aantrekkelijk. Dit heeft een oprijvend effect op de ggz uitgaven, voor zorgverzekeraars en cliënten. Meer aanbod van zorgverleners zou de druk op de arbeidsmarkt doen afnemen. We zien dat enkele zorgverzekeraars ook via de contractering proberen om bij te dragen aan de vermindering van de personeelstekorten. Bijvoorbeeld door in de contracten een hoger tarief voor vrijgevestigde psychiaters af te spreken als zij gaan meedraaien bij de crisisdienst, of als vrijgevestigde behandelaren voor een gedeelte in loondienst bij een instelling gaan werken. Of ook door mee te werken aan experimenten om de administratieve belasting voor de zorgverleners te verminderen, om op die manier het werk aantrekkelijker te maken. Uit de interviews met zorgverzekeraars blijkt echter niet dat deze pogingen het gewenste resultaat hebben opgeleverd.

Zorgprestatie­model

Per 1 januari 2022 wordt een nieuwe bekostiging ingevoerd in de ggz, het Zorgprestatie­model. Door deze aanstaande verandering lijkt het erop dat dit jaar weinig nieuwe voorwaarden of afspraken in de contractering zijn opgenomen. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij vooral druk zijn met het inkoopbeleid voor 2022. De meeste zorgverzekeraars hebben in de contracten van 2021 wel een passage opgenomen die vooruitloopt op een 'harde stop' van de huidige prestaties per 31 december 2021.

Verder kunnen zorgverzekeraars moeilijk inschatten of het lukt om voor 2022 binnen de financiële kaders te contracteren. Er was ten tijde van het schrijven van deze monitor nog veel onzekerheid bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders over de gevolgen van het Zorgprestatie­model. Wel zien deze partijen een aantal mogelijke verbeteringen die het Zorgprestatie­model kan bieden: een kortere doorlooptijd van declaraties, meer inzicht in de zorg die zorgverzekeraars inkopen en wellicht meer mogelijkheden om afspraken in meerjarencontracten vast te leggen.

Conclusies en aanbevelingen

- We hebben ook dit jaar gevraagd naar de **redenen waarom zorgaanbieders geen contract afsluiten**. Daarbij noemen zorgaanbieders dezelfde redenen als in vorige jaren. Een aantal en vrijwel uitsluitend vrijgevestigde zorgaanbieders geeft ook nu weer aan dat zij om principiële redenen niet contracteren. Een ander deel wil geen contract afsluiten omdat zij het niet eens zijn over de voorwaarden. Uit de interviews blijkt dat het daarbij –ook bij grondig navragen– praktisch alleen gaat over omzetplafonds en tarieven. Een eerder veel gehoorde reden om geen contracten af te sluiten dat 'de zorgverzekeraar op de stoel van de behandelaar gaat zitten' en zich met de inhoud van de zorg bemoeit, zien wij niet terug in de vragenlijst. Dit hebben we ook niet in de interviews gehoord. Wel is het Kwaliteitsstatuut GGZ in alle digitale standaardcontracten opgenomen.

Ook het 'tekenen bij het kruisje' wordt vaak genoemd. Na drie onderzoeken naar de contractering in de ggz moeten we tot de conclusie komen dat het praktisch gezien niet mogelijk is om aan dit bezwaar tegemoet te komen. Onze aanbeveling blijft voor deze groep contractanten om zich vooral in de regio te organiseren – binnen de regels van de mededingingswetgeving - om op die manier wel een gesprekspartner voor de zorgverzekeraars te zijn.
- Passende zorg staat op de agenda van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en we zien goede initiatieven op het gebied van **domein overstijgend overleg** in de regio. Wij zien veel potentie in het delen van successen op dit punt en in de landelijke uitrol van 'good practices'.

Wij zien echter nog te weinig concrete ('papieren') afspraken over **passende zorg** tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarmee is niet inzichtelijk hoe passende zorg in de ggz is geborgd. In de contracten die we hebben ingezien staan vooral financiële afspraken. We roepen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om de komende jaren echt in te zetten op passende zorg en concrete afspraken over hoe zij passende zorg leveren aan ggz-cliënten schriftelijk vast te leggen. Het Actieplan Wachttijden GGZ biedt ook hiervoor aanknopingspunten. We adviseren om (een deel van) de hierin opgenomen maatregelen ook op te nemen in de contracten voor 2022.

Ook voor de NZa is passende zorg een belangrijk onderwerp. Voor meer informatie daarover verwijzen wij naar het advies '[Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu](#)' dat het Zorginstituut en de NZa in november 2020 hebben gepubliceerd.

- Er gebeuren goede dingen op het gebied van **wachttijden**. Het resultaat ervan blijft echter nog achter, zeker als het gaat om de behandelcapaciteit voor cliënten met een hoog complexe zorgvraag. Het is van belang om de bestaande behandelcapaciteit optimaal te benutten. Concrete afspraken in de contracten over passende zorg (bijvoorbeeld Juiste Zorg op de Juiste Plek, geen onder- of overbehandeling, herdiagnostiek wanneer langdurige behandeling geen resultaat meer oplevert) kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren. In het Actieplan Wachttijden GGZ staat een aantal stappen die op korte termijn moeten helpen om de wachttijden te verminderen. We verwachten een deel van deze afspraken in de contracten voor 2022 terug te zien.
- De **administratieve last** van contracteren maakt naar onze mening deel uit van het voeren van een (eigen) onderneming. Dit neemt niet weg dat die last zo klein mogelijk moet zijn. Zorgverzekeraars hebben zich het afgelopen jaar daarvoor ingezet. Zo hebben ze grote delen van de contracten geüniformeerd. Daarnaast sluiten ze ook vaker meerjarencontracten af om administratieve lasten te beperken. We horen in interviews (sporadisch) dat verbeteringen merkbaar zijn. In de vragenlijsten zien we geen verbetering ten opzichte van het 2020, ook niet als het gaat over **bereikbaarheid** en het op tijd beantwoorden van vragen.

Wij vragen zorgverzekeraars dan ook om de **contracten waar mogelijk nog eenvoudiger en overzichtelijker** te maken (dubbelingen verwijderen en op uniforme afspraken geen uitzonderingen maken want dan zijn ze niet meer uniform). Ook vinden we dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor een goede helpdesk die zorgaanbieders deskundig en binnen duidelijke termijnen antwoord geeft op hun vragen. Dit alles om ervoor te zorgen dat het proces van contracteren niet voor meer administratieve last zorgt dan nodig is.

- Op het gebied van innovatie zien we dat er **veelbelovende experimenten** lopen, maar dat het **opschalen ervan te weinig gebeurt**. Contracten lenen zich bij uitstek voor goede afspraken over innovatie en experimenten. We roepen partijen op om op dit punt initiatief te nemen. Dit kan door aan te sluiten bij bestaande experimenten en/of door nieuwe experimenten op te starten. In het Zorgprestatieproces komt een facultatieve prestatie beschikbaar voor innovaties, die ervoor zorgt dat het gemakkelijker wordt om een experiment op te starten of daarbij aan te sluiten. Maak er gebruik van!
- Zorgaanbieders zijn positief over **meerjarencontracten**, met daarbij de kanttekening dat de tarieven tussentijds moeten kunnen worden aangepast. Meerjarencontracten bieden gemak en zekerheid, en geven bij de grotere zorgaanbieders ruimte voor het maken van duurzame (inhoudelijke) afspraken. Wel kan voor grote instellingen het financiële risico van meerjarenafspraken een reden zijn voor terughoudendheid. Flexibiliteit in de vergoedingen is gewenst, zeker waar dit de complexe zorg betreft.

Zoals afgesproken in het HLA, weerspiegelen meerjarencontracten vertrouwen tussen partijen en bevorderen ze een goede organisatie van de zorg. We begrijpen dat de invoering van het Zorgprestatieproces op dit moment leidt tot terughoudendheid bij het afsluiten van meerjarencontracten. Wij dringen erop aan om daar de komende jaren meer op in te zetten.

- We hebben **geen duidelijke invloed van de coronacrisis** op de inhoud van de contracten kunnen ontdekken. De toename van beeldbellen heeft bijvoorbeeld geen aanleiding gegeven om afspraken hierover in de contracten vast te leggen.
- De afspraken die in het HLA zijn gemaakt om de **knelpunten in de arbeidsmarkt voor de ggz** aan te pakken, hebben nog niet tot duidelijke resultaten geleid. We zien dat sommige verzekeraars in de contracten afspraken proberen te maken om zorgverleners te stimuleren om (meer) in dienstverband te gaan werken. Ook zien we een toenemende aandacht voor medewerkerstevredenheid in de vorm van bijvoorbeeld afspraken om de administratieve lasten te beperken. Deze initiatieven lijken nog niet veel vruchten af te werpen.
- Tot slot kijken (vooral) zorgverzekeraars bezorgd naar de invoering van het Zorgprestatie­model in 2022. Dit kan ook belemmerend hebben gewerkt op de ontwikkelingen van dit contracteringsjaar. **In de contracten van 2021 is weinig opgenomen over de komst van het Zorgprestatie­model**, op een passage over de harde stop na. Zorgverzekeraars vinden het moeilijk in te schatten of het lukt om binnen de financiële kaders te blijven. In de monitor van 2022 kunnen we in beeld brengen of de invoering van het Zorgprestatie­model invloed heeft gehad op de contractering en afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.