



Monitor contracteerproces

Medisch-specialistische zorg 2016

2016
december



Inhoud



Inleiding



Opzet monitor contractering medisch-specialistische zorg



Verloop contracteerproces



Informatie over de vergoeding van medisch-specialistische zorg



Wat gaat goed, wat kan beter?



Akkoord over prijslijsten?



NZa faciliteert de contractering in 2017 en verder





Inleiding

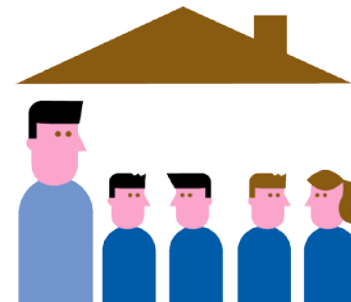
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgpolis is het belangrijk dat verzekerden aan het begin van de overstapperiode (dus op 19 november) weten welke vergoeding zij krijgen als zij naar een bepaald ziekenhuis gaan.

Om de contractering van medisch-specialistische zorg voor 2017 en de jaren daarna te versoepelen, maakten de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Federatie van Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) eerder dit jaar een set aan afspraken over het contracteerproces.

In dit kader is de NZa gevraagd mee te denken over aanpassingen in de beleidscyclus om zo het proces van contracteren te versoepelen. Daarnaast is de NZa gevraagd om in 2016 het verloop van de contractering te monitoren.

Deze rapportage geeft een overzicht van het verloop van de contractering van medisch-specialistische zorg voor het jaar 2017. Daarnaast lichten we toe welke aanpassingen de NZa in de beleidscyclus doorvoerde, om het proces van contracteren te versoepelen.





1

2

3

4

5

6

1. Opzet monitor contractering medisch-specialistische zorg

De NZa stelde in 2016 in augustus, in oktober, in november en in december vragen aan zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zbc's (aangesloten bij ZKN).

De vragen gingen over de stand van zaken van de contractonderhandelingen en knelpunten of verbeterpunten in het onderhandelingsproces.

Voorbeelden van vragen over de stand van zaken van de contractering:

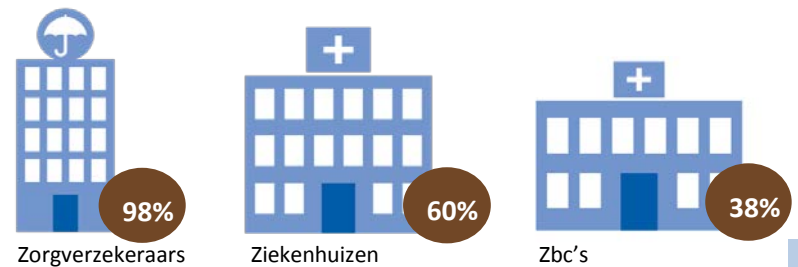
- Met welke zorgverzekeraars/ziekenhuizen/zbc's heeft u de intentie een contract te sluiten?
- Met welke zorgverzekeraars/ziekenhuizen/zbc's heeft u een akkoord op hoofdlijnen?
- Met welke zorgverzekeraars/ziekenhuizen/zbc's heeft u een contract gesloten?

Voorbeelden van vragen over de knel- en verbeterpunten in het onderhandelingsproces:

- Hoe verloopt het contracteerproces?
- Wat is u positief/negatief opgevallen aan het contracteerproces?
- Wat waren de belangrijkste knelpunten?

Voor zowel ziekenhuizen, zbc's en zorgverzekeraars kostte het beantwoorden van de vragen behoorlijk wat werk. De NZa is alle partijen die de vragen hebben beantwoord, dankbaar voor hun bijdrage.

Hieronder de response percentages:

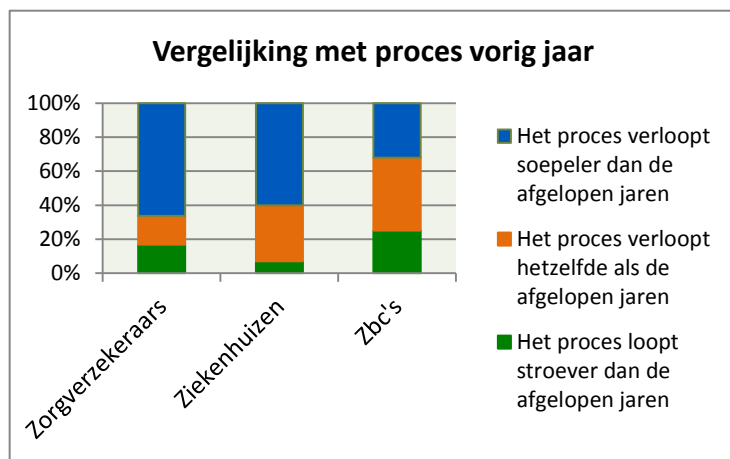




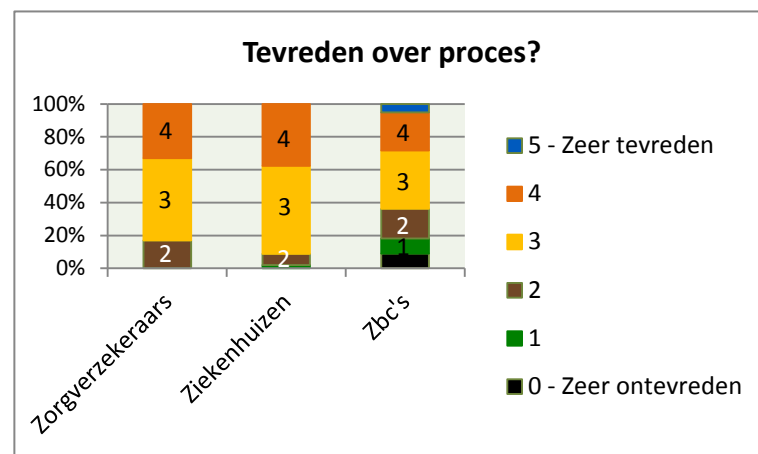
- 1
- 2**
- 3
- 4
- 5
- 6

2. Verloop contracteerproces

In onderstaande figuur is te zien dat een meerderheid van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg aangeeft dat het onderhandelingsproces in 2016 soepeler verloopt dan in voorgaande jaren.



Daarnaast vroegen we zorgverzekeraars en zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg of zij tevreden zijn over het contracteerproces. Dit kon worden aangegeven op een schaal van 0 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden). De resultaten zijn in onderstaand figuur weergegeven. De cijfers laten zien dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders voor het overgrote groot deel (gematigd) tevreden zijn over het contracteerproces. Zbc's zijn wat meer verdeeld dan de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De reacties van de zbc's lopen uiteen van zeer tevreden tot zeer ontevreden.

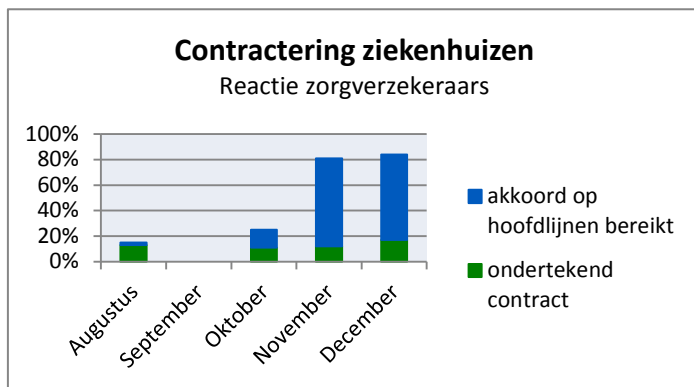




- 1
- 2**
- 3
- 4
- 5
- 6

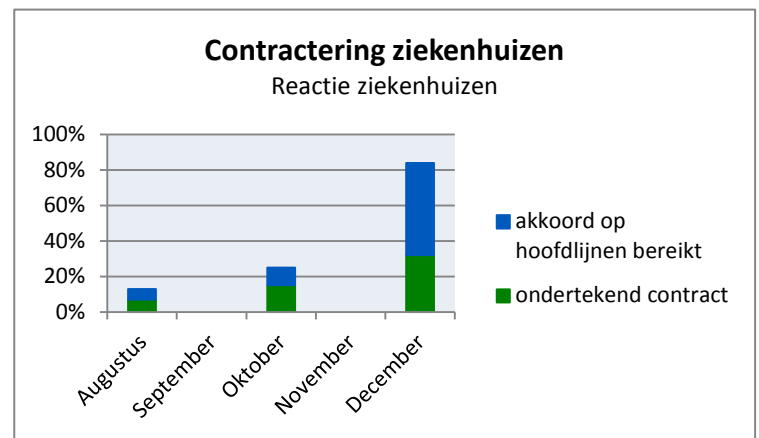
Aan ziekenhuizen en zbc's is in drie verschillende maanden gevraagd naar de stand van zaken van de contractering met zorgverzekeraars. Aan zorgverzekeraars is in vier maanden gevraagd naar de contractering met ziekenhuizen en zbc's. De antwoorden van de partijen liepen wat uiteen. Zo is te zien dat zorgverzekeraars in veel gevallen aangeven wat verder te zijn in de contractering dan de zorgaanbieders.

Een verklaring hiervoor kan zijn dat dit wordt veroorzaakt door het feit dat niet alle benaderde ziekenhuizen en zbc's hebben gereageerd op de vragenlijst. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de (begrippen uit de) vragen verschillend geïnterpreteerd worden door aanbieders en zorgverzekeraars.



Bij het verloop van het contracteerproces tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars valt op dat het aantal daadwerkelijk getekende contracten gedurende het jaar niet sterk oploopt. Dit zou kunnen worden verklaard doordat dit vooral meerjarencontracten zijn die al in een eerder jaar zijn gesloten en dat de nieuwe contracten in 2017 daadwerkelijk worden ondertekend.

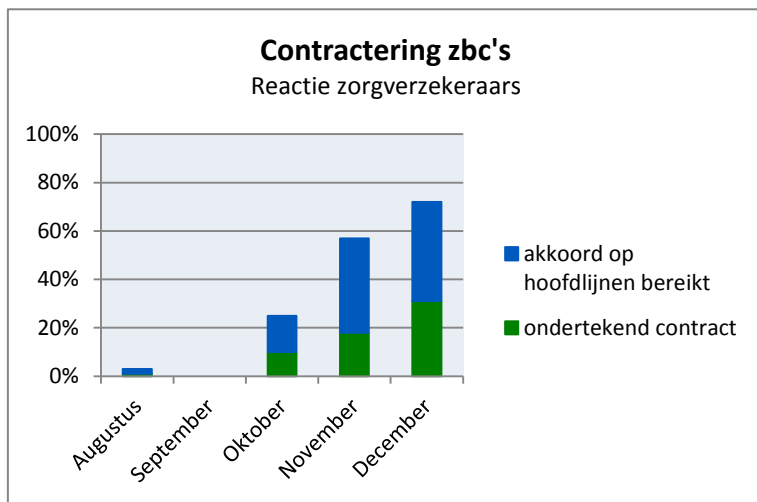
Op basis van de uitgevraagde informatie kan de NZa dit niet vaststellen. Verder is te zien dat het aantal bereikte akkoorden op hoofdlijnen in november, vlak voor het begin van het overstapeseizoen, sterk stijgt.



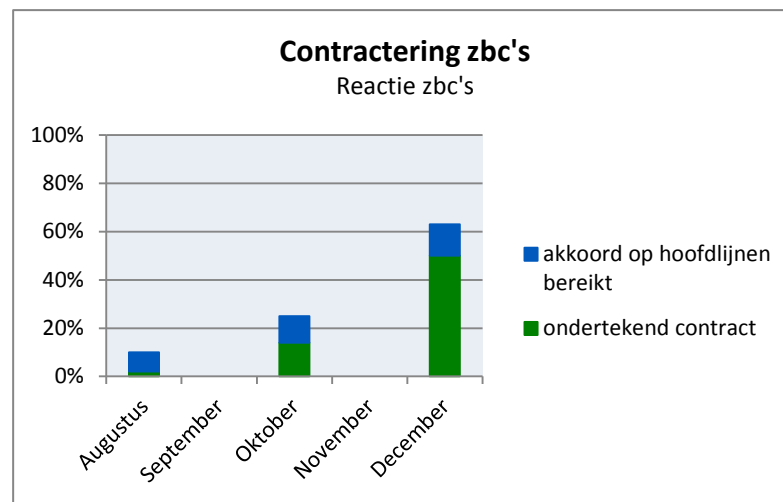


- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Bij de cijfers over de contracteerproces tussen zbc's en zorgverzekeraars valt op dat het aantal ondertekende contracten gedurende het jaar langzaam oploopt. Net als bij de ziekenhuizen is te zien dat het aantal bereikte akkoorden op hoofdlijnen in november, vlak voor het begin van het overstapeseizoen, sterk stijgt.



Uiteindelijk is het percentage zbc's waarmee een contract is gesloten of een akkoord op hoofdlijnen is bereikt lager dan bij de ziekenhuizen.



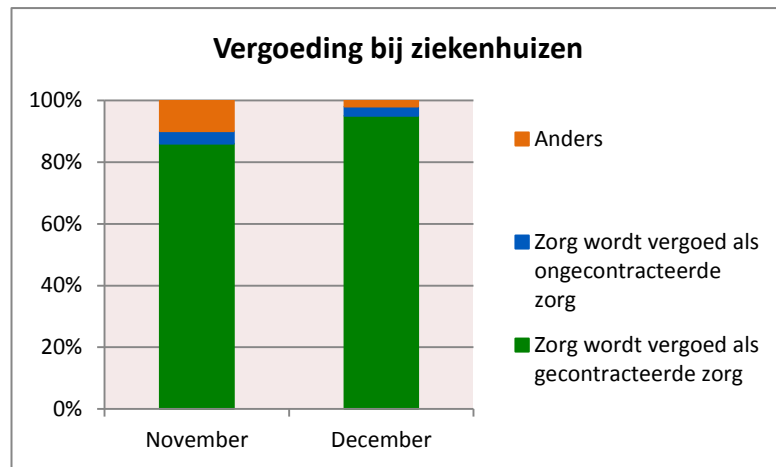


3. Informatie over de vergoeding van medisch-specialistische zorg

Voor burgers is onder meer van belang dat ze tijdig weten welke zorg bij welke zorgaanbieder vergoed wordt. Dit hangt niet altijd af van de vraag of er tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (al) een contract gesloten is. Zo geven sommige zorgverzekeraars op hun website aan dat hun verzekerden bij alle ziekenhuizen de zorg vergoed krijgen als gecontracteerde zorg, óók als er nog geen contract is gesloten. Voor verzekerden maakt het dan dus niet uit hoe het met de contractonderhandelingen staat.

Voor bijna alle gevallen geldt dat de zorg wordt vergoed als gecontracteerde zorg. Dit is goed nieuws voor verzekerden die overwegen over te stappen van zorgverzekeraar. Slechts bij een klein percentage van de polissen iets 'anders' wordt aangegeven dan dat de zorg wordt vergoed als gecontracteerde zorg of ongecontracteerde zorg.

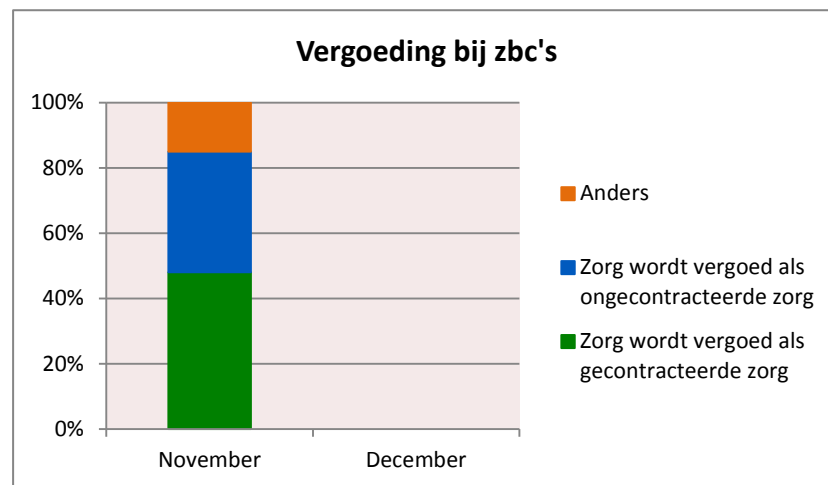
In de categorie 'anders' vallen vaak ziekenhuizen waarmee de onderhandelingen nog lopen. Bij de meting in december blijkt deze categorie 'anders' bijna te zijn verdwenen. Verzekerden weten dan dus voor bijna alle ziekenhuizen wat er wordt vergoed door de zorgverzekeraars.





In de figuur over de vergoeding bij zbc's valt op dat er tussen zorgverzekeraars en een groep zbc's geen contracten worden gesloten. De groep 'anders' is ook groter bij de zbc's dan bij de ziekenhuizen. Zorgverzekeraars zijn overigens niet verplicht om met alle zbc's en ziekenhuizen een contract af te sluiten, maar wel om duidelijk te zijn over de vergoedingen.

Er is geen beeld beschikbaar voor de informatie over de vergoedingen bij zbc's in december.





4. Wat gaat goed, wat kan beter?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven de volgende knelpunten, verbeterpunten en positieve punten aan bij de contractonderhandelingen over de medisch-specialistische zorg:

Contracteerproces

- De afronding van de definitieve prijslijst 2016 laat te lang op zich wachten.
- Het contracteerproces begon eerder en verloopt sneller.
- De communicatie tijdens het contracteerproces is beter, maar de reactietermijn is vaak nog te lang.
- Zorgaanbieders geven aan dat wisselingen van de zorginkopers niet bijdragen aan een voorspoedige contractering (op proces en inhoud).



Genoemde knelpunten in de inhoud van de contracten

- Zorgaanbieders geven aan dat de focus bij zorgverzekeraars teveel ligt op de tarieven en plafonds.
- Er wordt niet of nauwelijks gekeken naar de kwaliteit van zorg en er is geen ruimte voor groei.
- Zorgverzekeraars vinden dat ziekenhuizen zich niet houden aan het hoofdlijnenakkoord, waarin een beperkte groei is afgesproken.
- Het ontbreken van inzicht en vertrouwen in elkaars data vertraagt en belemmert de contractering.

Genoemde knelpunten in de wet- en regelgeving

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders vinden de late wijzigingen in de regelgeving een knelpunt. Zo noemen zij de nieuwe bekostiging van de dure geneesmiddelen en wijzigingen in de productstructuur.



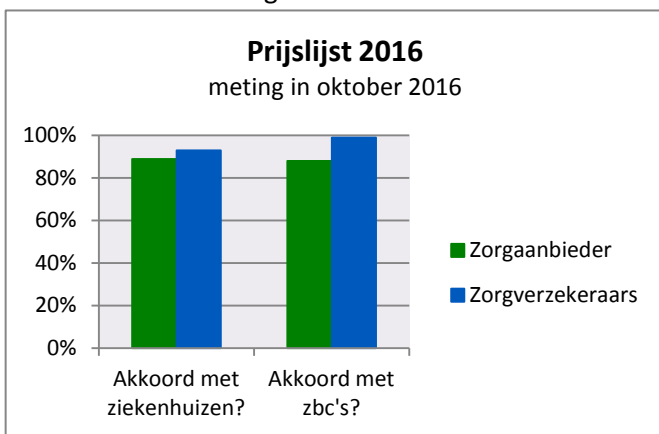


- 1
- 2
- 3
- 4
- 5**
- 6

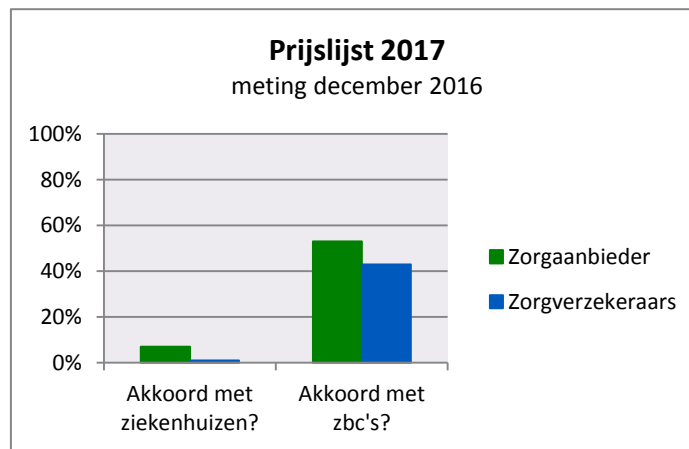
5. Akkoord over prijslijsten?

In oktober vroegen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars of er al een akkoord was over de prijslijsten in 2016. In december is gevraagd of er al een akkoord is bereikt over de prijslijsten voor 2017.

Uit de meting in november over de prijslijsten 2016 blijkt dat dan nog niet alle partijen tot een akkoord zijn gekomen. Zorgverzekeraars geven vaker aan dat er een akkoord is dan de zorgaanbieders.



Uit de meting in december over de prijslijsten 2017 blijkt dat er tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog bijna geen akkoorden zijn gesloten. Met een groot gedeelte van de zbc's is dit al wel gebeurd. Zorgverzekeraars geven over de prijslijsten 2017 minder vaak aan dat er al een akkoord is gesloten dan de zorgaanbieders.





1

2

3

4

5

6

6. NZa faciliteert de contractering in 2017 en verder

In april 2016 kondigde de NZa in het ‘Plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc’s medisch-specialistische zorg’ enkele maatregelen aan die bijdragen aan een soepel contracteerproces. Zo heeft de NZa een toetsingskader opgesteld om rust en stabiliteit te creëren in de regels voor het registreren en declareren van zorg. Daarnaast wordt de beleidscyclus vervroegd.

Opstellen toetsingskader

Samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars stelde de NZa een toetsingskader op om wijzigingen in de regels voor medisch-specialistische zorg (het dbc-systeem) te beoordelen.

Het kader bevat concrete handvatten, waarmee de NZa bij een aanvraag voor een wijziging een expliciete en zorgvuldige afweging kan maken van de impact en (publieke) noodzaak van de voorgestelde wijziging. Zie ook de nieuwe [beleidsregel Toetsingskader dbc-systematiek](#).

Vervroegen beleidscyclus

Op dit moment stelt de NZa uiterlijk op 1 juli het beleid voor het volgende kalenderjaar vast.

Om de beleidscyclus te kunnen vervroegen, is tijdige besluitvorming over relevante wetgeving en beleidswensen vanuit het ministerie van VWS een randvoorwaarde. Daarnaast heeft het vervroegen van de beleidscyclus gevolgen voor verzoeken vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor wijzigingen in beleid, prestaties en/of tarieven. Deze planning kan tot gevolg hebben dat enigszins ingeboet wordt op de actualiteit van het dbc-systeem.

De minister van VWS heeft besloten om de beleidscyclus voor de medisch-specialistische zorg voor het kalenderjaar 2018 te vervroegen naar 1 mei. Dit betekent dat de NZa uiterlijk op 1 mei 2017 de prestaties, tarieven en regelgeving voor de medisch-specialistische zorg in 2018 bekend zal maken. Dit kan helpen om de contract-onderhandelingen eerder afgerond te hebben in 2017.

