

**Monitor en beleidsbrief**  
**Zorginkoop**

februari 2014



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding en doelstelling	11
1.2 Scope	12
1.3 Aanpak	12
1.4 Leeswijzer	14
<b>2. Beleidscontext</b>	<b>15</b>
2.1 Beleidscyclus	15
2.2 Beleid met invloed op de zorginkoop	15
<b>3. Het contracteerproces</b>	<b>19</b>
3.1 Contractering en de rol van de NZa daarin	19
3.2 Good contracting practices	20
3.2.1 Opzet evaluatie	20
3.3 Ontevredenheid zorgaanbieders over de contracten	20
3.3.1 Merendeel van de klachten afkomstig van logopedisten en fysiotherapeuten	21
3.3.2 (On)mogelijkheid tot onderhandelen	21
3.3.3 Administratieve lasten door differentiatie	22
3.3.4 Niet gecontracteerd worden	22
3.3.5 Contractvoorwaarden	22
3.4 Knelpunten in het contracteerproces	23
3.4.1 Zorginkoop	23
3.4.2 Transparantie	23
3.4.3 Timing	24
3.5 Conclusies	25
<b>4. Zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars</b>	<b>27</b>
4.1 Gebruikte contractvormen	27
4.2 Stevige inzet zorgverzekeraars bij onderhandelingen over financiën	29
4.2.1 Vragen bij het indexeringsbeleid	30
4.3 Niet-financiële aspecten van ondergeschikt belang	31
4.4 Toename selectieve inkoop	31
4.5 Toetreders moeten zich bewijzen	34
4.6 Rol dubieuze declaraties en fraude in zorginkoop	34
4.7 Conclusies	35
<b>5. (Deel-) marktontwikkelingen</b>	<b>37</b>
5.1 Contracteergraad toegenomen	37
5.2 Zorginkoop MSZ in complexe omstandigheden	37
5.2.1 Consolidatie bij Zelfstandig Behandelcentra	38
5.3 Huisartsenzorg anticipeert op nieuwe bekostiging 2015	38
5.4 Volop dynamiek in de GGZ	39
5.4.1 Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ	39
5.4.2 Het hoofdbehandelaarschap	40
5.5 Geen inhoudelijke zorginkoop in de mondzorg	41
5.6 Sanering in de paramedische zorg	41
5.7 Ketenzorg	42
5.8 Ontluikende zorginkoop Eerstelijns diagnostiek	42
5.9 Liberalisering extramurale farmacie ontwikkelt	43
5.10 Conclusies	43
<b>Beleidsbrief</b>	<b>45</b>



## Vooraf

Voor u ligt de Monitor Zorginkoop van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa publiceerde in 2010 een monitor over de zorginkoop op verschillende zorgmarkten. Deze nieuwe monitor legt de focus op actuele kwesties en ontwikkelingen in de zorginkoop voor 2014 zoals selectief contracteren.

In deze monitor is voor een aantal deelmarkten beschreven welke prikkels en belemmeringen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervaren bij de invulling van de zorginkoop. Ook schetst de NZa een beeld van het proces van zorginkoop en het beleid van zorgverzekeraars. De monitor beschrijft verder de stand van zaken in de zorginkoop in verschillende sectoren van de curatieve zorg.

Voor de NZa zijn monitors een belangrijk instrument om de ontwikkelingen in de zorg te volgen en om toezicht te houden op de wettelijke kaders. De NZa heeft voor de monitor informatie verzameld bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de zorgverzekeraars zijn interviews gehouden met directeuren zorginkoop en zorginkopers. Onder zorgaanbieders is een enquête uitgezet. Wij danken alle gesprekspartners en respondenten voor hun medewerking en de inzichten en informatie die zij leverden.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans en monitors. Een monitor onderzoekt een specifiek element van het zorgstelsel en geeft een beeld van de stand van zaken. Daarbij wordt gelet op marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De bevoegdheden van de NZa bepalen het perspectief.

Deze monitor beschouwt de zorginkoop door zorgverzekeraars op verschillende curatieve zorgmarkten. Het gaat met name om de zorginkoop voor 2014 met hier en daar een terugblik en een vooruitblik. De bevindingen in deze monitor zijn vooral gebaseerd op informatie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en zijn feitelijk van aard. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in de begeleidende brief beschreven. De bevindingen zijn gebaseerd op gesprekken met directeuren en zorginkopers van vrijwel alle zorgverzekeraars, een online enquête onder zorgaanbieders en informatie uit verschillende bestaande bronnen bekend bij de NZa.

### *De zorginkoop werkt en de zorgplicht is geborgd*

Belangrijke conclusie die de NZa trekt in deze monitor is dat de zorginkoop goed werkt. De NZa baseert deze conclusie op het gegeven dat de verzekeraars voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. De inkoop van zorg vindt selectief plaats en daarbij verliezen zorgverzekeraars hun zorgplicht niet uit het oog. Dit alles heeft een gunstig effect op de premies voor de consument. De NZa ziet een verdere verbetering van de zorginkoop mogelijk door onder andere artikel 13 uit te leggen zoals het nu al is opgeschreven in de wet, namelijk dat de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen (wat inhoudt dat een vergoeding boven nul euro/nul procent is toegestaan).

### *Beleidscontext*

Een wetsvoorstel dat in behandeling is bij de Tweede Kamer heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars zes weken vóór ingang van het polisjaar bekend moeten maken met welke aanbieders een contract is gesloten. Dat voornemen is ook overeengekomen in de convenanten die de minister van VWS sloot met de relevante veldpartijen in 2013. De NZa publiceert tarieven en prestaties (de beleidscyclus) en heeft aangegeven deze per 2014 te willen vervroegen zodat de kaders zes maanden voor het nieuwe polisjaar bekend zijn.

Een aantal beleidswijzigingen heeft invloed op de zorginkoop. Zo is het representatiemodel afgeschaft en wordt de risicoverevening achteraf voor zorgverzekeraars teruggeschroefd. Dit geeft prikkels voor een doelmatige zorginkoop. Verder is er een Hoofdlijnen Akkoord afgesloten tussen de minister en veldpartijen waarin met name de totale uitgavengroei op diverse zorgmarkten wordt gemaximeerd. De minister is voornemens artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen om selectieve zorginkoop te stimuleren. Op enkele specifieke zorgmarkten hebben hervormingen plaatsgevonden die invloed hebben op de zorginkoop. Het gaat bijvoorbeeld om de invoering van de basis GGZ en het stoppen van het experiment met vrije prijzen in de mondzorg. In 2015 zullen naar verwachting integrale tarieven in de medisch specialistische zorg worden ingevoerd en een nieuwe bekostiging in de huisartsenzorg.

### *Het contracteerproces*

Veel zorgaanbieders zijn ontevreden over de contractering door zorgverzekeraars. In 2011 heeft de NZa in overleg met veldpartijen de *Good Contracting Practices* (GCP's) opgesteld. Deze GCP's zijn de afgelopen periode geëvalueerd.

De klachten zijn vooral afkomstig van logopedisten en fysiotherapeuten, waarbij het verschil in onderhandelingsmacht een grote rol lijkt te spelen. De klachten richten zich met name op de (on)mogelijkheid om daadwerkelijk te onderhandelen met de zorgverzekeraar, op administratieve lasten door differentiatie van contractvoorwaarden, op het niet krijgen van een contract en op de voorwaarden van contracten. Het standpunt van de NZa over de inkoopmacht van zorgverzekeraars is dat enige vorm van inkoopmacht nuttig kan zijn zolang de gevolgen ten goede komen aan de consument. In de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt uit 2013 heeft de NZa vastgesteld dat voordelen behaald in de zorginkoop een gunstig effect op de premies hebben.

In het contracteerproces worden door een aantal zorgaanbieders de volgende knelpunten ervaren: gebrekkige communicatie door zorgverzekeraars; weinig transparantie van het proces van contractering; onzekerheid over de bestuurlijke beleidscyclus; korte reactietermijn om te reageren op een contractvoorstel en onvoldoende informatie over contracten voor consumenten. Een belangrijke verbetering is het significant vervroegen van de onderhandelingen over de zorginkoop voor 2014 ten opzichte van vorige jaren.

### *Zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars gebruiken standaardcontracten voor eerstelijns zorgaanbieders met de mogelijkheid van plusmodules. Voor ziekenhuizen gelden aanneemsommen of P x Q contracten met een omzetplafond. Er wordt beperkt gebruik gemaakt van meerjarencontracten.

Zorgverzekeraars zetten tijdens de onderhandelingen in op stevige kortingen ten opzichte van het Hoofdlijnen Akkoord en de maximum tarieven van de NZa. De verwachting is dan ook dat de uitgavengroei in 2014 daadwerkelijk onder de afgesproken groeiruimte blijft. Zorgverzekeraars zetten vraagtekens bij het indexeringsbeleid van de overheid dat volgens hen te ruimhartig is. De NZa beraadt zich op het indexeringsbeleid.

Niet-financiële aspecten van de zorginkoop, zoals kwaliteit, innovatie en service, spelen in de huidige onderhandelingen een minder belangrijke rol. Niettemin neemt de selectieve zorginkoop toe. Daarbij is wel behoefte aan betere kwaliteitsinformatie en de mogelijkheid om niet-gecontracteerde zorgaanbieders een lagere vergoeding te geven dan nu toegestaan door jurisprudentie. De NZa hanteert het standpunt dat een vergoeding van of boven de nul euro is toegestaan.

Toetreders worden door zorgverzekeraars aan eisen van doelmatigheid, kwaliteit en soms omzet gehouden voordat zij een contract krijgen.

Verdenkingen van dubieuze declaraties en fraude spelen weliswaar een rol in de zorginkoop, maar een aantal zorgverzekeraars scoort nog onvoldoende in de controle hierop. Ook gepast gebruik wordt belangrijker in de zorginkoop waarbij er nog veel ruimte is voor verbetering van de toepassing daarvan. De NZa heeft daar aanbevelingen voor gedaan.



*(Deel)marktontwikkelingen*

Over de gehele linie is de contracteergraad eind 2013 toegenomen. Tegelijk wil een groeiend aantal kleinere zorgverleners geen contract sluiten.

Bij de inkoop van Medisch Specialistische Zorg zetten de zorgverzekeraars financieel stevig in. Zorgverzekeraars geven daarbij aan dat met name de volumeontwikkelingen onvoorspelbaar zijn en dat het nieuwe bekostigingssysteem (DOT) het inzicht in de werkelijke kosten en prijzen van zorgproducten nog enigszins belemmert. Het aantal ZBC's dat voor 2014 is gecontracteerd neemt af maar de totale omzet blijft naar verwachting gelijk.

In de huisartsenzorg verandert er inhoudelijke weinig aan de contracten voor zorginkoop. Zorgverzekeraars anticiperen op de nieuwe bekostiging per 2015.

De GGZ sector kent een grote dynamiek, dit komt door de invoering van de basis GGZ, scherp inkoopbeleid door zorgverzekeraars en de aanscherping van het hoofdbehandelaarschap.

In de mondzorg vindt vrijwel geen zorginkoop op inhoud plaats. Dit is volgens de zorgverzekeraars omdat er weinig zicht is op de kwaliteit, richtlijnen en praktijkverschillen. Als dit zicht er wel is kan er meer worden ingezet op differentiatie in prijzen en selectieve inkoop.

De zorginkoop bij de fysiotherapie en de logopedie professionaliseert en verscherpt zich. De inzet van zorgverzekeraars is gericht op het indammen van de groei aan uitgaven. Grotere en professionelere aanbieders krijgen in toenemende mate maatwerkcontracten terwijl bij de kleinere aanbieders standaardcontracten de praktijk blijven. Er heerst grote onvrede onder de fysiotherapeuten en logopedisten over de wijze van zorginkoop door de zorgverzekeraars.

Bijna alle aanbieders van ketenzorg worden tamelijk uniform gecontracteerd. Er zijn ontwikkelingen om de zorginkoop op deze markt te verbeteren.

In de eerstelijnsdiagnostiek is er nog nauwelijks ervaring met zorginkoop, dit omdat 2014 het eerste jaar is dat deze zorg apart wordt ingekocht. De verwachting is dat er een doelmatigheidsslag zal worden gemaakt op deze markt.

Bij de extramurale farmacie zijn de zorgverzekeraars, in tegenstelling tot 2012 en 2013, voornemens de verschillende prestaties uit het basispakket vaker afzonderlijk te contracteren. Het preferentiebeleid blijft vrijwel ongewijzigd.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding en doelstelling

Consumenten moeten kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars, die op hun beurt goede contracten afsluiten met zorgaanbieders. Op deze wijze wordt het stelsel geacht optimaal te werken door zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen.<sup>1</sup>

Een goed functionerende zorginkoop is daarom een cruciale voorwaarde voor een goede werking van de zorgmarkten. De NZa bewaakt het algemeen consumentenbelang. Hoewel de zorgconsument niet zelf optreedt op de zorginkoopmarkt, is het resultaat van de zorginkoop wel direct van invloed op de zorgmarkt (waar de consument zorg vindt) en de verzekeringsmarkt (waar de consument een zorgverzekering vindt). Vanwege haar taak het zorgstelsel te laten werken en het algemeen consumentenbelang te borgen, ziet de NZa toe op het functioneren van de zorginkoop.

Eén van de instrumenten waarmee de NZa invulling geeft aan haar regulerings- en toezichttaken is een monitor. Een monitor is een verdiepend onderzoek op een bepaald thema, in dit geval de zorginkoop. In 2010 heeft de NZa ook een monitor Zorginkoop uitgebracht.

Op grond van artikel 11 lid 1 Zvw hebben zorgverzekeraars naar hun verzekerden een zorgplicht.<sup>2</sup> Deze houdt bij een naturapolis in dat wanneer de verzekerde zorg nodig heeft, de zorgverzekeraar er voor moet zorgen dat de zorg (of dienst) geleverd wordt waar de verzekerde behoefte aan heeft (recht op zorg). De zorgverzekeraar moet er daarbij voor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is. Indien er sprake is van een restitutieverzekering (recht op vergoeding en bemiddeling) moet de zorgverzekeraar zijn verzekerde desgevraagd bemiddelen naar een zorgaanbieder die kwalitatief goede zorg levert. Afgesproken zal ook worden hoe de zorgaanbieder betaald moet worden: rechtstreeks door de zorgverzekeraar (naturamodel) of door de verzekerde, die dan daarna de kosten weer declareert bij de zorgverzekeraar (restitutiemodel). In de praktijk worden bij restitutie vaak betaalovereenkomsten gesloten op basis waarvan rechtstreekse betaling door de verzekeraar plaatsvindt.

Deze monitor beschouwt hoe zorgverzekeraars op dit moment aan hun zorgplicht invulling geven door bij hun zorginkoop zorgaanbieders te contracteren. Hierbij zal de zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over de zorgverlening aan zijn verzekerden. Daarbij kunnen allerhande zaken aan de orde komen, van zowel zorginhoudelijke aard als van administratieve aard. Zo kunnen afspraken worden gemaakt over de manier van doorverwijzen naar andere betrokken zorgaanbieders

---

<sup>1</sup> R. Halbersma, J. van Manen en W. Sauter, *Zorg en financiering, 'De Verzekeraars als motor van het zorgstelsel'*.

<sup>2</sup> Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Meer over de zorgplicht en het toezicht van de NZa is te vinden in het Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars Zvw: <http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/Zorgverzekeraars/TH-BR-009>.

in de zorgketen, over prijzen, of afspraken over meebetalen door de zorgverzekeraar aan een bepaalde modernisering van het door de zorgaanbieder gebruikte materiaal. Afsproken zal ook worden hoe de zorgaanbieder betaald moet worden: rechtstreeks door de zorgverzekeraar (naturamodel) of door de verzekerde, die dan daarna de kosten weer declareert bij de zorgverzekeraar (restitutiemodel). Omdat de inhoudelijke zorginkoop met name plaatsvindt bij de naturapolis zal deze monitor daar voornamelijk op focussen.

De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. In dit kader wordt er ook op toegezien dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen van goede kwaliteit. Op individueel verzekeraarsniveau vindt risico- en signaalgericht toezicht plaats, deze monitor gaat over het algemene beeld.

Deze monitor kent drie doelstellingen. Ten eerste is deze monitor bedoeld om een beeld te schetsen over hoe de zorginkoop op dit moment plaatsvindt binnen het kader van de zorgplicht. Ten tweede tracht deze monitor de prikkels, risico's en belemmeringen voor inkoop van doelmatige, kwalitatief goede en bereikbare zorg te identificeren. Ten slotte is het doel te bezien of er eventuele belemmeringen zijn die de NZa, of andere overheidsinstellingen, mogelijk kunnen verminderen of wegnemen.

## 1.2 Scope

De scope van deze monitor is primair de zorginkoop voor het jaar 2014 met een terugblik naar zorginkoop 2013 en een vooruitblik naar 2015. Het gaat hierbij om zowel de inhoudelijke ontwikkelingen die de zorginkoop beïnvloeden, als het proces waarbinnen de contracten tot stand komen.

De monitor richt zich met name op de zorginkoop op de onderstaande markten. Deze indeling sluit aan op de indeling zoals die is gehanteerd in de eerdere monitor Zorginkoop.

- Medisch Specialistische Zorg (MSZ)
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Huisartsenzorg
- Ketenzorg
- Mondzorg
- Paramedische zorg (met name fysiotherapie en logopedie)
- En in mindere mate farmacie en hulpmiddelen (waarover recent al een quick scan verscheen), geboortezorg en eerstelijnsdiagnostiek.

## 1.3 Aanpak

Deze monitor heeft een andere opzet dan de Monitor Zorginkoop uit 2010. De focus ligt in deze monitor sterker op actuele onderwerpen die spelen in de zorginkoop. Waar relevant wordt er per hoofdstuk een conclusie getrokken met zaken die het meest opvallen en wordt op punten waar dat relevant is het standpunt en of huidige beleid van de NZa toegelicht. Daarmee adresseren we waar mogelijk vragen die leven bij de stakeholders bij wie we informatie hebben verkregen voor deze Monitor. Nieuw beleid of aanbevelingen worden niet in de Monitor genoemd maar in de begeleidende beleidsbrief.

### Interviews zorgverzekeraars

In de afgelopen periode hebben we in een tweetal rondes gesproken met de zorgverzekeraars. In de eerste ronde van juni 2013 hebben we gesproken met directeuren zorginkoop van zorgverzekeraars. In de tweede ronde van oktober en november 2013 is hoofdzakelijk gesproken met de zorginkopers van de diverse zorgmarkten.

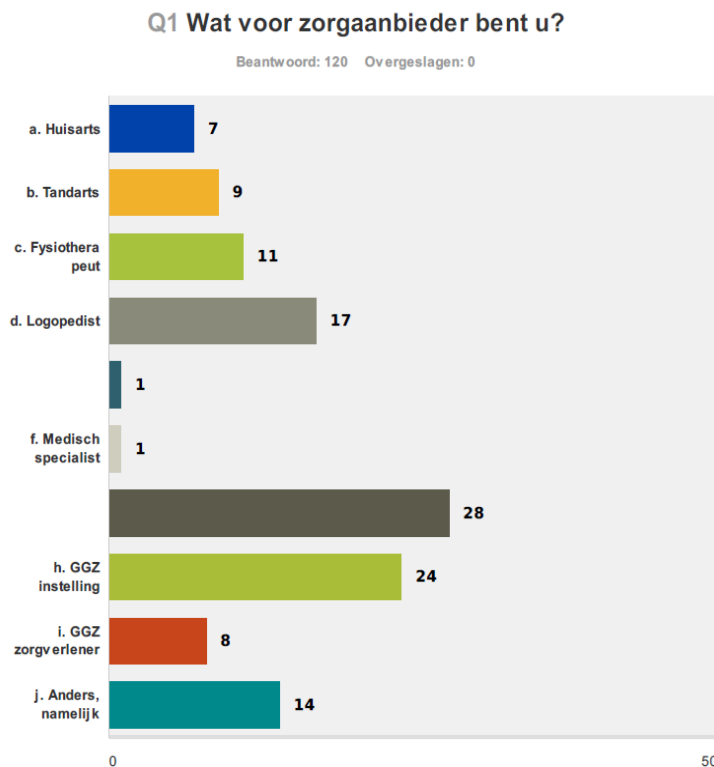
We hebben de volgende zorgverzekeraars gesproken:

- Eno (Salland Verzekeringen)
- DSW Zorgverzekeraar
- Multizorg VRZ (inkoop combinatie van ONVZ, ASR, Eno en Zorg & Zekerheid)
- Zorg & Zekerheid
- CZ Zorgverzekering
- VGZ Zorgverzekeraar
- Achmea
- Menzis

### Enquête onder zorgaanbieders

Eind november 2013 heeft de NZa een online enquête uitgezet bij een selectie van zorgaanbieders uit de verschillende zorgmarkten. Insteek van deze enquête was om in korte tijd, een beeld te krijgen van de ervaringen aan de 'andere kant van de onderhandelingstafel'. Het gaat niet om een statistisch representatieve a-selecte steekproef, maar om een indruk van de bevindingen van zorgaanbieders in verschillende markten. 120 zorgaanbieders verdeeld over de volgende categorieën reageerden: huisartsenzorg, fysiotherapie, logopedie, overig paramedisch, mondzorg, medisch specialist, beleidsmedewerker/onderhandelaar namens een ziekenhuis, GGZ instelling, GGZ zorgverlener en overige zorgverleners. De verdeling van respondenten is in onderstaande figuur te vinden.

**Figuur 1. Respondenten online enquête**



Daar waar de resultaten uit deze enquête een duidelijk en relevant beeld geven zijn deze meegenomen in deze monitor. Enkele recente ledenraadplegingen uitgevoerd door brancheverenigingen van zorgaanbieders lijken het beeld dat in deze monitor wordt beschreven te bevestigen.

#### *Evaluatie Good Contracting Practices*

In 2010 heeft de NZa het document 'Good Contracting Practices' (GCP's) gepubliceerd. Deze GCP's zijn bedoeld om zorgverzekeraars en (vrijgevestigde) zorgaanbieders te helpen bij het vormgeven van het contracteerproces. Het document bevat een aantal –door de partijen zelf aangedragen- aanbevelingen voor het verloop van het contracteerproces. In 2013 heeft de NZa de *Good Contracting Practices* geëvalueerd. De resultaten hiervan zijn opgenomen in deze monitor in hoofdstuk 3 over het contracteerproces.

#### *Overige bronnen*

Naast de interviews en de enquête heeft de NZa voor deze monitor een aantal andere bronnen gebruikt. De belangrijkste zijn:

- Marktscans 2013: Medisch Specialistische Zorg (MSZ), Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Eerstelijns bewegingszorg, Zorgverzekeringsmarkt.
- Quick-scan extramurale farmacie 2013 .
- NZa Research Paper 2012-3 'Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?'
- Rapport Onderzoek Zorgfraude 2013.

#### *Consultatie*

Een concept versie van deze monitor is ter consultatie voorgelegd aan de geraadpleegde verzekeraars, aan brancheverenigingen van de zorgaanbieders op de onderzochte markten, aan de patiëntenfederatie en aan het ministerie van VWS. Er zijn 17 reacties ontvangen. Waar relevant en consistent met de bevindingen van de NZa zijn de suggesties meegenomen in deze finale versie.

## **1.4 Leeswijzer**

De monitor is ingedeeld in vier onderdelen waarbij als eerste de beleidscontext wordt geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op het contracteerproces, het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars en ten slotte de relevante ontwikkelingen op de verschillende deelmarkten. In deze laatste hoofdstukken worden een aantal conclusies getrokken en waar relevant wordt het NZa standpunt of beleid toegelicht.

## 2. Beleidscontext

In dit hoofdstuk wordt de beleidscontext geschetst, beginnend met de beleidscyclus waarna vervolgens een overzicht wordt gegeven van de onderwerpen die specifiek op dit moment relevant zijn voor het zorginkoop proces.

### 2.1 Beleidscyclus

Volgens een wetvoorstel dat op dit moment behandeld wordt moeten zorgverzekeraars zes weken voor ingang van het polisjaar bekend maken met welke aanbieders een contract is gesloten. Zorgverzekeraars moeten de zorgkosten volledig vergoeden als niet tijdig bekend is bij welke zorgaanbieders verzekerden in het nieuwe polisjaar terecht kunnen. Voor consumenten is dan tijdens de overstapperiode duidelijk welke zorgverzekeraar welke zorgaanbieders heeft gecontracteerd.

De overheid heeft daarbij de verantwoordelijkheid dat zij beleidswijzigingen, vertaald in prestaties en tarieven, zo vroeg en volledig mogelijk kenbaar maakt aan het veld. De NZa stelt tarieven en prestaties vast en doet kostenonderzoeken. Hervormingen in de bekostiging worden op aanwijzing van het ministerie van VWS ingevoerd. Daarnaast zijn er andere publieke organisaties die besluiten nemen die relevant kunnen zijn voor de zorginkoop, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) die over het verzekerde pakket adviseert. Afhankelijk van de complexiteit en impact kan vaststelling eerder of later in het jaar plaatsvinden.

De NZa heeft in een circulaire van 1 augustus 2013 aangegeven de beleidscyclus te willen vervroegen. Het doel is dat het beleid dat relevant is voor de zorginkoop voor een bepaald jaar in principe vóór 1 juli in het jaar daarvoor bekend te maken. Hierbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat politieke besluitvorming dit voornemen kan doorkruisen.

De vervroeging van de beleidscyclus moet zorgverzekeraars en –aanbieders in staat stellen om de onderhandelingen eerder te starten, zodat ook de benodigde keuze-informatie voor de consument tijdig bekend is.

### 2.2 Beleid met invloed op de zorginkoop

In de afgelopen periode heeft zich een aantal voor de zorginkoop relevante wijzigingen in beleid voorgedaan. Zo is het representatiemodel in de ziekenhuiszorg afgeschaft en wordt een deel van de risicoverevening (de ex-post compensaties voor de zorgverzekeraar) in de ziekenhuiszorg afgebouwd. Daarnaast zijn er akkoorden gesloten voor verschillende deelmarkten en hebben er structurele markthervormingen plaatsgevonden in een aantal sectoren.

#### *Representatiemodel en risicoverevening*

Het representatiemodel wordt in de GGZ per 2014 afgeschaft. Dit vanwege de overgang naar prestatiebekostiging in de GGZ en het stimuleren van de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Het ministerie van VWS is verder voornemens tussen 2014 en 2017 de ex-post-risicoverevening voor de GGZ stapsgewijs af te bouwen. Hiertoe is het

Besluit zorgverzekering gewijzigd. Met deze wijziging worden de ex-post-compensatiemechanismen in de risicovereeniging afgebouwd en afgeschaft. Door het afbouwen en afschaffen van de ex-post-compensatiemechanismen gaan zorgverzekeraars meer financieel risico lopen. Het doel van deze wijziging is de zorgverzekeraars te stimuleren om te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten. Hierdoor moet kwalitatief goede zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk blijven.

Naast een sterkere prikkel om doelmatig zorg in te kopen, kan het gevolg van het afschaffen ook zijn dat een zorgverzekeraar met een risicovolle verzekerde populatie, waarvoor het (ex-ante) risicovereenigingssysteem niet volledig compenseert, financieel in de problemen komt. Daarbij merken we op dat het ex-ante risicovereenigingssysteem voortdurend wordt aangepast.

#### *Akkoorden*

Op 4 juli 2011 is een hoofdlijnenakkoord gesloten tussen VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een beheerste kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg. De ambitie is om de structurele uitgavengroei in de ziekenhuiszorg in de periode 2012 tot 2015 te beperken tot maximaal 2,5%. Tevens wordt de focus gelegd op meer dynamiek en kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg.

Voor de zorginkoop is er in dit akkoord de afspraak gemaakt dat zorgverzekeraars de selectieve inkoop van zorg sterk gaan uitbreiden. Het is de bedoeling dat er wordt gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik.

In juli 2013 zijn er nieuwe afspraken gemaakt tussen de overheid en de ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, huisartsen, de eerstelijns aanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Deze afspraken komen erop neer dat het groeipercentage van de zorguitgaven verder wordt teruggebracht. Voor de zorg in de tweede lijn is de afgesproken groei 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017. Voor de eerste lijn (huisartsen en multidisciplinaire zorg) geldt voor die periode een totale groeiruisimte van 2,5%; opgebouwd uit een regulier deel en een additioneel deel als vergoeding voor substitutie uit de tweede lijn.

Om deze verlaagde uitgavengroei te realiseren wordt onder andere extra ingezet op maatregelen die de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg verbeteren:

- meer zorg van de medisch specialisten naar de huisarts;
- meer van de huisarts naar zelfzorg;
- medische richtlijnen en zorgstandaarden moeten strakker worden toegepast, zodat de behandelingen worden gegeven naar de maatstaven van de medische sector zelf;
- er moet meer transparantie komen over kwaliteit en de kosten van de zorg.

De minister heeft een wetsvoorstel ingediend dat er toe strekt artikel 13 Zvw te wijzigen. Met de wijziging van dit artikel moet het mogelijk worden om ook een vergoeding van nul euro te geven als een verzekerde zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zorgverzekeraars moeten naar hun verzekerden duidelijk maken wat de vergoeding is als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Daarnaast moeten zorgverzekeraars zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar bekend maken welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd. Doen zij dit niet dan moeten zij altijd de volledige kosten vergoeden.



Voor de zorginkoop is in het akkoord extra onderstreept dat het mogelijk moet zijn voor zorgverzekeraars om selectief zorg in te kopen. Partijen onderschrijven dat zorgverzekeraars de mogelijkheid moeten hebben zelf de hoogte van de vergoeding mogen bepalen en ook geen vergoeding mogen verstrekken bij niet gecontracteerde zorg. Welke afweging hieraan ten grondslag ligt is aan de zorgverzekeraar.

#### *Structurele markthervormingen*

In de GGZ is per 2013 prestatiebekostiging ingevoerd. In 2013 is er sprake van een transitie-model. Belangrijke wijziging per 2014 is de invoering van de basis GGZ. Dit houdt in dat er in plaats van de verdeling in eerste- en tweedelijns GGZ, nu een verdeling geldt tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. In de basis GGZ wordt gewerkt met integrale producten en in de gespecialiseerde GGZ met DBC's.

De NZa heeft een privacy regeling in de GGZ opgesteld.<sup>3</sup> Deze regelt dat informatie die tot de diagnose kan leiden in bepaalde gevallen uitgezonderd kan worden van informatie op de factuur. Deze regeling is rechtmatig bevonden door het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) en is in 2013 geëvalueerd. De conclusie van de evaluatie was dat er geen noodzaak bestond om deze regeling aan te passen. Waar zij dat toch wenselijk achten, kunnen branchepartijen bij de NZa concrete wijzigingsvoorstellen indienen. Beter inzicht in de factuur door de zorgverzekeraar werkt bevorderend voor de zorginkoop, deze regeling zorgt ervoor dat de basisgedachte van inzicht in de factuur in stand blijft. Informatie voor de zorgverzekeraar is belangrijk voor rechtmatigheidstoezicht en zorginkoop gericht op doelmatigheid en kwaliteit. Daarnaast heeft VWS het mogelijk gemaakt, door aanpassing van de Regeling zorgverzekering, dat zorgaanbieders in de gespecialiseerde GGZ per 2014 de zorgvraagzwaarte van de patiënt vermelden op de factuur. Deze informatie geeft de zorgverzekeraar meer informatie voor een meer gerichte zorginkoop.

In de medisch specialistische zorg is prestatiebekostiging per 2012 ingevoerd samen met de DOT-systematiek. Het transitie-model in de medisch specialistische zorg loopt eind 2013 af. Er is een nieuwe hervorming voorzien per 2015 waarin de bekostiging van ziekenhuis en medisch specialist integraal wordt. Ook wordt de maximale looptijd van een DBC verkort van 365 dagen naar 120 dagen en verandert de bekostiging van de dure geneesmiddelen.

Voor de eerstelijns diagnostische centra (zoals huisartsen laboratoria en de zelfstandige trombosediensten) gaat de overgang van begrotingssystematiek naar prestatiebekostiging per 2014 in. Per 2015 gaan de huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten volledig over naar prestatiebekostiging.

Voor de huisartsen wordt per 2015 een nieuwe bekostiging ingevoerd. Het nieuwe bekostigingsmodel moet een versterking van de eerste lijn ondersteunen en werkt op basis van populatiekenmerken en ruimte voor het belonen van (gezondheids)uitkomsten.

In de mondzorg is het experiment met vrije prijzen per 1 januari 2013 binnen een jaar weer afgeschaft. In 2013 is er een kostenonderzoek uitgevoerd in de mondzorg, het is de bedoeling dat er in 2014 op basis van dit kostenonderzoek herijkte tarieven worden vastgesteld.

---

<sup>3</sup> Zie NZa regeling gespecialiseerde GGZ: NR-CU-538.



### 3. Het contracteerproces

In dit hoofdstuk komen verschillende signalen over het proces van zorginkoop en het sluiten van contracten aan bod. Vanwege het grote aantal vragen en klachten over het proces van contractering, belichten we in dit hoofdstuk naast de signalen uit het veld ook de rol en het beleid van de NZa daarin.

#### 3.1 Contractering en de rol van de NZa daarin

Een kernelement van het zorgstelsel is een zorginkoop met contractvrijheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa hecht sterk aan de vrijheid van contracteren en mengt zich in principe niet in het individuele contracteerproces. Het is uiteindelijk aan de rechter om de redelijkheid en billijkheid van de inkoopvoorwaarden en het inkoopproces van zorgverzekeraars te toetsen. Om toch enige uitgangspunten voor een soepel contracteerproces uiteen te zetten heeft de NZa in 2011 *Good Contracting Practices* gepubliceerd (zie paragraaf 3.2).

De NZa ontvangt een behoorlijk aantal klachten van zorgaanbieders over het contracteerproces. De zorgaanbieders tonen zich ontevreden over de rol van de zorgverzekeraar en de manier waarop verzekeraars hun inkooprol vervullen. De aanbieders ervaren de zorgverzekeraars als te machtig in de contractering. Daarover verderop in dit hoofdstuk meer.

In het NZa research paper 'Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?'<sup>4</sup> uit 2012 constateren de auteurs dat er in de zorginkoopmarkt voor medisch specialistische zorg nog geen sprake is van normaal economisch verkeer in de contractvoorwaarden zoals in andere sectoren gebruikelijk is. Een groot deel van de processen leken lange tijd nog op de situatie uit het verleden waarin inkomsten min of meer gegarandeerd waren en er nauwelijks sprake was van een economische contractrelatie. Een professionele contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergt echter een economische contractrelatie en geen min of meer gegarandeerde inkomsten. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hebben moeten wennen aan de nieuwe rol. Ook zorgverzekeraars zijn vaak nog onvoldoende toegerust op een inkoop op grotere schaal doordat zij werken met tamelijk kleine en gescheiden inkoopafdelingen met weinig medische adviseurs en een bedrijfsvoering gericht op het vergoeden van declaraties, aldus de auteurs van het paper.

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat een aantal zorgverzekeraars bezig is met interne reorganisatie van het inkoopproces. Zij trachten de contractcyclus te vervroegen en meer mensen te laten specialiseren op een specifieke zorgmarkt. Er lijkt een professionaliseringslag gemaakt te worden.

---

<sup>4</sup> R. Halbersma, J. van Manen en W. Sauter, *Zorg en financiering, 'De Verzekeraars als motor van het zorgstelsel'*.

## 3.2 Good Contracting Practices

Om de zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het inrichten van het contracteerproces is in december 2010 het document 'Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren' (hierna: GCP's) gepubliceerd. Dit document bevat een weergave van *best practices* waarin de zorgaanbieders (vrije beroepsbeoefenaren) en zorgverzekeraars zich tijdens onderlinge overleggen konden vinden. Vervolgens wordt een twaalfstal richtlijnen weergegeven die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hanteren om het contracteerproces soepel te laten verlopen. De GCP's zijn geen juridisch bindend instrument, maar dienen als handvat voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het contracteerproces onderling verder vorm te geven. De NZa kan op grond van de GCP's een zorgaanbieder of zorgverzekeraar dus niet dwingen om het contracteerproces aan te passen.

### 3.2.1 Opzet evaluatie

In het afgelopen jaar heeft de NZa onderzocht of er nog knelpunten worden ervaren wat betreft het contracteerproces. Hiervoor zijn de signalen geanalyseerd die de afgelopen jaren (2011- zomer 2013) over het contracteerproces bij de NZa zijn binnengekomen en zijn diverse verkennende gesprekken met betrokken partijen gevoerd.

Als onderdeel van deze evaluatie heeft de NZa de mogelijkheid aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars geboden om samen de belangrijkste knelpunten in het contracteerproces te bespreken. Uit deze bijeenkomst, die 12 december 2013 heeft plaatsgevonden zijn enkele concrete verbetervoorstellen gekomen. Op basis van de resultaten van de evaluatie zal worden besloten of en zo ja, op welke manier de NZa de GCP's gaat herzien.

Hoewel er nog veel onvrede blijkt te bestaan bij aanbieders over het contracteerproces, zijn de GCP's bij veel zorgaanbieders onbekend. Zo bleek uit een enquête voor de Quickscan farmacie dat 22% van de respondenten helemaal niet bekend was met de GCP's. Een derde wist van het bestaan, maar kende de inhoud niet. Deze onbekendheid kan in de farmacie deels worden verklaard doordat een groot aantal zorgaanbieders zich laat vertegenwoordigen tijdens de contracteerperiode. De meeste inkopers bij zorgverzekeraars zijn bekend met de GCP's en geven aan dat hun inkoopbeleid en procedures in lijn zijn met de aanbevelingen die hierin worden genoemd. Enkele brancheorganisaties van vrijgevestigde zorgaanbieders geven aan de status van de GCP's te willen verstevigen tot verplichte regels.

In de navolgende paragrafen komen de bevindingen uit de evaluatie van de GCP's, de gesprekken met zorgverzekeraars en de enquête onder zorgaanbieders over het proces van zorginkoop naar voren.

## 3.3 Ontevredenheid zorgaanbieders over de contracten

De NZa krijgt veel signalen (in de vorm van bijvoorbeeld brieven en e-mails) van zorgaanbieders binnen over de contractering. De klachten die in deze signalen worden benoemd hebben veelal betrekking op de *inhoud* van de zorginkoop. Bijvoorbeeld de hoogte van het geboden tarief, de contractvoorwaarden, geen contract kunnen sluiten, et cetera. De klachten over het *proces* van contracteren zijn minder talrijk.

In de beleving van de zorgaanbieders lijken proces en inhoud sterk verweven te zijn. Zorgaanbieders tonen zich ontevreden over hoe de zorgverzekeraar zich opstelt, zowel als het gaat om de inhoud, als in de bejegening tijdens de contracteerperiode. Zij voelen zich vaak niet gehoord door de zorgverzekeraars wanneer zij hun klachten met de verzekeraar willen bespreken.

### **3.3.1 Merendeel van de klachten afkomstig van logopedisten en fysiotherapeuten**

De meerderheid van de signalen is afkomstig van logopedisten en fysiotherapeuten (rond de 150 signalen voor deze sectoren samen). Deze signalen lijken veel op elkaar en zijn soms zelfs identiek. Bij de signalen van fysiotherapeuten speelt mee dat een branchevereniging haar leden had opgeroepen een klacht naar de NZa te sturen. Volgens een ledenpeiling van de branchevereniging stellen sommige fysiotherapeuten investeringen uit en overweegt een deel van de fysiotherapeuten te stoppen vanwege de contractering met de zorgverzekeraars.

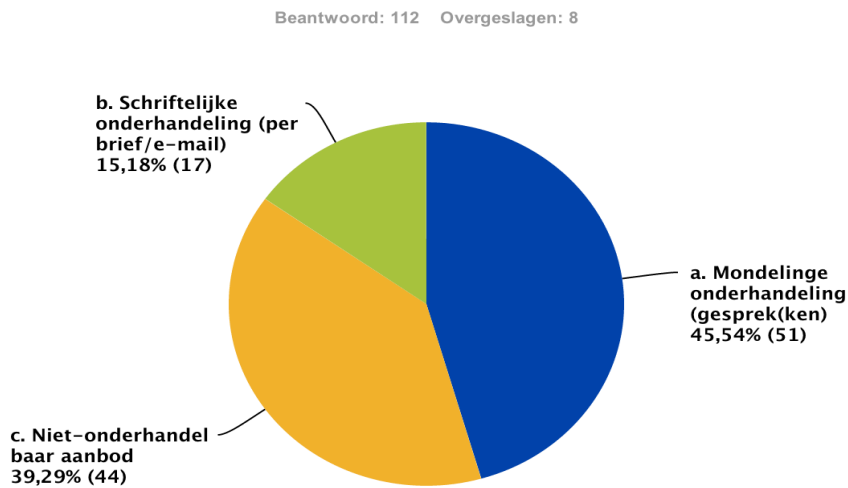
Over de sectoren mondzorg en farmacie zijn ook tientallen signalen binnengekomen. Vervolgens is er een relatief hoog aantal signalen over de GGZ. Ook over andere sectoren zijn signalen binnengekomen, maar dit zijn er slechts enkelen per sector. Het gaat met name om sectoren waarin de zorgverzekeraars standaardcontracten aanbieden en er weinig mogelijkheid wordt geboden om het contractaanbod in onderhandeling te wijzigen.

Als de zorgaanbieders grotere organisaties zijn (zoals ziekenhuizen, intra- en extramurale AWBZ en curatieve GGZ instellingen), verloopt de contractering vaak anders dan bij eerstelijns zorgaanbieders. In de afgelopen jaren is het contracteerproces hier steeds verder uitgekristalliseerd en geprofessionaliseerd. Dat verklaart wellicht waarom er tot nu toe weinig klachten van grotere instellingen zijn ontvangen. Een andere mogelijke verklaring is het kleinere verschil in onderhandelingsmacht dat grotere organisaties hebben ten opzichte van zorgverzekeraars dan de kleinere aanbieders.

### **3.3.2 (On)mogelijkheid tot onderhandelen**

Een veel voorkomende klacht bij met name eerstelijns beroepsbeoefenaren is dat de verzekeraars niet individueel willen onderhandelen. Vanwege het grote aantal zelfstandig werkende aanbieders zeggen verzekeraars dat het niet haalbaar is om individuele contractonderhandelingen te voeren en wordt er met standaardcontracten gewerkt. Sommige aanbieders spreken daarom van een 'slikken-of-stikken-contract' of 'tekenen bij het kruisje'. Veelal worden contracten volgens zorgverzekeraars wel gedifferentieerd ('top-' of 'plus-' contracten), maar heeft de aanbieder alsnog het gevoel te moeten tekenen bij het kruisje.

**Figuur 2. Vraag uit de online enquête: 'Hoe typeert u het zorginkoopproces met de dominante zorgverzekeraar?'**



Uit de enquête blijkt dat 41 van de 44 respondenten die aangeven een niet-onderhandelbaar bod te hebben gekregen van zorgverzekeraars, zelfstandige eerstelijnszorgverleners zijn.

### 3.3.3 Administratieve lasten door differentiatie

Een andere, veelgehoorde klacht van zorgaanbieders is dat de differentiatie in de contractvoorwaarden voor onnodige transactiekosten en coördinatieproblemen zorgt. Deze differentiatie kan bijvoorbeeld een bron zijn van administratieve lasten, aangezien verschillende typen contracten van verschillende zorgverzekeraars verschillende aanvullende eisen met zich meebrengen voor de zorgaanbieders.

Enige transactie- en coördinatiekosten zullen door de opzet van het stelsel met concurrerende zorgverzekeraars altijd blijven bestaan. Uit de gesprekken blijkt echter ook dat zorgverzekeraars de zorginkoop over het algemeen nog sterk per sector en regio organiseren. Dat kan coördinatieproblemen veroorzaken.

Een ander voorbeeld is de farmacie waar apothekers vaak twee contracten sluiten met dezelfde verzekeraar; één voor farmacie en één voor de hulpmiddelen. Het tijdspad en de inhoud van de contracten kan echter sterk verschillen.

### 3.3.4 Niet gecontracteerd worden

Verder komen er regelmatig klachten van aanbieders die geen contract van de zorgverzekeraar krijgen. Deze trend zal zich waarschijnlijk doorzetten. Het staat zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders in beginsel vrij om te bepalen met wie en onder welke voorwaarden zij een contract willen aangaan de zogenaamde contracteervrijheid. De zorgverzekeraar is hierin gebonden aan de zorgplicht. De zorgverzekeraar dient binnen de contracteervrijheid genoeg te contracteren voor de verzekerden.

### 3.3.5 Contractvoorwaarden

Een groot aantal klachten gaan over de inhoudelijke contractvoorwaarden die door de zorgverzekeraars worden opgelegd en die door de zorgaanbieders als onredelijk worden ervaren. Voorbeelden hiervan zijn: de geboden tarieven, de eis dat de declaratie van niet-

verzekerde zorg ook via de verzekeraar moet lopen, de eis dat niet-verzekerde zorg voor hetzelfde tarief als de verzekerde zorg moet worden aangeboden, het verplicht stellen van een audit-traject, een cursus of software-systeem waar kosten aan verbonden zijn, het meedoen aan een benchmark, geen inzicht in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar en verplichte eisen aan administratie.

### 3.4 Knelpunten in het contracteerproces

In het document GCP worden de richtlijnen voor goed contracteren ingedeeld in drie hoofdclusters: zorginkoop, transparantie en timing. Aan de hand van deze thema's worden in de volgende paragrafen gesignaleerde knelpunten toegelicht.

#### 3.4.1 Zorginkoop

Zorgverzekeraars hebben geregeld contact met de beroepsgroep over verschillende aspecten van de zorginkoop. Evaluatie van het zorginkoopproces door zorgverzekeraars en zorgaanbieders komt in veel van de zorgmarkten voor.

De NZa ontvangt regelmatig signalen van aanbieders dat zij de communicatie door de zorgverzekeraar als probleem ervaren. De problemen hebben betrekking op:

- Bereikbaarheid van de verzekeraar voor het stellen van vragen tijdens de contracteerperiode.
- Communicatie bij het aflopen van het contract. Enkele aanbieders gaven aan dat zij ten onrechte als gecontracteerde aanbieder op de site van de verzekeraar worden genoemd.
- Mate van transparantie bij het afwijzen van een contract, er wordt bijvoorbeeld geen reden gegeven voor het afwijzen van een contract of het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar wijzigt tijdens het proces.

#### 3.4.2 Transparantie

Zorgaanbieders gaven tijdens de evaluatie van de GCP's aan dat zij knelpunten ervaren met betrekking tot de transparantie van het contracteerproces. Er zijn signalen over het onvoldoende inzichtelijk maken van (kwaliteits)criteria voor de inkoop van zorg en plotselinge wijzigingen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar.

Een belangrijk en veel voorkomend signaal over transparantie is dat aanbieders menen dat zij op het moment dat de contracten ter tekening worden aangeboden te weinig informatie ter beschikking hebben om het contractvoorstel goed te kunnen beoordelen. Zorgaanbieders in de eerste lijn geven aan dat zij graag inzicht willen in de polisvoorwaarden zoals de aanspraak op zorg in de aanvullende verzekeringen en de restitutietarieven. Volgens deze aanbieders is het ontbreken van deze informatie een belemmering in de afweging of ze een overeenkomst willen sluiten met een zorgverzekeraar.

Een vergelijkbare, maar net iets andere, situatie doet zich voor wanneer de zorgaanbieder de gevolgen van het afsluiten van een contract niet kan inschatten doordat de contractvoorwaarden niet duidelijk zijn of niet vast liggen. Een voorbeeld van een signaal hierover is dat soms pas na het akkoord geven op het contract duidelijk wordt hoe hoog het toegekende omzetplafond is.

Het wel of niet afsluiten van een contract kan voor zorgaanbieders grote gevolgen hebben, het is daarom dat zij deze informatie wensen. Het is

echter ook zo dat een mate van onzekerheid over de gevolgen inherent is aan het sluiten van een overeenkomst.

Zorgverzekeraars gaven tijdens de gespreksronde aan dat zij indicaties hebben dat de contractvoorwaarden door sommige (met name kleine vrijgevestigde) zorgaanbieders niet altijd goed begrepen worden. Het gaat dan vooral om kleinere zorgaanbieders. Sommige zorgverzekeraars organiseren informatiebijeenkomsten om het inkoopbeleid aan zorgaanbieders toe te lichten. Een groot deel van de zorgaanbieders laat die bijeenkomsten aan zich voorbij gaan aldus de zorgverzekeraars. Daarnaast informeren zij zorgaanbieders via websites en e-mailcontact. De telefonische helpdeskfuncties worden uit kostenoverwegingen door een aantal zorgverzekeraars beperkt. Dit laatste wordt bevestigd door de klachten die aanbieders hebben over de bereikbaarheid van de zorgverzekeraars tijdens de contracteerperiode.

### 3.4.3 Timing

De zorginkoop voor 2014 is significant vervroegd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgverzekeraars zijn in alle zorgmarkten eerder begonnen met de onderhandelingen en het aanbieden van contracten. De contracteergraad lag daardoor in november 2013 fors hoger dan op hetzelfde moment in 2012. Als voorbeeld meldde een zorgverzekeraar in de eerste helft van november 2013 een (mondelinge of schriftelijke) overeenkomst te hebben met ruim 80% van de huisartsen. Dat was het jaar ervoor op dat tijdstip zo'n 1%. Het vervroegen van de contractering wordt zowel door zorgaanbieders als door zorgverzekeraars als positief ervaren.

#### *Onzekerheid over bestuurlijke beleidscyclus*

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat zij onzekerheid over het beleid als knelpunt ervaren in de contractering. Verzekeraars willen graag de laatste stand van zaken rond tarieven, prestaties en beleidsregels meenemen in de contractering. Nu komt het wel eens voor dat deze zaken ná 1 juli nog wijzigen, terwijl zorgverzekeraars op dat moment hun aanbiedingen hebben uitgewerkt en het inkoopbeleid vastgesteld. Wijzigingen in het beleid na deze datum zorgen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor onzekerheid. Deze onzekerheid kan invloed hebben op de voortgang van het contracteerproces.

Zorgverzekeraars geven bijvoorbeeld aan dat daardoor niet alle contracten op 19 november 2013 gesloten zouden kunnen worden. Hierdoor zouden zij hun verzekerden niet tijdig kunnen informeren.

Vrijwel alle zorginkopers noemen dit als een van de voornaamste knelpunten in de zorginkoop. Zelfs als het op korte termijn financieel ongunstiger is geven zorgverzekeraars de voorkeur aan helderheid vooraf. Hetzelfde signaal komt uit de richting van de zorgaanbieders.

#### *Reactietermijn*

Uit de onderhandelingen in 2011 en 2012 zijn situaties bekend waarin verzekeraars pas laat in het jaar overgingen tot het aanbieden van contracten. Om de contractering in 2013 vóór 19 november rond te krijgen hebben verzekeraars de contracten niet alleen eerder verstuurd, maar is volgens de aanbieders de reactietermijn sterk ingekort. Sinds de zomer / najaar van 2013 ontvangt de NZa hier ook signalen over. De zorgaanbieders en hun vertegenwoordigers vinden dat zij te weinig tijd hebben om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen aan de verzekeraar. De termijn die de verzekeraars bieden varieert tussen de



twee tot vijf weken. Ook zouden verzekeraars geen gehoor geven aan verzoeken tot uitstel van de termijn.

#### *Informatie over contracten voor consumenten*

Een ander probleem betreft de transparantie richting de verzekerden. Zorgaanbieders vinden dat zorgverzekeraars onduidelijk zijn richting hun verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod. In de gevallen dat de contracten pas laat in het jaar worden aangeboden en getekend, hebben de verzekerden geen zicht op het gecontracteerde aanbod van de zorgverzekeraars op het moment dat zij van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Voor zorgaanbieders kan dit betekenen dat zij een aantal trouwe klanten geen duidelijkheid kan geven over de vergoeding van de zorg in het volgende jaar. De vervroeging van de contracteercyclus kan dit probleem oplossen.

Enkele zorgverzekeraars meldden op hun beurt in tijds-klem te komen bij het contracteren van grote zorgaanbieders in hun regio. Deze aanbieders – waar de zorgverzekeraar graag een contract mee wil – zouden de wettelijke verplichting kunnen inzetten tijdens de onderhandelingen. Ze kunnen zich afwachtend opstellen tot de deadline bijna verstreken is waardoor de zorgverzekeraar wensen van de aanbieder wel moet inwilligen. Volgens een aantal zorgverzekeraars zou dit probleem opgelost kunnen worden door zorgaanbieders de verplichting te geven om voor een bepaalde datum een offerte te laten opleveren. Overigens kan de zorgverzekeraar vóór 19 november ook aan zijn verzekerden laten weten dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd, mits de zorgverzekeraar voldoet aan de zorgplicht.

### **3.5 Conclusies**

Uit de bevindingen over het proces van zorginkoop en contracteren vallen een aantal zaken op.

Het vervroegen van de contractering is een onverdeeld positief punt. Een verdere verbetering is mogelijk door het vervroegen van de beleidscyclus. De NZa heeft inmiddels haar ambitie aangekondigd<sup>5</sup> om haar eigen beleidscyclus vóór 1 juli af te ronden. Branchepartijen hebben positief gereageerd op het voornemen van de NZa om de eigen beleidscyclus te vervroegen.

Het grote aantal klachten van zorgaanbieders over de wijze van contractering en de macht van de zorgverzekeraar is opvallend en persistent. Het gaat dan bijvoorbeeld over zogeheten 'slikken of stikken' contracten. In het zorgstelsel bestaat contractvrijheid en daarmee ook geen verplichting voor zorgverzekeraars met elke individuele zorgaanbieder tot compromissen te komen over de contractvoorwaarden.

Daarnaast staat het zorgaanbieders vrij om zelf te besluiten om wel of niet akkoord te gaan met het voorgelegde contract. Indien dat er toe leidt dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd, kan de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoen. De zorgverzekeraar zal dan alsnog actie moeten ondernemen om tegen betere voorwaarden aanvullend zorg in te kopen. Tot nu toe is dit echter nog niet voorgekomen. Er zijn bij de NZa geen signalen bekend van grote

---

<sup>5</sup> Zie de publicatie Stand van de Zorgmarkten 2013: <http://www.nza.nl/publicaties/Voorlichting/voorlichting-2013/>.

aantallen zorgaanbieders die hun praktijk stopzetten en uittreden uit de markt. Dit jaar zal de NZa nader inzoomen op de zorginkoop bij eerstelijns zorgaanbieders in een aparte monitor.

Zowel de NZa als de Autoriteit Consument en Markt (ACM) hebben kenbaar gemaakt<sup>[1]</sup> dat inkoopmacht bij de zorgverzekeraar niet bezwaarlijk is zolang het voordeel wat hier door de zorgverzekeraar wordt bereikt naar de consument wordt doorgeleid bijvoorbeeld door lagere premies. De Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013 van de NZa toont aan dat de voordelen die zorgverzekeraars door een scherpe zorginkoop behalen daadwerkelijk heeft gezorgd voor lagere (of minder fors stijgende) premies. De zorgverzekeraar moet voldoen aan de zorgplicht en ervoor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen waar zij op basis van hun verzekeringspolis recht op hebben.

De consument kan via de keuze voor een zorgverzekeraar bepalen of het zorgpakket concurrerend is. Zo vertaalt de zorginkoop van de zorgverzekeraars zich in het voordeel voor de consument. Zolang het handelen van de zorgverzekeraar de zorgplicht niet in gevaar brengt en ten goede komt aan de consument, is het niet aan de NZa om in te grijpen in het proces. Een beperking van de contracteervrijheid van zorgverzekeraars zou met name de betaalbaarheid van de zorg onder druk zetten. Aangezien deze betaalbaarheid de laatste jaren flink onder druk staat zou juist het ontbreken van klachten over de stevige inzet van zorgverzekeraars een signaal kunnen zijn van een niet functionerende zorginkoop.

In het geval dat zorgaanbieders investeringen in kwaliteit en service uitstellen of terugschroeven, hoeft de zorgplicht van zorgverzekeraars an sich niet in het geding te zijn. Datzelfde is het geval als er zorgaanbieders uittreden uit de markt en het zorgaanbod minder groot wordt. Er kunnen immers situaties van overaanbod voorkomen. Zolang de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg boven de gestelde normen blijft, komt de zorgplicht niet in gevaar.

Opvallend zijn ook de mogelijke transactiekosten of coördinatieproblemen die zich kunnen voordoen bij zorgaanbieders als gevolg van verschillen in contracten, met name tussen contracten van één zorgverzekeraar. De interne afstemming bij sommige zorgverzekeraars tussen verschillende (inkoop)afdelingen lijkt voor verbetering vatbaar.

Er bestaan vraagtekens bij de transparantie en duidelijkheid van contractvoorwaarden. Sommige zorgaanbieders willen inzicht in de polisvoorwaarden van zorgverzekeringen. Deze aanbieders wensen vooraf inzicht in het alternatief voor het tekenen van het contract. Het is echter onderdeel van het normale ondernemersrisico dat daarin onzekerheid zit. Wel is het logisch dat een aanbieder de voorwaarden binnen het contract kent, voordat hij moet tekenen. Volgens de NZa zijn de polisvoorwaarden onderdeel van een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde. De zorgverzekeraar is daarom niet verplicht om deze voorwaarden ook tijdig aan de zorgaanbieders bekend te maken. De contractvoorwaarden dienen te voldoen aan de eisen van het Burgerlijk Wetboek en de Zvw en Wmg. De GCP's vormen daarbij in de huidige status een leidraad.

---

<sup>[1]</sup> Zie bijvoorbeeld NZa Marktscan Eerstelijns bewegingszorg 2013.

## 4. Zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars

Het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars wordt beschreven in dit hoofdstuk. Hierbij wordt ingegaan op de wijze van contracteren, de uitgangspunten die hierbij worden gehanteerd en de inzet van de onderhandelingen.

### 4.1 Gebruikte contractvormen

Zorgverzekeraars hanteren verschillende soorten contracten bij de zorginkoop. De vorm van het contract is met name afhankelijk van de aard en omvang van de zorgaanbieder, de complexiteit van de zorg en het wederzijdse belang dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben. Bij dat laatste gaat het bijvoorbeeld om de omzet die een zorgverzekeraar maakt bij een specifieke zorgaanbieder, zowel procentueel als absoluut.

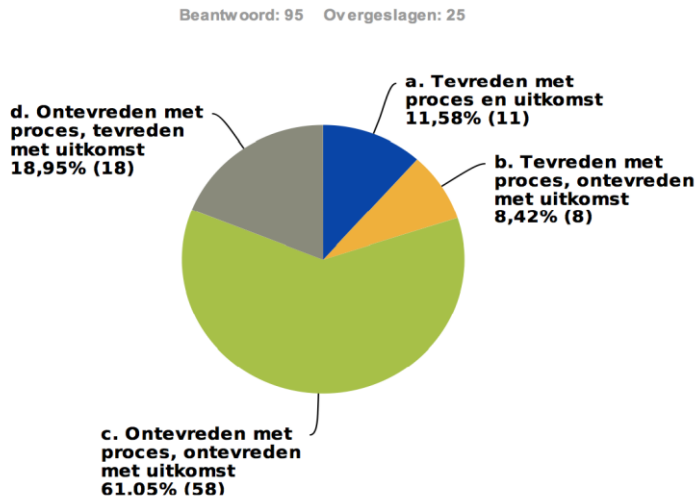
#### *Standaardcontract*

Vrijgevestigde en/of kleine zorgaanbieders krijgen doorgaans een standaard contract aangeboden. Sommige zorgverzekeraars hanteren in enkele zorgmarkten een systeem waarin zorgaanbieders bovenop het basiscontract in aanmerking komen voor extra opties (plus modules etc.) als zij voldoen aan specifieke eisen van de zorgverzekeraar. Denk daarbij aan eisen wat betreft doelmatigheid (zoals terughoudend doorverwijzen), kwaliteit (voldoen aan protocollen), service (gebruik van e-health) en samenwerking met andere zorgaanbieders of ondersteunende beroepen.

De standaard contracten worden doorgaans aangeboden zonder de mogelijkheid voor zorgaanbieders om de voorwaarden in het contract te wijzigen of daarover mondeling te onderhandelen. Zorgverzekeraars geven aan dat de transactiekosten van het onderhandelen met duizenden zorgaanbieders te hoog zijn en het hen aan capaciteit ontbreekt.

Veel zorgaanbieders protesteren hevig tegen het door hun ervaren gebrek aan onderhandelingsruimte. Dat blijkt ook uit de enquête onder zorgaanbieders.

**Figuur 3. Antwoord op de enquête vraag: Hoe waardeert u het onderhandelingsproces?**



Zorgaanbieders met een grote omzet en/of hoog gespecialiseerde zorg krijgen doorgaans een contract aangeboden met een aanneemsom of een overeenkomst waarin prijzen en volumes zijn afgesproken (PxQ) onder een omzetplafond.

#### *Anneemsom*

Anneemsommen werden door sommige zorgverzekeraars gebruikt, met name bij zorgaanbieders waar een grote wederzijdse afhankelijkheid bestond. Het risico lag daarin sterker bij de zorgverzekeraar zo is gebleken in 2012. Deze contractvorm creëert zekerheid vooraf die voor beide partijen waardevol is.

#### *PxQ contract met omzetplafond*

Nu de verwachting is dat de uitgaven aan zorg op verschillende zorgmarkten in 2012 lager uit zullen vallen dan oorspronkelijk geraamd, zijn zorgverzekeraars minder geneigd tegen aanneemsommen te contracteren. Deze contractvorm komt nog wel voor, maar in mindere mate ten faveure van contracten waarin prijzen en volumes (P en Q) worden afgesproken. Vrijwel altijd worden deze afspraken afgetopt met een omzetplafond. De verwachting is dat PxQ contracten uiteindelijk beter inzichtelijk zullen maken welke zorgaanbieders uitblinken in doelmatigheid en daarmee een efficiëntere allocatie van de zorgproductie tot stand brengen.

#### *Meerjarencontracten*

Een aantal zorgverzekeraars maakt gebruik van meerjarencontracten. Dit komt zowel voor bij vrijgevestigde zorgaanbieders als zorginstellingen. Een aantal zorgaanbieders zou graag meer gebruik maken van meerjarencontracten omdat zij verwachten dat dit efficiënter, bestendiger en positief voor langere termijn investeringen is. Dat vergt voldoende stabiel beleid van de overheid. Beperkte wijzigingen kunnen worden opgevangen in een addendum binnen de raamovereenkomst. Grotere wijzigingen zullen echter een dermate grote invloed op de zorginkoop hebben dat nieuwe afspraken noodzakelijk zijn. Dit wordt geïllustreerd door de meerjarencontracten die enkele zorgverzekeraars hebben afgesloten met huisartsen met als einddatum 2015. In 2015 wordt de bekostiging voor huisartsen hervormt wat nieuwe onderhandelingen noodzakelijk zal maken. Markten in transitie lenen zich dus minder goed voor meerjarenafspraken.

## 4.2 Stevige inzet zorgverzekeraars bij onderhandelingen over financiën

Om de financiële onderhandelingen over de zorginkoop beter te doorgronden deed de NZa onderzoek naar de uitkomsten van de onderhandelingen. Ter achtergrond worden enkele resultaten van dat onderzoek in onderstaand tekstkader weergegeven.

### Resultaten onderhandelingen zorginkoop

De NZa onderzocht de prijzen die zorgverzekeraars overeen zijn gekomen bij de zorginkoop MSZ. Dit gebeurde over de periode 2009 – 2011. Daaruit blijkt in grote lijnen dat zorgverzekeraars lagere prijzen afspreken naarmate het marktaandeel hoger is. Sommige verzekeraars zijn daardoor vrijwel altijd in staat lagere tarieven af te spreken dan de concurrentie. Inkoopmacht lijkt zich daarmee inderdaad te vertalen naar lagere inkoop tarieven. Ook uit eerder onderzoek kwam dit naar voren. Halbersma et al vonden dat een groot marktaandeel van een zorgverzekeraar bij een specifiek ziekenhuis betekent dat de kans groter is dat zij een lagere prijs kunnen realiseren.<sup>6</sup>

Daarnaast blijkt ook dat sommige zorgverzekeraars met veel inkoopmacht toch niet overal de laagste prijzen afdwingen. Ook de strategie in de onderhandelingen is dus van invloed op het resultaat.

Daarnaast blijken er verschillen per regio te bestaan. Interessant is daarbij dat de prijzen in Drenthe, Groningen en Flevoland onder het landelijk gemiddelde liggen. In Friesland en Gelderland liggen de prijzen boven het gemiddelde, in de andere provincies wisselt het beeld.

Voor de zorginkoop 2014 geven de zorgverzekeraars aan dat zij de onderhandelingen inzetten onder de maximale financiële groeirimte die in de hoofdlijnenakkoorden (HLA) zijn overeengekomen. Voor zorgaanbieders is de maximale groeirimte in het HLA doorgaans een minimum inzet. Zij interpreteren de maximale macro groeirimte als een soort recht op individuele groei. Dat is onterecht aldus enkele zorgverzekeraars. Voor hen geldt de maximale groeirimte als een uiterste grens voor de collectieve uitgaven. De afgesloten overeenkomsten liggen in de diverse markten ook onder deze maximale macro groeirimte.

Zorgaanbieders, met name in de eerste lijn, beklagen zich over de uitkomsten van de onderhandelingen. In markten zoals de logopedie, fysiotherapie en basis GGZ zijn contracten afgesloten met tariefafspraken die tot 15 – 25% onder het maximum tarief liggen aldus de onderhandelende partijen. Sommige brancheverenigingen verzoeken de NZa in te grijpen om de groeirimte uit de HLA's gestand te doen of contracteren onder de maximum tarieven in te perken.

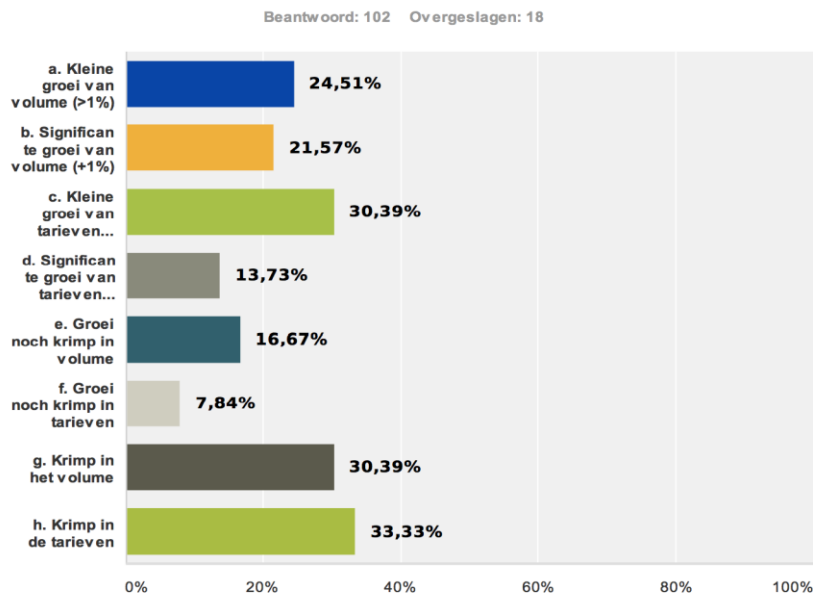
Hoewel de volumeontwikkeling in 2014 lastig te voorspellen is, hebben zorgverzekeraars de verwachting dat zij met de zorginkoop de uitgaven in 2014 daadwerkelijk onder de uitgavenplafonds kunnen houden. De stevige inzet van de zorgverzekeraars zorgt ook voor scherpere

<sup>6</sup> R.S. Halbersma, M.C. Mikkers, E. Motchenkova, I. Seinen. Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. European Journal of Health Economics, 19 september 2010.

onderhandelingstactieken van de andere zijde van de onderhandelingstafel.<sup>7</sup>

Uit de enquête blijkt dat zorgaanbieders wisselende verwachtingen hebben over de zorgomzet in 2014. Het totaalbeeld spreekt de verwachting van de zorgverzekeraars niet tegen.

**Figuur 4. Antwoorden op de enquête vraag: Verwacht u groei (in tarieven en/of volume) in 2014? (meerdere antwoorden mogelijk)**



Enkele kleinere zorgverzekeraars geven aan soms bewust een iets ruimer financieel bod te doen dan de grotere zorgverzekeraars. Niet alleen omdat zij minder inkoopmacht zouden bezitten, maar ook met het expliciete doel te investeren in de relatie met de zorgaanbieders om zo op andere punten zoals service aan patiënten gunstige voorwaarden te realiseren. Door een efficiëntere organisatie komen zij hiermee naar eigen zeggen vooralsnog niet in de problemen.

#### 4.2.1 Vragen bij het indexeringsbeleid

Zorgverzekeraars zijn verbaasd dat de tarieven in veel zorgmarkten ogenschijnlijk automatisch en ruimhartig geïndexeerd worden. Volgens hen is dat in deze tijden van economische neergang onnodig en afwijkend ten opzichte van de realiteit in andere sectoren.

In andere publieke sectoren zoals het onderwijs, politie en rijksambtenaren geldt al langer de nullijn, waarmee salarissen niet worden gecompenseerd voor inflatie. Het is dan ook opvallend dat de zorg, die ook vanuit publieke gelden wordt gefinancierd, wel gecompenseerd wordt, aldus enkele zorgverzekeraars.

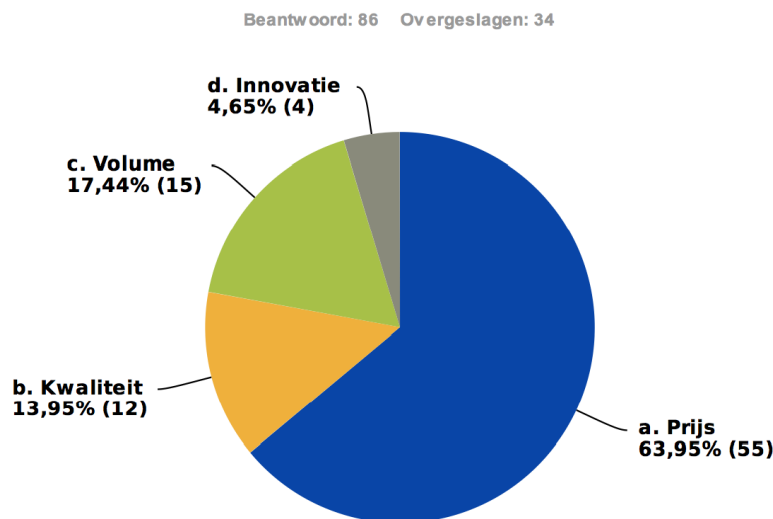
<sup>7</sup> Een voorbeeld is de tijdelijke opname stop voor Achmea verzekerden die het UMC Radboud eind 2013 afkondigde. Zie het nieuwsbericht 'Radboudumc hanteert opnamestop cliënten Achmea' van 9 december 2013: <http://www.skivr.nl>.

Daarbij komt dat bij het jaarlijks aanpassen van de tarieven momenteel geen rekening wordt gehouden met een toenemende doelmatigheid in de sector. Pas bij een volgend kostenonderzoek worden doelmatigheidswinsten verdisconteerd in tarieven.

### 4.3 Niet-financiële aspecten van ondergeschikt belang

Financiële aspecten zijn ook voor 2014 nog dominant in de zorginkoop. Dat geven zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aan. Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen ook aan de orde, maar hebben een lagere prioriteit. De hoofdlijnakkoorden worden vaak gezien als oorzaak voor een hernieuwde focus op de prijs ten koste van de niet-financiële aspecten.

**Figuur 5. Antwoorden op de enquête vraag: Waar lag het zwaartepunt van de onderhandelingen?**



Er worden wel afspraken gemaakt over bijvoorbeeld veiligheid, service en e-health, maar deze afspraken zijn vrij standaard en vinden vaak buiten het contracteerproces plaats. Bij eerstelijnszorgaanbieders zoals huisartsen en paramedische zorgaanbieders vereisen de zorgverzekeraars bijvoorbeeld multidisciplinaire samenwerking of ondersteuning om in aanmerking te komen voor extra vergoedingen.

De patiënten federatie NPCF geeft aan bezorgd te zijn over het gebrek aan inzicht dat zij ervaren bij de wijze waarop zorgverzekeraars kwaliteit laten meewegen in de zorginkoop. Patiënten hebben volgens de federatie onvoldoende zicht op de gebruikte indicatoren in het inkoopbeleid en kunnen deze nauwelijks onderling vergelijken.

### 4.4 Toename selectieve inkoop

Met selectieve inkoop wordt bedoeld het selecteren van zorgaanbieders voor de verzekerde. Die selectie kan betekenen dat een zorgaanbieder die niet voldoet aan gekozen criteria niet wordt ingekocht, dat er van een bepaalde behandeling minder wordt ingekocht of dat verzekerden worden geprikkeld om elders de zorg te gebruiken. In het hoofdlijnakkoord is de afspraak gemaakt dat er selectiever gaat worden

ingekocht. Hierbij is afgesproken dat er wordt gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik.

Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars blijkt dat de selectieve zorginkoop een voorzichtige groei doormaakt. Er zijn omstandigheden die selectieve inkoop belemmeren, tegelijkertijd zijn er factoren die selectieve inkoop bevorderen. Per saldo levert dit een beperkte groei op, met name in de medisch specialistische zorg. In deze paragraaf wordt deze context verder toegelicht. Algemeen beeld is dat de zorgverzekeraars met name richting toekomst meer en meer willen inzetten op selectieve inkoop.

Selectieve inkoop vindt onder meer plaats bij specifieke behandelingen in de medisch specialistische zorg zoals borstkankeroperaties of bariatrische ingrepen. Een aantal zorgverzekeraars koopt deze zorg alleen nog in bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep, vaak met name gericht op het aantal ingrepen dat een behandelteam per jaar verricht. Ziekenhuizen die niet voldoen aan deze eisen worden niet meer gecontracteerd voor deze ingreep, of het volume van behandelingen wordt sterker gereguleerd.

Daarnaast worden regelmatig aanvullende eisen gesteld aan zorgverleners om in aanmerking te komen voor extra vergoeding en een aanbeveling van de zorgverzekeraar aan haar verzekerden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan praktijken fysiotherapie die werken met specifieke behandeltrajecten die zijn overeengekomen met de zorgverzekeraar en waarvoor afspraken en indicatoren voor uitkomsten gelden. Ook de aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen bij het hoofdbehandelaarschap in de GGZ zijn een vorm van selectieve inkoop.

#### *Budgetpolissen of selectiepolissen*

Ten slotte bieden steeds meer zorgverzekeraars zogenoemde 'budgetpolissen' of selectie polissen aan. Verzekeraars schatten in dat dit een groeiemarkt is vanwege een scherper kostenbewustzijn bij consumenten. Recente berichten in de media na de overstap periode temperen de verwachtingen over de populariteit van deze polissen<sup>8</sup>. Bij een budgetpolis kiest de verzekerde ervoor niet-spoedeisende zorg slechts bij een beperkt aantal zorgaanbieders te kunnen genieten in ruil voor een lagere premie. Verzekeraars verwachten dat deze polissen zowel kosten besparen als de kwaliteit van zorg verhogen.

Theoretisch bestaat de mogelijkheid dat zorgverzekeraars via de zorginkoop proberen verzekerden met lage risico's te selecteren. Bijvoorbeeld door specifieke zorg niet in te kopen of te selecteren op zorgaanbieders die zich richten op een bepaalde groep. De NZa houdt rekening met dit risico in haar toezicht op de zorgplicht en de acceptatieplicht. De NZa heeft overigens tot op heden geen signalen dat er risicoselectie plaatsvindt die in strijd is met de wet.

#### *Beperkingen voor selectieve inkoop*

Zorgverzekeraars geven aan dat een vergoeding van 75% van het marktconforme tarief het selectief inkopen beperkt. Zorgaanbieders blijken vaak voor 75% tot 80% van het passantentariaf uit te kunnen.

---

<sup>8</sup> Klant mijdt goedkope zorgpolis. Trouw 29 januari 2014.  
<http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/3585740/2014/01/29/Klant-mijdt-goedkope-zorgpolis.dhtml>.



Omdat de rechter in een aantal zaken recent heeft aangegeven dat lagere vergoedingen een hinderpaal vormen en daarom niet zijn toegestaan betekent dit dat de zorgverzekeraar in die gevallen een sturingsmiddel mist. Als een aanbieder die niet aan de eisen voldoet, toch een dusdanige vergoeding ontvangt dat het loont om geen contract te sluiten, is het voor de zorgverzekeraar niet goed mogelijk te sturen.

#### *Meer inzicht nodig in criteria voor selectieve inkoop*

Zorgverzekeraars geven aan dat selectieve inkoop op transparante, objectieve en non-discriminatoire wijze moet plaatsvinden. Om op deze wijze in te kopen is er behoefte aan duidelijke criteria. Naast prijs zijn kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik belangrijke criteria om op objectieve wijze de selectie te kunnen maken. Veel verzekeraars geven aan dat er, naast prijs, nog onvoldoende inzicht is in zaken als kwaliteit en doelmatigheid om daar echt selectief op te kunnen inkopen.

Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars in toenemende mate gebruik maken van spiegelinformatie bij het vergelijken van de resultaten van zorgaanbieders. De hoeveelheid en de kwaliteit van de vergelijkingsdata neemt toe en het niveau van de gesprekken daarover met zorgaanbieders bijgevolg ook. Het gaat dan bijvoorbeeld om verwijzingsdata, praktijkvariatie in de behandelduur en/of gezondheidsresultaten van een populatie.

#### *Meer praktijknormen en richtlijnen beschikbaar*

De richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen en praktijknormen zijn vaak leidraad bij de selectieve zorginkoop om in aanmerking te komen voor een contract. Dit betekent met name in de medisch specialistische zorg dat waar deze normen niet gehaald worden, niet wordt gecontracteerd. In de praktijk blijkt echter dat dergelijke zorg al snel ook niet meer wordt geleverd door de betreffende aanbieder. De normen van de beroepsgroep worden doorgaans als minimum normen gezien.

#### *Focus ligt op kernwerkgebied*

Alle verzekeraars zeggen zich nog steeds voornamelijk te focussen op hun eigen werkgebied, regio en instellingen. Verreweg de meeste aandacht gaat uit naar de zorgaanbieders waarbij de zorgverzekeraar in kwestie het grootste marktaandeel heeft. Veel zorgverzekeraars, zeker de kleinere, geven aan de overeenkomst met de dominante verzekeraar in grote lijnen te volgen bij zorgaanbieders met een kleinere omzet of aandeel in de schadelast. Verzekeraars met een klein marktaandeel lopen het risico minder onderhandelingsruimte te hebben aangezien zij vaak als laatste aan tafel zitten.

De afschaffing van de ex-post risicoverevening, voor verstrekkingen waarvoor de ex-ante verevening nog geen goede voorspeller is van toekomstige zorgkosten, kan het voor kleinere zorgverzekeraars lastig maken om een verzekerdenpopulatie met hoge risico's te compenseren met lagere risico's. Volgens enkele kleinere zorgverzekeraars is dat verlies met een scherpe zorginkoop niet goed te maken. Overigens kunnen ook goede risico's zich bij kleinere zorgverzekeraars concentreren.

#### *Selectief contracteren kent ook risico's voor zorgverzekeraar*

Zorgverzekeraars zien naast de voordelen van selectief contracteren ook risico's. Een risico dat zorgverzekeraars zien is dat consumenten weglopen als 'hun ziekenhuis' niet is gecontracteerd. Ander risico is mogelijke reputatieschade als er discussie ontstaat over een selectie criterium als kwaliteit. Dit speelt met name als andere

zorgverzekeraars de betreffende aanbieder nog wel contracteren voor de betreffende zorg.

#### 4.5 Toetreders moeten zich bewijzen

Nieuwe aanbieders, met name in de GGZ en paramedische zorg, moeten zich doorgaans bewijzen voordat zij een contract krijgen. Door te voldoen aan kwaliteitsnormen, doelmatigheidseisen en soms omzeldrempels. Sommige verzekeraars geven nieuwe toetreders in het eerste jaar altijd slechts een basiscontract, anderen laten hen eerst alleen in de restitutie toe. Volgens de zorgverzekeraars is er nog steeds voldoende toetreding op verschillende zorgmarkten. De NZa ontvangt wel signalen van nieuwe zorgaanbieders die zich beklagen over de volgens hen hoge en soms contraproductieve eisen bij het toekennen van een contract.

#### 4.6 Rol dubieuze declaraties en fraude in zorginkoop

De publieke aandacht voor dubieuze declaraties en fraude neemt duidelijk toe. Eind december 2013 heeft de NZa het tussenrapport onderzoek zorgfraude gepubliceerd<sup>9</sup>. Uit dit onderzoek blijkt dat voor preventie van fraude ook een belangrijke rol is weggelegd voor de zorginkopers.

Bij de zorginkoop maakt de zorgverzekeraar afspraken met zorgaanbieders over zaken als gepast gebruik, declaratievoorwaarden en zaken zoals het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Deze afspraken worden bij de materiële controle gecontroleerd. Bij de materiële controles kunnen de zorgverzekeraars immers vaststellen of de overeengekomen zorg daadwerkelijk is geleverd, en of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

De bevindingen uit de materiële controles kunnen vervolgens worden ingezet bij de zorginkoop. Zo kan de zorgverzekeraar besluiten aanvullende afspraken te maken met een zorgaanbieder die afwijkend declareert of, in het geval van een frauderende aanbieder, deze niet langer contracteren.

Om goed gebruik te kunnen maken van de uitkomsten van de controleactiviteiten bij de zorginkoop is het noodzakelijk dat hier door zorgverzekeraars voldoende in wordt geïnvesteerd. Uit de bevindingen uit het fraudeonderzoek blijkt dat zorgverzekeraars de afgelopen jaren hebben ingezet op verdere professionalisering van deze onderzoeken, zowel op organisatorisch als uitvoeringsgebied<sup>10</sup>. Ondanks deze slag constateert de NZa in het onderzoek dat een aantal verzekeraars een onvoldoende scoort op verschillende controlewerkzaamheden, al zijn er verschillen tussen verschillende zorgverzekeraars.

Een belangrijk knelpunt hierbij is dat zorgverzekeraars bij hun controles gebruik maken van risicoanalyses waarin specifieke frauderisico's niet altijd concreet zijn opgenomen. Uit het onderzoek over de

---

<sup>9</sup> Zie Rapport Onderzoek Zorgfraude: <http://www.nza.nl/publicaties/rapporten/2013/>.

<sup>10</sup> De NZa voert jaarlijks rechtmatigheidsonderzoek uit en controleert daarin of verzekeraars hun controlewerk goed doen.

vereveningsopgave 2011 blijkt dat zorgfraudeonderzoek niet altijd integraal onderdeel uitmaakt van de bedrijfsvoering. Hoewel zorgverzekeraars zich in toenemende mate oriënteren op de inzet van moderne controletechnieken (bijvoorbeeld *datamining*), zijn deze nog in onvoldoende mate uitgerold. Ook kan er nog vaker gebruik worden gemaakt van spiegelinformatie bij de zorginkoop. Daaruit kunnen opvallende verschillen tussen zorgaanbieders naar voren komen die aanleiding kunnen vormen voor nader onderzoek.

Zorgverzekeraars betrekken gepast gebruik in toenemende mate bij de zorginkoop. Echter de mate waarin de uitkomsten uit signalen, materiële en formele controles en onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik werden ingezet bij de zorginkoop, is tot nu toe sterk voor verbetering vatbaar. Juist door het betrekken van deze uitkomsten, kunnen risico's aan de voorkant worden verkleind.

Uit de gesprekken die met de zorginkopers zijn gehouden blijkt tot slot dat enkele zorgverzekeraars zorgen hebben over het DBC-systeem in de GGZ. Dat leent zich volgens deze inkopers voor creatief declareren, wat zou blijken uit het declaratiepatroon. Daarin komen steeds pieken in het volume voor net ná het begin van een nieuwe, duurdere tijdsklasse.

## 4.7 Conclusies

De zorginkoop werkt goed. Verzekeraars kopen voldoende zorg in voor hun verzekerden. De inkoop van zorg vindt selectief plaats en daarbij verliezen zorgverzekeraars hun zorgplicht niet uit het oog. Dit alles heeft een gunstig effect op de premies voor de consument.

In het zorginkoopbeleid valt op dat er stevig wordt ingezet door zorgverzekeraars op de tarieven en omzetten. Er wordt vaker ingezet en gecontracteerd onder de maximumtarieven die door de NZa worden vastgesteld. Dat wijst op een onafhankelijker rol van de verzekeraar, zoals ook voorzien in het zorgstelsel. Ook de toename van selectieve inkoop, al worden de kansen hierbij nog niet ten volle benut, wijst hierop.

De ruimte voor de groei van uitgaven die is afgesproken in de Hoofdpijnen Akkoorden gelden als maximum. Het staat partijen vrij om overeenkomsten te sluiten waarin een lagere omzetgroei wordt afgesproken. Datzelfde geldt voor tariefafspraken die onder de maximum tarieven van de NZa liggen. Gezien de taak van de NZa om de betaalbaarheid van de zorg te bewaken, is contractering onder de afgesproken maxima geen probleem mits aan de zorgplicht wordt voldaan.

De rechter heeft in een aantal recente zaken aangegeven dat lagere vergoedingen dan 75% tot 80% een hinderpaal vormen om zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder te betrekken en daarom niet zijn toegestaan. Dit wijkt af van de visie van de NZa, volgens welke een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg boven nul euro/nul procent is toegestaan. Als een verzekeraar wordt verplicht om minimaal 75% te vergoeden, wordt hij beperkt in zijn mogelijkheid om selectief in te kopen. De NZa vindt het daarom belangrijk dat artikel 13 Zvw wordt uitgelegd zoals het nu al is opgeschreven in de wet, namelijk dat de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen (wat inhoudt dat een vergoeding boven nul euro/nul procent is toegestaan). Daarnaast is het voor een goede werking van het stelsel van belang om het ook mogelijk te maken dat bij niet gecontracteerde zorg de zorgverzekeraar ervoor kan kiezen om

helemaal niets te vergoeden. De verschillen tussen de zorgpakketten en de premies nemen zo toe en niet alle verzekerden hoeven dan mee te betalen voor zorg geleverd door zorgaanbieders die een lagere kwaliteit of minder doelmatig zorg leveren. Op dit moment is er een wetsvoorstel in behandeling dat dit mogelijk maakt. In het Bestuurlijk akkoord staat dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de patiëntenvertegenwoordigers de wijziging van artikel 13 hebben gesteund als onderdeel van afspraken over een *level playing field* in de zorg.<sup>11</sup>

Wat betreft het indexeren van tarieven zijn er vragen gesteld door zorgverzekeraars. De NZa heeft deze vragen ook geadresseerd in de meest recente publicatie over de Stand van de Zorgmarkten<sup>12</sup>. Zij heeft reeds aangekondigd zich hier op te beraden. In de loop van 2014 zal de NZa hierover een visie kenbaar maken.

Er zijn signalen van nieuwe aanbieders in de GGZ en medische specialistische zorg die vinden dat zorgverzekeraars vooral bestaande aanbieders contracteren. Dat is weliswaar een vrije keuze van de zorgverzekeraar, maar de NZa wijst er op dat juist toetreders voor een gewenste dynamiek in de markt kunnen zorgen.

Tot slot heeft de NZa in het eerder genoemde frauderapport een aantal aanbevelingen gedaan om dubieuze declaraties en fraude te voorkomen en op te sporen. De zorgverzekeraars hebben met de nieuwe declaratieregels meer middelen gekregen om formele/materiële controles uit te voeren.

---

<sup>11</sup> Een brief 17 januari 2014 van de Vereniging EersteLijns Organisaties (VELO) aan de minister van VWS nuanceert de positie van deze brancheorganisaties op dit punt.

<sup>12</sup> Zie: <http://www.nza.nl/104107/426385/Stand-van-de-zorgmarkten-2013>

## 5. (Deel-) marktontwikkelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste marktontwikkelingen op de verschillende deelmarkten. De conclusie bevat de volgens de NZa meest opvallende zaken en relevant beleid.

### 5.1 Contracteergraad toegenomen

Zoals voorgaand beschreven zijn er significant meer overeenkomsten getekend en/of overeengekomen dan een jaar eerder op hetzelfde tijdstip. Dit geldt voor de meeste deelmarkten, zoals MSZ, GGZ, huisartsen en ketenzorg.

Tegelijk is een trend waar te nemen waarin een toenemend aantal kleinere zorgverleners geen contract wil tekenen. Dat gebeurt uit onvrede met het geboden tarief of de aanvullende eisen. Denk daarbij aan aanbieders van fysiotherapie, logopedie en mondzorg. Zij denken met restitutie en/of 60-80% van het marktconforme tarief uit te komen. Het scheelt bovendien transactiekosten. Verzekeraars betreuren dit omdat deze zorgaanbieders zich aan geen enkele aanvullende afspraak over kwaliteit, doelmatigheid, innovatie of service hoeven te houden.

### 5.2 Zorginkoop MSZ in complexe omstandigheden

De zorgverzekeraars zetten over het algemeen stevig in tijdens de onderhandelingen over medisch specialistische zorg; onder de maximumtarieven van de NZa en onder de groeiruimte uit de Hoofdlijnen Akkoorden. Het lijkt erop dat zij er in slagen dit ook vast te leggen.

Volgens de zorgverzekeraars hebben de Hoofdlijnen Akkoorden, kostenonderzoeken en maximum tarieven van de NZa een richtinggevend effect in de onderhandelingen. Het is een bodem voor aanbieders en een plafond voor verzekeraars. Toch wijken zorgverzekeraars, met name de grotere, er soms van af in het eerste bod.

Enkele zorgverzekeraars geven aan dat met name de volumeontwikkeling onvoorspelbaar is in deze tijd. Het is niet eenvoudig de kwaliteit ('Q') te begrenzen omdat verzekerden zich nauwelijks laten sturen. Vooral nog zijn de verschillen in kwaliteit, zou die al aantoonbaar zijn, nauwelijks een onderscheidend criterium. Ook bij substitutie naar de eerste lijn blijkt het weerbarstig om het volume dan ook in de tweede lijn te laten dalen. De reden daarvoor ligt onder meer in de verschillen in de bekostigingssystemen tussen de eerste en tweede lijn en het feit dat zorginkoop nog veelal over de totale omzet gaat (aanneemsom of omzetplafond) en in mindere mate over specifieke behandeltrajecten.

De transitie naar een nieuw bekostigingssysteem (DOT) belemmert het inzicht in de werkelijke kosten en prijzen van zorgproducten. Voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geldt dat het inzicht in de producten zich verder moet uitkristalliseren. In 2012 speelde dat vooral, in 2013 is het inzicht al fors toegenomen. Het maakt vergelijkingen van zowel prijs (P) als Q over de jaren 2012 en 2013 echter wel lastig. Dat heeft ook een negatief effect (gehad) op de zorginkoop.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders roepen op ondanks de imperfecties in de huidige productstructuur geen grote veranderingen aan te brengen. Een stabiele omgeving geeft ruimte om het inzicht (zoals de werkelijke kosten van een zorgproduct) in de productstructuur te vergroten en zorgt daarmee voor effectievere zorginkoop.

### **5.2.1 Consolidatie bij Zelfstandig Behandelcentra**

In de recente Marktscan Medisch Specialistische Zorg staat dat het aantal zelfstandige behandelcentra (hierna ZBC's) toenam in 2013<sup>13</sup>. Volgens een zorgverzekeraar verandert dat in 2014. Het aantal ZBC's dat zij contracteerden voor 2014 nam af, de omzet van ZBC's in het totaal blijft naar verwachting ongeveer gelijk. Volgens deze zorgverzekeraar lijkt er een consolidatie gaande. Een deel van de niet-gecontracteerde ZBC's voldeed niet aan de inkoop-eisen van de zorgverzekeraars op het gebied van administratie en kwaliteit en bleef te klein om een betrouwbare bedrijfsvoering op te bouwen.

Enkele zorgverzekeraars maken lange termijn afspraken met ZBC's zodat deze aanbieders kunnen groeien en een alternatief kunnen vormen voor ziekenhuizen.

## **5.3 Huisartsenzorg anticipeert op nieuwe bekostiging 2015**

De huisartsenzorg wacht op nieuwe bekostiging vanaf 2015. Vrijwel alle verzekeraars zeggen nauwelijks wijzigingen aan te brengen in de inhoud van de zorginkoop van huisartsenzorg. Dit om de rust te bewaren voor de mogelijke veranderingen in de bekostiging in 2015. De zorgverzekeraars geven aan hoopvol uit te kijken en te anticiperen op de nieuwe bekostiging voor de eerste lijn. Verzekeraars hopen dat het makkelijker wordt substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen en betere uitkomsten te belonen. De huidige 'kerstboom aan prestaties' zou dan moeten plaatsmaken of tot het verleden behoren, aldus de zorgverzekeraars. Zij uiten twijfels bij het onderscheidend vermogen van de huidige prestaties en modules in de bekostiging, en noemen als voorbeeld de innovatie module die nu vrijwel standaard wordt gebruikt.

In toenemende mate wordt informatie van huisartsen vergeleken en wordt spiegelinformatie teruggegeven. Benchmarks zijn het beste vergelijkbaar indien er niet teveel factoren tegelijk veranderen op de markt.

Zowel huisartsen als verzekeraars lijken geneigd contracten voor een langere termijn aan te gaan. Enkele zorgverzekeraars hebben dit soort meerjarige contracten al met een groot deel van de huisartsen. 2015 wordt daarbij wel een nieuw ijk jaar.

De kwaliteitseisen die zorgverzekeraars aan huisartsen stellen, betreffen met name de professionele organisatie en samenwerking met andere disciplines. Daarmee kan worden ingezet op substitutie van zorg uit de tweede lijn.

---

<sup>13</sup> Zie NZa Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2013 pag. 30:  
<http://www.nza.nl/publicaties/Monitordocumenten/monitors-marktscans-2013/>.

## 5.4 Volop dynamiek in de GGZ

De GGZ sector kent, in vergelijking met andere sectoren, een grote dynamiek in de zorginkoop voor 2014. De invoering van basis GGZ, het scherpe inkoopbeleid van zorgverzekeraars en het hoofdbehandelaarschap<sup>14</sup> betreffen grote veranderingen en leiden tot onzekerheid en vragen bij zorgaanbieders. De verhoudingen tussen aanbieders en verzekeraars lijken gespannen: er is een groot aantal klachten geuit in de enquête. Ook in de media is veel aandacht voor de zorginkoop van GGZ zorg. Volgens de zorgverzekeraars zijn de verhoudingen in werkelijkheid minder slecht dan dat ze lijken. De onderhandelingen over zorginkoop winnen aan inhoud en kennis de laatste jaren zo vinden zij. Zorgaanbieders zijn kritischer; het overgrote deel van de aanbieders (inclusief de vrijgevestigde aanbieders) geeft wel aan graag een contract te willen sluiten.

Met name in de GGZ gaan de zorgverzekeraars niet mee met de tariefstijging van 6% uit het kostenonderzoek<sup>15</sup> van de NZa. Gemiddeld lijken de zorgverzekeraars slechts een groei van 1% + indexering toe te staan.

Er is een grote praktijk- en regiovariatie, waarbij opnames en ligduur gerelateerd lijken aan historisch gegroeide lokale beddenscapaciteit. Naar eigen zeggen is het voor zorgverzekeraars vaak onvoldoende duidelijk wat er wordt gedaan in de GGZ en wat de kwaliteit hiervan is. Aanbieders leveren onvoldoende informatie aan voor een benchmark. Volgens enkele zorgverzekeraars is de productstructuur in de GGZ te grofmazig en is het daardoor te complex om te bepalen of een aanbieder doelmatig werkt en dus om selectief in te kopen.

### 5.4.1 Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ

Per 1 januari 2014 bestaat een nieuwe indeling van de curatieve GGZ namelijk de Basis GGZ (BGGZ) en de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ). De gewijzigde indeling zorgt voor een verschuiving van patiënten van de Gespecialiseerde GGZ naar de Basis GGZ en de huisarts. De Basis GGZ omvat de voorheen aanwezige Eerstelijns Psychologische zorg, plus patiënten met een lichte of matige, niet-complexe ggz problematiek en/of chronische (stabiele problematiek) die voorheen in de Gespecialiseerde GGZ zouden zijn behandeld.

De Minister is met alle veldpartijen overeengekomen dat de introductie van de Basis GGZ moet leiden tot een verschuiving van tenminste 20% van de patiënten vanuit de Gespecialiseerde GGZ naar de Basis GGZ. Op die manier moet de introductie van de Basis GGZ de kwaliteit en kostenbeheersing van de GGZ waarborgen.

---

<sup>14</sup> De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten. Daarnaast is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject. De hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd.

<sup>15</sup> In 2013 zijn de tarieven in de curatieve GGZ herijkt op basis van een kostenonderzoek. Op basis van het kostenonderzoek zijn de maximumtarieven voor de sector als totaal met ongeveer 6% gestegen.

Verzekeraars zijn het eens met de doelstellingen van de introductie van de Basis GGZ maar geven aan twijfels te hebben over de mate waarin de Basis GGZ in 2014 geëquipeerd is om aan de verwachtingen te voldoen. Het inkoopbeleid van verzekeraars is geënt op het geven van prikkels om de benodigde organisatie te bewerkstelligen.

Specifiek uit zich dit bij vrijwel alle verzekeraars in de vorm van een basistarief dat lager ligt dan het maximum, waarbij opslagen op het tarief 'verdiend' kunnen worden als voldaan wordt aan specifieke kwaliteits- of organisatie-criteria. Een voorbeeld hiervan is een opslag op het basistarief voor intensieve samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio.

Hoewel de tarieven in de Basis GGZ integraal zijn, is door de verzekeraars teruggerekend naar een uurtarief, via de richttijd van het product zoals aangegeven in de NZa-beleidsregel 'Generalistische Basis GGZ'<sup>16</sup>.

#### **5.4.2 Het hoofdbehandelaarschap**

Alle zorgverzekeraars geven aan dat ze aanvullende eisen stellen aan het hoofdbehandelaarschap. Dit gebeurt zowel voor de Basis GGZ als de Gespecialiseerde GGZ. Voor de Gespecialiseerde GGZ wordt door de verzekeraar over het algemeen als voorwaarde gesteld dat een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar moet zijn. Voor de Basis GGZ worden deze drie bijvoorbeeld aangevuld met de GZ-psycholoog. Er wordt nu nauwkeuring vastgelegd wie behandelt en wie via de verlengde arm mag behandelen. Zorgverzekeraars stellen deze voorwaarden om de kwaliteit van de zorg te borgen en de volumegroei te controleren.

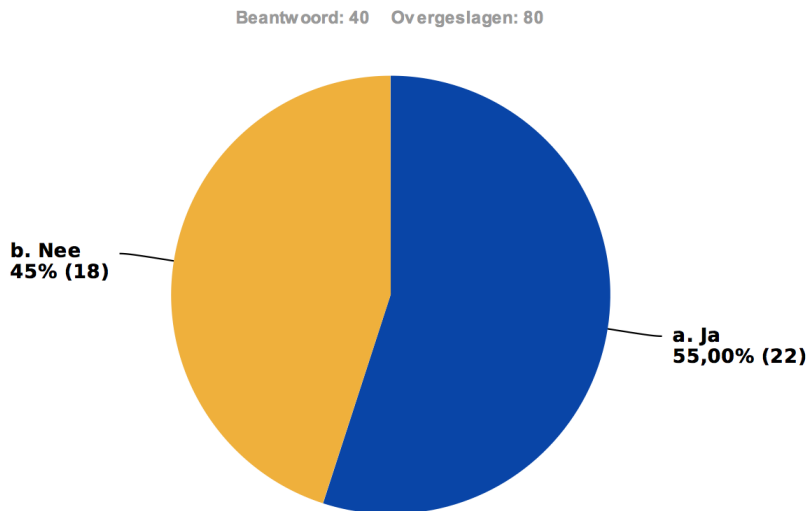
Een groot deel van de zorgaanbieders geeft aan moeilijkheden te verwachten bij het voldoen aan deze eisen. Volgens de branchevereniging van GGZ aanbieders zorgt de variëteit in definities die de verschillende zorgverzekeraars hanteren voor problemen. De onderstaande figuur geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders moeilijkheden verwachten.

---

<sup>16</sup> BR/CU-5091.



**Figuur 6. Antwoord op de enquête vraag: 'bent u in staat te voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraar aangaande het hoofdbehandelaarschap in de GGZ?'**



## 5.5 Geen inhoudelijke zorginkoop in de mondzorg

In de mondzorg markt is de invloed van het vrije prijzen experiment dat werd teruggedraaid nog zichtbaar. Tandartsen tekenen nauwelijks contracten, ook als zorgverzekeraars daar wel de mogelijkheid toe bieden. De contracten die afgesloten worden zijn met name gericht op administratieve zaken en hebben inhoudelijk weinig om het lijf.

Sommige zorgverzekeraars betreuren dat het experiment met vrije tarieven snel is afgeblazen. Zij hadden en hebben de verwachting dat de tariefregulering op termijn losgelaten kan worden. Volgens de zorgverzekeraars had het experiment anders vormgegeven en getimed kunnen worden.

Volgens de zorgverzekeraars komt een inhoudelijke zorginkoop in de mondzorg nauwelijks op gang vanwege verschillende oorzaken. Volgens hen zijn er te weinig aanbod van tandartsen en is er weinig zicht op kwaliteit, richtlijnen en de verklaring van praktijkverschillen. Als deze inzichtelijk zijn kan er door zorgverzekeraars worden ingezet op differentiatie in prijzen en/of selectieve inkoop. Omdat de zorg van tandartsen niet tot het basispakket behoort, hebben patiënten zelf een belangrijke sturende rol. Om die rol te kunnen pakken is transparantie van kwaliteit en kosten noodzakelijk, aldus de zorgverzekeraars.

## 5.6 Sanering in de paramedische zorg

De zorginkoop bij met name fysiotherapie en logopedie professionaliseert en verscherpt zich. De inzet van zorgverzekeraars is gericht op het indammen van de groei aan uitgaven. Daarnaast gebruiken de fysiotherapeuten steeds vaker een zorgmakelaar om de zorginkoop te regelen.

Met name in de logopedie is onrust en onvrede ontstaan. De NZa heeft de tarieven geïndexeerd en verhoogd. De zorgverzekeraars gaan over het algemeen niet mee in deze verhogingen. Zij bieden een kleinere verhoging en/of indexering. Volgens de aanbieders liggen de tarieven

soms tot 25% onder het maximumtarief. Gevolg hiervan is het ontstaan van onvrede onder logopedisten, waarvan er sommigen voor kiezen om zonder contract verder te gaan.

Daarnaast verscherpen veel verzekeraars de materiële controle met name op deze markten. Reden hiervoor is gelegen in vragen over de professionaliteit en inzichtelijkheid van sommige declaraties.

Grotere en professionelere aanbieders van bewegingszorg krijgen in toenemende mate de mogelijkheid om een maatwerkcontract af te sluiten op basis van afspraken over uitkomsten en resultaten. De kleinere aanbieders hebben te maken met een aanhoudend scherpe inkoop van zorgverzekeraars gezien het overaanbod in deze markt en de daarbij behorende standaardcontracten.

## 5.7 Ketenzorg

De inkoop van ketenzorg is zowel op kwaliteitsverbetering als op doelmatigheid en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn gericht. De verzekeraars geven aan met bijna alle aanbieders contracten af te sluiten. Deze contracten zijn tamelijk uniform. De verzekeraars hebben het idee dat door zorginkoop de kwaliteit in de ketenzorg hoger wordt. De substitutie van de zorg, waarbij het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts gaat, is in een overgangsfase doordat de transmurale afspraken nog niet geheel gerealiseerd zijn

In een recente consultatie van de NZa hebben de zorgverzekeraars gepleit om (delen van) enkele tarieven in de ketenzorg te reguleren<sup>17</sup>. Daarbij wijzen zorgverzekeraars vooral op de informatieachterstand die zij hebben ten opzichte van zorggroepen en andere eerstelijnszorgorganisaties. Hierdoor is het voor verzekeraars lastig om kostenclaims van aanbieders op waarde te schatten en ontstaat niet de sfeer van wederzijds vertrouwen die kan leiden tot constructieve en op de toekomst gerichte afspraken.

Patiëntenfederatie NPCF wijst op signalen dat vooral paramedische ketenpartners weinig worden ingezet bij het verlenen van multidisciplinaire zorg bij chronische aandoeningen.

## 5.8 Ontluikende zorginkoop Eerstelijns diagnostiek

In de eerstelijns diagnostiek is nog nauwelijks ervaring met zorginkoop, 2014 is het eerste jaar dat deze zorg apart wordt ingekocht. De verwachting is dat er concurrentie zal ontstaan tussen aanbieders uit de eerste lijn en de tweede lijn. Verzekeraars geven wel aan dat ze verwachten dat er een doelmatigheidsslag op deze zorgmarkt in de komende jaren zal plaatsvinden.

---

<sup>17</sup> Zie Consultatiedocument Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2013: <http://www.nza.nl/publicaties/Consultatiedocumenten/Consultatiedocumenten-2013/>.

## 5.9 Liberalisering extramurale farmacie

De extramurale farmaceutische zorgmarkt gaat in 2014 het derde jaar in met vrije tarieven. Per 1 januari 2014 is ook een wijziging van kracht gegaan in de farmaceutische prestaties. De tot en met 2013 geldende deelprestatie 'eerste uitgifte' is nu een reguliere prestatie. Er zijn in totaal tien prestaties waarvan de eerste vijf prestaties zorg betreft die wordt vergoed uit het basispakket.

In de eerste twee jaren met vrije tarieven werd voornamelijk de standaard terhandstelling gecontracteerd. Deze terhandstelling werd tot nu toe door veel zorgverzekeraars gebruikt als de te contracteren prestatie, met een zogenoemd 'all-in tarief'. In de praktijk wordt hier ook andere farmaceutische basispakket zorg voor geleverd. In tegenstelling tot in 2012 en 2013 zijn zorgverzekeraars voornemens om in 2014 de verschillende prestaties (basispakket) vaker afzonderlijk te contracteren in plaats van alleen maar of via de standaard terhandstelling.

Zorgverzekeraars zijn in de veronderstelling dat de wijze van contracteren in 2012 en 2013 voorzag in de zorgplicht die zij moesten nakomen. Zorgaanbieders zagen dit anders en klaagden over het niet of gebrekkig contracteren van de basispakket zorg die door hen wordt geleverd. De NZa heeft medio 2013 in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geen problemen geconstateerd bij zorgverzekeraars rondom het voldoen aan de zorgplicht. Ook heeft de IGZ duidelijkheid gegeven over de medicatieoverdracht. Dit is een prestatie die 'plichten inhoudt voor de verschillende ketenpartners'. Deze verduidelijking kan consequenties hebben voor de contractering.

Naast de inkoop van farmaceutische zorg voeren zorgverzekeraars al jaren preferentiebeleid op de inkoop van geneesmiddelen. Dit beleid wordt gecontinueerd. De enige mogelijke wijziging in het preferentiebeleid is de afbouw van het aantal producten, aldus zorgverzekeraars.

De quick-scan extramurale farmaceutische zorg 2013 die in oktober jl. is gepubliceerd bevat informatie over de ervaringen van betrokken marktpartijen met de contractonderhandelingen voor het jaar 2013. Voor de ervaringen over de onderhandelingen voor het jaar 2014 verwijst de NZa naar de marktscan die in het najaar van 2014 wordt uitgebracht.

## 5.10 Conclusies

De toegenomen contracteergraad is een positieve ontwikkeling in de zorginkoop op vrijwel alle deelmarkten.

De moeite die zorgverzekeraars ervaren bij substitutie van de tweede- naar de eerste lijn kan een probleem zijn.

Daarbij zij opgemerkt dat zorgverzekeraars zelf een grote verantwoordelijkheid dragen voor het maken van een doelmatigheidsslag in verschillende zorgmarkten. In veel markten is meer mogelijk wat betreft een doelmatige zorginkoop, zonder ingrijpen van de overheid. Bijvoorbeeld in de huisartsenzorg en bij de mondzorg. Zorgverzekeraars worden altijd door de NZa geconsulteerd bij de besluitvorming over hervormingen in verschillende zorgmarkten.

In de GGZ bestaan veel zorgen over de invulling van het hoofdbehandelaarschap door zorgverzekeraars. De NZa heeft daarvoor

de kaders gesteld, maar het staat zorgverzekeraars vrij om daarbinnen een eigen invulling te geven.

Wat betreft de tarieven in de ketenzorg luidt het voorlopige advies van de NZa dat het tarief per patiënt een vrij tarief moet zijn. Een gereguleerd tarief heeft volgens de NZa belangrijke nadelen. Eén nadeel is dat de vrijheid van partijen sterk wordt ingeperkt. Nu al is duidelijk dat partijen ketenzorg op verschillende manieren contracteren; een NZa-maximumtarief gebaseerd op het gemiddelde zal een aantal opties afsluiten. Daarnaast is een gemiddeld tarief zeer moeilijk te bepalen als de contracteervariatie zo groot is. Ook doet een gemiddeld tarief geen recht aan de regionale differentiatie (bijvoorbeeld gewenste verschillen in organisatiegraad in stedelijke versus landelijke gebieden). Tot slot zal de sturingskracht van de zorgverzekeraar kleiner zijn als alleen over een deel van de zorg tariefafspraken gemaakt worden. Er loopt over deze kwestie nog een consultatie procedure waarna de NZa tot een definitief advies zal komen.

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
info@nza.nl |  
www.nza.nl

<b>Behandeld door</b>	<b>Telefoonnummer</b>	<b>E-mailadres</b> info@nza.nl	<b>Kenmerk</b>
<b>Onderwerp</b> bevindingen Monitor Zorginkoop			<b>Datum</b> 2014

Mevrouw de Minister,

Bijgaand treft u ter informatie de Monitor Zorginkoop aan. De monitor geeft de stand van zaken op de zorginkoopmarkt weer.

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft de wetgever zorgverzekeraars de rol als motor van het stelsel toegedicht. De zorgverzekeraar heeft in het zorgstelsel een regierol als het gaat om de borging van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Hierbij heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht om de zorg in te kopen die zijn verzekerden nodig hebben. Een goed functionerende zorginkoop is een cruciale voorwaarde voor een goede werking van de zorgmarkten. De NZa heeft de taak toezicht te houden op een goede werking van het stelsel en daarmee ook op de zorginkoop. Met deze monitor brengen wij de zorginkoop in beeld voor het jaar 2014 met een terugblik naar de zorginkoop voor 2013 en een vooruitblik naar 2015.

*De zorginkoop werkt en de zorgplicht is geborgd*

De belangrijke conclusie uit de monitor is dat de zorginkoop goed werkt. Zorgverzekeraars kopen meer en meer selectief in tegen een scherpe prijs. Hierbij wordt de zorgplicht niet uit het oog verloren. De voordelen die zorgverzekeraars hiermee behalen komen de consument uiteindelijk ten goede door een scherpe premie bij een goede kwaliteit van zorg. De NZa ziet mogelijkheden voor een verdere verbetering van de zorginkoop. Hiervoor is het noodzakelijk dat artikel 13 Zvw wordt uitgelegd zoals het nu al is opgeschreven in de wet, namelijk dat de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen.

Hieronder staan we stil bij de belangrijkste bevindingen uit de Monitor Zorginkoop. De inhoudelijke bevindingen komen eerst aan bod, daarna de procesmatige.

**Inhoudelijke bevindingen:**

Kenmerk

*Verzekeraars letten scherp op kosten*

Zorgverzekeraars zetten stevig in stevig op de tarieven en omzetten. Zij onderhandelen vaker en contracteren steeds vaker onder de maximumtarieven die de NZa vaststelt. Ook de kostenonderzoeken van de NZa, (de ontwikkeling van) het Budgettair Kader Zorg en de afspraken in de Hoofdlijnenakkoorden dienen voor zorgverzekeraars hooguit als uitgangspunt van de onderhandelingen en niet als eindpunt. Bij de uitkomsten van de onderhandelingen zijn wel regionale verschillen zichtbaar.

Pagina  
2 van 6*Inkoopmacht levert consument voordeel op*

Dat onderhandelingsuitkomsten onder de maximumtarieven liggen, wijst op een onafhankelijker rol van de verzekeraar, zoals ook voorzien in het zorgstelsel. Het wijst ook op inkoopmacht die zich daadwerkelijk vertaalt in lagere tarieven. Daarbij heeft de NZa geen signalen over aantasting van de zorgplicht doordat zorgverzekeraars onvoldoende (kwalitatief goede) zorg zouden inkopen voor hun verzekerden. De NZa heeft in 2009 onderzoek laten uitvoeren<sup>1</sup> naar de gevolgen van marktmacht van zorgverzekeraars en de daaruit volgende druk op prijzen. De NZa heeft naar aanleiding daarvan geconstateerd dat deze marktmacht niet bezwaarlijk is zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument en de kwaliteit van de zorg niet verschaalt. Uit de marktscan zorgverzekeringmarkt 2013 blijkt dat zorgverzekeraars de voordelen die zij hebben behaald bij de zorginkoop aan hun verzekerden hebben doorgegeven. Mede hierdoor is de nominale zorgverzekeringpremie in 2013 gedaald. Dit beeld heeft zich in 2014 voortgezet.

Het feit dat zorgverzekeraars er in slagen onder de maximumtarieven of de groeiruimte te contracteren, doet de vraag rijzen of tariefregulering op die markten nog veel toegevoegde waarde heeft. Het reguleren van tarieven is bedoeld om ongewenste verkoopmacht van aanbieders te beheersen. De vraag of op een markt tariefregulering (nog) nodig is kan beantwoord worden met de meetlat<sup>2</sup> die de NZa daarvoor heeft ontwikkeld. Op basis van onder andere de uitkomsten van de monitor zal de NZa enkele markten zoals logopedie opnieuw langs deze meetlat leggen.

*Selectieve inkoop neemt toe*

Selectieve inkoop van zorg neemt toe op verschillende markten. Dat is een belangrijk signaal gezien de doelstellingen van het zorgstelsel. Selectieve zorginkoop vindt plaats bij duidelijk herkenbare planbare zorg zoals heupen, knieën en cataracten, maar ook bij complexere zorg zoals kankerbehandelingen en begint ook voet aan de grond te krijgen in de eerste lijn. Er zijn nog wel veel mogelijkheden om meer selectief in te kopen.

<sup>1</sup> Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector, RBB Economics/Freshfields Bruckhaus Deringer, 18 november 2009

<sup>2</sup> Meetlat publieke belangen en belang consument, visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de Zorg, NZa 2007

De geleidelijke toename van selectieve inkoop, al is het nog beperkt, wijst op een regierol van de zorgverzekeraars. Bij de zorginkoop worden met name afspraken gemaakt over financiële aspecten. Dat geven zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aan. Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen in mindere mate aan de orde. Zoals beschreven in de monitor heeft het sluiten van de Hoofdlijnenakkoorden geleid tot een hogere tijdsdruk omdat de afspraken volgend uit de akkoorden in de onderhandelingen meegenomen zijn en de contractering vóór 19 november van het jaar voorafgaand aan het nieuwe polisjaar afgerond diende te zijn. Daarnaast bleek de afgesproken maximale groeiruimte een duidelijk uitgangspunt (*focal point*) te zijn in de financiële onderhandelingen bij de zorginkoop. De focus in de zorginkoop is daarmee volgens zorgverzekeraars en zorgaanbieders sterker gericht op beheersing van de prijs en de omzet. Niet-financiële aspecten kosten meer tijd en krijgen hierdoor minder prioriteit.

Kenmerk

Pagina  
3 van 6

Zorgverzekeraars geven aan dat er steeds meer spiegelinformatie beschikbaar is die zorginkoop op basis van kwaliteit, doelmatigheid en service mogelijk maakt. Deze informatie wordt voor enkele zorgvormen, zoals de behandeling van borstkanker, ingezet om alleen bij voorkeursziekenhuizen in te kopen. Tegelijk blijft er behoefte bestaan aan objectieve en gevalideerde kwaliteits- en kwantiteitsinformatie op diverse zorgmarkten. Zorgaanbieders hebben hier een taak om – eventueel samen met wetenschappelijke en patiëntenverenigingen - hun kwaliteit inzichtelijk te maken.

#### *Vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg*

Zorgverzekeraars vinden het huidige artikel 13 Zvw een belemmering om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen. In een aantal recente zaken heeft de rechter bepaald dat de betreffende zorgverzekeraar minimaal 75% tot 80% moest vergoeden van de kosten van zorg van een niet gecontracteerde aanbieder. Dit wijkt af van de visie van de NZa, volgens welke elke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg boven nul euro/nul procent is toegestaan. Voor een aantal groepen zorgaanbieders blijkt dat bij een vergoeding van 75% een haalbare business case goed mogelijk is. Hierdoor ervaren zij minder prikkels om een contract met zorgverzekeraars te sluiten. Als zorgverzekeraars geen lagere vergoeding kunnen geven voor niet gecontracteerde zorg dan 75%, verliezen zij een belangrijk sturingsinstrument om selectief zorg in te kopen. Dit kan tot gevolg hebben dat zorgaanbieders zorg van een lagere kwaliteit of doelmatigheid leveren dan de zorgverzekeraar wenselijk acht. Ook blijven de premies hierdoor onnodig hoog, omdat de zorgverzekeraar ook een reserve moet houden om uit te keren bij niet gecontracteerde zorg. Deze ontwikkeling is niet in het belang van de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. De NZa vindt het daarom uiterst belangrijk dat artikel 13 Zvw wordt uitgelegd zoals het nu al is opgeschreven in de wet, namelijk dat de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen (wat inhoudt dat elke vergoeding boven nul euro/nul procent is toegestaan).

Daarnaast adviseert de NZa met klem om het ook mogelijk te maken dat bij niet-gecontracteerde zorg de zorgverzekeraar ervoor kan kiezen om helemaal niets te vergoeden. De verschillen tussen de zorgpakketten en de premies nemen zo toe en niet alle verzekerden hoeven dan mee te

betalen voor zorg geleverd door zorgaanbieders die een lagere kwaliteit of minder doelmatig zorg leveren. Op basis van de uitkomsten uit de Monitor Zorginkoop wijzen wij er daarom op dat het voor een doelmatige zorginkoop en een goede kwaliteit van de geleverde zorg noodzakelijk is dat een zorgverzekeraar vergoeding aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet kunnen weigeren. Op dit moment is er een wetsvoorstel in behandeling dat dit mogelijk maakt. De NZa vindt het voor de werking van het zorgstelsel daarom van groot belang dat het wetsvoorstel over wijziging van artikel 13 Zvw wordt aangenomen.

Kenmerk

Pagina  
4 van 6

### **Procesmatige bevindingen:**

#### *Zorgaanbieders zijn ontevreden over inkoopproces*

Voor de monitor heeft de NZa een korte enquête gehouden onder zorgaanbieders. Uit de reacties van zorgaanbieders op vragen over het proces van zorginkoop, blijkt dat er met name bij eerstelijnszorgaanbieders onverminderd onvrede bestaat over de zorginkoop door zorgverzekeraars.

De meeste bezwaren hebben betrekking op de inhoud van contracten. Daarnaast tonen zorgaanbieders zich ontevreden over hoe het contracteerproces zelf verloopt. De onvrede vindt zijn oorsprong vooral in de gestelde inkoopmacht van zorgverzekeraars en richt zich specifiek op het door zorgaanbieders ervaren gebrek aan bereidheid bij zorgverzekeraars om met zorgaanbieders individueel te onderhandelen.

De NZa hecht sterk aan de contracteervrijheid van de partijen en mengt zich hier niet in. Uiteindelijk zijn het de onderhandelende partijen, binnen het civielrechtelijke kader van het Burgerlijk Wetboek, die er samen uit moeten komen. Een verdere inperking van de vrijheid van onderhandelen en contracteren is niet gewenst, zolang de publieke belangen niet in gevaar komen (betaalbaarheid, toegankelijkheid, en transparantie over kwaliteit van de zorg).

#### *Zorginkoopmacht begrensd door zorgplicht*

Zoals hiervoor al is aangegeven is inkoopmacht niet bezwaarlijk zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument. Het aanbod van gecontracteerde zorg mag als gevolg van te restrictieve zorginkoop niet dusdanig verschromelen dat de kwaliteit van zorg en daarmee de zorgplicht in gevaar komt. Een zorgverzekeraar moet altijd voldoende zorgaanbieders contracteren voor zijn verzekerden. Deze wettelijke verplichting, de zorgplicht, biedt hiermee een tegenwicht voor de inkoopmacht van zorgverzekeraars. De NZa ziet hier op toe. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) ziet hiernaast toe op het verbod op misbruik van inkoopmacht op grond van de Mededingingswet. Tot slot ziet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toe op de kwaliteit van zorg. Er zijn op dit moment geen aanwijzingen bij NZa, ACM en IGZ dat zorgverzekeraars hun inkoopmacht misbruiken.

Als zorgaanbieders verkoopmacht krijgen, kan dit wel nadelig zijn voor de publieke belangen in de zorg. Omdat consumenten afhankelijk zijn van de zorg, is er dan geen 'tegenwicht' meer, dit kan het algemeen consumentenbelang schaden: bij verkoopmacht kunnen de tarieven stijgen zonder dat daar een betere kwaliteit van zorg tegenover staat.



### *Beleidscyclus*

De zorginkoop voor het jaar 2014 is significant vervroegd over de gehele linie. Vrijwel alle betrokkenen beschouwen dat als een positieve ontwikkeling. Een verdere verbetering is voor het komend jaar voorzien. In de gesloten convenanten hebben partijen afgesproken dat de inkoopcyclus voortaan vóór 19 november van het jaar voorafgaand aan het nieuwe polisjaar afgesloten zal zijn en dat zorgverzekeraars op die datum hun verzekerden informeren over het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod. Het wetsvoorstel met betrekking tot artikel 13 Zvw dat in behandeling is beoogt dit te bevorderen door verzekerden het recht te geven op een volledige vergoeding van de kosten van niet-gecontracteerde zorg, als zij vanaf de genoemde datum niet hadden kunnen weten bij welke zorgaanbieder zij terecht zouden kunnen. Met ingang van 2015 moet dit wettelijk verankerd zijn. Om hier aan te kunnen voldoen moeten zorgverzekeraars tijdig starten met hun zorginkoop. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijdig weten binnen welke kaders zij opereren en welke tarieven en prestaties zijn vastgesteld.

Kenmerk

Pagina  
5 van 6

Om aan deze behoefte tegemoet te komen heeft de NZa in haar circulaire CI/13/29c van augustus 2013 aangegeven de beleidscyclus te willen vervroegen. Hiervoor zal de NZa haar interne processen rond de tarieven en prestatieregulering aanpassen. Het doel is dat het voor de zorginkoop relevante beleid voor een bepaald jaar op 1 juli vastgesteld is. Hierbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat zorgverzekeraars alleen tijdig kunnen contracteren als er ook na 1 juli geen nieuwe politieke besluiten worden genomen waardoor de regels alsnog moeten worden aangepast.

De vervroeging van de beleidscyclus moet zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat stellen om de onderhandelingen eerder te starten, zodat ook de benodigde keuze-informatie voor de consument tijdig bekend is.

### *Good contracting Practices*

Om de zorgverzekeraars en zorgaanbieders te ondersteunen bij het contracteerproces heeft de NZa Good Contracting Practices (GCPs) gepubliceerd. Dit is een handreiking voor een goede contractering, opgesteld op basis van input van de veldpartijen zelf. Het document vormt geen basis voor handhaving door de NZa.

De NZa heeft de GCP's voor eerstelijns zorgaanbieders uit 2010 in 2013 geëvalueerd, onder meer door consultatie van de onderhandelende partijen bij rondetafelbijeenkomsten. De geconstateerde knelpunten in het contracteerproces zijn niet van dien aard dat er voor de NZa aanleiding is om de status van de GCP's aan te passen. Desalniettemin zijn er tijdens de evaluatie enkele verbeterpunten naar voren gebracht waar zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zich voor in willen spannen. De NZa is voornemens de GCP's op korte termijn inhoudelijk aan te passen door de genoemde verbeterpunten op te nemen in een vernieuwde versie.

In andere sectoren dan de eerstelijns zorg komt het steeds vaker voor dat het initiatief voor het opstellen van spelregels rond de contractering door marktpartijen wordt genomen. Het is een goede ontwikkeling dat (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders steeds vaker direct met zorgverzekeraars in gesprek gaan over het verloop van het contracteerproces. Zo is ZKN (koepel van zelfstandige behandelklinieken) in gesprek met zorgverzekeraars over contracting practices specifiek voor medisch specialistische zorg.

**Kenmerk**

**Pagina**  
6 van 6

Hoogachtend,  
De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T. W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur