

10 mei 2022

RAPPORT

Onderzoek contracteringsproces kleine zorgaanbieders wijkverpleging

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	5
1. Inleiding	8
1.1. Achtergrond	8
1.2. Context wijkverpleging	8
1.3. Doel en opzet van het onderzoek	9
1.4. Leeswijzer	10
2. Gronden voor contractering en ervaringen in het contracteringsproces	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Gronden waarop het contracteringsproces al dan niet wordt gestart	11
2.3. Ervaringen met het contracteringsproces	12
2.4. Beeld van de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder	12
2.5. Knelpunten in het contracteringsproces	13
3. Aandacht voor de HLA afspraken in het contracteringsproces	15
3.1. Inleiding	15
3.2. Het contracteerproces	15
3.3. De inhoud van contracten	17
3.4. Conclusie	17
4. Verdieping op de NZa-monitor contractering wijkverpleging 2021	18
4.1. Inleiding	18
4.2. EHealth	18
4.3. OVA	19
4.4. Wijkgericht werken	19
4.5. Mogelijke verbeterpunten volgend uit de verdieping op de NZa-monitor contractering wijkverpleging	20
5. Verdieping op kansrijke thema's	21
5.1. Inleiding	21
5.2. Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders	21
5.3. Toetreding tot de markt en omgang met mindere kwaliteit	23
5.4. Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders	25
5.5. Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties	27

5.6. Informatiedeling	29
5.7. Conclusies	31
6. Hoor en wederhoor	32
6.1. Inleiding	32
6.2. Uitkomsten focusgroep kleine zorgaanbieders	32
6.3. Uitkomsten focusgroep zorgverzekeraars	32
6.4. Samenvatting draagvlak en voorkeur	37
7. Conclusies	38
7.1. Inleiding	38
7.2. De drie verbetermogelijkheden om mee te starten	38
7.3. Samen verder werken aan het contracteringsproces	39
Bijlagen	41

Samenvatting

De wijkverplegingssector wordt gekenmerkt door een grote hoeveelheid en diversiteit van zorgaanbieders. Zo waren er in 2020 circa 1.400 zorgaanbieders (exclusief zzp'ers) in de wijkverpleging die verschillen van karakter, grootte en activiteiten. Daarvan zijn er 510 volledig gecontracteerd, 170 gedeeltelijk gecontracteerd en 730 niet gecontracteerd¹. Het leveren van niet-gecontracteerde zorg komt voornamelijk voor bij kleine zorgaanbieders. In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2018-2022 (hierna: HLA) hebben de HLA-partijen met elkaar de doelstelling geformuleerd om de contractering te verbeteren en de contracteergraad te verhogen. Uit de NZa-monitor contractering 2021² blijkt dat inderdaad op meerdere fronten van de contractering voortgang is geboekt. De mate waarin de contractering is verbeterd, kent echter verschillen op basis van de grootte van de zorgaanbieder. Uit de monitor blijkt namelijk dat de contractering tussen kleine zorgaanbieders³ en zorgverzekeraars op diverse onderwerpen minder goed scoort dan tussen grote zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De uitkomsten van de NZa-monitor contractering vragen daarom om nadere verdieping.

Deze gewenste verdieping is bereikt middels een onafhankelijk kwalitatief onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Het doel van dit onderzoek was om antwoord te geven op de vraag: *“Welke concrete handvatten zijn er voor het verbeteren van het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging, om zo de HLA-afspraken binnen de gestelde termijnen te kunnen realiseren?”*.

Om te komen tot concrete handvatten zijn interviews afgenomen met kleine zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branchepartijen. In deze gesprekken is informatie opgehaald over gronden van, ervaringen met, en knelpunten in het contracteringsproces, evenals verbetermogelijkheden. Het verbeteren van het contracteringsproces voor kleine zorgaanbieders luistert nauw. Een verbetering voor de ene partij leidt snel tot een nadeel voor de andere partij. Draagvlak en realisatie zijn daarom essentieel; betrokken partijen moeten deze handvatten ondersteunen én realiseren. Om deze mogelijke impasse te voorkomen is gebruikgemaakt van een gedeeld uitgangspunt: *de meerwaarde voor de cliënt*. Dit onderzoek focust zich op (mogelijk) haalbare, vaak praktische, verbeteringen die vanuit het perspectief meerwaarde voor de cliënt zijn opgehaald. Haalbaarheid prevaleert hierbij boven grensverleggende initiatieven. Kansrijke thema's zijn besproken en geconcretiseerd in verdiepende gesprekken met kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars, om vervolgens in focusgroepen te worden voorgelegd om te resulteren in concrete, haalbare en gedragen verbetervoorstellen voor het contracteringsproces.

Het onderzoek levert de volgende bevindingen op:

- gecontracteerd werken heeft voor zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders de voorkeur vanwege het belang en gemak van de cliënt/verzekerde (§2.2);
- in het algemeen lijkt te gelden dat hoe groter de zorgaanbieder is, hoe gemakkelijker het contracteringsproces verloopt en daarmee hoe positiever de ervaringen met het contracteringsproces (§2.3);
- er bestaan diverse fricties in de relatie tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars, al worden deze sterker ervaren door de kleine zorgaanbieders. Kleine zorgaanbieders ervaren de relatie met zorgverzekeraars niet als gelijkwaardig en zien wantrouwen vanuit zorgverzekeraars; zorgverzekeraars vinden sommige kleine zorgaanbieders onvoldoende transparant (§2.4);
- het contracteringsproces is onderhevig aan diverse knelpunten die kunnen leiden tot het niet-contracteren van kleine zorgaanbieders, ondanks dat beide partijen hier de voorkeur aan geven (§2.5);
- de HLA-afspraken die in dit onderzoek zijn getoetst, zijn over het algemeen herkenbaar, maar de ervaringen in de praktijk lopen uiteen. Daarnaast is er voor de negen getoetste afspraken uit het HLA niet in even grote mate aandacht in het contracteringsproces. Bijvoorbeeld wordt er weinig invulling gegeven aan de afspraak dat zorg van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit voor kwetsbare groepen extra wordt beloond (hoofdstuk 3);

¹ Vektis. (2022). Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020.

² Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). Monitor contractering wijkverpleging 2021.

³ De taakgroep contractering definieert een zorgaanbieder met op jaarbasis een omzet ≤ €10 miljoen binnen de wijkverpleging als 'kleine zorgaanbieder'.

- de onderwerpen uit de NZa-monitor contractering, waarop kleine zorgaanbieders anders scoren dan grote zorgaanbieders, worden bevestigd in de gesprekken. Het gaat hier om minder aandacht voor Ehealth bij kleine zorgaanbieders, de observatie dat kleine zorgaanbieders zich minder goed geïnformeerd voelen over de OVA en dat kleine zorgaanbieders minder afspraken maken over wijkgericht werken (hoofdstuk 4);
- er zijn vijf kansrijke thema's geïdentificeerd die ieder ten minste twee concrete verbetermogelijkheden met zich meebrengen (hoofdstuk 5);
 - de toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders;
 - toetreding tot de markt en omgang met zorgaanbieders die mindere kwaliteit leveren;
 - samenwerking tussen kleine zorgaanbieders;
 - afspraken over doelmatigheid in samenhang met cliëntenpopulaties;
 - informatiedeling;
- uit de focusgroepen blijkt dat er voor de volgende drie verbetermogelijkheden draagvlak én voorkeur is vanuit zowel zorgverzekeraars als kleine zorgaanbieders (hoofdstuk 6). Dit zijn ook meteen de drie verbetermogelijkheden om de komende tijd op te richten (conclusies). Deze verbetermogelijkheden zijn ondersteund door kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars en kunnen binnen een à twee jaar worden gerealiseerd met de benodigde inzet van de betrokkenen. Het betreft:
 - kleine zorgaanbieders kunnen (meer) samenwerken op de inhoud van zorg;
 - zorgverzekeraars kunnen (meer) samenwerken op het gebied van definitiekwesties en tekstuele vormgeving van contracteringsvoorwaarden;
 - brancheverenigingen kunnen een (verplichte) masterclass organiseren over de bedrijfsmatige kant van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie;
 Door deze verbetermogelijkheden te implementeren worden de afspraken uit het HLA om tot meer en betere contractering te komen weer een stap verder ingevuld.
- naast deze drie verbetermogelijkheden op korte termijn is het van belang om ook op langere termijn onder ogen te blijven zien dat zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders denken vanuit verschillende kaders en visies en daarmee in 'verschillende werelden' leven, en moeten de partijen gezamenlijk blijven werken aan het dichterbij elkaar brengen van deze werelden. Een van de mogelijkheden is het organiseren van een inspiratiesessie met zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk.

Op de volgende pagina staat een visuele samenvatting van het contracteringsproces en de drie concrete verbetermogelijkheden met draagvlak en voorkeur.

Het contracteringsproces

De werelden waarin kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich bevinden zijn verschillend. Desondanks is er begrip voor elkaars wereld en worden knelpunten over en weer erkend. Beide partijen hebben de behoefte om de werelden dichterbij elkaar te brengen, maar hoe?

Procesflow contractering



Samen verbeteren

De verbetermogelijkheden zijn ondersteund door kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars en kunnen binnen 1 à 2 jaar worden gerealiseerd met de benodigde inzet van de betrokkenen.

Verbetermogelijkheden

Masterclass door brancheverenigingen

Door een masterclass voor (nieuwe) zorgaanbieders te organiseren over onderwerpen zoals declaraties, wet- en regelgeving, contractering en inkoopbeleid, krijgt iedereen dezelfde basiskennis mee voor een goede start.

Samenwerking van zorgverzekeraars

Door samen te werken op definitiekwesties en de tekstuele vorm van contracteringsvoorwaarden, kunnen zorgverzekeraars hun eisen duidelijk en herkenbaar maken voor zorgaanbieders.

Samenwerking van kleine zorgaanbieders

Door op inhoud samen te werken, kunnen kleine zorgaanbieders de zorg beter organiseren en kennis delen. Hierdoor kunnen kleine zorgaanbieders sneller aan contracteringsvoorwaarden voldoen en verloopt het proces gemakkelijker.

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2018-2022 (hierna: HLA) hebben de HLA-partijen met elkaar de doelstelling gesteld om de contractering te verbeteren en de contracteergraad te verhogen. In de periode voorafgaand aan de uitvoering van het HLA is hier onderzoek naar uitgevoerd; zie voorbeeld⁴. De conclusies uit deze onderzoeken vormen mede de basis voor de HLA-afspraken. Komend jaar gaat het HLA Wijkverpleging haar vijfde en laatste jaar in. Sinds het afsluiten van het HLA, hebben partijen zich gezamenlijk ingespannen om de doelstellingen te realiseren. Hiertoe is een taakgroep contractering ingericht.

Uit de NZa-monitor contractering 2021⁵ blijkt dat er, mede dankzij deze taakgroep, op meerdere fronten voortgang is geboekt. De mate waarin de contractering is verbeterd, kent echter verschillen op basis van de grootte van zorgaanbieder. Uit de monitor blijkt dat de contractering tussen kleine zorgaanbieders⁶ en zorgverzekeraars op diverse onderwerpen minder goed scoort dan tussen grote zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De uitkomsten van de NZa-monitor contractering vragen daarom om verdieping. De NZa-monitor toetst de HLA-afspraken immers hoofdzakelijk op globaal niveau. Om oorzaken én oplossingen voor deze verschillen te vinden, moeten de afspraken op een dieper, grondiger niveau getoetst worden. In hoofdstuk 4. gaan we nader in op de onderwerpen uit de NZa-monitor.

Waar de NZa-monitor contractering zich richt op alle zorgaanbieders wijkverpleging, is nu specifiek aandacht voor kleine zorgaanbieders vereist. De taakgroep contractering heeft daarom verzocht om een onafhankelijk onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft hieraan gevolg gegeven. Onderliggende rapportage is het resultaat van dit onderzoek.

1.2. Context wijkverpleging

In 2020 waren er circa 1.400 zorgaanbieders (exclusief zzp'ers) in de wijkverpleging. Daarvan zijn er 510 volledig gecontracteerd, 170 gedeeltelijk gecontracteerd en 730 niet gecontracteerd⁷. Circa 18.000 cliënten ontvingen niet-gecontracteerde zorg in 2020 (3,3% van de cliënten). Dit is een daling ten opzichte van 2019, toen ontvingen circa 19.000 cliënten niet-gecontracteerde zorg (3,4%). De kosten voor niet-gecontracteerde wijkverpleging bedroegen in 2020 138 miljoen euro (5,1% van de totale kosten). In het zelfde jaar was het gemiddelde aantal uur per cliënt per maand 14 uur voor gecontracteerde en 33 uur voor niet-gecontracteerde zorg. In deze cijfers zijn de gefinancierde zorg vanuit het PGB en de palliatief terminale zorg buiten beschouwen gelaten.

Veel zorgaanbieders in de wijkverpleging zijn actief in meerdere zorgdomeinen, zoals de WLZ, eerstelijnsverblijf en ZVW. Daarnaast is de arbeidsmarkt, zoals in vele andere zorgsectoren, krap. De wijkverpleging is een sector met veel variatie in zorgaanbieders. Dit blijkt uit eerdere onderzoeken en uit gesprekken met branchepartijen. De grootte van de zorgaanbieders loopt uiteen van zzp'ers, tot kleine zorgaanbieders met enkele werknemers, tot grote zorgaanbieders met duizenden werknemers. Sommige zorgaanbieders zijn alleen actief in een bepaalde regio en andere zijn landelijk actief. Tot slot richten de meeste zorgaanbieders in de wijkverpleging zich op alle handelingen die daartoe behoren en op alle doelgroepen. Maar er zijn ook zorgaanbieders die zich specialiseren in een specifieke doelgroep of soort zorg (zoals wondverzorging of palliatief terminale zorg).

4 Arteria Consulting. (2017). (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging.

5 Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). Monitor contractering wijkverpleging 2021.

⁶ De taakgroep contractering definieert een zorgaanbieder met op jaarbasis een omzet ≤ €10 miljoen binnen de wijkverpleging als 'kleine zorgaanbieder'.

⁷ Vektis. (2022). Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020.

1.3. Doel en opzet van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om antwoord te geven op de vraag: “Welke concrete handvatten zijn er voor het verbeteren van het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging, om zo de HLA-afspraken binnen de gestelde termijnen te kunnen realiseren?”. Draagvlak en realisatie zijn hierbij essentieel; betrokken partijen moeten deze handvatten ondersteunen én realiseren. Bij het uitvoeren van het onderzoek en het opstellen van conclusies en aanbevelingen, richten wij ons, volgens de definitie van kleine zorgaanbieders van de taakgroep, specifiek op zorgaanbieders met op jaarbasis een omzet \leq €10 miljoen binnen de wijkverpleging. Het is niet uit te sluiten dat de oorzaken, ervaringen, conclusies en oplossingsrichtingen breder van toepassing zijn binnen de wijkverpleging.

Om tot concrete handvatten te komen is het onderzoek verdeeld in de volgende drie fasen:

- verkennende fase;
- verdiepende fase;
- hoor- en wederhoorfase.

1.3.1. Verkennende fase

Het doel van de verkennende fase is om de gronden, ervaringen, knelpunten en fricties rondom de contractering van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in kaart te brengen. In deze fase van het onderzoek hebben wij in totaal 14 gesprekken gevoerd. De gesprekken vonden plaats in december 2021 en duurden ongeveer één uur. We hebben gesproken met twee zorgverzekeraars, zes zorgaanbieders, vijf brancheverenigingen en met VWS. De gesprekken zijn gevoerd via Microsoft Teams. Bij de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders is gebruik gemaakt van een semigestructureerde gespreksleidraad. De gesprekken met de branchevereniging en met VWS waren open gesprekken. De gespreksleiden en een geanonimiseerd overzicht van de respondenten van de verkennende fase zijn te vinden in de bijlagen.

De werving voor de zorgverzekeraars verliep via de publicatie van een wervingstekst op de ledenomgeving van Zorgverzekeraars Nederland (ZNNet). Vanwege het inkoopseizoen bij zorgverzekeraars zijn er twee interviews afgenomen, in plaats van de beoogde vier gesprekken. De werving voor de zorgaanbieders verliep via Actiz en Zorgthuisnl. Dit heeft in totaal geleid tot 31 aanmeldingen. De selectie van zorgaanbieders voor deze fase is gemaakt op basis van diversiteit in contractering, regio en grootte. De precieze samenstelling is te vinden in de bijlage. De zorgaanbieders die nu niet mee hebben kunnen doen aan de verkennende fase van het onderzoek, zijn in de verdiepende fase van het onderzoek alsnog betrokken.

1.3.2. Verdiepende fase

Het doel van de verdiepende fase is om onderliggende aannames, behoeftes en oorzaken van de ‘symptomen’ opgehaald in de verkennende fase te achterhalen. We bespreken de gemaakte afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en toetsen of, en in welke mate, er opvolging is gegeven aan de afspraken uit het HLA. We staan hierbij niet alleen stil bij problemen, maar gaan ook nader in op mogelijke oplossingen.

In de verdiepende fase hebben wij in totaal 27 gesprekken gevoerd. De gesprekken vonden plaats in januari en februari 2022 en duurden ongeveer één uur. Het betrof 21 gesprekken met zorgaanbieders en zeven gesprekken met zorgverzekeraars. Net als in de verkennende fase zijn deze gesprekken gevoerd via Microsoft Teams en is gebruik gemaakt van een semigestructureerde gespreksleidraad. Ook hier vond de werving plaats via de ledenomgeving van Zorgverzekeraars Nederland en via Actiz en Zorgthuisnl. De zorgaanbieders waren voor deze fase wederom geselecteerd op basis van diversiteit in contractering, regio en grootte. Daarnaast is, waar mogelijk, de voorkeur gegeven aan zorgaanbieders die nog niet eerder waren geïnterviewd in de verkennende fase. De gespreksleiden en een geanonimiseerd overzicht van de respondenten van de verdiepende fase is te vinden in de bijlagen.

1.3.3. Hoor- en wederhoorfase

Het doel van de hoor- en wederhoorfase is driedelig: opgehaalde bevindingen uit de eerdere fasen toetsen, het aanscherpen van de resultaten en het identificeren voor welke verbetermogelijkheden voldoende draagvlak aanwezig is. We toetsen de opgedane bevindingen in twee focusgroepen: één met kleine zorgaanbieder en één met zorgverzekeraars. We hebben de bewuste keuze gemaakt om de partijen niet in één focusgroep onder te brengen om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen. Hiermee wordt voorkomen dat gedeelde opvattingen mogelijkwijs leiden tot negatieve gevolgen voor het contracteringsproces tussen specifieke zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

1.4. Leeswijzer

In deze rapportage beschrijven we de resultaten van het onderzoek naar het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging.

In het volgende hoofdstuk beschrijven we de gronden van, ervaringen met, en knelpunten in het contracteringsproces die zijn benoemd in de interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 3 beschrijven we in hoeverre er aandacht is voor de HLA-afspraken en toetsten we hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervaren op welke manier deze afspraken zijn meegenomen in het contracteringsproces. Hoofdstuk 4 beschrijft de verdieping op de resultaten van de NZa-monitor en welke verbetermogelijkheden daaruit voortkomen. In hoofdstuk 5 beschrijven we de verbetermogelijkheden die voortkomen uit een verdieping op de 'kansrijke thema's'. Hoofdstuk 6 beschrijft de uitkomsten van de focusgroepen en in hoofdstuk 7 presenteren we de conclusies. We sluiten af met de bijlagen, waar we de lijst met de deelvragen, de gespreksleidraden, de overzichten van de respondenten en het overzicht van e verbetermogelijkheden hebben opgenomen.

Wij beschrijven in dit rapport de verschillende reacties. De reacties zijn niet gecheckt op feitelijkheid, maar zijn de meningen van de gesproken partijen.

2. Gronden voor contractering en ervaringen in het contracteringsproces

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de gronden waarop zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders het contracteringsproces wel of niet aangaan. Daarnaast beschrijven we de ervaringen van beide partijen met het contracteerproces, waarbij we inzoomen op (fricties in) de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Ten slotte beschrijven we de ervaren knelpunten in het contracteringsproces.

2.2. Gronden waarop het contracteringsproces al dan niet wordt gestart

De meeste kleine zorgaanbieders geven aan dat ze de voorkeur hebben om gecontracteerd te werken. Hier liggen twee redenen aan ten grondslag: een administratieve reden en een financiële reden. De eerste reden heeft betrekking op het belang van de cliënt. Het leveren van niet-gecontracteerde zorg levert namelijk administratieve lasten op in de vorm van declaraties, eigen betalingen en machtigingen. De cliënt is gezien zijn/haar zorgbehoevende toestand niet altijd in staat om deze administratieve taken te volbrengen. Vooral bij palliatief terminale zorg leiden deze administratieve lasten tot problemen voor cliënt, naasten en zorgaanbieder. De tweede reden heeft betrekking op de hogere tarieven die gecontracteerd werken met zich mee brengt voor zorgaanbieders. Deze financiële reden speelt ook een rol in de behoefte om gecontracteerd te werken.

Er zijn ook kleine zorgaanbieders die bewust kiezen om niet-gecontracteerd te werken. Ook zij hebben hiertoe twee verschillende redenen: een administratieve en een principiële reden. Ten eerste, het contracteerproces vergt relatief veel werk voor kleine zorgaanbieders. Kleine zorgaanbieders hebben niet altijd voldoende tijd en middelen om het proces (voor alle zorgverzekeraars) te doorlopen. Ten tweede, veel van de contracten worden aangeboden zonder de mogelijkheid tot onderhandeling. Sommige zorgaanbieders zijn principieel tegen niet-onderhandelbare overeenkomsten. Eerder onderzoek heeft daarnaast het voorgestelde tarief/budgetplafond, het wel of niet in aanmerking komen voor een contract en de wens tot meer vrijheid in de invulling van zorg, als redenen geïdentificeerd waarom zorgaanbieders al dan niet bewust niet- of deels gecontracteerd zijn⁸.

Het uitgangspunt van zorgverzekeraars is om breed te contracteren. De meesten staan open voor het contracteren van zoveel mogelijk kleine zorgaanbieders. Hierbij geven zorgverzekeraars aan dat het voldoen van de wettelijke zorgplicht centraal staat en niet een zo hoog mogelijke contracteergraad. Het contracteren van (alle) kleine zorgaanbieders is niet altijd noodzakelijk om te voldoen aan de zorgplicht. Verder geven de zorgverzekeraars aan dat er altijd aan bepaalde basisvoorwaarden moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor een contract. Dit is bijvoorbeeld dat er voldoende deskundig personeel in dienst is, dat de administratie op orde is en dat de zorgaanbieder wijkverpleging in den breedte aan kan bieden. Deze basisvoorwaarden verschillen tussen zorgverzekeraars. Tenslotte is het aantal verzekerden dat in zorg is bij de betreffende kleine zorgaanbieder een factor die van invloed kan zijn of een zorgverzekeraar het contracteringsproces wil starten. Een gering aantal verzekerden (bijvoorbeeld twee) kan er toe leiden dat de zorgverzekeraar besluit om de desbetreffende zorgaanbieder niet te contracteren.

Samengevat staat het overgrote deel van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars positief ten opzichte van contractering. Desalniettemin kunnen er vanuit beide kanten redenen zijn om het contracteringsproces niet in te gaan.

⁸ Arteria Consulting. (2017). (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging.

2.3. Ervaringen met het contracteringsproces

2.3.1. Ervaringen vanuit de kleine zorgaanbieders

Kleine zorgaanbieders geven aan dat zij weinig ruimte in het contracteringsproces ervaren. Zo moeten ze vaak ‘tekenen bij het kruisje’, is er weinig mogelijkheid om in gesprek te gaan met zorgverzekeraars en wordt er weinig gekeken naar de specifieke situatie van de kleine zorgaanbieder, zoals de regio of de (afwijkende) cliëntpopulatie. In het proces wordt strak vastgehouden aan de formele randvoorwaarden: er is geen ruimte voor toelichting op afwijkingen of op uitzonderingen. Het contracteringsproces in 2022 was voor de meeste zorgaanbieders niet afwijkend van de daaraan voorafgaande jaren. Sommigen gaven wel aan dat er vaker contact was met een centrale zorginkoopafdeling, terwijl er voorheen door zorgverzekeraars werd gewerkt met een vast en persoonlijke aanspreekpunt gedurende het proces.

De relatief grotere zorgaanbieders binnen de groep kleine zorgaanbieders, ervaren het contracteringsproces over het algemeen positiever dan de nog kleinere zorgaanbieders. De grotere zorgaanbieders zijn vaak in staat om een verkoopteam in te richten of ten minste één medewerker het contracteringsproces te laten uitvoeren. Hoe kleiner de zorgaanbieder, hoe lastiger het contracteringsproces over het algemeen wordt ervaren. Vooral voor de kleinste zorgaanbieders is het proces een grote opgave. Hierbij gaat het voornamelijk over zorgaanbieders waarbij er geen verkoopteam is ingericht maar de directeur dit als verantwoordelijkheid heeft en vaak zelf in de wijkverplegingspraktijk meewerkt.

2.3.2. Ervaringen vanuit de zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben een uitgekristalliseerd proces rond de contractering. Ze geven aan dat de meeste kleine zorgaanbieders met verzekeren bij hen een contract aanvragen. Dit betreft veelal een standaardovereenkomst. Een deel van de zorgaanbieders is hiermee meteen akkoord. Een ander deel zoekt contact over de contractvoorwaarden. Hierbij uiten zorgaanbieders vaak de wens tot het aangaan van een gesprek. Zorgverzekeraars gaan hier niet altijd op in. Vanwege het grote aantal zorgaanbieders (12.000 exclusief zzp'ers)⁹ is het niet mogelijk met iedereen in gesprek te gaan. Ook voor zorgverzekeraars is het beeld in 2022 over het algemeen stabiel ten opzichte van eerdere jaren. Wel hebben sommige zorgverzekeraars meer mensen ingezet om sneller te kunnen reageren op vragen. Daarnaast is onder invloed van de coronapandemie het normaler geworden om online in gesprek te gaan met elkaar, waardoor een gesprek laagdrempeliger is geworden dan het in voorgaande jaren was.

Er zijn ook een aantal verschillen tussen zorgverzekeraars onderling. Het grootste verschil wordt veroorzaakt door de regio. Zorgverzekeraars die veel verzekeren in stedelijke gebieden hebben, hebben over het algemeen meer te maken met kleine zorgaanbieders. Zij moeten daardoor vaker keuzes maken welke kleine zorgaanbieders zij contracteren en welke niet. Niet-gecontracteerde zorg concentreert zich mede daarom voornamelijk in stedelijke gebieden in de lagere sociale milieus¹⁰. Kleine zorgaanbieders komen daarentegen minder vaak voor in buitengebieden, waardoor zorgverzekeraars die hier actief zijn minder ervaringen hebben met het contracteren van kleine zorgaanbieders.

2.4. Beeld van de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder

Kleine zorgaanbieders ervaren de relatie met zorgverzekeraars niet als gelijkwaardig. Beslissingen rond de contractering worden gezien als eenzijdig, waarbij de zorgverzekeraar de besluiten neemt. Kleine zorgaanbieders hebben het beeld dat ze door hun kleine marktaandeel geen onderhandelingspositie hebben. De ongelijkwaardige relatie komt ook tot uiting in de communicatie, waar kleine zorgaanbieders ervaren dat zij tijdig informatie moeten opleveren maar zorgverzekeraars zelf niet altijd de deadlines waarmaken. De bereikbaarheid van zorgverzekeraars wordt als slecht ervaren en de relatie wordt gekenmerkt door wantrouwen.

Zorgverzekeraars zijn positiever over de onderlinge relatie. Zij zien deze als stabiel en redelijk goed. Wel levert de onderhandeling soms fricties op. Onder andere omdat sommige zorgaanbieders voor de zorgverzekeraar niet transparant genoeg zijn over kosten en kostprijzen (of hier onvoldoende begrip van hebben). Discussies gaan daarnaast vaak over kleine bedragen, wat frustraties oproept bij de zorgverzekeraars omdat het maatschappelijk geld betreft.

⁹ Vektis. (2022). Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2020.

¹⁰ Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). Monitor contractering wijkverpleging 2022.

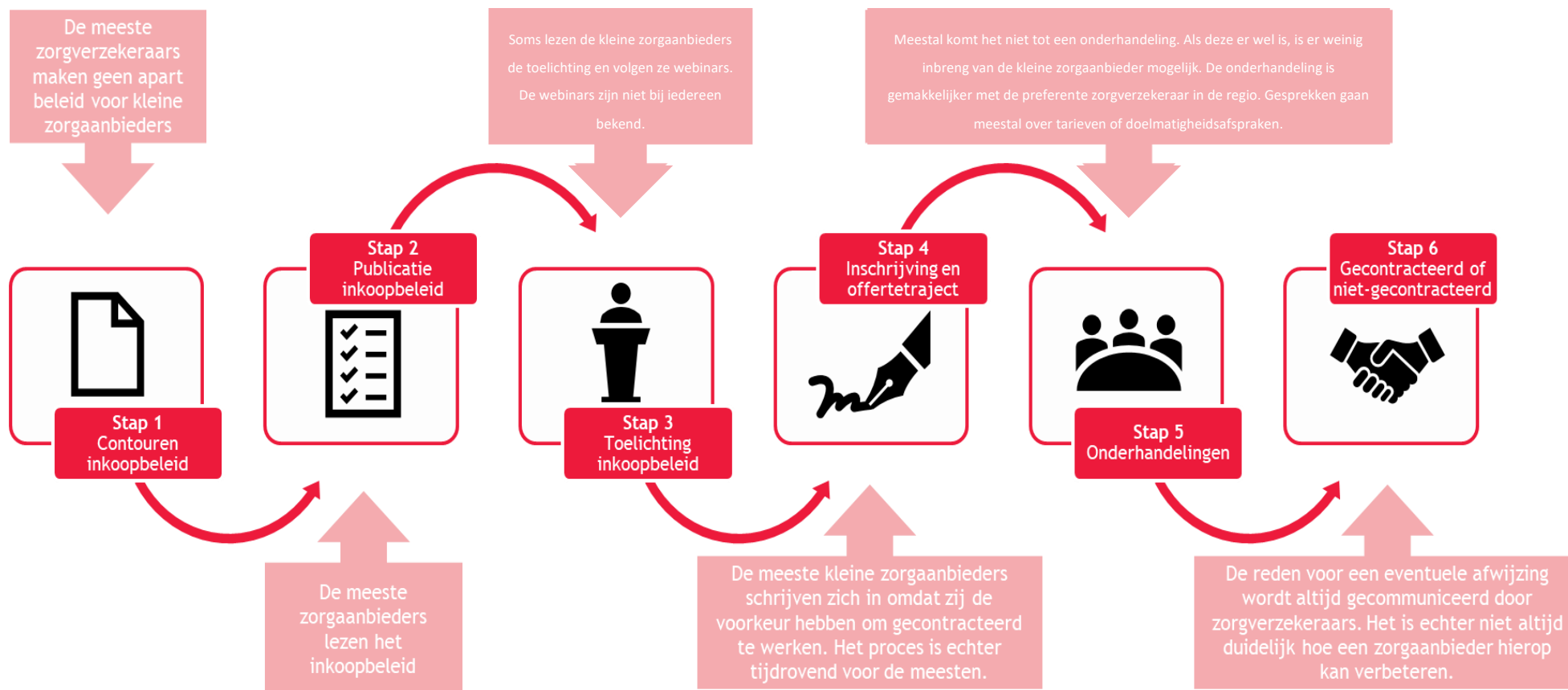
2.5. Knelpunten in het contracteringsproces

De ervaringen van zorgaanbieders met het contracteringsproces leiden tot de volgende knelpunten, gezien vanuit zorgaanbieders:

- De gronden waarop de keuze om wel of niet te contracteren worden gebaseerd zijn niet altijd duidelijk volgens kleine zorgaanbieders. Het is hen bijvoorbeeld niet duidelijk wat er onder de eis om innovatief zorgaanbod te leveren wordt verstaan. De manier waarop een tarief wordt vastgesteld wordt ook als onduidelijk ervaren. Daarnaast worden de benchmarks die worden gebruikt voor doelmatigheidsmetingen voor kleine zorgaanbieders als niet transparant ervaren. Tot slot is genoemd dat tijdens het proces er soms nieuwe voorwaarden bijkomen wat onduidelijkheid teweeg brengt;
- er wordt te weinig gekeken naar de specifieke situatie van kleine zorgaanbieders, zoals naar de regionale situatie, de specifieke cliëntenmix of specialisatie;
- de tarieven zijn ontoereikend. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de redenatie vanuit tarieven van afgelopen jaren en de cliëntenmix van een indexjaar. Ontwikkelingen die van invloed zijn op het product (bv. verhoogde zorgzwaarte) worden niet meegerekend;
- omzetplafonds bemoeilijken de wens om te groeien. Afspraken over de omzetplafonds worden niet altijd aangepast, ook niet bij structurele overschrijding;
- de focus ligt op doelmatigheid in plaats van kwaliteit. Bij doelmatigheidseisen geven kleine zorgaanbieders aan dat zij hier moeilijker aan kunnen voldoen dan grote zorgaanbieders, omdat ze weinig cliënten hebben (en een enkele zware cliënt die tot een hoog gemiddelde kan leiden) en ze vaker de zware cliënten krijgen. Er is daarentegen maar weinig aandacht voor kwaliteit;
- het contracteringsproces is voor sommige kleine zorgaanbieders een administratieve last door de benodigde administratie voor de contractering, de contractafspraken en de aanvullende eisen van zorgverzekeraars. Met name organisaties die met veel zorgverzekeraars een contract hebben, geven aan dat het veel administratief werk is omdat alle zorgverzekeraars hun eigen VECOZO-vragenlijst, benchmark, regels en doelmatigheidseisen hebben;
- de VECOZO-vragenlijst is niet ontoereikend. Soms zijn vragen onduidelijk of niet van toepassing voor kleine zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieder geven aan 'ja' in te vullen omdat ze er bewust van zijn dat het contracteringsproces stopt als zij (naar waarheid) 'nee' invullen;
- niet contracteren is in de afgelopen jaren onaantrekkelijker gemaakt. Soms gaan zorgaanbieders daarom akkoord met een ongunstig contract om de administratieve lasten en onzekerheid rond machtigingen en facturering te vermijden.

De ervaringen van zorgverzekeraars met het contracteringsproces leiden tot de volgende knelpunten, gezien vanuit de zorgverzekeraars:

- het gebrek aan kennis bij kleine zorgaanbieders over het inkoopproces, wet- en regelgeving, tariefsopbouw en de bedrijfsmatige kant van het runnen van een zorgorganisatie;
- het vergt veel tijd om te controleren of de basis op orde is (zoals administratie, bedrijfskundige processen). Deze tijd gaat ten koste van tijd voor de inhoud en voor meer gesprekken met zorgaanbieders. Met name de laagdrempelige toetreding wordt als een tekortkoming in het systeem ervaren;
- het gebrek aan transparantie over kostprijzen bij kleine zorgaanbieders. Zo krijgen zorgverzekeraars van kleine zorgaanbieders waar ze weinig verzekeren hebben (buiten hun primaire regio) een bepaalde prijs voorgeschoteld, waarvan ze niet kunnen achterhalen of die prijs realistisch is;
- er zijn relatief veel zorgaanbieders in de wijkverpleging ten opzichte van de capaciteit van de zorgverzekeraars. Het is hierdoor niet mogelijk om met iedere zorgaanbieder individueel het gesprek aan te gaan over het contract of op een andere manier elke individuele zorgaanbieder goed te kennen. Ook is het daardoor moeilijk de kwaliteit in de contracten van zorg goed vorm geven en zo kwaliteit van zorg voor de cliënt garanderen.



Figuur 1: ervaringen met en knelpunten in het contracteerproces samengevat.

3. Aandacht voor de HLA afspraken in het contracteringsproces

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we in hoeverre er aandacht is voor negen afspraken ten aanzien van contractering uit het HLA voor de wijkverpleging. We toetsten hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervaren hoe deze afspraken zijn meegenomen in het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging.

Het gaat om de volgende afspraken uit het HLA¹¹:

1. Het contracteerproces dient zorgverleners te ondersteunen om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en zorgverzekeraars te ondersteunen om voor hun verzekerden goede zorg doelmatig in te kopen. Daarbij bestaat er wederzijdse contracteervrijheid, moeten zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en moeten cliënten voldoende en heldere keuzemogelijkheden hebben.
2. Het moet voor beide partijen de voorkeursoptie zijn om een contract proberen te sluiten.
3. In de onderhandelingen is plek voor externe kostprijsverhogende ontwikkelingen.
4. Zorgverzekeraars (zorginkopers) zijn voldoende (digitaal) bereikbaar voor zorgaanbieders
5. Aanbieders, inclusief kleine zorgaanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren, kunnen deelnemen aan het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn transparant over de redenen waarom zorgaanbieders niet worden gecontracteerd.
6. Contractering is hét vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Partijen vinden de groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk.
7. Zorgaanbieders maken hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar, zodat voor zowel cliënten als verzekeraars transparant is wat de kwaliteit van zorg is.
8. Binnen de contractering wordt gebruik gemaakt van bestaande kwaliteitsparameters.
9. Partijen hebben specifieke aandacht voor de zorg aan kwetsbare groepen, waaronder casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging, de medische kindzorg en palliatief terminale zorg (PTZ). Het leveren van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit kan extra worden beloond.

De eerste vijf afspraken hebben betrekking op het contracteringsproces. Afspraken 6 tot en met 9 hebben betrekking op de inhoud van contracten.

3.2. Het contracteerproces

3.2.1. Een contract als middel voor zinnige en zuinige zorg

In paragraaf 2.2. is beschreven dat zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders over het algemeen de voorkeur hebben om een contract te sluiten. Alle geïnterviewde zorgverzekeraars zijn daarnaast van mening dat het contracteringsproces bijdraagt aan het leveren van zinnige, zuinige en doelmatige zorg. De belangrijkste reden die zij hiervoor zien is de mogelijkheid om in een contract (aanvullende) afspraken te maken en mogelijkheden te bespreken. Voor het merendeel van de zorgverzekeraars geldt dit zowel voor grote als voor kleine zorgaanbieders. Een enkeling heeft twijfels of dit bij kleine zorgaanbieders ook het geval is aangezien bij deze groep een contract vaker een praktische overeenkomst is dan een inhoudelijke.

Sommige kleine zorgaanbieders zijn van mening dat het contracteringsproces bijdraagt aan het leveren van zinnige, zuinige en doelmatige zorg, al beschouwen zij het contracteringsproces meer als een mogelijkheid om gezamenlijk uitgangspunten en randvoorwaarden te bepalen. Het merendeel van de zorgaanbieders is echter van mening dat het contracteringsproces niet bijdraagt aan het leveren van zinnige, zuinige en doelmatige zorg. Zij geven aan dat de zorg ook zonder een contract op deze wijze wordt geleverd. Dit zijn thema's die volgens kleine zorgaanbieders al gewaarborgd worden via de opleiding en intrinsieke motivatie van wijkverpleegkundigen.

¹¹ In de aanvraag voor dit onderzoek zijn deze negen afspraken uit het HLA geselecteerd.

“Dit zijn woorden van de zorgverzekeraar. In de opleiding komt dit al naar voren, maar dan met eigen regie voor de klant. Als je goed indiceert, kijk je altijd naar het welbevinden van de klant en niet naar je eigen portemonnee. Je moet alles verantwoorden en de klant kan dit inlezen.” - Zorgaanbieder

3.2.2. Externe kostprijsverhogende ontwikkelingen

Tijdens de onderhandelingsfase van het contracteringsproces, zou het volgens de HLA-afspraken mogelijk moeten zijn om te spreken over externe kostprijsverhogende ontwikkelingen. Zorgverzekeraars geven aan dat deze mogelijkheid er is, maar dat dit gesprek niet altijd plaats vindt, omdat er met kleine zorgaanbieders niet standaard wordt onderhandeld. Als het wel tot een gesprek komt, zijn externe kostprijsverhogende ontwikkelingen een veelvoorkomend onderwerp. Er wordt voornamelijk gesproken over personeelskosten, eventueel in samenhang met de inzet van personeel niet in loondienst (PNIL). Dit wordt ervaren als een lastig gesprek door zorgverzekeraars, omdat er geen norm is en zorgverzekeraars niet altijd bereid zijn om deze rekening te betalen wanneer de zorgaanbieder het gevraagde tarief niet kan toelichten.

“Personeelskosten zijn de hoofdmoot. In basis kiezen wij voor een passend tarief. We hopen dat de aanbieders die voor ons klein zijn gewoon tekenen bij het kruisje. Tegelijkertijd hebben we het beleid dat hoe groot of klein een organisatie is, ze wel in gesprek kunnen als ze dat willen. Wij moeten uitleggen waarom wij bepaalde tarieven aanbieden, dan moeten zij ook kunnen uitleggen waarom ze bepaalde tarieven nodig hebben.” - Zorgverzekeraar

Vanuit de gesprekken met kleine zorgaanbieders ontstaat er een wisselend beeld of het mogelijk is om over dit onderwerp in gesprek te gaan. Sommigen geven aan dat hier geen mogelijkheid voor is, anderen gaan hierover in gesprek maar dit levert niks op, en een laatste groep gaat hierover in gesprek en komt hiermee tot aanpassingen in de tarieven. De contracteergraad van een zorgaanbieder (volledig- of deels gecontracteerd) lijkt hier geen invloed op te hebben. De grootte van de organisatie lijkt wel te bepalen of het mogelijk is om hier over te spreken; voor de kleinste lukt dit minder vaak. Dit betekent echter niet dat het voor de grotere onder de kleine zorgaanbieders altijd mogelijk is om hierover te onderhandelen.

3.2.3. Bereikbaarheid

In het HLA is vastgelegd dat zorgverzekeraars (zorginkopers) voldoende (digitaal) bereikbaar moeten zijn voor zorgaanbieders. Over het algemeen zijn kleine zorgaanbieders ontevreden over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars. De ontevredenheid heeft voornamelijk betrekking op de wachttijd op een reactie; deze vinden zij te lang of de belofte over de duur wordt niet nagekomen. Hoe groter de zorgaanbieder, hoe tevredener zij over de communicatie zijn. Daarnaast verschilt de bereikbaarheid per zorgverzekeraar. Communicatie met de prominente zorgverzekeraar in de regio is vrijwel in alle gevallen gemakkelijker.

3.2.4. Communicatie bij afwijzing voor contract

Een afwijzing voor een contract wordt door zorgverzekeraars altijd gecommuniceerd via mail of brief. De reden voor de afwijzing staat vermeld, maar het detailniveau varieert per zorgverzekeraar. Over het algemeen zijn kleine zorgaanbieders tevreden over de communicatie van de afwijzing. Sommige zorgverzekeraars geven ook aan wat de desbetreffende zorgaanbieder kan verbeteren om volgend jaar wel in aanmerking te komen voor een contract. Kleine zorgaanbieders waarmee geen verbeteracties worden gedeeld, geven aan hier wel behoefte aan te hebben. Kleine zorgaanbieders geven aan dat het met name geldt bij algemene afwijsredenen, zoals ‘niet innovatief genoeg’.

3.3. De inhoud van contracten

Contractering zou volgens het HLA het vehikel moeten zijn om afspraken te maken over de volgende onderwerpen:

- doelmatigheid:
 - zorgverzekeraars geven aan deze afspraken te maken, maar niet standaard bij alle zorgaanbieders. Juist bij kleine zorgaanbieders worden hier minder vaak afspraken over gemaakt vanwege het lage volume;
 - kleine zorgaanbieders geven aan dat deze afspraken vrijwel altijd worden gemaakt, al verschilt de hoedanigheid per zorgverzekeraar.
- kwaliteit:
 - zorgverzekeraars geven aan hier afspraken over te maken;
 - ongeveer de helft van de kleine zorgaanbieders geven aan hier afspraken over te maken, de andere helft niet.
- innovatie:
 - zorgverzekeraars geven aan hier soms afspraken over te maken. Zij leggen hierbij het initiatief bij zorgaanbieders;
 - ongeveer de helft van de kleine zorgaanbieders geven aan hier afspraken over te maken, de andere helft niet.
- organiserend vermogen:
 - de wens om hier afspraken over te maken is er bij zorgverzekeraars, maar het thema is nog niet goed geland en is geen onderdeel van de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging¹². Als hierover afspraken worden gemaakt, is dit meestal met grote zorgaanbieders;
 - dit thema is voor veel kleine zorgaanbieders onbekend. Geen van de geïnterviewde zorgaanbieders heeft hier afspraken over gemaakt.
- juiste zorg op de juiste plek:
 - voor zorgverzekeraars is dit een uitgangspunt en/of bouwsteen van het beleid maar worden hier geen specifieke afspraken over gemaakt in contracten;
 - de meerderheid van de kleine zorgaanbieders maakt hier geen afspraken over.

Volgens het HLA is het van belang dat zorgaanbieders hun activiteiten rondom doelmatigheid en kwaliteit zichtbaar maken voor de cliënt en de zorgverzekeraar. Zij doen dit op de volgende manieren:

- PREM;
- waardering op Zorgkaart NL;
- evaluaties en/of gesprekken met de cliënt;
- eigen kwaliteitssystemen;
- evaluaties en/of gesprekken met de zorgverzekeraar;
- eigen benchmark;
- informatie op de website;
- algemene voorwaarden;
- klanttevredenheidsonderzoeken (KTO rapporten);
- managementrapportages.

Tot slot zou volgens het HLA aantoonbare hoogstaande kwaliteit van zorg voor kwetsbare groepen extra moeten worden beloond. Wanneer de zorg van hoogstaande kwaliteit is, is voor zorgaanbieder en voor zorgverzekeraar niet duidelijk vastgelegd. De kleine zorgaanbieders geven aan hier dan ook niet extra voor te worden beloond. Zorgverzekeraars geven aan hier soms afspraken over te maken. Dit is dan vaak in de vorm van een los contract of addendum. In sommige gevallen koppelen zorgverzekeraars hier bewust geen extra afspraken aan, om specialisatie te voorkomen.

3.4. Conclusie

De HLA-afspraken zijn over het algemeen herkenbaar maar de ervaringen in de praktijk lopen uiteen. Door de omvang van kleine zorgaanbieders - en de implicaties hiervan - worden sommige HLA-afspraken niet toegepast. Zo wordt er bijvoorbeeld minder onderhandeld met kleine zorgaanbieders, waardoor het moeilijker is op elkaar te spreken over externe kostprijsverhogende ontwikkelingen. Daarnaast is er voor de negen afspraken uit het HLA niet in even grote mate aandacht.

¹² Rijksoverheid. (2020). Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

4. Verdieping op de NZa-monitor contractering wijkverpleging 2021

4.1. Inleiding

Uit de NZa-monitor contractering wijkverpleging 2021 blijkt dat er op meerdere fronten voortgang is geboekt wat betreft het contracteringsproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de wijkverpleging. De mate waarin de contractering is verbeterd, kent echter verschillen op basis van de grootte van de zorgaanbieder. Kleine zorgaanbieders scoren op diverse onderwerpen anders (lees: minder goed) dan grote zorgaanbieders. Zo blijkt dat kleine zorgaanbieders:

- minder vaak gerichte afspraken over doelmatigheid en kwaliteit met de zorgverzekeraar hebben;
- EHealth minder vaak onderwerp van gesprek is in de contractering;
- zich minder goed geïnformeerd voelen door hun dominante zorgverzekeraar over de verwerking van de OVA in het tarief;
- minder vaak gerichte afspraken met de zorgverzekeraar hebben over wijkgericht werken en zich minder vaak hiervoor financieel gecompenseerd voelen.

In dit onderzoek hebben wij een verdieping aangebracht op deze bevindingen. In de gesprekken met kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars is doorgevraagd op deze onderwerpen en zijn behoeftes verhelderd. Het onderwerp met betrekking tot het maken van afspraken over doelmatigheid en kwaliteit is reeds beschreven in paragraaf 3.3, omdat dit ook een van de HLA-afspraken betreft. In dit hoofdstuk wordt de verdieping op de overige drie punten toegelicht.

4.2. EHealth

De meerderheid van de kleine zorgaanbieders is geïnteresseerd in het toepassen van EHealth in de organisatie. In de wijkverpleging gaat het hierbij voornamelijk over beeldschermzorg en het toepassen van technologische hulpmiddelen zoals medicijndispensers. Dit onderwerp vormt echter geen prominent onderdeel van het contracteringsproces. Zorgverzekeraars geven aan dat iedere zorgaanbieder een verzoek kan indienen voor het toepassen van EHealth via een formulier op de website, maar dat er weinig verzoeken binnen komen van kleine zorgaanbieders. Na een dergelijk verzoek is het mogelijk om samen in gesprek te gaan over de mogelijkheden in het toepassen en financieren van EHealth. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven aan dat afspraken rondom EHealth veelal met grote zorgaanbieders worden gemaakt.

De (mate van) behoeftes van kleine zorgaanbieders om met EHealth aan de slag te (kunnen) gaan zijn verschillend. De volgende behoeftes kwamen ter sprake in de interviews:

1. EHealth als standaard onderdeel van het contract. Aangezien het voor veel kleine zorgaanbieders niet mogelijk is om in gesprek te treden met zorgverzekeraars, missen zij de kans om het onderwerp van EHealth op de tafel te leggen. Zij zien daarom afspraken rondom EHealth graag als een vast onderdeel van het contracteringsproces. Enkele zorgverzekeraars zijn van plan om dit in de (nabije) toekomst te ontwikkelen.
2. Informatieverschaffing rondom EHealth. Sommige kleine zorgaanbieders zouden graag zelf starten met EHealth maar weten niet goed waar ze moeten beginnen en wat er bij komt kijken. Door de relatief grote financiële investeringen die hier voor nodig zijn, hebben zij behoefte aan landelijke informatie over de mogelijkheden en best practices. Zorgverzekeraars herkennen dit en vermoeden dat zij hierdoor weinig verzoeken voor EHealth binnen krijgen. Sommige zorgverzekeraars proberen zelf actief informatie over dit onderwerp te verspreiden, maar krijgen hier weinig reacties op. Andere zorgverzekeraars zien mogelijkheden in het organiseren van een Webinar of een actievere uitdraging vanuit Zorgverzekeraars Nederland.

3. Financiële ondersteuning voor EHealth. De investeringen en abonnementskosten voor EHealth zijn voor veel kleine zorgaanbieders hoog. Zij zouden graag financiële ondersteuning van zorgverzekeraars ontvangen. Over de vorm van deze ondersteuning lopen de ideeën uiteen. Voor sommigen is het kunnen declareren van uren voldoende, terwijl anderen de wens hebben dat zorgverzekeraars EHealth applicaties zelf aanschaffen en beschikbaar stellen voor zorgaanbieders of verzekerden/cliënten.

Het inzetten van EHealth doe je volgens de zorgverzekeraars echter niet zomaar. Dit vraagt een goede organisatie.

“Het is de vraag of kleine zorgaanbieders de slagkracht hebben om dit te doen. Je zou dit vanuit shared service centre kunnen doen, maar kan je dat wel als kleine zorgaanbieder? Dan moet je afspraken maken met de leverancier en je hebt beleidsmatige kracht en een projectmedewerker nodig om dit op te zetten. Is er een intrinsieke motivatie om hieraan deel te nemen?” - Zorgverzekeraar

4.3. OVA

Zorgverzekeraars lichten de verwerking van de OVA altijd schriftelijk toe. Ze geven echter aan dat de OVA bij grote zorgaanbieders ook mondeling wordt toegelicht. Omdat het bij kleine zorgaanbieders minder vaak tot een gesprek komt, denken zorgverzekeraars dat daarom de bevinding in de NZA-monitor wordt geconstateerd dat kleine zorgaanbieders zich minder goed geïnformeerd voelen. In de gesprekken met kleine zorgaanbieders komt naar voren dat de verwerking van de OVA verschilt per zorgverzekeraar. Het is hierdoor nodig om dit zelf na te rekenen. Voor sommige zorgaanbieders is dit geen probleem, zij zien dit als logisch onderdeel van bedrijfsvoering. Voor anderen ontbreekt hier de kennis of tijd waardoor er onduidelijkheid ontstaat.

In relatie tot de verwerking van de OVA hebben kleine zorgaanbieders de volgende behoeften:

- sterker toezicht van VWS;
- uniformering in de verwerking van de OVA tussen zorgverzekeraars;
- een duidelijke en transparante berekening.

“We worden wel geïnformeerd ,maar iedere zorgverzekeraar doet dat op zijn/haar eigen manier. Je moet het echt zelf laten doorrekenen om het te snappen” - Zorgaanbieder

4.4. Wijkgericht werken

Zorgverzekeraars geven de voorkeur aan een integraal tarief voor kleine zorgaanbieders en specifieke afspraken over wijkgericht werken met grote zorgaanbieders. Ze stimuleren het aansluiten van kleine zorgaanbieders bij grote zorgaanbieders in de regio, maar kleine zorgaanbieders geven aan niet te weten hoe zij dit moeten aanpakken. Sommigen gaan actief opzoek naar collega zorgaanbieders in de regio, anderen vinden het moeilijk om dit contact te leggen; zij hebben het overzicht niet. Deze zorgaanbieders hebben behoefte aan een sterkere faciliterende rol van zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door het bij elkaar brengen van partijen in de wijk.

“Er wordt van alles verwacht, maar puntje bij paaltje is het lastig oppakken. Zorgverzekeraars zouden partijen samen kunnen brengen. Al is het een kennisplatform of iets dergelijks om partijen te verbinden. Ik heb geen idee welke zorgaanbieders er allemaal zijn hier. De zorgverzekeraar weet precies welke aanbieders in welke postcode zorg leveren. Zij hebben de info: doe daar dan iets mee.” - Zorgaanbieder

4.5. Mogelijke verbeterpunten volgend uit de verdieping op de NZa-monitor contractering wijkverpleging

Vanuit de bevinding dat kleine zorgaanbieders op een aantal onderwerpen anders scoren dan grotere zorgaanbieders, hebben we verschillende behoeften en daarmee potentiële verbetermogelijkheden opgehaald:

- kleine zorgaanbieders hebben verschillende behoeften aan ondersteuning voor de inzet van (meer) EHealth:
 - EHealth als standaard onderdeel van het contract;
 - informatieverschaffing rondom EHealth;
 - financiële ondersteuning voor EHealth.
- in relatie tot de verwerking van de OVA hebben kleine zorgaanbieders de volgende behoeften:
 - sterker toezicht van VWS;
 - uniformering in de verwerking van de OVA tussen zorgverzekeraars;
 - een duidelijke en transparante berekening.
- de kleine zorgaanbieders hebben behoefte aan een sterkere faciliterende rol van zorgverzekeraars bij het wijkgericht werken, bijvoorbeeld door het bij elkaar brengen van partijen in de wijk.

Deze verbetermogelijkheden worden getoetst in de hoor-en wederhoorfase.

5. Verdieping op kansrijke thema's

5.1. Inleiding

De knelpunten en mogelijkheden tot verbetering die zijn opgehaald in de verkennende fase hebben we samengevat in een vijftal overkoepelende thema's waar potentie is om - in samenwerking - het contracteringsproces te verbeteren:

- toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders;
- toetreding tot de markt en omgang met mindere kwaliteit;
- samenwerking tussen kleine zorgaanbieders;
- afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties;
- informatiedeling.

In de verdiepende fase zijn deze 'kansrijke' thema's verder uitgediept, met als doel om onderliggende aannames, behoeftes en oorzaken van de 'symptomen' opgehaald in de verkennende fase, te achterhalen en hiermee te komen tot concrete verbetermogelijkheden voor de aankomende 1-2 jaar. In de verkennende fase is reeds vastgesteld dat de ideeën en percepties van zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders met betrekking tot het contracteringsproces sterk uiteen kunnen lopen. Dit is opnieuw bevestigd in de gesprekken in de verdiepende fase. Het is hierdoor een uitdaging om te komen tot verbetermogelijkheden die concreet, haalbaar en door beide partijen gedragen zijn.

Om, ondanks dit gegeven tot zoveel mogelijk praktische en haalbare verbetermogelijkheden te komen, zijn per kansrijk thema praktische voorstellen geformuleerd. De praktische voorstellen waarvoor er mogelijk draagvlak is bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, zijn voorgelegd in de hoor- en wederhoorfase. Praktische voorstellen waarvoor geen draagvlak is, zijn niet voorgelegd.

Met deze schifting wordt aandacht besteed aan (mogelijk) haalbare verbeteringen. Bovendien wordt voorkomen dat er een 'herhaling van zetten' plaatsvindt over thema's en voorstellen, waarvoor eenvoudigweg geen draagvlak is bij één van beide partijen aan de onderhandelingstafel. Haalbaarheid prevaleert hierbij boven grensverleggende initiatieven.

5.2. Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders

5.2.1. Achtergrond

Zorgverzekeraars geven aan dat het doel soms lijkt om met zoveel mogelijk zorgaanbieders een contract af te sluiten, terwijl het volgens hen gaat over het voldoende inkopen van goede kwaliteit zorg. Kleine zorgaanbieders geven echter aan dat zij zich op meerdere fronten onderscheiden (zie 5.2.2.), maar dat zij hun toegevoegde waarde niet goed kunnen aantonen bij zorgverzekeraars, omdat het lastig - of niet mogelijk - is om in gesprek te gaan.

5.2.2. De toegevoegde waarde volgens zorgaanbieders

Uit de interviews met kleine zorgaanbieders komen vier verschillende redenen naar voren waar zij volgens henzelf een toegevoegde waarde leveren:

1. Kleine zorgaanbieders vangen cliënten op die grote zorgaanbieders niet kunnen of willen aannemen. De reden hiervoor ligt in sommige gevallen bij een capaciteitskwestie, maar soms vermijden grotere zorgaanbieders cliënten met een relatief zware zorgvraag ook bewust vanwege doelmatigheidsafspraken. Het selecteren op cliënten mag bij wet niet, maar wordt in de praktijk wel zo ervaren door sommige kleine zorgaanbieders.
2. Kleine zorgaanbieders bieden meer flexibiliteit. Door de relatief korte lijnen binnen de organisatie, kleine overhead en geringe bureaucratie, kunnen deze aanbieders snel schakelen. Ze kunnen gemakkelijk inspelen op veranderingen of creatieve mogelijkheden uitproberen.
3. Kleine zorgaanbieders staan dicht bij de cliënt. De zorg die zij bieden is persoonlijk en vertrouwd, omdat zij gemakkelijker een vast gezicht kunnen bieden dan grote aanbieders. Ze kennen de wijk en/of regio goed, waardoor ze logistiek beter kunnen plannen en de mentaliteit van de mensen beter kennen.
4. Kleine zorgaanbieders kunnen zich specialiseren in een onderdeel van wijkverplegingszorg of in een (culturele) doelgroep. Hierdoor kunnen zij zorg van grotere zorgaanbieders overnemen en beter aansluiten bij de wens van de cliënt.

“De cliënten die voor ons kiezen willen juist de zorg die een warm gevoel geeft. Klikt het met de cliënt, dan houden wij het personeel zo. Het is belangrijk dat er niet elke dag een ander gezicht voor de deur staat. Dat willen cliënten ook niet. We hebben net een PREM laten uitvoeren. We hadden een 9.1, cliënten zijn heel tevreden. Het zijn onze medewerkers die het zo goed doen. Ik vind het jammer dat zorgverzekeraars alleen bij grote zorgaanbieders aan tafel zitten. Ik vind: toets ook wat cliënten ervan vinden!” - Zorgaanbieder

Ondanks de benoemde toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders, wordt er ook uitgesproken dat er kleine zorgaanbieders zijn die geen toegevoegde waarde bieden. Deze (kleine) groep zorgaanbieders hebben hun organisatie niet op orde en bieden onvoldoende kwaliteit zorg. De kleine zorgaanbieders zijn van mening dat de groep het imago van kleine zorgaanbieders in het algemeen negatief beïnvloed en wantrouwen veroorzaakt in de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

5.2.3. De toegevoegde waarde volgens zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars maken bij voorkeur geen onderscheid tussen een kleine of grote zorgaanbieders. Voor hen staat de kwaliteit van zorg voorop, niet de grootte. Daarnaast definiëren zorgverzekeraars klein of groot op uiteenlopende manieren, bijvoorbeeld op basis van aantal verzekerden, omzet of volume. Binnen deze categorieën hanteren zorgverzekeraars ook verschillende normen.

“We mogen geen onderscheid maken. We moeten uniform handelen en niet discrimineren. Je voldoet aan de voorwaarden of je voldoet niet. Iedere zorgaanbieder moet dezelfde kans krijgen wanneer ze gelijk aan elkaar zijn.” - Zorgverzekeraar

Desondanks zijn er een aantal zorgverzekeraars die de toegevoegde waarde van flexibiliteit bij kleine zorgaanbieders erkennen. Zo merken zij dat kleine zorgaanbieders flexibeler cliënten in zorg opnemen, zich gemakkelijker kunnen aanpassen aan het jaarlijks inkoopbeleid en op meer flexibelere tijden zorg kunnen leveren. De toegevoegde waarde van het behandelen van specifieke doelgroepen of het specialiseren in specifieke soorten wijkverplegingszorg, wordt daarentegen niet onderstreept door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zien liever een integraal aanbod dan een specialisatie in een soort wijkverplegingszorg voor de zorgaanbieders in de wijkverpleging die zij direct contracteren. Specialisatie als een kleine zorgaanbieder is wel mogelijk, maar dan via onderaanneming. Deze partijen worden dan niet direct gecontracteerd door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars vinden daarnaast specialisatie op een (culturele) doelgroep geen slecht idee, maar zien hier risico's op cliëntenselectie en/of discriminatie door het potentieel weigeren van cliënten die niet bij de doelgroep aansluiten.

5.2.4. Verbetermogelijkheden

De verbetermogelijkheden voor het contracteringsproces, die naar voren komen uit de gesprekken rondom dit thema, zijn weergegeven in de onderstaande tabel.

Nr.	Verbetermogelijkheid	Wat levert het op?	Wat is er voor nodig?
1	Het includeren van cliëntbeoordelingen in het contracteringsproces middels de PREM en Zorgkaart Nederland.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het wordt voor kleine zorgaanbieders gemakkelijker om hun toegevoegde waarde aan te tonen.▪ Het wordt gemakkelijker om het onderscheid te kunnen maken tussen kleine zorgaanbieders die goede, en kleine zorgaanbieders die mindere kwaliteit leveren.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het vergt van zorgverzekeraars een grotere tijdsinvestering om de cliëntbeoordelingen te checken.▪ Alle kleine zorgaanbieders moeten cliëntbeoordelingen afnemen.
2	Het vaker voeren van gesprekken tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld ieder geval een gesprek met de preferente zorgverzekeraar. Wanneer de preferente zorgverzekeraar positief oordeelt over de aanbieder en een contract aanbiedt, laten de andere zorgverzekeraars hierin congruent gedrag zien en bieden zij ook een contract aan.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het wordt voor kleine zorgaanbieders gemakkelijker om hun toegevoegde waarde aan te tonen.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het vergt van zorgverzekeraars een grotere tijdsinvestering om met alle kleine zorgaanbieders om de tafel te gaan.
3	Het ontwikkelen van een contracteringskader of visie op het contracteren van kleine zorgaanbieders.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het wordt duidelijker wanneer een kleine zorgaanbieder gecontracteerd zou moeten worden en wanneer niet, er is dan geen discussie meer over de toegevoegde waarde.	<ul style="list-style-type: none">▪ Men moet het eens worden of de definitie van 'kleine zorgaanbieder'.
4	Het ontwikkelen van een gezamenlijke definitie over wat de toegevoegde waarde in de wijkverpleging is (los van de grootte van de organisatie).	<ul style="list-style-type: none">▪ Het wordt duidelijker wanneer een zorgaanbieder (in het algemeen) gecontracteerd zou moeten worden en wanneer niet, er is dan geen discussie meer over de toegevoegde waarde.▪ Grote en kleine zorgaanbieders worden op dezelfde wijze behandeld.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het vergt van zorgverzekeraars en van zorgaanbieders een tijdsinvestering om het eens te worden over de gezamenlijke definitie.

5.2.5. Vervolgstap

Verbetermogelijkheid 1 is verder onderzocht in de hoor- en wederhoorfase. Voor deze verbetermogelijkheid is veel draagvlak bij de zorgaanbieders. Het onderwerp is echter geen enkele keer naar voren gekomen in gesprekken met de zorgverzekeraars. Het is daardoor onduidelijk hoe zij tegenover deze verbetermogelijkheid staan waardoor verder onderzoek gewenst is. Daarnaast zijn verbetermogelijkheden 2 en 4 meegenomen in de hoor- en wederhoorfase. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zien hier mogelijkheden, maar twijfelen over de haalbaarheid en de grootte van de impact op het contracteringsproces. Met andere woorden, is het resultaat de investering waard? Ook deze verbetermogelijkheden vragen daarom om extra onderzoek.

Verbetermogelijkheid 3 is niet meegenomen in de hoor- en wederhoorfase. Hiervoor is in de gesprekken onvoldoende draagvlak vastgesteld. De oorzaak ligt in het verschillend behandelen van kleine zorgaanbieders ten opzichte van grote zorgaanbieders. Zowel zorgverzekeraars als kleine zorgaanbieders geven aan dat zij de voorkeur hebben voor gelijke behandeling.

5.3. Toetreding tot de markt en omgang met mindere kwaliteit

5.3.1. Achtergrond

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars erkennen dat de eisen verbonden aan het starten van een wijkverplegingsorganisatie te laag zijn om de kwaliteit voor de cliënt/verzekerde te waarborgen. De toetreding van nieuwe zorgaanbieders tot de wijkverplegingsmarkt is laagdrempelig. Hierdoor kunnen minder kwalitatief hoogstaande zorgaanbieders, of zelfs kwaadwillende zorgaanbieders, toetreden tot de markt. Het bepalen van onrechtmatige situaties is complex en bij onrechtmatige situaties is het voor zorgverzekeraars moeilijk te zien of iemand fraudeert of enkel fouten maakt. Het kost zorgverzekeraars daardoor veel capaciteit om alle nieuwe zorgaanbieders te controleren op de eisen die zij stellen voor de contractering. Zorgaanbieders ondervinden op hun beurt hinder van deze hoeveelheid aan controles en de basis van wantrouwen in de relatie.

“De taak van de zorgverzekeraar is om goede afspraken te maken met zorgaanbieders die betere kwaliteit leveren dan anderen. Het grootste deel van de tijd gaat nu naar het controleren van basiskwaliteit. Een zorgverzekeraar komt pas in beeld als de organisatie al is toetreden op de markt.” - Zorgverzekeraar

De wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) is vanaf 1 januari 2022 ingetreden. Deze wet stelt meer eisen aan de toetreding tot de markt en heeft als doel een verbetering van zorgkwaliteit en betere bewustwording van startende zorgaanbieders. Het is nog te vroeg om in te schatten of met de intreding van de Wtza de eisen voldoende zijn om kwaliteit te waarborgen. Uit de interviews blijkt dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hier (onderling) verschillend over denken. Aan de ene kant is er vertrouwen dat de Wtza een stap in de juiste richting is, aan de andere kant is er onzekerheid of de stap groot genoeg is en of dit de extra controles van zorgverzekeraars overbodig maakt.

5.3.2. Verbetermogelijkheden

Onder de groep geïnterviewden die van mening zijn dat de Wtza nog onvoldoende impact heeft op de toetreding tot de markt, komen de volgende verbetermogelijkheden naar voren:

Nr.	Verbetermogelijkheid	Wat levert het op?	Wat is er nodig?
1	Het stellen van (extra) eisen bij de toetreding tot de markt, zoals: <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntentevredenheid; • Opleidingsniveau en/of diploma's van medewerkers; • Proces- en protocoluitvoering; • Accreditaties; • Privacy beleid; • Klachtenprocedure; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minder controles achteraf door meer controles aan de poort. ▪ Strenge toetreding tot de markt waardoor er minder zorgaanbieders kunnen toetreden die mindere of minimale kwaliteit leveren. ▪ Minder invloed van de groep zorgaanbieders die mindere kwaliteit levert, op het imago van kleine zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een grotere (tijds)investering van zorgaanbieders bij de opstart van hun bedrijf en de toetreding tot de markt. ▪ Duidelijkheid omtrent wie deze extra eisen vaststelt en handhaaft.
2	Het instellen van extra (kwaliteits)keurmerken.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het wordt gemakkelijker om het onderscheid te kunnen maken tussen kleine zorgaanbieders die goede, en kleine zorgaanbieders die mindere kwaliteit leveren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duidelijkheid omtrent wie de kwaliteitskeurmerken vaststelt. ▪ Het vergt van zorgaanbieders een (tijds)investering om deze (kwaliteits)keurmerken te vergaren.
3	Het langs sturen van een medisch expert van een zorgverzekeraar bij vermoeden van mindere/minimale kwaliteit (incidenteel).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Door op maat beoordeling van kwaliteit, wordt het gemakkelijker om het onderscheid te kunnen maken tussen kleine zorgaanbieders die goede, en kleine zorgaanbieders die mindere kwaliteit leveren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering om medisch experts langs te sturen.
4	Het eerder in de keten uitvoeren van een UBO check.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een vermindering in de administratieve lasten voor zorgverzekeraars. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duidelijkheid omtrent wie de UBO-check moet uitvoeren.
5	Het strenger opvolgen van fraude.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een frauderende zorgaanbieder kan niet gewoon weer ergens anders opnieuw beginnen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duidelijkheid omtrent wat er concreet voor nodig is om de opvolging strenger te maken en wie de strengere opvolging moet uitvoeren.
6	Het introduceren van AGB codes op zorgverlener niveau.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een vermindering in de administratieve lasten voor zorgverzekeraars. ▪ Beter inzicht op kwaliteit van zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duidelijkheid over het proces en de keuzes ten behoeve van AGB-codes op het zorgverlener niveau. ▪ Het vergt van zorgaanbieders een extra administratieve last.
7	Het installen van een (verplichte) masterclass vanuit de branchevereniging of beroepsgroep over de bedrijfsmatige kant (declareren, wet- en regelgeving etc.) van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meer inzet op leren en verbeteren. ▪ Meer kennis bij kleine zorgaanbieders op de bedrijfsmatige kant van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het vergt van zorgaanbieders een (tijds)investering om deze masterclasses te volgen. ▪ Het vergt van brancheverenigingen en/of beroepsgroepen een (tijds)investering om deze masterclasses te ontwerpen.

5.3.3. Vervolgstap

Verbetermogelijkheden 1, 3, 4, 6 en 7 zijn meegenomen naar de hoor- en wederhoorfase. Voor deze verbetermogelijkheden is initieel voldoende draagvlak vastgesteld tijdens de gesprekken of is verder onderzoek gewenst.

Verbetermogelijkheid 2 is niet meegenomen omdat hier onvoldoende zekerheid is van de potentiële impact op het contracteringsproces. Vaak wordt de toegevoegde waarde van een extra keurmerk bovenop bestaande keurmerken in twijfel getrokken door zowel zorgverzekeraars als kleine zorgaanbieders. Daarnaast levert het voor beide partijen extra administratieve lasten op. Verbetermogelijkheid 5 is ook niet meegenomen in de hoor- en wederhoorfase omdat deze te ver uit de scope van dit onderzoek ligt.

5.4. Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders

5.4.1. Achtergrond

Kleine zorgaanbieders beschikken meestal over weinig medewerkers die zich gericht bezig kunnen houden met het inkoopproces. Slechts bij enkelen (meestal de wat grotere onder de kleine zorgaanbieders) is er een verkoopteam opgericht of is er iemand die zich geheel of grotendeels kan richten op het contracteringsproces. Als gevolg hiervan heeft niet elke kleine zorgaanbieder voldoende kennis over het inkoopproces. Ook op andere vlakken beschikken kleinere zorgaanbieders soms over minder kennis en ervaring dan de grotere zorgaanbieders, bijvoorbeeld over bedrijfseconomische kennis, wet- en regelgeving, EHealth en andere innovaties. Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders zou hierbij kunnen helpen.

Over samenwerking in het algemeen zijn alle geïnterviewden positief gesteld. Er worden echter twee soorten samenwerking onderscheiden door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars: samenwerking op inhoud en samenwerking op het contracteringsproces.

5.4.2. Samenwerking op inhoud

Voor samenwerking op inhoud is brede interesse onder kleine zorgaanbieders. Ten eerste zien kleine zorgaanbieders mogelijkheden op het gebied van EHealth en innovaties. De investeringen hiervoor zijn vaak te hoog om voor een kleine zorgaanbieder individueel te kunnen betalen. Een gezamenlijke investering zou hierbij kunnen helpen om dit voor meerdere zorgaanbieders - en daarmee cliënten - mogelijk te maken. Ook organisatorisch is het makkelijker als innovaties en EHealth met meerdere zorgaanbieders kan worden geregeld. Ten tweede zien kleine zorgaanbieders kansen in het samenwerken op het organiseren van zorg. Hierdoor zou bijvoorbeeld nachtzorg beter kunnen worden georganiseerd. Ten derde zien kleine zorgaanbieders mogelijkheden in het actief delen van kennis, bijvoorbeeld via (online) bijeenkomsten of kennispools en -centra.

*“Zorg efficiënter inregelen, voor elkaar werken en betere planning zouden wel mooie opbrengsten zijn van samenwerken. Dus meer op inhoud, niet op contracteren.” -
Zorgaanbieder*

Zorgverzekeraars zien eveneens deze mogelijkheden voor het samenwerken van kleine zorgaanbieders op inhoud. Zij moedigen deze ontwikkeling aan maar zien hier geen actieve rol voor zichzelf weggelegd. Zorgverzekeraars zijn van mening dat brancheverenigingen hier een sterkere positie voor zouden kunnen innemen. Zij kunnen ondersteunen bij kennisoverdracht en maken kleine zorgaanbieders attent op het inkoopbeleid en bijeenkomsten. De kleine zorgaanbieders zien deze rol ook weggelegd voor de brancheverenigingen en zouden daarnaast graag zien dat er ‘best practices’ worden verzameld waar zorgaanbieders van kunnen leren. Dit zou volgens hen ook door zorgverzekeraars kunnen worden opgepakt.

5.4.3. Samenwerking op het contracteringsproces

Over samenwerking op het contracteringsproces lopen de meningen uiteen. Er wordt met belangstelling naar gekeken, maar er is onzekerheid over de mogelijkheden van verschillende vormen van samenwerking op dit onderwerp en de gevolgen hiervan. Twee samenwerkingsvormen komen vaak ter sprake: (1) een coöperatie of ander type platform met onderaanneming, en (2) het (gezamenlijk) inhuren van een individu of partij om het contracteringsproces te doorlopen. Zowel kleine zorgaanbieders als zorgverzekeraars zien in beide vormen mogelijkheden om het contracteringsproces te verbeteren, maar zijn ook kritisch op de voorwaarden, uitwerking en gevolgen. Beide partijen vinden het van belang dat een dergelijke samenwerking niet als verplichting wordt opgelegd. De meeste kleine zorgaanbieders zijn met een reden voor zichzelf begonnen en willen hun identiteit niet kwijtraken.

*“Het is niet goed om als zorgverzekeraars te gaan pushen. Je hoeft je niet aan te melden, je kan ook je eigen kracht hebben. Als zorgverzekeraar moet je wel faciliteren.” -
Zorgverzekeraar*

5.4.4. Samenwerking tussen zorgverzekeraars

Naast de samenwerking tussen kleine zorgaanbieders onderling, wordt samenwerking tussen zorgverzekeraars ook als gewenst beschouwd door kleine zorgaanbieders. Definitiekwesties zoals wat is doelmatig en innovatief in de wijkverplegingszorg, zouden volgens de kleine zorgaanbieders door zorgverzekeraars in gezamenlijkheid moeten worden opgepakt. Dit geldt ook voor contracteringsvoorwaarden, zoals opleidingsniveau of ZZP normen.

5.4.5. Verbetermogelijkheden

Uit de interviews komen de volgende verbetermogelijkheden voor het contracteringsproces in relatie tot dit thema naar voren:

Nr.	Verbetermogelijkheid	Wat levert het op?	Wat is er nodig?
1	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op inhoud van zorg.	<ul style="list-style-type: none">▪ Betere kennisniveau/verdeling van kennis onder kleine zorgaanbieders.▪ Betere contacten tussen zorgaanbieders onderling.▪ Vermindering van vragen vanuit kleine zorgaanbieders richting zorgverzekeraars.	<ul style="list-style-type: none">▪ Potentiële investering van zorgaanbieders in de vorm van lidmaatschapsgelden voor samenwerkingsverbanden.▪ Kleine zorgaanbieders moeten elkaar kunnen vinden.▪ Duidelijkheid wat er mogelijk is in relatie tot de ACM.
2	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op het contracteringsproces.	<ul style="list-style-type: none">▪ Vermindering van vragen vanuit kleine zorgaanbieders richting zorgverzekeraars.▪ Betere contacten tussen zorgaanbieders onderling.▪ Versimpeld contracteringsproces; slechts met één persoon/partij in gesprek.	<ul style="list-style-type: none">▪ Potentiële investering van zorgaanbieders in de vorm van lidmaatschapsgelden voor samenwerkingsverbanden.▪ Kleine zorgaanbieders moeten elkaar kunnen vinden.▪ Duidelijkheid wat er mogelijk is in relatie tot de ACM.▪ Duidelijkheid hoe er zicht blijft op kwaliteit.▪ Het vergt een tijdsinvestering van zorgaanbieders op om één lijn te te komen en te blijven.▪ Duidelijkheid wat dit betekent voor de eigen identiteit van kleine zorgaanbieders.
3	Het verzamelen van 'best practices' op het gebied van samenwerken.	<ul style="list-style-type: none">▪ Meer inzet op leren en verbeteren.	<ul style="list-style-type: none">▪ Duidelijkheid omtrent wie de 'best practices' moet verzamelen en delen.
4	Meer samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van definitiekwesties en contracteringsvoorwaarden.	<ul style="list-style-type: none">▪ Meer uniformiteit vanuit zorgverzekeraars in het handelen richting kleine zorgaanbieders.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering om het eens te worden over de definities en voorwaarden.▪ Duidelijkheid wat er mogelijk is in relatie tot de ACM.

5.4.6. Vervolgstep

Alle verbetermogelijkheden zijn meegenomen naar de hoor- en wederhoorfase omdat er initieel voldoende draagvlak is vastgesteld tijdens de gesprekken, of er verder onderzoek gewenst is.

5.5. Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties

5.5.1. Achtergrond

Zorgverzekeraars proberen te sturen middels doelmatigheidsafspraken, maar gaan hier verschillend mee om. Waar zorgverzekeraars in hun gronden ten opzichte van contracteren geen onderscheid (willen) maken tussen grote of kleine zorgaanbieders, wordt er wel onderscheid gemaakt wat betreft doelmatigheidsafspraken. Sommige zorgverzekeraars maken geen doelmatigheidsafspraken met kleine zorgaanbieders omdat het volume te laag is. De definitie van 'klein' verschilt tussen zorgverzekeraars. Door het relatief lagere aantal cliënten bij kleine zorgaanbieders, zorgt één cliënt met een zwaardere zorgvraag al snel voor problemen in het behalen van de doelmatigheidsafspraken. Sommige zorgverzekeraars maken daarom enkel doelmatigheidsafspraken met kleine zorgaanbieders waarvan het volume of aantal cliënten groot genoeg is. Enkele zorgverzekeraars zijn begonnen met het corrigeren voor cliënt- en/of regio kenmerken en merken dat dit goed wordt ontvangen door zorgaanbieders.

Doelmatigheidsafspraken worden in de meeste gevallen onderbouwd met data uit een benchmark van de verzekerden. Deze informatie wordt standaard gedeeld met de grote aanbieders. Voor kleine zorgaanbieders wordt deze informatie echter niet altijd meegestuurd met het contractaanbod, omdat de voorkeur uitgaat naar ‘tekenen bij het kruisje’ of omdat de benchmark informatie niet relevant is door een te laag aantal verzekerden.

“Wat wij nu doen is dat we bij nieuwe zorgaanbieders een benchmark meesturen wat ze kunnen verwachten. Als ze dan het idee hebben dat ze ervan afwijken, kunnen ze het toelichten. We doen dat niet, of niet structureel, bij kleine zorgaanbieders die al een contract hebben. Dit zouden we misschien ook kunnen doen. Dan wordt wederzijds een beter verwachtingspatroon geschapen.” - Zorgverzekeraar

Daarnaast berekenen zorgverzekeraars deze data op verschillende manieren en worden door de kleine zorgaanbieders deze berekeningen vaak als ondoorzichtig beschouwd. Hierdoor is het voor de kleine zorgaanbieders moeilijk om op de doelmatigheid te sturen. De verschillende wijze van berekening wordt ook door zorgverzekeraars als lastig ervaren, omdat ze geen zicht hebben op hoe andere zorgverzekeraars de doelmatigheid beoordelen.

“Door de verschillende manieren van berekenen kan het voorkomen dat een andere zorgverzekeraar een organisatie als ondoelmatig bestempeld terwijl wij ze juist doelmatig vinden.” - Zorgverzekeraar

5.5.2. Verbetermogelijkheden

Uit de interviews komen de volgende verbetermogelijkheden voor het contracteringsproces in relatie tot dit thema naar voren:

Nr.	Verbetermogelijkheid	Wat levert het op?	Wat is er nodig?
1	Het ontwikkelen van een uniforme definitie onder zorgverzekeraars wat doelmatigheid is en wanneer de zorg doelmatig genoeg is in de wijkverpleging.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eenduidigheid in de beoordelingen op doelmatigheid. ▪ Beter zicht op ondoelmatige zorgaanbieders. ▪ Beter begrip van doelmatigheid bij kleine zorgaanbieders. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering om het eens te worden over de definitie. ▪ Duidelijkheid rondom de mogelijkheden van zorgverzekeraars om binnen doelmatigheidsafspraken het accent verschillend te kunnen leggen (concurrentie mogelijkheden).
2	Corrigeren voor cliënt- en/of populatiekenmerken in de benchmark zoals enkele zorgverzekeraars nu al doen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beter passende doelmatigheidsafspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering om de benchmark uit te breiden.

3	Het instellen van regionale overlegtafels met de prominente zorgverzekeraar in de regio, grote, en kleine zorgaanbieders.	<ul style="list-style-type: none"> Beter passende doelmatigheidsafspraken door de kans om doelmatigheid in relatie tot wijk/regio aspecten te bespreken. 	<ul style="list-style-type: none"> Het vergt van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een tijdsinvestering. Duidelijkheid over wie het voortouw neemt met het organiseren van deze regionale overlegtafels.
4	Doelmatigheidsafspraken aanvullen met klanttevredenheidsbeoordelingen.	<ul style="list-style-type: none"> Doelmatigheid wordt niet enkel beschouwd als uren per cliënt, maar ook als onderdeel van kwaliteit. 	<ul style="list-style-type: none"> Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering. Klanttevredenheidsbeoordelingen moeten betrouwbaar en uniform gemeten zijn.
5	Het uniformeren en transparant maken van doelmatigheidsberekeningen, bijvoorbeeld via een landelijke benchmark.	<ul style="list-style-type: none"> Zorgaanbieders kunnen op eenzelfde wijze sturen op doelmatige zorg voor hun cliënten (geen onderscheid naar waar ze verzekerd zijn). Minder administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Betere kwaliteit van de benchmark door een groter aantal van cliënten (i.p.v. op basis van verzekerden). 	<ul style="list-style-type: none"> Het vergt samenwerking van zorgverzekeraars. Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering om het eens te worden over de wijze van berekening. Duidelijkheid rondom de mogelijkheden van zorgverzekeraars om binnen doelmatigheidsafspraken het accent verschillend te kunnen leggen (concurrentie mogelijkheden).

5.5.3. Vervolgstap

Verbetermogelijkheden 1, 2, 3 en 5 worden meegenomen naar de hoor - en wederhoor fase, omdat er initieel voldoende draagvlak is vastgesteld tijdens de gesprekken of er verder onderzoek gewenst is. Verbetermogelijkheid 4 wordt al meegenomen in het thema ‘de toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders’.

5.6. Informatiedeling

5.6.1. Achtergrond

Het delen van informatie tijdens het contracteringsproces wordt verschillend ervaren door kleine zorgaanbieders. Sommigen ervaren het als veel administratieve ballast wat tijd en energie vergt. Zij zien kansen voor verbetering op de volgende onderwerpen:

- 1) De hoeveelheid informatie. Informatie moet bij elke zorgverzekeraar afzonderlijk worden aangeleverd terwijl er een grote overlap is in de informatie die wordt opgevraagd. Zorgverzekeraars herkennen dit probleem maar geven aan dat dit voor grote zorgaanbieders ook geldt. Een gezamenlijke aanvraaglijst zou voor kleine zorgaanbieders de administratieve lasten kunnen verlichten, maar zorgverzekeraars geven aan dat niet alles hetzelfde is voor de zorgverzekeraars door verschillend beleid.

“We zitten in een markt, dat is het systeem. Het is niet gek dat er verschillende dingen worden gevraagd.” - Zorgverzekeraar

- 2) De soort informatie. Er worden soms vragen gesteld waarvan de informatie al beschikbaar is. Bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars dit zelf hebben of omdat gegevens ongewijzigd zijn. Voor kleine zorgaanbieders geeft dit soms het gevoel dat ze dubbel werk verrichten. Omwille van efficiëntie zouden zij graag zien dat er beter wordt overwogen welke informatie echt nodig is om op te vragen.

“Sommige dingen worden uitgevraagd die ze zelf weten. Bijvoorbeeld hoeveel cliënten je in zorg hebt of wat je omzet is. Kijk eerst wat je zelf hebt. Vraag alleen de informatie uit die je zelf niet tot je beschikking hebt.” - Zorgaanbieder

- 3) De onduidelijkheid waarom informatie moet worden aangeleverd. Het is niet altijd duidelijk wat de reden achter het opvragen van specifieke informatie is, of hoe deze informatie vervolgens wordt gebruikt bij het bepalen of en hoe er een contract kan worden gesloten. Sommige vragen lijken voor de kleine zorgaanbieders niet relevant. Zorgverzekeraars zijn lastig te bereiken voor vragen of komen hun afspraken over een reactie in een specifiek aantal werkdagen niet na waardoor kleine zorgaanbieders in de problemen komen met hun deadline.

“Soms niet duidelijk wat ze nodig hebben of waarom. Je kunt in VECOZO geen vragen stellen en je kunt niemand bereiken. Vaak doe je het maar, maar je ziet niet altijd de noodzaak hiervan in.” - Zorgaanbieder

- 4) Het gebrek aan ruimte om toelichting op de informatie te geven. Op veel vragen in VECOZO is het enkel mogelijk om ja of nee te antwoorden. De keuzes die kleine zorgaanbieders daardoor maken kloppen volgens hen niet met het werkelijke verhaal. Kleine zorgaanbieders zijn zich er sterk van bewust dat als ze ergens ‘nee’ invullen ze hun kans op een contract kwijtraken. Bij twijfel wordt daarom vaak ‘ja’ ingevuld. Zorgverzekeraars geven aan dat ze hierdoor zorgaanbieders vaak op een later moment nog moeten afwijzen. Of hieraan iets verbeterd moet worden zijn de zorgverzekeraars verdeeld. Sommige zien de VECOZO vragen als minimale voorwaarden die daarom bewust maar twee antwoordmogelijkheden hebben. Andere zorgverzekeraars overwegen of meer ruimte in de vragenlijst een meerwaarde kan bieden.
-

“Ja, dat moet juist want het zijn echt knock-out criteria. Het is echt waar je minimaal aan moet voldoen. Bijvoorbeeld over inzet van PNIL. Zorgaanbieders zeggen soms dat ze hieraan voldoen terwijl het niet zo is. Soms komen we daar achter, maar 99 van de 100 gevallen komen we er niet achter. Misschien moeten we meer ruimte geven in de vragenlijst, zodat wij kunnen uitleggen waarom wij iemand afwijzen.” - Zorgverzekeraar

Andere kleine zorgaanbieders herkennen dat het bij de opstart van de onderneming veel werk was maar naarmate tijd verstrijkt en er meer ervaring met het proces wordt opgedaan, het minder tijd kost. Een goede voorbereiding zorgt volgens hen voor tijdsbesparing. Zorgverzekeraars zijn van mening dat het aanleveren van de informatie geen probleem zou moeten vormen wanneer de zorgaanbieder zijn of haar administratie op orde heeft. Als dit niet op orde is, is het ook niet logisch dat de zorgaanbieder een contract zou moeten krijgen.

5.6.2. Verbetermogelijkheden

Uit de interviews komen de volgende verbetermogelijkheden voor het contracteringsproces in relatie tot dit thema naar voren:

Nr.	Verbetermogelijkheid	Wat levert het op?	Wat is er nodig?
1	Een gezamenlijke aanvraaglijst of verzamelplaats voor informatie ontwikkelen.	<ul style="list-style-type: none">▪ Vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.	<ul style="list-style-type: none">▪ De aangeleverde informatie moet van goede kwaliteit zijn.
2	Het niet meer opvragen van openbare of ongewijzigde informatie.	<ul style="list-style-type: none">▪ Vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders.	<ul style="list-style-type: none">▪ De openbare informatie moet van goede kwaliteit zijn en op uniforme wijze zijn ingevuld door verschillende zorgaanbieders.▪ Het vergt van zorgverzekeraars een tijdsinvestering omdat informatie hierdoor vanuit verschillende locaties moet worden gehaald.
3	Het verbeteren van de bereikbaarheid van zorgverzekeraars bij vragen van zorgaanbieders over de VECOZO vragenlijst.	<ul style="list-style-type: none">▪ Verhoogd begrip van zorgaanbieders over de vragenlijst ZA; minder onjuiste antwoorden.▪ Zorgaanbieders blijven vaker binnen de deadline, hierdoor eventueel meer afgesloten contracten.	<ul style="list-style-type: none">▪ Het vergt van zorgverzekeraars een grotere tijdsinvestering.
4	Het toevoegen van ruimte voor toelichting in de vragenlijst, zowel in antwoordmogelijkheden als in uitleg waarom de informatie benodigd is.	<ul style="list-style-type: none">▪ Zorgaanbieders kunnen het verhaal achter de ja/nee toelichten; minder onjuiste antwoorden achteraf.	<ul style="list-style-type: none">▪ Meer administratieve lasten voor zorgverzekeraars; de beoordeling verloopt minder automatisch.

5.6.3. Vervolgstep

Verbetermogelijkheid 1 en 4 zijn meegenomen naar de hoor- en wederhoorfase, omdat er initieel voldoende draagvlak is vastgesteld tijdens de gesprekken of er verder onderzoek gewenst is. Daarnaast is verbetermogelijkheid 3 meegenomen - ondanks dat er initieel onvoldoende draagvlak is vastgesteld bij zorgverzekeraars - omdat dit een directe link heeft met de HLA afspraken (zorgverzekeraars en/of zorginkopers zijn voldoende (digitaal) bereikbaar voor zorgaanbieders).

Verbetermogelijkheid 2 is niet meegenomen, omdat hier onvoldoende draagvlak van zorgverzekeraars is vastgesteld. De oorzaak hiervoor ligt in bij de vergrote tijdsinvestering voor zorgverzekeraars, waardoor het volgens hen niet mogelijk is om deze verbetering waar te maken.

5.7. Conclusies

Voor alle vijf thema's zijn concrete verbetermogelijkheden geïdentificeerd die gebaat zijn bij verder onderzoek naar de mate van draagvlak bij kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een overzicht van de verbetermogelijkheden die zijn meegenomen in de hoor- en wederhoorfase vindt u in bijlage A.4.

6. Hoor en wederhoor

6.1. Inleiding

Om de mate van draagvlak voor de verbetermogelijkheden uit de eerdere fasen van het onderzoek verder te onderzoeken zijn twee focusgroepen georganiseerd: één met zorgverzekeraars en één met kleine zorgaanbieders. We hebben de bewuste keuze gemaakt om de partijen niet in één focusgroep onder te brengen om de anonimiteit van de deelnemers naar de andere soort partij te waarborgen. Hiermee wordt voorkomen dat in de focusgroep geuite opvattingen mogelijkwijs leiden tot negatieve gevolgen voor het contracteringsproces tussen specifieke zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het doel van de focusgroepen was driedelig:

- opgehaalde bevindingen uit de eerdere fasen toetsen;
- aanscherpen van de resultaten;
- identificeren voor welke verbetermogelijkheden voldoende draagvlak aanwezig is.

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitkomsten van de twee focusgroepen en de verbetermogelijkheden met voldoende draagvlak die hieruit voortkomen.

6.2. Uitkomsten focusgroep kleine zorgaanbieders

Er namen zes kleine zorgaanbieders deel aan de focusgroep. In het algemeen worden de volgende bevindingen uit het onderzoek door hen het belangrijkste gevonden:

- Gelijkwaardigheid en vertrouwen. Het gevoel bestaat bij kleine zorgaanbieders dat zorgverzekeraars hen buiten de deur willen houden. Contracteren hoort volgens kleine zorgaanbieders over en weer te gaan, maar de eisen van zorgverzekeraars lijken voorop te staan. De relatie is niet gelijkwaardig en partijen vertrouwen elkaar niet altijd.
- Het verschil tussen kleine en grote zorgaanbieders. De zorgaanbieders vragen zich af waarom er in de praktijk een onderscheid tussen grote en kleine zorgaanbieders lijkt te zijn, terwijl dit onderscheid niet expliciet wordt benoemd door zorgverzekeraars. Dezelfde lijst met eisen gebruiken betekent volgens hen niet direct dat je partijen gelijk behandelt.
- Ruimte om jezelf te laten zien. Kleine zorgaanbieders willen graag in contact treden met zorgverzekeraars maar de mogelijkheden verschillen per zorgverzekeraar.
- De definitie van doelmatigheid. Kleine zorgaanbieders vinden het onduidelijk wat er wordt verstaan onder doelmatigheid. Definities verschillen per zorgverzekeraar en de indruk leeft dat niemand het precies weet.
- Samenwerking als mogelijkheid. Kleine zorgaanbieders zien samenwerking als mogelijkheid om het contracteringsproces te verbeteren.

6.3. Uitkomsten focusgroep zorgverzekeraars

Er namen twee zorgverzekeraars (drie personen) deel aan de focusgroep. In het algemeen worden de volgende bevindingen uit het onderzoek door hen het belangrijkste gevonden.

- Contracteren is geen doel op zich. Volgens zorgverzekeraars is contracteren een middel om aan de zorgplicht te voldoen. Daarvoor is volgens hen een beperkt aantal zorgaanbieders nodig wat het niet vanzelfsprekend maakt dat je als zorgaanbieder een contract ontvangt.
- De wens tot uniformering sluit niet aan bij de realiteit. Zorgverzekeraars bevinden zich in een concurrerende markt en willen iets over houden om zichzelf te onderscheiden zodat verzekerden kunnen kiezen.
- Doelmatigheid als opvallend thema. De aanwezige zorgverzekeraars maken weinig afspraken met kleine zorgaanbieders over doelmatigheid. Afwijzingen komen vaker voor op basis van kwaliteitseisen maar dit komt minder sterk naar voren.
- De toegevoegde waarde is geen uitgangspunt. Het bieden van 'gewoon goede wijkverpleging' is volgens zorgverzekeraars voldoende, zij kopen bijvoorbeeld geen wijkverpleging in op basis van doelgroep.
- De grootte van de organisatie maakt verschil. De zorgverzekeraars hebben begrip dat het complex is om alles voor het contracteringsproces door te nemen maar de eisen zijn volgens hen niet ingewikkeld. Ze zijn van mening dat als je je verdiept het goed mogelijk is. Ze herkennen dat dit gemakkelijker is als je groter bent in omvang. Bij kleine zorgaanbieders observeren zorgverzekeraars nu soms een kennistekort.

Onderstaande tabel toont de reacties van de kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de verbetermogelijkheden uit hoofdstuk 5. Vier zorgverzekeraars die niet aanwezig waren bij de focusgroep hebben schriftelijk hun reactie op (een aantal) verbetermogelijkheden gegeven. Deze reacties zijn samengevoegd met de reacties gegeven door de zorgverzekeraars tijdens de focusgroep. Tijdens de focusgroep zijn de reacties op (sommige) verbetermogelijkheden per categorie bevroegd gezien de beschikbare tijd.

Nr.	Verbetermogelijkheid	Reacties kleine zorgaanbieders	Reacties zorgverzekeraars
A1	Het includeren van cliëntbeoordelingen in het contracteringsproces middels de PREM en Zorgkaart Nederland.	De zorgaanbieders zijn verdeeld. Aan de ene kant vinden zij de rol van de cliënt onderbelicht in het contracteringsproces. Aan de andere kant zijn zij van mening dat cliënttevredenheid niets zegt over de juistheid van de behandeling, vinden ze het proces bewerkelijk, en kan het lastig zijn om de beoordelingen te verkrijgen.	Van de drie mogelijkheden, denken zorgverzekeraars dat het includeren van cliëntbeoordelingen het meeste zouden helpen. Het vaker voeren van gesprekken is niet onwenselijk maar praktisch lastig uitvoerbaar volgens zorgverzekeraars.
A2	Het vaker voeren van gesprekken tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgaanbieder heeft in ieder geval een gesprek met de preferente zorgverzekeraar. Wanneer de preferente zorgverzekeraar positief oordeelt over de aanbieder en een contract aanbiedt, laten de andere zorgverzekeraars hierin congruent gedrag zien en bieden ook een contract aan.	De zorgaanbieders zouden graag zien dat deze verbetermogelijkheid in praktijk wordt gebracht. Enkel een gesprek met de preferente zorgverzekeraar vinden zij voldoende, mits andere zorgverzekeraars de afspraken overnemen. Enkele zorgaanbieders benadrukken het belang van een 'klik' met de preferente zorgaanbieder en identificeren onduidelijkheden wanneer er meerdere preferente zorgverzekeraars zijn.	Over het navolgsbeleid van de preferente zorgverzekeraar zijn de zorgverzekeraars verdeeld. Sommigen zien dit als oplossing terwijl anderen hier juist tegen zijn. Voornamelijk voor kleinere zorgverzekeraars is dit lastig uitvoerbaar omdat zij vrijwel nooit de preferente zorgverzekeraar zijn. Daarnaast zijn de zorgverzekeraars van mening dat je je als zorgaanbieder kan presenteren op papier via het contracteringsproces (bijvoorbeeld in het ondernemingsplan). Dit zou volgens hen voldoende moeten zijn.
A4	Het ontwikkelen van een gezamenlijke definitie over wat de toegevoegde waarde in de wijkverpleging is (los van de grootte van de organisatie).	De zorgaanbieders vinden het vanwege hun regionale focus prettig om te weten hoe er landelijk naar wijkverpleging wordt gekeken. Zij zien echter het risico dat zorgaanbieders teveel naar deze definitie toe bewegen en daardoor hun eigen kracht verliezen.	De zorgverzekeraars staan open om zorgaanbieders eerder in het proces te spreken. Enkele pilots in deze vorm lopen al.
B1	Het stellen van (extra) eisen bij de toetreding tot de markt, zoals: <ul style="list-style-type: none"> • cliënttevredenheid/ PREM; • opleidingsniveau en/of diploma's van medewerkers; • proces- en protocoluitvoering; • accreditaties; • privacybeleid; • klachtenprocedure. 	De zorgaanbieders zijn van mening dat de extra eisen het probleem niet oplossen. Je kunt één keer aan deze eisen voldoen maar voor hen is het onduidelijk wat er daarna gebeurt. Daarnaast zijn deze eisen voor hen net zo belangrijk bij grote, als bij kleine zorgaanbieders.	De zorgverzekeraars vinden de toegang tot de wijkverplegingsmarkt nog steeds te makkelijk, ook met de Wtza. Het zou handig zijn als alle zorgaanbieders aan bepaalde basisvereisten voldoen zodat zorgverzekeraars deze controle niet meer hoeft uit te voeren, maar met extra eisen wordt het probleem niet opgelost. Zelfs als je voldoet aan deze extra eisen kun je nog steeds lage kwaliteit zorg leveren. Het langs sturen van een medisch expert lost dit ook niet op volgens de zorgverzekeraars.
B3	Het langs sturen van een medisch expert vanuit de zorgverzekeraar bij vermoeden van mindere/minimale kwaliteit (incidenteel).	De zorgaanbieders zien dit als taak van de IGJ en niet van de zorgverzekeraar. Daarnaast geven zij de voorkeur aan het van te voren aangeven van bijzondere casussen en deze bespreken i.p.v. het achteraf toetsen en controleren.	De UBO is nodig voor een AGB code, volgens de zorgverzekeraars is dit voldoende. Het introduceren van AGB codes levert volgens de meeste zorgverzekeraars meer administratieve last op voor beide partijen, dan dat het aan winst oplevert.
B4	Het eerder in de keten uitvoeren van een UBO-check.	De zorgaanbieders vinden het belangrijk dat je als zorgverzekeraar weet met wie je te maken hebt. Dit lijkt hen een gemakkelijke aanpassing die niet veel hoeft te kosten.	
B6	Het introduceren van AGB-codes op zorgverlenersniveau.	De zorgaanbieders zijn van mening dat het indienen van diploma's en het voldoen aan de kwaliteitseisen voldoende zou moeten zijn.	De zorgverzekeraars vinden het instellen van een masterclass een interessante manier om (bedrijfsmatige) kennis te verhogen.
B7	Het instellen van een (verplichte) masterclass vanuit de branchevereniging of beroepsgroep over de bedrijfsmatige kant (declareren, wet- en regelgeving etc.) van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie.	De zorgaanbieders zien hier niks verkeerd aan maar twijfelen wel over de toegevoegde waarde. Ze geven de voorkeur aan het versimpelen van het contracteringsproces of declaratiesystemen in plaats van uitgebreider toelichten.	

C1	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op inhoud van zorg.	De zorgaanbieders zien veel mogelijkheden wat betreft samenwerking. Er zijn een aantal voorbeelden genoemd waarbij succesvol wordt samengewerkt. De zorgaanbieders geven echter aan dat het afhankelijk is van de regio of de samenwerking van de grond komt. Hoe meer zorgaanbieders in een regio, hoe lastiger. Soms merken de kleine zorgaanbieders dat grote zorgaanbieders niet open staan voor samenwerking. De zorgaanbieders verwachten niet van zorgverzekeraars dat zij hierin het voortouw nemen. Daarmee zou samenwerking worden opgelegd en dit vinden zij onwenselijk. De zorgaanbieders denken positief over samenwerking tussen zorgverzekeraars. Met een uniforme vragenlijst zouden zij al veel geholpen zijn. Daarnaast zien zij graag dat zorgverzekeraars onderling in discussie gaan over een aantal criteria zoals zzp-inzet en inzet helpende plus.	De zorgverzekeraars denken dat samenwerking tussen kleine zorgaanbieders de communicatie makkelijker maakt maar de kwaliteit niet per se. Daarnaast vinden zij dat bij samenwerkingsvormen zoals een coöperatie, het van belang is dat er een goede controle op de leden is. Zo niet, dan bestaat het risico op ondoelmatige of lage kwaliteit zorg. Dit risico moet volgens zorgverzekeraars worden gedragen door de hoofdaannemer. Hij/zij is eindverantwoordelijk en aanspreekbaar. Brancheverenigingen kunnen een rol spelen om partijen in de regio bij elkaar te brengen. De zorgverzekeraars zijn van mening dat zij onderling op een aantal punten uniformer kunnen zijn. Hiermee doelen zij voornamelijk op tekstuele uniformering in definities en contracteringsvoorwaarden, zodat deze herkenbaar zijn.
C2	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op het contracteringsproces.		
C3	Het verzamelen van 'best practices' op het gebied van samenwerken.		
C4	Meer samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van definitiekwesties en contracteringsvoorwaarden.		
D1	Het ontwikkelen van een uniforme definitie onder zorgverzekeraars wat doelmatigheid is en wanneer de zorg doelmatig genoeg is in de wijkverpleging.	De zorgaanbieders vragen zich af hoe relevant het thema van doelmatigheid is vanwege de overgang naar cliëntprofielen. Het inzicht in doelmatigheid vinden zij belangrijk omdat je van (elkaar) kunt leren als het juist wordt ingezet. Nu zien de zorgaanbieders het vooral als perverse prikkel waarbij soms 'over de schutting naar de Wlz wordt gegooid'.	De zorgverzekeraars gaan verschillend om met doelmatigheid. Wanneer zorgaanbieders tegen elkaar worden afgezet in een doelmatigheidsberekening is het niet mogelijk om dit als zorgaanbieder na te rekenen. De zorgverzekeraars staan positief over het gebruik van regionale overlegtafels, mits de kleine zorgaanbieders in voldoende mate aanwezig zijn en dit door de zorgaanbieders georganiseerd wordt.
D2	Corrigeren voor cliënt- en/of populatiekenmerken in de benchmark voor doelmatigheid, zoals enkele zorgverzekeraars nu al doen.		
D3	Het gebruiken van bestaande regionale overlegtafels met de prominente zorgverzekeraar in de regio, grote, en kleine zorgaanbieders.		
D5	Het uniformeren en transparant maken van doelmatigheidsberekeningen, bijvoorbeeld via een landelijke benchmark.		
D4			
E1	Een gezamenlijke aanvraaglijst of verzamelplaats voor informatie ontwikkelen.	De zorgaanbieders hebben behoefte aan ruimte om zichzelf te laten zien. Ruimte voor toelichting in de VECOZO vragenlijst zou volgens hen hierbij kunnen helpen maar liever hebben zij de mogelijkheid om met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan.	De zorgverzekeraars zien het inkoopbeleid als toelichting op de vragen maar ontvangen hier weinig tot geen vragen vanuit zorgaanbieders op. Over de ruimte voor toelichting in de vragenlijst zijn de zorgverzekeraars verdeeld. Sommigen vinden dit niet nodig terwijl anderen dit zien als relatief gemakkelijke aanpassing en de behoefte begrijpen. De vraag is wat er wordt gedaan met de extra informatie in verhouding tot de extra administratieve last.
E3	Het verbeteren van de bereikbaarheid van zorgverzekeraars bij vragen van zorgaanbieders over de VECOZO vragenlijst.		
E4	Het toevoegen van ruimte voor toelichting in de vragenlijst, zowel in antwoordmogelijkheden als in uitleg waarom de informatie benodigd is.		

F1	Vanuit zorgaanbieders naar de zorgverzekeraar meer transparantie over kosten en kostprijzen	De zorgaanbieders zien liever dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen kleine en grote zorgaanbieders. Hun voorkeur gaat uit naar een persoonlijk gesprek in plaats van een losse bijeenkomst. Het bijwonen van tien bijeenkomsten vinden zij (te) veel tijd kosten.	De zorgverzekeraars staan positief tegenover het organiseren van bijeenkomsten maar merken weinig interesse vanuit zorgaanbieders. Sommige zorgverzekeraars zien dit als rol voor de brancheverenigingen.
F2	Aparte instructies en bijeenkomsten voor kleine zorgaanbieders		

6.4. Samenvatting draagvlak en voorkeur

Zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders konden tijdens de focusgroep (of via mail in het geval van enkele zorgverzekeraars) aangeven van welke verbeteringsmogelijkheden zij het liefste zien dat deze gebeuren¹³. Samengevat met de inhoudelijke inbreng zoals weergegeven in de vorige paragrafen, zien we er drie verbetermogelijkheden uitspringen op het gebied van draagvlak en voorkeur: B7: het instellen van een (verplichte) masterclass vanuit de branchevereniging of beroepsgroep over de bedrijfsmatige kant (declareren, wet- en regelgeving etc.) van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie.

- C1: het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op inhoud van zorg;
- C4: (meer) samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van definitiekwesties en contracteringsvoorwaarden;

Daarnaast zijn er een aantal mogelijkheden die niet door beide partijen zijn gekozen als voorkeur, maar waarvan uit de reacties kan worden opgemaakt dat beide partijen hier positief tegenover staan. Dit zijn:

- C2: het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op het contracteringsproces;
- C3: het verzamelen van 'best practices' op het gebied van samenwerken;
- D3: het gebruiken van bestaande regionale overlegtafels met de prominente zorgverzekeraar in de regio, grote, en kleine zorgaanbieders;
- E4: het toevoegen van ruimte voor toelichting in de vragenlijst, zowel in antwoordmogelijkheden als in uitleg waarom de informatie benodigd is.

¹³ Aanwezigen bij de focusgroepen kregen drie stemmen om te verdelen over de verbetermogelijkheden. Zij mochten ook meerdere stemmen toedelen aan een enkele verbetermogelijkheid. De zorgverzekeraars die schriftelijk hun reactie hebben gegeven, werden gevraagd om 3-5 verbetermogelijkheden te kiezen waarvan zij het liefste willen dat deze gebeuren.

7. Conclusies

7.1. Inleiding

De werelden waarin kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich bevinden verschillen. Er is wel begrip voor elkaars wereld en knelpunten worden gedeeltelijk over en weer erkend. Bij beide kanten zijn er partijen met de behoefte om de werelden dichter bij elkaar te brengen. Met dit onderzoek brengen wij in kaart welke eerste stappen kunnen worden gezet om het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verbeteren en daarmee ook de twee verschillende werelden soms iets dichter bij elkaar te brengen.

We hebben drie concrete verbetermogelijkheden geïdentificeerd, die kunnen dienen als handvatten om het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging te verbeteren:

- kleine zorgaanbieders kunnen (meer) samenwerken op de inhoud van zorg;
- zorgverzekeraars kunnen (meer) samenwerken op het gebied van definitiekwesties en tekstuele vormgeving van contracteringsvoorwaarden;
- brancheverenigingen kunnen een (verplichte) masterclass organiseren over de bedrijfsmatige kant van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie.

Deze verbetermogelijkheden zijn ondersteund door kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars en kunnen binnen één à twee jaar worden gerealiseerd met de benodigde inzet van de betrokkenen. Voor het slagen van deze drie verbetermogelijkheden is het essentieel dat de partijen eigenaarschap op zich nemen en zorgen dat deze opties ook echt worden geïmplementeerd.

7.2. De drie verbetermogelijkheden om mee te starten

We beschrijven hieronder kort hoe de eerste stap kan worden gemaakt voor de drie verbetermogelijkheden en wat het oplevert als we deze stap zetten.

7.2.1. Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders op de inhoud van zorg

Kleine zorgaanbieders kunnen op verschillende manieren samenwerken met betrekking op de inhoud van wijkverpleging. Deze samenwerking zou in lijn moeten zijn met de landelijke afspraken en de huidige regionale samenwerkingsverbanden en niet gericht op het opzetten van specifieke samenwerkingsverbanden van alleen kleine zorgaanbieders. Zo kunnen zij gezamenlijk afspraken maken om de zorg in de regio beter te organiseren, bijvoorbeeld de organisatie van nachtzorg of 24-uurs bereikbaarheid. Daarnaast kunnen zij gezamenlijk investeren in EHealth en andere innovaties waarvan de kosten te hoog zijn wanneer deze individueel gedragen worden. Ten slotte kunnen zij door middel van samenwerking actief kennis delen, bijvoorbeeld via interviews.

Het samenwerken op de inhoud van zorg wordt door sommige kleine zorgaanbieders al in de praktijk toegepast. Het is echter afhankelijk van de regio of samenwerking van de grond komt. Voornamelijk in grote steden zoals Rotterdam, Den Haag en Amsterdam is de concentratie van kleine zorgaanbieders hoog. Hierdoor is het moeilijk voor partijen om elkaar te vinden en afspraken te maken. Zowel kleine zorgaanbieders als zorgverzekeraars zien het niet als de rol van de zorgverzekeraar om samenwerking op te leggen. Brancheverenigingen zoals Actiz, Zorgthuisnl, Spot en BVKZ zouden daarentegen zorgaanbieders in de regio bijeen kunnen brengen. Daarnaast zouden zij 'best practices' kunnen verzamelen en delen om zorgaanbieders te enthousiasmeren over samenwerking en te zorgen dat er van deze voorbeelden geleerd kan worden. Ten slotte moeten de mogelijkheden met betrekking tot de ACM in overweging worden genomen bij het aangaan van samenwerking. Er kan dan sprake zijn van barrières vanuit wetgeving op het gebied van concurrentie en concentratie van marktmacht. Onder de 10% marktaandeel is er ruimte om samen te werken vanuit de ACM. Bij een marktaandeel van meer dan 10% is het verstandig om de casus op de samenwerking voor te leggen aan de ACM.

Naast samenwerking op de inhoud van de zorg is er ook interesse in samenwerking bij de contractering. Te denken valt aan een gezamenlijke verkoop via een coöperatie of een gezamenlijke contactpersoon die ondersteunt bij de inkoop. Hiervoor is wel interesse maar is er terughoudendheid vanwege de onduidelijkheden in de mogelijkheden en praktische uitwerking.

Wat levert het op? De samenwerking van kleine zorgaanbieders brengt een aantal voordelen met zich mee. De samenwerking kan bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg voor de cliënt omdat zorg in de wijk beter kan worden georganiseerd en zorgaanbieders complexe casussen met elkaar kunnen bespreken. Voor zorgaanbieders heeft het twee resultaten. Kennisuitwisseling en interview leiden tot een hoger

kennisniveau bij de zorgaanbieders. Ook kan de samenwerking het contracteringsproces ten goede komen doordat kleine zorgaanbieders door de samenwerking vaker kunnen voldoen aan bepaalde eisen voor contractering en zodoende vaker kunnen worden gecontracteerd. Voor zorgverzekeraars is het resultaat dat de zorgaanbieders door de samenwerking betere kwaliteit kunnen leveren en aan meer van hun eisen kunnen voldoen.

7.2.2. Samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van definitiekwesties en tekstuele vormgeving van contracteringsvoorwaarden

Zorgverzekeraars kunnen op twee gebieden in het contracteringsproces meer samenwerken. Als eerste kunnen zij door middel van gesprek komen tot meer uniforme definities van thema's die van belang zijn voor de contractering, denk bijvoorbeeld aan de definitie van 'innovatieve wijkverpleging' en de definitie van doelmatigheid. Zorgaanbieders zouden ook graag zien dat de manier van berekenen van doelmatigheid meer uniform wordt. Als tweede kunnen zorgverzekeraars contracteringsvoorwaarden tekstueel onderling afstemmen. Zorgverzekeraars vragen deels dezelfde contracteringsvoorwaarden uit maar verwoorden ze anders.

Om de samenwerking en uniformering tot stand te brengen, is het van belang dat zorgverzekeraars onderling in gesprek gaan. ZN kan hierbij een faciliterende rol op zich nemen en uniforme addenda beschikbaar stellen (of ontwikkelen), zoals voor dementie nu al in gebruik is. Het is voor zorgverzekeraars van belang dat zij de mogelijkheid behouden om zichzelf te onderscheiden. Het is daarom niet het doel om de contractvoorwaarden zelf te uniformeren, enkel de tekstuele vormgeving. Ten slotte moeten de mogelijkheden met betrekking tot de ACM in overweging worden genomen bij het aangaan van samenwerking.

Wat levert het op? Door samenwerking van zorgverzekeraars op definitiekwesties en tekstuele vormgeving van contracteringsvoorwaarden wordt het voor kleine zorgaanbieders (sneller) duidelijker wat van hen verwacht wordt. Dit geldt zowel voor het inschrijvingsproces als bij afwijzingen voor een contract. Hierdoor komen er minder vragen binnen bij de zorgverzekeraars en bespaart dit hen tijd. Voor kleine zorgaanbieders is deze verbetermogelijkheid ook tijdsbesparend omdat vragen, voorwaarden en definities gemakkelijker herkenbaar zijn tussen zorgverzekeraars. Dit betekent niet dat er sprake is van verplichte contractering voor de zorgverzekeraars.

7.2.3. Masterclass organiseren over de bedrijfsmatige kant van de wijkverpleging

Hierbij gaat het om een periodieke masterclass die brancheverenigingen organiseren voor zorgaanbieders die al dan niet verplicht wordt gesteld voor startende zorgaanbieders (of nieuwe leden). Onderwerpen zoals declaraties, wet- en regelgeving, contractering en inkoopbeleid komen daarbij aan de orde. Het is essentieel dat de inhoud van toegevoegde waarde is voor de kleine zorgaanbieders. De organisatie van deze masterclass is een verantwoordelijkheid van de brancheverenigingen van de kleine zorgaanbieders. Aan hen de taak om de informatiebehoefte nader te identificeren zodat de inhoud aansluit op de wensen.

Wat levert het op? Door het organiseren van een masterclass wordt er meer ingezet op leren en verbeteren van de kennis op het gebied van de administratie en organisatie rond de wijkverpleging. Iedere (startende) zorgaanbieder in de wijkverpleging begint hierdoor met een basiskennis op deze vlakken. Dit zorgt voor meer kennis van de bedrijfsmatige kant van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie wat het contracteringsproces voor beide partijen kan vergemakkelijken.

7.3. Samen verder werken aan het contracteringsproces

De bovenstaande drie verbetermogelijkheden zijn een volgende stap in het verbeteren van het contracteringsproces in de wijkverpleging. Door deze verbetermogelijkheden te implementeren worden de afspraken uit het HLA om tot meer en betere contractering te komen weer een stap verder ingevuld. Het definiëren van korte termijn, concrete verbetermogelijkheden was de focus van het voorliggende onderzoek. Daarnaast kunnen de partijen blijven werken aan een steeds beter contracteringsproces op de langere termijn. Hierbij is belangrijk om onder ogen te blijven zien dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders vaak denken vanuit verschillende werkelijkheden en dat hun werelden uit elkaar liggen, en dat er behoefte is aan meer aansluiting en inleving vanuit beide kanten.

Een van de wensen van de kleine zorgaanbieders op dit vlak is te komen tot een persoonlijk gesprek met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben echter beperkte mogelijkheden om dit te bewerkstelligen gezien de beschikbare capaciteit. In dit onderzoek zijn hieromtrent diverse verbetermogelijkheden aan bod gekomen (bijvoorbeeld het navolgen van de preferente zorgverzekeraar) maar geen van deze beschikt over voldoende draagvlak om dit uit te voeren binnen de korte termijn. Als tussenoplossing kan het gebruiken van bestaande regionale overlegtafels met de prominente zorgverzekeraar in de regio en zorgaanbieders een extra ontmoetingsplek bieden voor beide partijen. Daarnaast kan het toevoegen van

ruimte voor toelichting bij antwoorden in de VECOZO-vragenlijst dienen als extra presentatiemogelijkheid. Verder kan worden onderzocht welke pilots met betrekking tot het eerder in het proces spreken van zorgaanbieders breder kunnen worden uitgerold.

Daarnaast kwam vanuit de focusgroepen het volgende idee naar voren. Om partijen dichter bij elkaar te brengen, kan een inspiratiesessie worden georganiseerd waarbij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders samen aan tafel zitten. Ook de branchepartijen kunnen hierbij aansluiten. We kunnen hier de verbetermogelijkheden bespreken en zorgen dat er eigenaarschap is: wie gaat welke verbetermogelijkheden implementeren. Daarnaast kan in deze sessie worden gekeken naar de wijkverpleging op de langere termijn en hoe deze vorm kan worden gegeven.

Het blijft belangrijk om op deze, en andere wijzen, te blijven werken aan het overbruggen van de verschillende ideeën en visies op de wijkverpleging tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten gezamenlijk blijven onderzoeken hoe zij nog beter bij elkaars werelden kunnen aansluiten. Uiteindelijk moet de toekomstige wijkverpleging door de twee partijen samen en in interactie duurzaam vorm worden gegeven.

Bijlagen

A.1. Infographic



A.2. Deelvragen van het onderzoek

1. Wat zijn gronden voor contractering, ervaringen, knelpunten en fricties rondom de contractering van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging?
 - Op welke algemene gronden gaan kleine zorgaanbieders het contracteringsproces al dan niet aan? En welke algemene gronden gelden voor zorgverzekeraars?
 - Wat waren de ervaringen met het contracteringsproces voor 2022 vanuit zorgverzekeraars, en vanuit kleine zorgaanbieders?
 - Welke knelpunten hebben kleine zorgaanbieders ervaren in het contracteringsproces voor 2022? En welke knelpunten hebben zorgverzekeraars ervaren?
 - Welke fricties ervaren kleine zorgaanbieders bij het (aangaan van het) contracteringsproces? En welke fricties ervaren zorgverzekeraars bij het (aangaan van het) contracteringsproces?
 - Welke oorzaken zijn onderliggend aan de knelpunten en fricties in het contracteringsproces?
 - Waar in de procesflow van contractering wijkverpleging vinden de knelpunten en fricties plaats?
 - Welke openbare, kwantitatieve data is er beschikbaar, als feitelijke context bij deze bevindingen?
 - Welke oorzaak - gevolg relaties zien we in de algemene gronden, knelpunten, fricties en onderliggende oorzaken?
2. In hoeverre was er aandacht voor HLA-afspraken tijdens de contractering van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging?
 - Is er bij de contractering voor 2022 aandacht besteed aan, en zo ja, in hoeverre, aan de verschillende HLA afspraken? (*uitgesplitst naar de verschillende HLA-afspraken over contractering*)
 - Wat vinden de verschillende partijen voor de aandacht in de contracteringsproces voor de verschillende HLA-afspraken?
 - Welke redenen dragen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan voor het feit dat sommige kleine zorgaanbieders niet of maar deels gecontracteerd zijn?
 - Welke oplossingen zien zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het aandeel kleine zorgverzekeraars dat geheel gecontracteerd is, te verhogen?
3. Welke mogelijkheden tot verbeteringen in het contracteringsproces voor kleine zorgaanbieders wijkverpleging zijn er?
 - Welke mogelijkheden zien zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders om het contracteringsproces te verbeteren, op de verschillende thema's:
 - volgend uit de NZa-monitor contractering 2021:
 - gerichte afspraken over doelmatigheid en kwaliteit;
 - het gesprek aangaan over EHealth;
 - informatieverschaffing over de verwerking van de OVA in het tarief;
 - gerichte afspraken over wijkgericht werken en de financiële compensatie hiervoor.
 - volgend uit de HLA-afspraken.
 - Welke verschillen en overeenkomsten zitten er in de aangedragen verbeteringen?
 - Welke oplossingsrichtingen dragen bij aan de wensen en behoeften van de patiënt (kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid)?
4. In hoeverre is er draagvlak voor de voorgestelde verbetermogelijkheden binnen het contracteringsproces voor kleine zorgaanbieders wijkverpleging?
 - Herkennen zorgverzekeraars de geschetste problemen, probleemanalyse en aangedragen oplossingen vanuit zorgaanbieders?
 - Herkennen zorgaanbieders de geschetste problemen, probleemanalyse en aangedragen oplossingen vanuit zorgverzekeraar?
 - Onderschrijven zorgaanbieders en zorgverzekeraars de toegevoegde waarde voor de patiënt bij de voorgestelde verbetermogelijkheden binnen het contracteringsproces?
 - Bij verschil in inzicht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: welke suggesties hebben de partijen voor het oplossen van deze verschillen van inzicht?
 - Welke suggesties hebben partijen voor de lange termijn om in de contractering nader tot elkaar komen, zonder tussenkomst van derde partijen zoals VWS?
 - Welke overall verbeterpunten zijn er als onderzoeksbureau te formuleren, in de vorm van concrete handvatten, voor de contractering in 2023 en verder?

A.3. Gespreksleidraden

A.3.1. Gespreksleidraad verkennende fase zorgaanbieders

Introductie

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Doel van het onderzoek is komen tot aanbevelingen die het contracteringsproces tussen kleinere zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbeteren. Hiervoor spreken wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties.

Het interview duurt 45 minuten tot 1 uur en we nemen dit gesprek graag op met uw toestemming. Deze opname verwijderen we na afronding van het onderzoek. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van.

Het gaat bij dit interview echt om de eigen ervaringen vanuit uw organisatie. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

Voor de interviewer:

Onderstaand een overzicht met vraagpunten. Als een onderwerp al uitputtend is benoemd door de respondent kan de vraag worden overgeslagen. Indien een relevant, afwijkend onderwerp ter sprake komt, dient dit nader bevraagd te worden.

1. Introductie: 5 min

- a) Inleidende tekst interviewer (zie boven)
- b) Kunt u kort uw functie omschrijven en uw rol in het contracteringsproces?
- c) Achtergrond van de organisatie. Kunt u kort uw organisatie omschrijven, o.a. hoe groot is deze en wat is het werkgebied van uw organisatie? Is uw organisatie (deels) gecontracteerd? Zo ja, door hoeveel zorgverzekeraars wel en door hoeveel niet?

2. Houding ten opzichte van contractering: 5 min

- a) Hoe staat uw organisatie tegenover wel of niet gecontracteerd werken in het algemeen?
(interviewer: als nodig doorvragen op volgende vragen:)
 - Wat zijn afwegingen die u maakt in uw keuze voor het leveren van (on)gecontracteerde zorg?
 - Welke opvattingen leven er binnen uw organisatie over het contracteringsproces?
- b) Op welke wijze houdt u bij deze afwegingen rekening met het belang van de cliënt?
 - (interviewer: eventueel doorvragen op) Denk aan welke verschillen er zijn voor uw cliënten als u gecontracteerd of ongecontracteerd werkt. Neemt u dat mee in uw houding ten opzichte van contractering?

3. Ervaringen: 25 min

- a) Kunt u beschrijven hoe het contracteringsproces 2022 is verlopen, voor de verschillende zorgverzekeraars waarmee u dit proces bent doorlopen? (feitelijkheden)
(Interviewer: als nodig doorvragen op volgende onderdelen: heeft u zelf vragen gesteld aan de zorgverzekeraar(s)? Bent u bij een webinar/meerdere webinars van de zorgverzekeraar(s) aanwezig geweest? Heeft u gevraagd naar welke instellingen wel/niet in aanmerking komen voor contractering, en of uw organisatie gezien de grootte in eventueel in aanmerking zou kunnen komen voor contractering?)
- b) Kunt u aangeven hoe u het contracteringsproces 2022 heeft ervaren?
 - Verschillen uw ervaringen per zorgverzekeraar? Zo ja kunt u nader ingaan op de verschillen tussen zorgverzekeraars?
 - Positieve uitblinkers? Waar komt dit door?
 - Negatieve uitblinkers? Waar komt dit door?

- c) Ervaart u **knelpunten** in het proces van de contractering?
- (dieper ingaan op de knelpunten die genoemd zijn) Kunt u de knelpunten in detail beschrijven? Zijn er nog meer knelpunten?
 - (geholpen doorvragen naar knelpunten aan de hand van het doorlopen van de stappen in flow contracteringsproces; iedere stap kort beschrijven, zie overzicht hieronder). NB bij zorgaanbieders die deels gecontracteerd zijn kan het proces verschillen tussen waar ze wel en waar ze niet gecontracteerd zijn.
- We schetsen nu de verschillende stappen van het contracteringsproces. Per stap willen we u vragen of er nog aanvullende knelpunten waren bij de contractering voor 2022. (interviewer: hieronder een plaatje voor onszelf met de verschillende stappen; we laten dit niet zien aan de respondenten).

Procesflow contractering wijkverpleging



- d) *Indien uitkomst was (deels) niet gecontracteerd*: Ziet u mogelijkheden om het proces zo te verbeteren, voor zowel u als voor de zorgverzekeraar(s) dat u wel had kunnen worden gecontracteerd?
- e) Waren er verschillen ten opzichte van het contracteringsproces in eerdere jaren?
- Zo ja, zijn dit positieve of negatieve veranderingen? (interviewer: focus op mogelijke positieve veranderingen als best practise)
 - Waardoor zijn deze verbeteringen / verslechtingen ontstaan?
4. **Fricities in het contracteringsproces: 15 min**
- a) Hoe is de relatie in het algemeen met de zorgverzekeraars? Verschilt dat per zorgverzekeraars? Zo ja, kunt u de verschillende relaties beschrijven?
- b) Hoe beïnvloeden deze relaties het contracteringsproces?
- c) Zijn er nog andere aspecten die het contracteringsproces beïnvloeden? Zo ja, welke? (interviewer: vervolgens geholpen doorvragen).
- Hoe is het begrip voor de rol van de andere partij, namelijk voor de zorgverzekeraar?
 - Welke rol speelt de hoeveelheid zorgaanbieders?
- (indien tijd over eventueel doorvragen op de volgende):
- Spelen andere partijen een rol, zoals VWS, het zorginstituut, de NZa of branchepartijen? Zo ja, op welke manier?
 - Spelen issues rond budgetten/betaalbaarheid van de zorg een rol? Zo ja, op welke manier?
 - Spelen issues rond personeelsbeleid en arbeidsmarkt een rol? Zo ja, op welke manier?
5. **Afsluiting: 5 min**
- a) Er komt nog een vervolg voor dit onderzoek. We gaan dan in meer detail in op de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord om de contractering te verbeteren. Ook leggen we alle ideeën om de contractering die we komende maand ophalen, voor aan alle respondenten. Zou u eventueel ook aan dat vervolgonderzoek mee willen werken? Het is weer in de vorm van een interview van ongeveer een uur, in januari. Daarnaast organiseren we ook een focusgroep met zorgaanbieders om hier samen over verder te praten, in maart.
- b) Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?
- c) Dank voor uw medewerking.

A.3.2. Gespreksleidraad verkennende fase zorgverzekeraars

Introductie

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Doel van het onderzoek is komen tot aanbevelingen die het contracteringsproces tussen kleinere zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbeteren. Hiervoor spreken wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties.

Het interview duurt 45 minuten tot 1 uur en we nemen dit gesprek graag op met uw toestemming. Deze opname verwijderen we na afronding van het onderzoek. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van.

Het gaat bij dit interview echt om de eigen ervaringen vanuit uw organisatie. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

Voor de interviewer:

Onderstaand een overzicht met vraagpunten. Als een onderwerp al uitputtend is benoemd door de respondent kan de vraag worden overgeslagen. Indien een relevant, afwijkend onderwerp ter sprake komt, dient dit nader bevraagd te worden.

1. Introductie: 5 min

- a) Inleidende tekst interviewer (zie boven)
- b) Kunt u kort uw functie omschrijven en uw rol in het contracteringsproces?

2. Houding ten opzichte van contractering met kleine zorgaanbieders: 5 min

(interviewer: we hebben het vandaag over kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging, hiermee bedoelen wij aanbieders met een omzet onder de 10 miljoen euro. We hebben het niet over zzp'ers).

- a) Sluit u contracten af met kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging? Zo ja, met hoeveel bijvoorbeeld afgelopen jaar?
- b) Hoe staat uw organisatie tegenover het wel of niet contracteren van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in het algemeen? *(interviewer: als nodig doorvragen op volgende vragen:)*
 - Wat zijn afwegingen die u maakt in uw keuze om de zorgaanbieder wel/niet de contracteren?
 - Welke opvattingen leven er binnen uw organisatie over het contracteringsproces met kleine aanbieders in de wijkverpleging?
- c) Op welke wijze houdt u bij deze afwegingen rekening met het belang van de cliënt?
 - *(interviewer: eventueel doorvragen op)* Denk aan welke verschillen er zijn voor uw verzekerden als ze (on)gecontracteerde zorg ontvangen. Neemt u dat mee in uw houding ten opzichte van wel/niet contracteren?

3. Ervaringen: 25 min

- a) Kunt u beschrijven hoe het contracteringsproces 2022 met kleine aanbieders is verlopen? We willen hierbij een onderscheid maken in twee groepen: zorgaanbieders die eerder al waren gecontracteerd en zorgaanbieders die eerder nog niet waren gecontracteerd. Kunt u dit beschrijven? **(feitelijkheden)**
 - *(Interviewer: als nodig doorvragen op volgende onderdelen: bent u in gesprek gegaan met kleine aanbieders? Hebt u uw redenen voor het wel/niet contracteren uitgesproken?).*
- b) Kunt u aangeven hoe u het contracteringsproces 2022 heeft **ervaren**?
 - Verschillen uw ervaringen over het proces per zorgaanbieder? Zo ja kunt u nader ingaan op de verschillen tussen zorgaanbieders?
 - Positieve uitblinkers? Waar komt dit door?
 - Negatieve uitblinkers? Waar komt dit door?
- c) Ervaart u **knelpunten** in het proces van de contractering?
 - *(dieper ingaan op de knelpunten die genoemd zijn)* Kunt u de knelpunten in detail beschrijven? Zijn er nog meer knelpunten?
 - *(geholpen doorvragen naar knelpunten aan de hand van het doorlopen van de stappen in flow contracteringsproces; iedere stap kort beschrijven, zie overzicht hieronder. NB hierbij rekening houden dat het proces verschillend kan verlopen tussen de twee groepen zoals beschreven bij a.).*

- We schetsen nu de verschillende stappen van het contracteringsproces. Per stap willen we u vragen of er nog aanvullende knelpunten waren bij de contractering voor 2022. (*interviewer: hieronder een plaatje voor onszelf met de verschillende stappen; we laten dit niet zien aan de respondenten*).

Procesflow contractering wijkverpleging



- d) *Indien uitkomst niet gecontracteerd was:* Ziet u mogelijkheden om het proces zo te verbeteren, voor zowel u als voor de zorgaanbieders, dat u uiteindelijk meer zorgaanbieders had gecontracteerd.
- e) Waren er verschillen ten opzichte van het contracteringsproces in eerdere jaren?
- Zo ja, zijn dit positieve of negatieve veranderingen? (*interviewer: focus op mogelijke positieve veranderingen als best practise*)
 - Waardoor zijn deze verbeteringen / verslechtingen ontstaan?

4. Fricities in het contracteringsproces: 15 min

- a) Hoe is de relatie in het algemeen met de kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging? Verschilt dat per aanbieder? Zo ja, kunt u de verschillende relaties beschrijven?
- b) Hoe beïnvloeden deze relaties het contracteringsproces?
- c) Zijn er nog andere aspecten die het contracteringsproces beïnvloeden? Zo ja, welke? (*interviewer: vervolgens geholpen doorvragen*).
- Hoe is het begrip voor de rol van de andere partij, namelijk voor de zorgaanbieders?
 - Welke rol speelt de hoeveelheid zorgaanbieders?
 - *Indien tijd eventueel doorvragen op de volgende:*
 - Spelen andere partijen een rol, zoals VWS, het zorginstituut, de NZa of branchepartijen? Zo ja, op welke manier?
 - Spelen issues rond budgetten/betaalbaarheid van de zorg een rol? Zo ja, op welke manier?
 - Spelen issues rond personeelsbeleid en arbeidsmarkt een rol? Zo ja, op welke manier?

5. Afsluiting: 5 min

- a) Er komt nog een vervolg voor dit onderzoek. We gaan dan in meer detail in op de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord om de contractering te verbeteren. Ook leggen we alle ideeën om de contractering die we komende maand ophalen, voor aan alle respondenten. Zou u eventueel ook aan dat vervolgonderzoek mee willen werken? Het is weer in de vorm van een interview van ongeveer een uur, in januari. Daarnaast organiseren we ook een focusgroep met zorgverzekeraars om hier samen over verder te praten, in maart.
- b) Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?
- c) Dank voor uw medewerking.

A.3.3. Gespreksleidraad verdiepende fase zorgaanbieders

Introductie

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Doel van het onderzoek is komen tot aanbevelingen die het contracteringsproces tussen kleinere zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbeteren. Hiervoor spreken wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties.

Het interview duurt 45 minuten tot 1 uur en we nemen dit gesprek graag op met uw toestemming. Deze opname verwijderen we na afronding van het onderzoek. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt.

Het gaat bij dit interview echt om de eigen ervaringen vanuit uw organisatie. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

Voor de interviewer:

Onderstaand een overzicht met vraagpunten. Als een onderwerp al uitputtend is benoemd door de respondent kan de vraag worden overgeslagen. Indien een relevant, afwijkend onderwerp ter sprake komt, dient dit nader bevraagd te worden.

1. Introductie: 5 min

- a. Inleidende tekst interviewer (zie boven)
- b. Kunt u kort uw functie omschrijven en uw rol in het contracteringsproces?
- c. Kunt u kort uw organisatie omschrijven? (o.a. hoe groot is deze en wat is het werkgebied van uw organisatie? Is uw organisatie (deels) gecontracteerd? Zo ja, door hoeveel zorgverzekeraars wel en door hoeveel niet?

2. Zes kansrijke thema's: 30 min

Voorafgaand aan dit interview hebben wij u een zestal thema's doorgestuurd om het contracteringsproces te verbeteren. Welke twee thema's biedt naar uw inziens de meeste kansen en wilt u daarom vandaag bespreken?

1) Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders	2) Toetreding tot de markt	3) Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders
4) Omgang met zorgaanbieders die mindere/minimale kwaliteit leveren	5) Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties	6) Informatiedeling

A. Algemene vragen voor alle thema's:

- a. Welke kansen ziet u in dit thema?
- b. Welke risico's ziet u in dit thema?
- c. Wat kunt u hier zelf in betekenen?
- d. Welke andere partijen spelen een rol bij dit thema? En wat is hun bijdrage?
- e. Hoe denkt u dat er op dit thema kan worden verbeterd in de aankomende 1-2 jaar?

B. Themaspecifieke vragen:

- 1) Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders
 - a) Denkt u dat er goed beeld is van de toegevoegde waarde van een kleine zorgaanbieders? Zo nee, waarom denkt u dat en welke partijen hebben hier geen goed beeld van?
 - b) Kunt u een aantal voorbeelden noemen van de toegevoegde waarde van een kleine zorgaanbieder in de wijkverpleging?
 - c) Kunt u een voorbeeld noemen wanneer een kleine zorgaanbieder geen toegevoegde waarde in de wijkverpleging heeft?
 - d) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een visie de wijkverpleging als geheel en specifiek voor de rol van de kleine zorgaanbieder?
 - e) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een contracteringskader voor kleine zorgaanbieders?
- 2) Toetreding tot de markt
 - a) In hoeverre denkt u dat de eisen om te starten als zorgaanbieder in de wijkverpleging voldoende zijn om kwaliteit van zorg voor de cliënt te waarborgen?
 - b) Wat voor een effect hebben hogere eisen bij de toetreding denkt u?
 - c) Stel dat de toegangseisen worden verhoogd, welke eisen zouden er moeten worden toegevoegd om toe te kunnen treden tot de wijkverplegingsmarkt?
- 3) Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders
 - a) Zou u bereid zijn om samen te werken met andere kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in het contracteringsproces? Zo ja, in welke vorm (bv. coöperatie, samen een persoon/organisatie inschakelen voor de contractering etc.).
 - b) Wat zou u met deze samenwerking willen bereiken? (bv. kennisdeling, een sterkere stem richting de zorgverzekeraar etc.)
- 4) Omgang met zorgaanbieders die mindere/minimale kwaliteit leveren
 - a) In hoeverre heeft deze onder de maat presterende groep zorgaanbieders invloed op het imago van uw organisatie en kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in het algemeen?
 - b) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het meer inzetten op leren & verbeteren wanneer minimale/mindere kwaliteit voortkomt uit onwetendheid?
 - c) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het verhogen van het aantal controles en het sterker handhaven op frauderende aanbieders?
- 5) Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties
 - a) Maakt u doelmatigheidsafspraken samen met uw zorgverzekeraar(s)?
 - b) Is er naar uw inziens een verschil in cliëntenpopulatie tussen kleine en grote zorgaanbieders? Zo ja, hoe verschillen deze populaties?
 - c) Zou er volgens u rekening gehouden moeten worden met verschillende cliëntenpopulaties in doelmatigheidsafspraken? Zo ja, hoe?
 - d) Hoe zouden volgens u de doelmatigheidsberekeningen transparanter kunnen worden gemaakt?
 - e) Hoe denkt u over het uniformeren van doelmatigheidsberekeningen van verschillende zorgverzekeraars?
- 6) Informatiedeling
 - a) Welke informatie is volgens u belangrijk om aan te leveren (en wat niet) tijdens het contracteringsproces?

3. Landelijke thema's en afspraken: 15 min

Gebaseerd op de HLA-afspraken en Nza monitor contractering

Uit de NZA-monitor contractering 2021 blijkt dat kleine zorgaanbieders anders scoren dan grote zorgaanbieders. De volgende vragen gaan over een aantal van deze bijzonderheden voor kleine zorgaanbieders:

- a) EHealth blijkt minder vaak een onderwerp van gesprek in de contractering.
 - i. Ervaart u dat ook?
 - ii. Waarom denkt u dat dit minder vaak een onderwerp is voor kleine zorgaanbieders?
 - iii. Wat is er volgens u nodig om dit onderwerp vaker te bespreken in de contractering in de aankomende 1-2 jaar?
- b) Kleine zorgaanbieders blijken zich minder goed geïnformeerd te voelen door de dominante zorgverzekeraar over de verwerking van de OVA (prijsindexcijfer voor personele kosten) in het tarief.
 - i. Ervaart u dit ook? Zo ja, hoe komt dat?
 - ii. Wat is er volgens u nodig om in de aankomende 1-2 de kleine zorgaanbieders zich beter geïnformeerd te laten voelen over dit onderwerp?
- c) Kleine zorgaanbieders blijken minder gerichte afspraken met de zorgverzekeraar over wijkgericht werken te maken en voelen zich hierdoor minder financieel gecompenseerd.
 - i. Weet u wat wijkgericht werken is?

Korte toelichting op wijkgericht werken als persoon het niet weet. Met wijkgericht werken wordt gestimuleerd dat wijkverpleegkundigen, huisartsen en wijkteams de krachten bundelen en echt samen de wijk in gaan.

- ii. Waarom denkt u dat kleine aanbieders minder vaak deze afspraken maken en zich minder financieel gecompenseerd voelen?
- iii. Hoe denkt u dat het aantal van deze afspraken kan worden verhoogd in de aankomende 1-2 jaar?

HLA-afspraken. Korte toelichting: er zijn verschillende afspraken gemaakt in de hoofdlijnen akkoorden over de contractering.

- a) In hoeverre helpt een contract u om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren?
- b) Worden er afspraken gemaakt over
 - i. Doelmatigheid
 - ii. Kwaliteit
 - iii. Innovatie
 - iv. Organiserend vermogen
 - v. De juiste zorg op de juiste plek?
- c) Hoe maakt u uw activiteiten, de kwaliteit en de doelmatigheid van uw zorg zichtbaar (voor zowel de zorgverzekeraar als de cliënt)?
- d) Levert uw organisatie zorg aan kwetsbare groepen waaronder: casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging, de medische kindzorg en/of palliatief terminale zorg (PTZ)?
 - i. Is het mogelijk om de kwaliteit van deze zorg te laten zien?
 - ii. Zo ja, wordt het leveren van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit dan extra beloond?
- e) Mits het tot een onderhandeling komt: Is het mogelijk om tijdens de onderhandelingen te spreken over externe kostprijsverhogende ontwikkelingen wanneer dit aan de orde is (bv. meer externe inhuur nodig, hogere personeelskosten door cao-stijgingen)?
- f) Wanneer de zorgaanbieder niet- of deels gecontracteerd is: in hoeverre vindt u dat zorgverzekeraars transparant zijn over de redenen waarom u niet wordt gecontracteerd?
- g) Wat vindt u van de (digitale) bereikbaarheid van zorgverzekeraars (zorginkopers)?

4. Afsluiting: 5 min

- a) Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?
- b) In april zal er een rapport worden gepresenteerd met de bevindingen van dit onderzoek. Hierin staan concrete handvaten om het contracteringsproces voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder binnen het tijdspad van 1-2 jaar te verbeteren. Dit betekent dat dit onderzoek niet alle knelpunten die u ervaart zal oplossen, maar
- c) Er komt nog een vervolg voor dit onderzoek. We organiseren dan een focusgroep met kleine zorgaanbieders om hier samen over verder te praten. Dit zal plaatsvinden in maart. Zou u daaraan willen meewerken?
- d) Bedankt voor uw antwoorden en medewerking aan het onderzoek.

A.3.4. Gespreksleidraad verdiepende fase zorgverzekeraars

Introductie

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar het contracteringsproces van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Doel van het onderzoek is komen tot aanbevelingen die het contracteringsproces tussen kleinere zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbeteren. Hiervoor spreken wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties.

Het interview duurt 45 minuten tot 1 uur en we nemen dit gesprek graag op met uw toestemming. Deze opname verwijderen we na afronding van het onderzoek. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt.

Het gaat bij dit interview echt om de eigen ervaringen vanuit uw organisatie. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

Voor de interviewer:

Onderstaand een overzicht met vraagpunten. Als een onderwerp al uitputtend is benoemd door de respondent kan de vraag worden overgeslagen. Indien een relevant, afwijkend onderwerp ter sprake komt, dient dit nader bevraagd te worden.

1. Introductie: 5 min

- a. Inleidende tekst interviewer (zie boven)
- b. Kunt u kort uw functie omschrijven en uw rol in het contracteringsproces?
- c. Kunt u kort uw organisatie omschrijven? (o.a. hoe groot is deze en wat is het werkgebied van uw organisatie? Hoe staat uw organisatie tegenover het contracteren van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in het algemeen?

2. Zes kansrijke thema's: 30 min

Voorafgaand aan dit interview hebben wij u een zestal thema's doorgestuurd om het contracteringsproces te verbeteren. Welke twee thema's biedt naar uw inziens de meeste kansen en wilt u daarom vandaag bespreken?

7) Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders	8) Toetreding tot de markt	9) Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders
10) Omgang met zorgaanbieders die mindere/minimale kwaliteit leveren	11) Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties	12) Informatiedeling

A. Algemene vragen voor alle thema's:

- a. Welke kansen ziet u in dit thema?
- b. Welke risico's ziet u in dit thema?
- c. Wat kunt u hier zelf in betekenen?
- d. Welke andere partijen spelen een rol bij dit thema? En wat is hun bijdrage?
- e. Is dit een thema waarin zorgverzekeraars samen een visie kunnen/willen ontwikkelen?
- f. Hoe denkt u dat er op dit thema kan worden verbeterd in de aankomende 1-2 jaar?

B. Themaspificie vragen:

- 1) Toegevoegde waarde van kleine zorgaanbieders
 - a) Denkt u dat er goed beeld is van de toegevoegde waarde van een kleine zorgaanbieders? Zo nee, waarom denkt u dat en welke partijen hebben hier geen goed beeld van?
 - b) Kunt u een aantal voorbeelden noemen van de toegevoegde waarde van een kleine zorgaanbieder in de wijkverpleging?
 - c) Kunt u een voorbeeld noemen wanneer een kleine zorgaanbieder geen toegevoegde waarde in de wijkverpleging heeft?
 - d) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een visie de wijkverpleging als geheel en specifiek voor de rol van de kleine zorgaanbieder?
 - e) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een contracteringskader voor kleine zorgaanbieders?
- 2) Toetreding tot de markt
 - a) In hoeverre denkt u dat de eisen om te starten als zorgaanbieder in de wijkverpleging voldoende zijn om kwaliteit van zorg voor de cliënt te waarborgen?
 - b) Wat voor een effect hebben hogere eisen bij de toetreding denkt u?
 - c) Stel dat de toegangseisen worden verhoogd, welke eisen zouden er moeten worden toegevoegd om toe te kunnen treden tot de wijkverplegingsmarkt?
- 3) Samenwerking tussen kleine zorgaanbieders
 - a) Hoe staat u tegenover samenwerking van kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging in het contracteringsproces? Zo ja, in welke vorm denkt u dat deze samenwerking succesvol kan zijn (bv. coöperatie, samen een persoon/organisatie inschakelen voor de contractering etc.)?
 - b) Wat zou u met deze samenwerking willen bereiken? (bv. gemakkelijkere communicatie)
- 4) Omgang met zorgaanbieders die mindere/minimale kwaliteit leveren
 - d) Kunt u als zorgverzekeraar identificeren of de mindere/minimale kwaliteit voortkomt uit opzet (fraude) of onwetendheid (gebrek aan kennis over wet- en regelgeving)? Zo ja, hoe identificeert u het verschil?
 - e) Zou er naar uw inziens een verschil moeten zijn in controles in het contracteringsproces voor aanbieders die vanuit opzet of onwetendheid mindere/minimale kwaliteit leveren? Zo ja, hoe zouden deze controles er uit moeten zien voor beide groepen?
 - f) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het meer inzetten op leren & verbeteren wanneer minimale/mindere kwaliteit voortkomt uit onwetendheid?
 - g) Hoe denkt u over de mogelijkheid tot het verhogen van het aantal controles en het sterker handhaven op frauderende aanbieders?
- 5) Afspraken over doelmatigheid in samenhang met de cliëntpopulaties
 - a) Hoe stuurt u als zorgverzekeraar op doelmatigheid bij kleine zorgaanbieders?
 - b) Is er naar uw inziens een verschil in cliëntenpopulatie tussen kleine en grote zorgaanbieders? Zo ja, hoe verschillen deze populaties?
 - c) Zou er volgens u rekening gehouden moeten worden met verschillende cliëntenpopulaties in doelmatigheidsafspraken? Zo ja, hoe?
 - d) Hoe denkt u over het uniformeren van doelmatigheidsberekeningen van verschillende zorgverzekeraars?
- 6) Informatiedeling
 - a) Welke informatie is volgens u belangrijk om te ontvangen (en wat niet) tijdens het contracteringsproces?
 - b) Is het nodig om elk jaar alle informatie op te vragen, ook als het ongewijzigd is?

3. Landelijke thema's en afspraken: 15 min

Gebaseerd op de HLA-afspraken en Nza monitor contractering

- a) In hoeverre helpt een contract om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren voor verzekerden?
- b) Worden er afspraken gemaakt over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek?
 - i. Zo ja, verschillen deze afspraken per aanbieder?
 - ii. Zo nee, waarom worden er bij kleine zorgaanbieders minder van dit type afspraken gemaakt?
 - iii. Welke gevolgen heeft dit denkt u?
 - iv. Hoe denkt u dat het aantal van deze afspraken kan worden verhoogd in de aankomende 1-2 jaar?
- c) Wordt het leveren van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit extra beloond wanneer de kleine zorgaanbieder zorg levert aan kwetsbare groepen waaronder: casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging, de medische kindzorg en palliatief terminale zorg (PTZ)?
- d) Is het mogelijk om tijdens de onderhandelingen te spreken over externe kostprijsverhogende ontwikkelingen wanneer dit aan de orde is (bv. meer externe inhuur nodig, cao-stijgingen en daardoor hogere personeelskosten)?
- e) Hoe wordt een afwijzing voor een contract met een kleine zorgaanbieder gecommuniceerd?

Uit de NZA-monitor contractering 2021 blijkt dat de contractering in de wijkverpleging op meerdere fronten is verbeterd. Kleine zorgaanbieders scoren echter anders dan grote zorgaanbieders. De volgende vragen gaan over een aantal van deze bijzonderheden voor kleine zorgaanbieders:

- a) EHealth blijkt minder vaak een onderwerp van gesprek in de contractering.
 - iv. Waarom denkt u dat dit minder vaak een onderwerp is voor kleine zorgaanbieders?
 - v. Welke gevolgen heeft dit denkt u?
 - vi. Wat is er volgens u nodig om dit onderwerp vaker te bespreken in de contractering in de aankomende 1-2 jaar?
- b) Kleine zorgaanbieders blijken zich minder goed geïnformeerd te voelen door de dominante zorgverzekeraar over de verwerking van de OVA (prijsindexcijfer voor personele kosten) in het tarief.
 - iii. Hoe informeert u kleine zorgaanbieders over de verwerking van dit tarief?
 - iv. Waarom denkt u dat kleine zorgaanbieders zich minder vaak goed geïnformeerd voelen over dit onderwerp?
 - v. Welke gevolgen heeft dit denkt u?
 - vi. Wat is er volgens u nodig om in de aankomende 1-2 de kleine zorgaanbieders zich beter geïnformeerd te laten voelen over dit onderwerp?
- c) Kleine zorgaanbieders blijken minder gerichte afspraken met de zorgverzekeraar over wijkgericht werken te maken en voelen zich hierdoor minder financieel gecompenseerd.
 - iv. Waarom denkt u dat kleine aanbieders minder vaak deze afspraken maken en zich minder financieel gecompenseerd voelen?
 - v. Welke gevolgen heeft dit denkt u?
 - vi. Hoe denkt u dat het aantal van deze afspraken kan worden verhoogd in de aankomende 1-2 jaar?

4. Afsluiting: 5 min

- a) Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?
- b) In april zal er een rapport worden gepresenteerd met de bevindingen van dit onderzoek. Hierin staan concrete handvaten om het contracteringsproces voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder binnen het tijdsfad van 1-2 jaar te verbeteren. Dit betekent dat dit onderzoek mogelijk niet alle knelpunten die u ervaart zal oplossen, maar dat er wel stappen worden gezet om tot verbetering te komen.
- c) Er komt nog een vervolg voor dit onderzoek. We organiseren dan een focusgroep met zorgverzekeraars om hier samen over verder te praten. Dit zal plaatsvinden in maart. Zou u daaraan willen meewerken?
- d) Bedankt voor uw antwoorden en medewerking aan het onderzoek.

A.4. Overzicht respondenten

A.4.1. Verkennende fase

In de verkennende fase zijn de volgende gesprekken gevoerd:

- zes semigestructureerde interviews met kleine zorgaanbieders;
- twee semigestructureerde interviews met zorgverzekeraars, waarvan één kleine en één grote¹⁴;
- vijf open gesprekken met brancheverenigingen;
- één open gesprek met VWS.

Van de zes geïnterviewde kleine zorgaanbieders zijn er twee niet-gecontracteerd, twee deels gecontracteerd en twee volledig gecontracteerd. De zorgaanbieders zijn actief in de regio's: Groningen, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Brabant, Limburg en Zuid-Holland. Twee van de gesproken zorgaanbieders behoren tot de kleinste groep, twee zijn middelgroot, één is een grote onder de kleine, en twee zijn gespecialiseerde zorgaanbieders (één in culturele doelgroep en één in type wijkverplegingszorg). De tabel hieronder toont de verdeling van de geïnterviewde kleine zorgaanbieders.

Van de zes geïnterviewde kleine zorgaanbieders zijn er twee niet-gecontracteerd, twee deels gecontracteerd en twee volledig gecontracteerd. De zorgaanbieders zijn actief in de regio's: Groningen, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Brabant, Limburg en Zuid-Holland. Twee van de gesproken zorgaanbieders behoren tot de kleinste groep, twee zijn middelgroot, één is een grote onder de kleine, en twee zijn gespecialiseerde zorgaanbieders (één in culturele doelgroep en één in type wijkverplegingszorg). De tabel hieronder toont de verdeling van de geïnterviewde kleine zorgaanbieders.

Verdeling zorgaanbieders verkennende fase	Aantal
Contracteringsgraad	
Niet-gecontracteerd	2
Deels gecontracteerd	2
Volledig gecontracteerd	2
<i>Totaal contracteringsgraad</i>	<i>6</i>
Grootte op basis van jaarlijkse omzet	
< 2 miljoen	2
2-8 miljoen	2
8 - 10 miljoen	1
Onbekend	1
<i>Totaal grootte</i>	<i>6</i>
Specialisatie	
Nee	4
(Culturele) doelgroep	1
Type wijkverplegingszorg	1
<i>Totaal specialisatie</i>	<i>6</i>

¹⁴ Met een 'grote zorgverzekeraar' bedoelen wij één van de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland (Menzis, VGZ, Zilveren Kruis en CZ). Met een 'kleine zorgverzekeraar' bedoelen wij een zorgverzekeraar die niet een van deze vier grootste is.

A.4.2. Verdiepende fase

In de verdiepende fase zijn de volgende gesprekken gevoerd:

- 21 semigestructureerde interviews met kleine zorgaanbieders;
- 7 semigestructureerde interviews met zorgverzekeraars, waarvan drie kleine en vier grote.

Van de 21 gesproken zorgaanbieders zijn er vier niet-gecontracteerd, negen deels gecontracteerd¹⁵ en acht volledig gecontracteerd. De zorgaanbieders zijn actief in alle regio's van Nederland. Gebaseerd op omzet in de wijkverpleging zijn vallen 12 zorgaanbieder is de kleinste categorie (< 2 miljoen), acht in de middelste categorie (2-8 miljoen), en één in de grootste categorie (8-10 miljoen). Sommige zorgaanbieders in de eerste twee categorieën zouden door hun activiteiten buiten de wijkverpleging ook al grote aanbieder kunnen worden beschouwd. Twee van de gesproken kleine zorgaanbieders richten zich op een (culturele doelgroep) en één op een specifiek type wijkverplegingszorg. De tabel hieronder toont de verdeling van de geïnterviewde kleine zorgaanbieders.

Verdeling zorgaanbieders verdiepende fase	Aantal
Contracteringsgraad	
Niet-gecontracteerd	4
Deels gecontracteerd	9
Volledig gecontracteerd	8
Totaal contracteringsgraad	21
Grootte op basis van jaarlijkse omzet	
< 2 miljoen	12
2-8 miljoen	8
8 - 10 miljoen	1
Onbekend	0
Totaal grootte	21
Specialisatie	
Nee	18
(Culturele) doelgroep	2
Type wijkverplegingszorg	1
Totaal specialisatie	21

¹⁵ Waarvan twee maar met één zorgverzekeraar

A.5. Overzicht verbetermogelijkheden hoor- en wederhoorfase

Nr.	Verbetermogelijkheid
A1	Het includeren van cliëntbeoordelingen in het contracteringsproces middels de PREM en Zorgkaart Nederland.
A2	Het vaker voeren van gesprekken tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgaanbieder heeft in ieder geval een gesprek met de preferente zorgverzekeraar. Wanneer de preferente zorgverzekeraar positief oordeelt over de aanbieder en een contract aanbiedt, laten de andere zorgverzekeraars hierin congruent gedrag zien en bieden ook een contract aan.
A4	Het ontwikkelen van een gezamenlijke definitie over wat de toegevoegde waarde in de wijkverpleging is (los van de grootte van de organisatie).
B1	<p>Het stellen van (extra) eisen bij de toetreding tot de markt, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntentevredenheid/ PREM; • Opleidingsniveau en/of diploma's van medewerkers; • Proces- en protocoluitvoering; • Accreditaties; • Privacy beleid; • Klachtenprocedure;
B3	Het langs sturen van een medisch expert vanuit de zorgverzekeraar bij vermoeden van mindere/minimale kwaliteit (incidenteel).
B4	Het eerder in de keten uitvoeren van een UBO check.
B6	Het introduceren van AGB-codes op zorgverlener niveau.
B7	Het instellen van een (verplichte) masterclass vanuit de branchevereniging of beroepsgroep over de bedrijfsmatige kant (declareren, wet- en regelgeving etc.) van het zijn van een wijkverplegingsorganisatie.
C1	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op inhoud van zorg.
C2	Het (meer) samenwerken van kleine zorgaanbieders op het contracteringsproces.
C3	Het verzamelen van 'best practices' op het gebied van samenwerken.
C4	Meer samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van definitiekwesties en contracteringsvoorwaarden.
D1	Het ontwikkelen van een uniforme definitie onder zorgverzekeraars wat doelmatigheid is en wanneer de zorg doelmatig genoeg is in de wijkverpleging.
D2	Corrigeren voor cliënt- en/of populatiekenmerken in de benchmark voor doelmatigheid, zoals enkele zorgverzekeraars nu al doen.

D3	Het gebruiken van bestaande regionale overlegtafels met de prominente zorgverzekeraar in de regio, grote, en kleine zorgaanbieders.
D5	Het uniformeren en transparant maken van doelmatigheidsberekeningen, bijvoorbeeld via een landelijke benchmark.
E1	Een gezamenlijke aanvraaglijst of verzamelplaats voor informatie ontwikkelen.
E3	Het verbeteren van de bereikbaarheid van zorgverzekeraars bij vragen van zorgaanbieders over de VECOZO vragenlijst.
E4	Het toevoegen van ruimte voor toelichting in de vragenlijst, zowel in antwoordmogelijkheden als in uitleg waarom de informatie benodigd is.
F1	Vanuit zorgaanbieders naar de zorgverzekeraar meer transparantie over kosten en kostprijzen
F2	Aparte instructies en bijeenkomsten voor kleine zorgaanbieders

- Behoeften aan ondersteuning voor de inzet van (meer) EHealth:
 - EHealth als standaard onderdeel van het contract;
 - informatieverschaffing rondom EHealth;
 - financiële ondersteuning voor EHealth.
- Behoeften in relatie tot de verwerking van de OVA. *De OVA is de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling en is bedoeld om een marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling mogelijk te maken in de zorg.*
 - sterker toezicht van VWS;
 - uniformering in de verwerking van de OVA tussen zorgverzekeraars;
 - een duidelijke en transparante berekening.
- Bij wijkgericht werken: een sterkere faciliterende rol van zorgverzekeraars bij het wijkgericht werken, bijvoorbeeld door het bij elkaar brengen van partijen in de wijk.

A.6. Opbouw focusgroepen

Zoals in offerte opgenomen is het doel van de focusgroepen driedig:

- A. Opgehaalde bevindingen uit de eerdere fasen toetsen
- B. Aanscherpen van de resultaten
- C. Identificeren voor welke verbetermogelijkheden voldoende draagvlak aanwezig is

Opzet focusgroepen

- Geen hybride vergadering, enkel in gesprek met de aanwezigen
- Vooraf toesturen van rapportage en benoemen: Lees in ieder geval de samenvatting van de rapportage
- Van te voren: ophangen prints ideeën
- Materialen: stickertjes, post-its, flapover, samenvatting, lijst verbetermogelijkheden (incl uitgebreide lijst met toelichtingen uit het rapport voor de moderator)

Agenda

Bij binnenkomst iedereen samenvatting geven en lijstje met verbetermogelijkheden

1. Inleiding + voorstelronde 15:00 - 15:10
 - Welkom
 - Doel van het onderzoek: concrete handvatten vinden voor het verbeteren van het contracteringsproces tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de wijkverpleging.
 - Doel van vandaag
 - *Meer duidelijkheid krijgen wat we kunnen doen om de contractering in de wijkverpleging te verbeteren. We doen dit door de ideeën uit het rapport verder te bespreken. We kijken of de ideeën herkenbaar zijn, of we ze nog duidelijker kunnen maken en of er draagvlak is om dit uit te gaan voeren.*
 - Manier van werken: vragen en opdrachten. Notulist. Meekijker.
 - Voorstelronde: kort; naam, organisatie, plaats
2. Kernboodschap samenvatting rapportage bespreken (doel A) 15:10-15:30
 - Wat valt je op of is je bijgebleven uit de samenvatting van de rapportage? Schrijf het op post-its
 - Ordenen en kort bespreken post-its
3. Oplossingsrichtingen aanscherpen en op draagvlak bevragen (doelen B en C) 15:30 - 16:50

Oplossingsrichtingen presenteren: 3 sheets met in totaal 20 onderwerpen.

 - Per idee kort bij stilstaan en eerste reacties pijlen 30 min
 - Verwijzen naar prints van verbetermogelijkheden en stickertjes uitdelen (5 per persoon) - wat wil jij het liefste dat er gebeurt? 10 min
 - Bespreken van 4-6 meest gekozen oplossingsrichtingen 40 min
 - En van de oplossingsrichtingen aangegeven in de stuurgroep 8 maart:
 - B7 (instellen verplichte masterclass)
 - C2 (samenwerken contractering). *verdiepende vragen aan zorgaanbieders: wat hebben zorgaanbieders nodig om tot*
 - D2 corrigeren voor cliënt- en/of populatiekenmerken in de benchmark voor doelmatigheid, zoals enkele zorgverzekeraars nu al
 - D5 het uniformeren en transparant maken van doelmatigheidsberekeningen, bijvoorbeeld via een landelijke benchmark
 - F2 aparte instructies en bijeenkomsten: *verdiepende vragen aan zorgaanbieders: wat is de meerwaarde ten opzichte van wat er nu al is? Aan zorgverzekeraars: hoe staan jullie hier tegenover?*
 - Bij gekozen oplossingsrichtingen: waarom hebben jullie hiervoor gestemd?
 - Wat lost het op?
 - En wat is ervoor nodig om dit te concretiseren? (noem de eerste stap)
4. Afronding 16:50-17:00
 - Heeft iemand nog een laatste opmerking/ toevoeging?
 - Vervolg schetsen - we verwerken dit in het rapport en sturen dat naar iedereen toe. Vervolgstappen door VWS, branchepartijen.
 - Iedereen bedanken

nieuwe perspectieven

In de nieuwe economie doen kansen zich sneller voor dan ooit. Nieuwe spelregels geven een boost aan zakelijk werken. En een nieuwe generatie staat klaar om het anders te doen. Beter, slimmer, innovatiever. Wie succesvol wil ondernemen, moet zelf ook vernieuwen. Open staan voor verandering. En met open vizier kijken naar de mogelijkheden die voor ons liggen.

Nieuwe perspectieven, dát is wat BDO u wil bieden. En kan bieden, dankzij onze unieke combinatie van lokale marktkennis en een internationaal netwerk. Persoonlijke dienstverlening en een professionele aanpak. BDO helpt u graag om vanuit een andere invalshoek naar uw business te kijken. Zodat u de juiste beslissingen neemt om uw organisatie sterker, wendbaarder en succesvoller te maken. Of u nu een mkb-bedrijf, familiebedrijf, publieke organisatie of internationale onderneming bent.

BDO kijkt graag met u vooruit. Samen komen we tot nieuwe inzichten en nieuwe kansen in uw markt. Samen creëren we nieuwe perspectieven.

bdo.nl