

De contractering van zorggroepen in 2013

De ervaring van zorggroepen

Stef Bouwhuis
Judith de Jong

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht en met medewerking van InEen. Sinds 1 januari 2014 vormen de LOK, LVG en VHN samen InEen. InEen vertegenwoordigt de belangen van haar leden: gezondheidscentra, zorggroepen, huisartsenposten, eerstelijns diagnostische centra en regionale ondersteuningsstructuren. Samen met de leden werkt InEen door organisatie, samenwerking en innovatie aan versterking van de eerste lijn.



ISBN 978-94-6122-245-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2014 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Managementsamenvatting

Dit rapport geeft zicht op de ervaringen van zorggroepen met de contractering door zorgverzekeraars in 2013. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van InEen en bouwt voort op enquêtes die InEen sinds 2009 uitvoert.

De spelregels

Op basis van de eerdere onderzoeken heeft InEen spelregels voor de contractering van zorggroepen opgesteld. Deze spelregels betreffen het contracteringsproces, de inhoud van contracten tussen zorggroepen en zorgverzekeraars en de financiële aspecten van de contractering. Het doel van de spelregels is om de contractering voor zorggroepen beter te laten verlopen. Voor aanvang van het onderzoek was er een overeenkomst over de spelregels met twee zorgverzekeraars. De overige zorgverzekeraars hebben geen overeenkomst met InEen over de spelregels.

Contractering verloopt (nog) niet altijd volgens spelregels

Dit onderzoek laat zien dat de contractering van zorggroepen niet altijd volgens de spelregels verloopt. Dit betreft vooral spelregels op het gebied van proces: tijdigheid van contracteren, communicatie tussen zorggroepen en zorgverzekeraar tijdens het contracteren en het afstemmen van het beleid van verschillende zorgverzekeraars om de administratieve lasten van zorggroepen te beperken.

Ook de spelregels op het gebied van financiën worden niet allemaal gehaald: het grootste deel van de contracten is eenjarig, waar de spelregels streven naar driejarige contracten. Dit streven wordt in geen enkel contract gehaald. Op het gebied van het toepassen van de zorgstandaard en het maken van afspraken door zorggroepen en oderaannemers over het tegengaan van dubbelloop van declaraties verloopt de contractering wel vaak volgens de spelregels. De spelregels over het toepassen van de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen, de mogelijkheid van het opbouwen van reserves door de zorggroep en het maken van afspraken door zorggroepen en zorgverzekeraars over substitutie worden ongeveer even vaak wel als niet gehaald.

Verschillen tussen zorgverzekeraars

Er bestaan verschillen tussen zorgverzekeraars met welke de spelregels overeengekomen zijn en zorgverzekeraars met welke de spelregels niet overeengekomen zijn.

Zorgverzekeraars met wie de spelregels overeengekomen zijn, voldoen vaker aan deze regels. Zo voldoen zij vaker aan spelregels over het tegengaan van dubbele declaraties en substitutie van tweede lijn naar eerste lijn. Alleen op het gebied van post-contractuele trouw (het handelen op basis van het oude contract als het nieuwe contract nog niet getekend is) en de tijdigheid voldoen verzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben juist vaker aan de spelregels.

Op basis van deze verschillen kunnen nog geen conclusies getrokken worden over de effecten van de spelregels. Eerdere enquêtes van InEen laten namelijk zien dat de zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben, al beter scoorden voordat de spelregels opgesteld werden. Voor een aantal spelregels is onderzocht of er verschil was in de ervaringen tussen de contractering in 2012 en in 2013. De gevonden verschillen lijken niet samen te hangen met of een zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft.

Toepassing van dit onderzoek en wenselijkheid van monitoring

Dit onderzoek geeft een beeld van hoe zorggroepen de contractering in 2013 hebben ervaren. InEen kan de resultaten gebruiken om in de gesprekken met zorgverzekeraars er op aan te dringen de contractering van zorggroepen beter te laten verlopen.

Zorgverzekeraars kunnen het onderzoek gebruiken om meer inzicht te verwerven in hoe zorggroepen de contractering ervaren en hoe zij tegen zorgverzekeraars aankijken. Ze kunnen de uitkomsten betrekken bij het verbeteren van het contracteerproces voor zorggroepen.

Om de effecten van de spelregels vast te kunnen stellen, is continue monitoring van het contracteringsproces belangrijk. De verwachting is dat wanneer InEen de spelregels met meer zorgverzekeraars overeenkomt, dit leidt tot verbetering van de contractering voor zorggroepen, met name voor substitutie en het voorkomen van dubbele declaraties. Monitoring moet uitwijzen of dit het geval is.

Methodologie

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een vragenlijst die tussen 12 december 2013 en 21 januari 2014 is verzonden naar 82 zorggroepen en volledig is ingevuld door 60 zorggroepen (respons 73%). De inhoud van de vragenlijst is in overleg met InEen vastgesteld en is gebaseerd op de spelregels zoals in 2013 opgesteld door InEen. De vier grootste zorgverzekeraars is een conceptversie van de vragenlijst voorgelegd waarop zij feedback gegeven hebben. Er zijn vragen gesteld over het contracteringsproces, de inhoud van contracten en de financiële aspecten van contractering. Er is niet gevraagd naar afgesproken prijzen of andere zaken die aan mededingen gerelateerd kunnen zijn. Daarnaast is een aantal vragen gesteld over de houding van zorggroepen jegens zorgverzekeraars. Deze vragen zijn gebaseerd op een bestaande gevalideerde vragenlijst.

Inhoud

Managementsamenvatting	3
1 Inleiding	7
1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel	7
1.2 Spelregels voor contractering van InEen	8
1.3 Doel en vragen	9
1.4 Leeswijzer	10
2 Methoden	11
2.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst	11
2.2 Verzending en respons	12
2.3 Analyse van de data	13
2.4 Achtergrondkenmerken van de zorggroepen	13
2.4.1 Omvang en oprichting	13
2.4.2 Werkgebied en zorgverzekeraars	14
2.4.3 Zorgprogramma's en bekendheid spelregels	15
2.4.4 Achtergrondkenmerken van invullers	16
3 De contractering van zorggroepen in 2013: Proces	17
3.1 Tijdigheid van contractering, eenzijdigheid en volgen door verre verzekeraars	17
3.1.1 Aanpassingen aan het inkoopbeleid door de zorgverzekeraar	17
3.1.2 Financiële en inhoudelijke afsluiting van het jaar door de zorggroep	18
3.1.3 Reactie zorggroep door middel van offerte	19
3.1.4 Het komen tot contractuele afspraken en afstemming tussen onderhandelingen en contract	20
3.1.5 Het volgen door verre verzekeraars	27
3.1.6 Post-contractuele goede trouw	31
3.1.7 Ervaring van tijdigheid in het algemeen door zorggroepen	31
3.2 Communicatie over voorstellen	33
3.3 Afstemming tussen verzekeraars	39
3.4 Conclusie	42
4 De contractering van zorggroepen in 2013: Inhoud en kwaliteit	44
4.1 Het zorgaanbod: de zorgstandaard en bekostiging	44
4.2 Kwaliteitsbeleid van de zorggroep	47
4.3 Conclusie	51
5 De contractering van zorggroepen in 2013: Financiële afspraken	53
5.1 Financiële transparantie	53
5.2 Contractduur	55

5.3	Reserves van zorggroep	56
5.4	Voorkomen van dubbele declaraties	59
5.5	Bevorderen substitutie	60
5.6	Conclusie	61
6	Houding van zorggroepen ten aanzien van zorgverzekeraars	63
6.1	Benadering van zorggroep door de zorgverzekeraar	63
6.2	Vertrouwen in de zorgverzekeraar	65
6.3	Conclusie	69
7	Conclusie	70
7.1	De contractering in 2013 in het licht van de spelregels	70
7.2	Verschillen tussen zorgverzekeraars	71
7.3	Verschillen tussen 2012 en 2013	72
7.4	Vervolgonderzoek	72
	Literatuur	73
	Bijlagen:	
Bijlage 1	De spelregels	75
Bijlage 2	Index	78

1 Inleiding

1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel

Sinds de jaren 1990 is het Nederlandse zorgstelsel aan het verschuiven van aanbodsturing naar vraagsturing (Bartholomée en Maarse, 2006; Schäfer et al., 2010; Schut en Van de Ven, 2011). Deze ontwikkeling heeft een impuls gekregen door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006. Door de invoering van de Zvw ontstonden drie markten in het Nederlandse zorgstelsel (Schäfer et al., 2010). De eerste markt is de zorgverzekeringsmarkt, waarop zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekerden. De tweede markt is de zorgaanbiedersmarkt, waarop zorgaanbieders met elkaar concurreren om patiënten. De derde markt is de zorginkoopmarkt, waarop zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders. In dit stelsel van markten spelen zorgverzekeraars, als derde partij tussen verzekerden/patiënten en zorgaanbieders een pivotale rol (Van de Ven, 1987). Zorgverzekeraars kopen zorg in en kunnen op basis van het ingekochte zorgaanbod polissen vast stellen waarmee ze concurreren om verzekerden.

In de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars spelen contracten een belangrijke rol. Sinds de jaren 1990 is het verzekeraars in Nederland toegestaan selectief te contracteren (Bartholomée & Maarse, 2006). Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders hoeven te contracteren en een selectie mogen maken op basis van criteria die zij hanteren, bijvoorbeeld met betrekking tot kostenbeheersing en kwaliteit. Het verwachte effect is dat zorgaanbieders kosten zullen beheersen en hogere kwaliteit zullen leveren, omdat zij geen contracten willen mislopen doordat ze niet aan de criteria van de zorgverzekeraar voldoen (Enthoven, 1993). Verzekeraars kunnen naast de keuze om selectief te contracteren er ook voor kiezen om zorgaanbieders te beïnvloeden door kostenbeheersing en kwaliteit op te nemen in de contracten die zij sluiten met zorgaanbieders. Door in het contract gedefinieerde prestaties te koppelen aan de financiële vergoedingen voor zorgaanbieders, zogenaamde pay-for-performance (Van Herck et al., 2010), worden zorgaanbieders gestimuleerd om kosten te beheersen en kwaliteit te vergroten.

Contractering heeft niet alleen potentieel positieve gevolgen, maar kan ook negatieve gevolgen hebben. Een aantal auteurs heeft gewezen op de toegenomen transactiekosten door een sterkere nadruk op contractering, waardoor eventuele kostenbesparingen bij het leveren van zorg teniet worden gedaan (Ashton et al., 2004; Light, 1997). Daarnaast lijkt een sterkere nadruk op contractering ook de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder druk te zetten. Zorginkopers geven aan terughoudend te zijn met selectief contracteren, vanwege de angst voor de gevolgen ervan voor hun reputatie bij zorgaanbieders en patiënten (Ashton et al., 2004; Boonen en Schut, 2010). Naast selectief contracteren schaden de onderhandelingen zelf ook de relatie met een zorgaanbieder

volgens inkopers, met name als jaarlijks gecontracteerd wordt en er sprake lijkt te zijn van voortdurende, oneindige onderhandelingen met een zorgaanbieder (Willcox, 2005).

1.2 Spelregels voor contractering van InEen

Eén type zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars contracten afsluiten, zijn zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties waarin zorgaanbieders, veelal met name huisartsen, zijn verenigd en die contracten afsluiten met zorgverzekeraars voor de levering van geïntegreerde zorg voor bepaalde aandoeningen in een bepaalde regio (Til et al., 2010). Op hun beurt sluiten zorggroepen contracten met individuele zorgaanbieders (onderaannemers) voor de levering van zorg (Til et al., 2010; Van Dijk et al., 2011). Sinds 2005 zijn zorggroepen opgericht in Nederland. In eerste instantie richtten tien zogenaamde koplopers zich op het aanbieden van programmatische en geprotocolleerde diabeteszorg, gebaseerd op een zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie. Sinds 2007 heeft het aantal zorggroepen, als gevolg van een experiment op het gebied van integrale bekostiging van diabeteszorg via keten-dbc's, een vlucht genomen (Til et al., 2010). Op dit moment wordt Nederland vrijwel helemaal gedekt door ongeveer 100 zorggroepen die voor minimaal één zorgprogramma een contract afsluiten met de preferente verzekeraar in hun regio. Zorggroepen kunnen contracten afsluiten voor het leveren van diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement (CVRM), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) zorg, ouderenzorg, zorg voor astma en zorg voor depressie. Het idee is dat andere zorgverzekeraars de afspraken die een zorggroep met de preferente verzekeraar gemaakt heeft volgen. In sommige gevallen bevinden zich in een regio meer dan één preferente verzekeraar. De zorggroep kan dan met beide een contract afsluiten, wat vervolgens gevolgd kan worden door de overige verzekeraars. Het volgen door zorgverzekeraars is overigens in de ketenzorg nog geen gemeengoed.

Sinds 1 januari 2013 bestond voor zorggroepen de mogelijkheid om lid te worden van de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK). De LOK is ontstaan uit een samenvoeging van de Adviesgroep Ketenzorg van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Kamer Zorggroepen van de Landelijke Vereniging van de Georganiseerde eerste lijn (LVG) (Landelijke Organisatie voor Ketenzorg). Sinds 1 januari 2014 is de LOK met de VHN en de LVG opgegaan in InEen. Deze organisatie zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken.

Sinds 2009 voeren de LHV, de VHN en de LVG samen enquêtes uit onder zorggroepen naar de contractering van ketenzorg door zorgverzekeraars. Uit deze enquêtes is een aantal knelpunten rondom de contractering naar voren gekomen. Met name de eenzijdigheid waarmee zorgverzekeraars een format opleggen aan zorggroepen, de korte contractduur en de vereiste openheid die door zorggroepen gegeven moet worden voordat een verzekeraar wil onderhandelen, worden door zorggroepen als knelpunten gezien.

Daarnaast zijn het niet-volgen door verre verzekeraars¹ en een te laag tarief van de zorgverzekeraar in relatie tot de tijdsinzet die het zorgprogramma vraagt knelpunten die relatief vaak genoemd worden.

Om een goed functionerend contracteringsproces te faciliteren heeft de toenmalige LOK, nu InEen, in 2013 spelregels voor contractering opgesteld. Het streven van InEen is om deze spelregels in samenspraak met zorgverzekeraars vast te stellen om het functioneren van het contracteringsproces optimaal te kunnen faciliteren en de knelpunten te verminderen. Inmiddels is met twee zorgverzekeraars overeenstemming bereikt over de spelregels.

De spelregels zoals ontwikkeld door InEen zijn gecategoriseerd in drie thema's: proces, inhoud en kwaliteit en financiën (zie bijlage 1). Bij "proces" gaat het om spelregels rondom de tijdigheid van contractering, het volgebeleid van niet-preferente zorgverzekeraars, communicatie tijdens het contracteringsproces en afstemming tussen verzekeraars als een zorggroep met meer dan één preferente zorgverzekeraar te maken heeft. "Inhoud en kwaliteit" betreft spelregels over het toepassen van de zorgstandaard door zorggroepen, de registratie van de geleverde zorg en het kwaliteitsbeleid van de zorggroep. Bij "financiën" gaat het om spelregels over de structuur van de jaarrekening van de zorggroep, de contractduur, de hoogte van de reserves van de zorggroep, beleid om dubbele declaraties te voorkomen en beleid om substitutie van tweede lijn naar eerste lijn te bevorderen.

1.3 Doel en vragen

Dit onderzoek bouwt voort op de enquêtes die sinds 2009 door InEen en haar voorgangers zijn uitgevoerd. Doel van dit onderzoek is om de ervaringen van zorggroepen wat betreft de contractering in 2013 in kaart te brengen zodat vastgesteld kan worden ten aanzien van welke spelregels knelpunten ervaren worden. Om effecten van de spelregels vast te kunnen stellen moet dit onderzoek herhaaldelijk uitgevoerd worden. Als meer verzekeraars de spelregels met InEen overeen zouden komen, dan kan op basis van een analyse van de verschillen tussen jaren en tussen zorgverzekeraars, onderzocht worden wat de effecten van de spelregels zijn.

De onderzoeksvraag luidt:

"Wat zijn de ervaringen van zorggroepen met de contractering in 2013 in het licht van de spelregels?"

¹ Verre verzekeraars zijn niet-preferente verzekeraars. Dit zijn verzekeraars die niet dominant zijn in de regio waarin de zorggroep actief is en met wie de zorggroep niet of nauwelijks onderhandelt.

De contractering kan worden ingedeeld in een drietal thema's, die terugkomen in de spelregels:

- Proces (tijdig contracteren; het volgen door verre zorgverzekeraars; aangaan en afbreken van onderhandelingen; verschillen in inkoopbeleid; gezamenlijke communicatie richting patiënten; het zorgaanbod).
- Inhoud en kwaliteit (transparantie van ketenzorgprogramma's; kwaliteitsbeleid van de zorggroep).
- Financiën (financiële transparantie; de contractduur; het hanteren van aanvaardbare reserves; voorkomen dubbele declaraties; verzilveren van substitutie; vergoeding kosten aansluiting brancheorganisatie).

Dit onderzoek laat zien hoe de contractering tussen zorgverzekeraars en zorggroepen eruit zag, voordat er spelregels voor deze contractering met alle zorgverzekeraars zijn afgesproken. Met enkele zorgverzekeraars zijn de spelregels in 2013 afgesproken, waardoor van een echte nulmeting dus geen sprake is. Om een beter inzicht te geven in de verschillen tussen zorgverzekeraars die de spelregels al wel overeengekomen zijn en zorgverzekeraars die de spelregels nog niet overeengekomen zijn, zal een onderscheid gemaakt worden tussen deze groepen verzekeraars bij de presentatie van de resultaten.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is te omschrijven als een uitgebreid tabellenboek. De resultaten bevatten tabellen en grafieken. Per grafiek en per hoofdstuk is een korte conclusie geschreven, om de resultaten beter leesbaar en interpreteerbaar te maken. De indeling van dit rapport is gebaseerd op de onderzoeksvraag in de vorige paragraaf. Nadat in hoofdstuk 2 de methodologie waarop de resultaten in dit rapport gebaseerd zijn uiteengezet wordt, volgen in het derde hoofdstuk de resultaten met betrekking tot het contracteringsproces. In het vierde hoofdstuk volgt de inhoud van contracten en de rol die kwaliteit daarin speelt. In het vijfde hoofdstuk komen de resultaten over de financiële aspecten van de contractering van ketenzorg aan bod. In hoofdstuk 6 worden de resultaten met betrekking tot de houding van zorggroepen jegens zorgverzekeraars gepresenteerd. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies en het antwoord op de onderzoeksvraag. In bijlage 1 is een overzicht van de spelregels opgenomen en in bijlage 2 is een index opgenomen waarin alle grafieken en tabellen die gebaseerd zijn op een spelregel geïndexeerd zijn, zodat ze makkelijk terug te vinden zijn in het rapport.

2 Methoden

2.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een online vragenlijst. De inhoud van de vragenlijst is door het NIVEL in overleg met InEen vastgesteld en is gebaseerd op door zorggroepen ervaren knelpunten in de contractering en de spelregels die InEen opgesteld heeft om de knelpunten te verminderen. De conceptvragenlijst is besproken met de vier grootste zorgverzekeraars (Achmea, Coöperatie VGZ, CZ en Menzis). De opmerkingen van de zorgverzekeraars werden zoveel mogelijk verwerkt. Er zijn zowel vragen gesteld over het contracteringsproces, als over de inhoud van de contracten en de financiële kant van contractering. Er is niet gevraagd naar afgesproken prijzen of andere zaken die aan mededingen gerelateerd kunnen zijn. De vragen over het contracteringsproces hebben betrekking op de contractering in 2013. Voor een aantal onderwerpen is ook gevraagd naar de contractering in 2012, om een vergelijking te kunnen maken tussen het contracteringsproces in 2012 en het contracteringsproces in 2013. De vragen over de inhoud van contracten gaan over de contracten die gelden voor 2014, en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2013. Wederom zijn voor een aantal onderwerpen ook vragen gesteld over de inhoud van de contracten die golden in 2013 (en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2012), om een vergelijking te kunnen maken.

Een aantal vragen is per preferente zorgverzekeraar aan de zorggroepen gesteld. Zorggroepen is gevraagd naar het aantal preferente zorgverzekeraars dat zij hebben, waarbij een maximum van twee gehanteerd is, om het aantal vragen in de vragenlijst te beperken. Eenzelfde werkwijze is gehanteerd bij de vragen over de zorgprogramma's. Zorggroepen is eerst gevraagd hoeveel zorgprogramma's zij gecontracteerd hebben, waarna zij per zorgprogramma een aantal vragen voorgelegd kregen over de contractering.

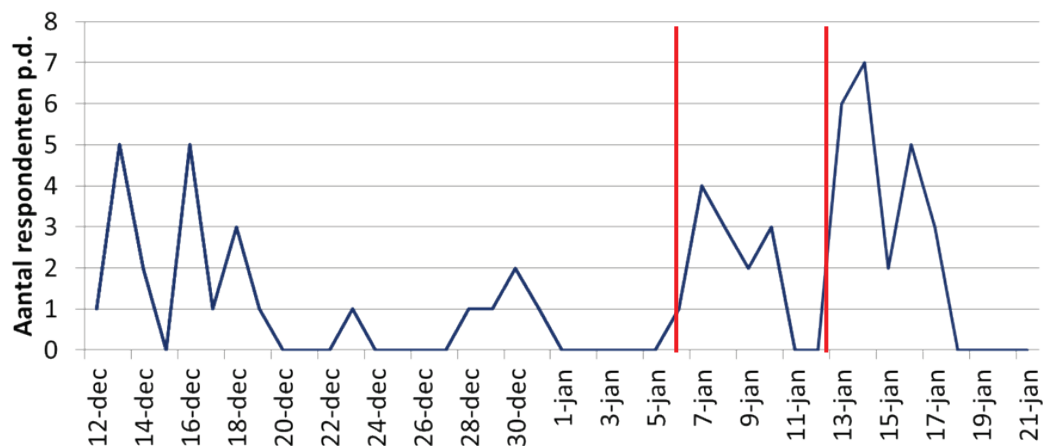
Naast vragen die gebaseerd zijn op knelpunten en spelregels, is een aantal vragen gesteld over de houding van zorggroepen ten aanzien van zorgverzekeraars. Een deel van deze vragen is gebaseerd op een kennisvraag van InEen, het andere deel op een kennisvraag van het NIVEL. De vragen die voortkomen uit de kennisvraag van het NIVEL, zijn gebaseerd op een gevalideerde vragen om het vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars te meten (Hendriks et al., 2007; Zheng et al., 2002). Aangezien de respondenten in dit geval geen verzekerden zijn, maar zorggroepen, zijn de vragen aangepast.

Op verzoek van InEen is door middel van vragen over verschillen tussen de contractering in 2013 en de contractering in 2012 een beeld geschetst van de ontwikkelingen in de contractering van zorggroepen in deze periode.

2.2 Verzending en respons

De eerste verzending van de vragenlijst vond plaats op 12 december 2013, waarbij 78 zorggroepen, die allen lid zijn van InEen, zijn benaderd. De reminders zijn verstuurd op 7 en 13 januari (zie figuur 2.1). Op 9 januari hebben 3 niet-leden van InEen de vragenlijst ontvangen en op 13 januari heeft nog 1 niet-lid de vragenlijst ontvangen. In totaal hebben 82 zorggroepen een uitnodiging ontvangen om de vragenlijst in te vullen. Op 15 en 16 januari heeft InEen een belactie ondernomen, waarbij zorggroepen die de vragenlijst nog niet ingevuld hadden telefonisch benaderd zijn om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is op 21 januari 2014 gesloten.

Figuur 2.1 Aantal respondenten per dag



Na sluiting bleek dat 60 zorggroepen de vragenlijst helemaal hebben ingevuld. Dit betekent dat de respons 73% bedraagt. Figuur 2.1 laat de respons door de tijd zien. Het effect van de reminders en de belactie is goed te zien in de pieken aan het eind van de grafiek. Een belangrijk moment in de timing van de respons is 15 december 2013. In de spelregels van InEen wordt 15 december genoemd als de datum waarvóór zorgverzekeraars die willen volgen, dit aan de zorggroep bekend gemaakt moeten hebben. Een aantal respondenten heeft de vragenlijst voor 15 december ingevuld. Hier wordt bij de resultaten in hoofdstuk 3 rekening mee gehouden door de alleen de antwoorden van zorggroepen die na 15 december de vragenlijst ingevuld hebben mee te nemen in de analyse van de vraag over het volgebeleid van verre verzekeraars (figuur 3.14).

2.3 Analyse van de data

Voor de rapportage is gebruik gemaakt van beschrijvende analyses. Aangezien sommige zorggroepen met meerdere zorgverzekeraars contracten hebben afgesloten zijn voor sommige vragen meer antwoorden beschikbaar dan het aantal zorggroepen dat gerespondeerd heeft. In de analyses zijn alle antwoorden meegenomen, omdat uit eerste analyses bleek dat de antwoorden meer samenhangen met de zorgverzekeraar waarover de vraag gaat, dan met de zorggroep die de vraag ingevuld heeft. Ter illustratie de vraag over de termijn waarop de zorgverzekeraar reageerde op een voorstel van de zorggroep is door zorggroepen met twee zorgverzekeraars twee keer ingevuld. Hierdoor zijn er 75 antwoorden, terwijl maar 69 zorggroepen de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld heeft. Omdat de antwoorden die een zorggroep gaf sterk verschilden tussen de twee verzekeraars, is besloten beide antwoorden mee te nemen, in plaats van een gemiddelde van de twee antwoorden. Bij de tabellen en grafieken zal het aantal antwoorden (de N) vermeld en toegelicht worden, waardoor de lezer weet op hoeveel antwoorden de resultaten gebaseerd zijn.

2.4 Achtergrondkenmerken van de zorggroepen

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken van de deelnemende zorggroepen besproken, aan de hand van vier thema's: omvang en oprichting, werkgebied en preferente verzekeraars, zorgprogramma's en bekendheid met spelregels en als laatste kenmerken van de invullers van de vragenlijst.

2.4.1 Omvang en oprichting

Uit tabel 2.1 blijkt dat de één vijfde (21%) van de zorggroepen bestaat uit minder dan 25 huisartsen. Ongeveer twee derde van de zorggroepen bestaat uit 100 huisartsen of minder.

Een kwart van de zorggroepen geeft aan in 2007 opgericht te zijn en nog eens 24% geeft aan in 2008 opgericht te zijn. Dit betekent dat ongeveer de helft van de zorggroepen die meegedaan hebben aan deze vragenlijst vlak na de start van het experiment met diabetes zorgprogramma's in 2007, opricht zijn. Net als in een onderzoek van Til et al. (2010) vinden wij dat een aantal zorggroepen opgericht is voor de start van dit experiment in 2007.

Tabel 2.1 Achtergrondkenmerken zorggroepen – omvang en oprichting

<i>Omvang zorggroep: (N=68)</i>	
minder dan 25 huisartsen	21%
25-50 huisartsen	15%
51-75 huisartsen	13%
76-100 huisartsen	18%
101-125 huisartsen	10%
126-150 huisartsen	7%
151-175 huisartsen	2%
176-200 huisartsen	9%
meer dan 200 huisartsen	6%
<i>Oprichtingsjaar zorggroep (N=68)</i>	
2011	3%
2010	13%
2009	15%
2008	24%
2007	25%
2006	9%
Eerder dan 2006	12%

2.4.2 Werkgebied en zorgverzekeraars

Uit tabel 2.2 blijkt dat relatief veel zorggroepen aangeven dat het grootste deel van hun werkgebied zich bevindt in, qua inwoneraantal, relatief grote provincies, zoals Zuid-Holland, Noord-Holland, Gelderland en Noord-Brabant. Nog geen 8% van de zorggroepen geeft aan dat het grootste deel van hun werkgebied zich in één van de drie noordelijkste provincies (Friesland, Groningen of Drenthe) bevindt.

Ruim 80% van de zorggroepen geeft aan één preferente zorgverzekeraar te hebben, waarbij preferente zorgverzekeraar gedefinieerd is als een zorgverzekeraar met wie de zorggroep onderhandelt over de inhoud van contracten (in de meeste gevallen is dit de zorgverzekeraar met de meeste verzekerden in een bepaalde regio).² Van de zorggroepen met één preferente zorgverzekeraar geeft de grootste groep aan dat Achmea zijn preferente zorgverzekeraar is. Bij de zorggroepen met twee preferente zorgverzekeraars, is de combinatie VGZ en CZ meest voorkomend. Deze combinatie blijkt vooral vaak voor te komen in de provincie Noord-Brabant (data staat niet in de tabel).

² Het maximale aantal preferente zorgverzekeraars dat ingevuld kon worden was '2'.

Tabel 2.2 Achtergrondkenmerken zorggroepen – werkgebied en zorgverzekeraars

Werkgebied: (N=68)	
Groningen	2%
Friesland	6%
Drenthe	0%
Overijssel	4%
Flevoland	3%
Noord-Holland	16%
Zuid-Holland	21%
Utrecht	7%
Gelderland	16%
Zeeland	3%
Noord-Brabant	16%
Limburg	6%
Preferente zorgverzekeraars: (aantal, N=68)	
Eén	82%
Twee	18%
Preferente zorgverzekeraars: (naam, N=68)	
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>	
Achmea	25%
Coöperatie VGZ	13%
Menzis	13%
CZ	16%
DSW	2%
Zorg en Zekerheid	4%
De Friesland	6%
Anders	3%
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>	
Achmea en Coöperatie VGZ	2%
Achmea en CZ	2%
Coöperatie VGZ en CZ	15%

2.4.3 Zorgprogramma's en bekendheid spelregels

Zorggroepen is ook gevraagd naar de zorgprogramma's die zij gecontracteerd hebben, waarbij het maximale aantal zorgprogramma's dat ingevuld kon worden, twee was. Ruim 80% gaf aan twee zorgprogramma's gecontracteerd te hebben, waarbij de combinatie diabetes en COPD het vaakst voorkomt (zie tabel 2.3.).

Op de vraag of de zorggroep bekend is met de spelregels voor contractering van InEen antwoordt meer dan 90% positief.

Tabel 2.3 Achtergrondkenmerken zorggroepen – zorgprogramma's en spelregels

<i>Zorgprogramma (aantal, N=73)³</i>	
Eén	18%
Twee	82%
<i>Zorgprogramma (soort, N=73)</i>	
Diabetes	6%
Anders	12%
Diabetes en COPD	63%
Diabetes en CVRM	15%
Diabetes en anders	4%
<i>Bekendheid met spelregels (N=68)</i>	
Ja	93%
Nee	7%

2.4.4 Achtergrondkenmerken van invullers

Om een beeld te krijgen van wie de vragenlijst precies ingevuld heeft, zijn twee vragen gesteld over de achtergrond van de invuller, de resultaten worden gepresenteerd in tabel 2.4.

Ruim 40% van de invullers gaf aan manager te zijn binnen de zorggroep en ruim 30% gaf aan algemeen/medisch directeur te zijn, waarmee deze twee categorieën ongeveer 75% van de antwoorden vertegenwoordigen. Slechts 1% van de invullers gaf aan niet betrokken te zijn geweest bij de onderhandelingen, waaruit blijkt dat de vragenlijst vaak ingevuld is door individuen die direct of indirect betrokken waren bij de onderhandelingen waarover de vragenlijst gaat.

Tabel 2.4 Achtergrondkenmerken invullers

<i>Functie in zorggroep: (N=68)</i>	
Huisarts-bestuurder	7%
Bestuurder	7%
Algemeen/medisch directeur	32%
Manager	43%
Anders	4%
Huisarts-bestuurder en Medisch directeur	3%
Bestuurder en Algemeen/medisch directeur	2%
Medisch directeur en Algemeen/medisch d	2%
<i>Rol tijdens onderhandelingen: (N=68)</i>	
Onderhandelaar	84%
Betrokken bij voorbereiding van de onderhandelingen	12%
Anderszins betrokken bij de onderhandelingen	3%
Niet betrokken bij de onderhandelingen	1%

³ Het maximale aantal zorgprogramma's dat ingevuld kon worden was '2'.

3 De contractering van zorggroepen in 2013: Proces

In dit hoofdstuk komen de knelpunten en spelregels met betrekking tot het proces van contracteren aan bod. De resultaten zijn gegroepeerd per spelregel en bijbehorende knelpunten. Er is een onderscheid gemaakt tussen zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst met InEen heeft over de spelregels over contractering en zorggroepen wiens preferente verzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels. Het aantal zorggroepen dat de vragen in dit hoofdstuk ingevuld heeft verschilt per vraag. Per vraag zal dan ook het betreffende aantal zorggroepen worden aangegeven dat de vraag heeft ingevuld.

3.1 Tijdigheid van contractering, eenzijdigheid en volgen door verre verzekeraars

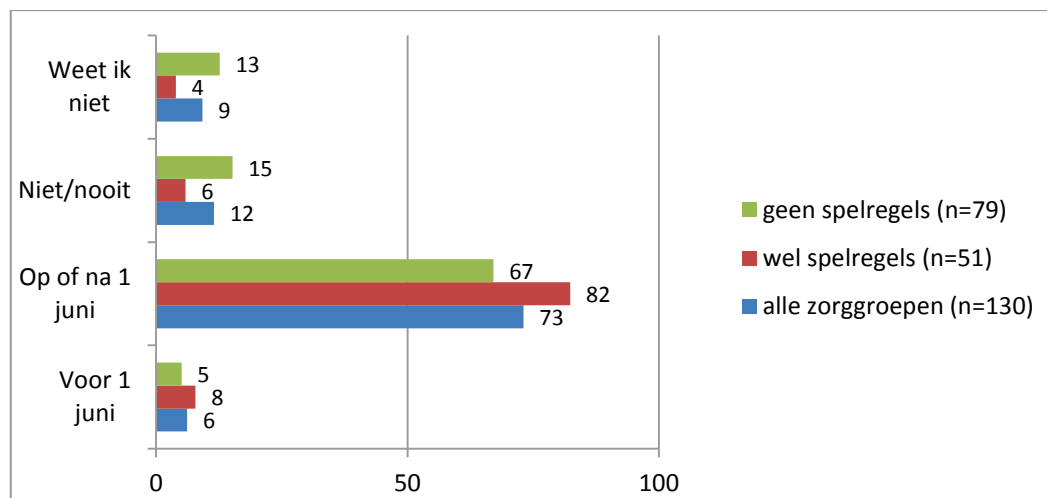
Spelregel A betreft de tijdigheid in het contracteringsproces, met betrekking tot de momenten waarop bepaalde stappen in het proces afgerond moeten zijn (zie voor een uitgebreide beschrijving van de spelregels bijlage 1). Daarnaast schrijft deze spelregel ook voor dat alle onderwerpen die in het contract opgenomen worden, tijdens de onderhandelingen besproken dienen te worden. Hiermee beantwoordt deze spelregel aan de knelpunten dat zorgverzekeraars volgens zorggroepen weigeren te onderhandelen over het contract, dat zorgverzekeraars eenzijdig hun beleid opleggen aan zorggroepen en dat het contract elementen bevat waarover niet onderhandeld is en die na de onderhandelingen door de verzekeraar toegevoegd zijn.

In het vervolg van deze paragraaf zal per moment in de contractering behandeld worden welke deadline spelregel A stelt en wat de ervaring van zorggroepen is. Daarnaast zal ook de mate waarin zorggroepen de contractering als eenzijdig ervaren aan bod komen.

3.1.1 Aanpassingen aan het inkoopbeleid door de zorgverzekeraar

Spelregel A stelt dat zorgverzekeraars aanpassingen aan hun inkoopbeleid bekend moeten maken vóór 1 juni van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor het beleid geldt.

Figuur 3.1 Wanneer maakte de zorgverzekeraar (aanpassingen aan) zijn inkoopbeleid bekend?



Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

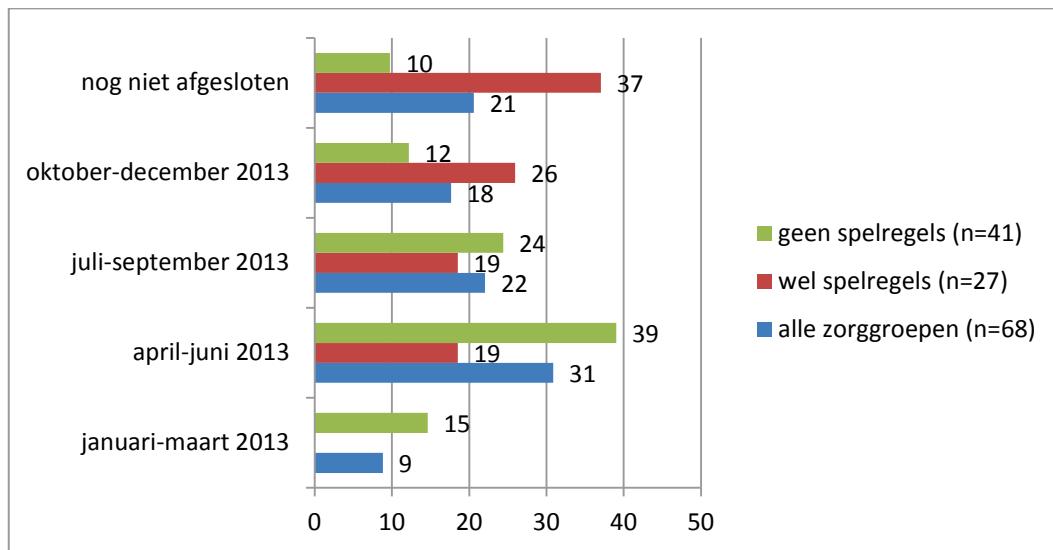
In 6% van de contracteringsprocessen maakte de zorgverzekeraar voor 1 juni de aanpassingen aan haar inkoopbeleid bekend en in bijna driekwart van de contracteringsprocessen gebeurde dat op of na 1 juni. In 12% van de contracteringsprocessen maakt de verzekeraar zijn inkoopbeleid niet bekend.⁴ Er zijn geen grote verschillen tussen zorgverzekeraars die wel een overeenkomst hebben over de spelregels en verzekeraars die geen overeenkomst hebben over de spelregels, hoewel de eerste groep verzekeraars minder vaak nooit haar inkoopbeleid bekend gemaakt heeft dan de laatste groep verzekeraars.

3.1.2 Financiële en inhoudelijke afsluiting van het jaar door de zorggroep

Voor 1 juni moet de zorggroep volgens spelregel A het jaar financieel en inhoudelijk afgesloten hebben.

⁴ Er lijkt een verband te zijn met het afsluiten van tweejarige contracten. Een aantal verzekeraars heeft in 2012 tweejarige contracten gesloten, zij maken relatief vaak geen aanpassingen aan hun inkoopbeleid bekend in 2013.

Figuur 3.2 In welk kwartaal sloot uw zorggroep het jaar financieel af?



De N is 68, omdat deze vraag aan alle zorggroepen één keer gesteld is aan het begin van de vragenlijst

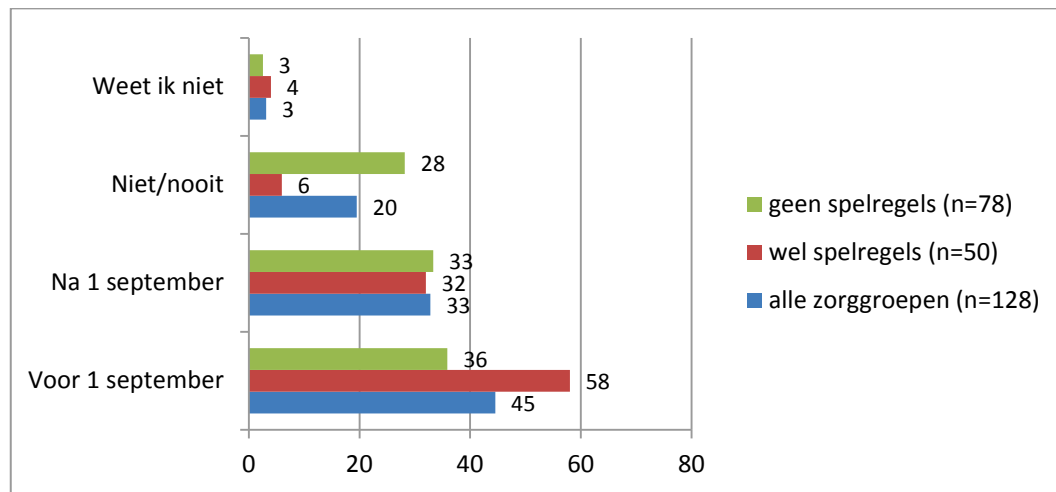
Conclusie

Door de manier waarop deze vraag gesteld is, kan niet vastgesteld worden hoeveel zorggroepen vóór of na 1 juni hun jaar financieel afgesloten hebben. Wel kan dit in kwartalen aangegeven worden. Ruim 60% van de zorggroepen hebben het jaar 2012 in het derde of vierde kwartaal afgesloten, of nog niet. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft ligt dit percentage hoger (82%) en voor de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft lager (46%).

3.1.3 Reactie zorggroep door middel van offerte

Spelregel A stelt dat zorggroepen voor 1 september op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar moeten reageren middels het sturen van een offerte naar de verzekeraar.

Figuur 3.3 De zorggroep stuurde een offerte aan de zorgverzekeraar



Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

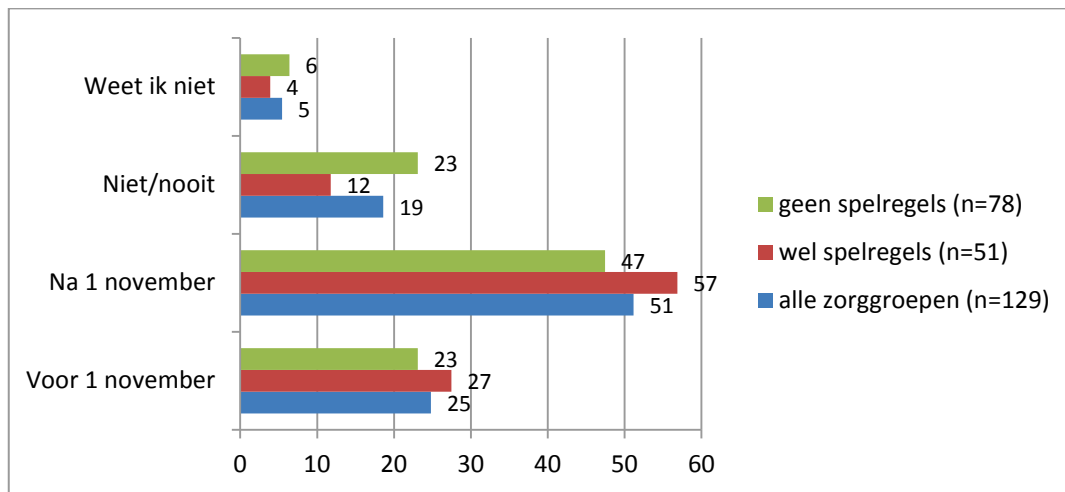
Conclusie

In 45% van de gevallen stuurt de zorggroep vóór 1 september een offerte aan de zorgverzekeraar. Dit percentage ligt hoger (58%) voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels overeengekomen is met InEen en lager (36%) voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet overeengekomen is. Deze laatste groep heeft in 28% van de contracteringsprocessen nooit een offerte aan de verzekeraar gestuurd, tegenover 6% van de contracteringsprocessen tussen zorggroepen en zorgverzekeraars die de spelregels wel overeengekomen zijn.

3.1.4 Het komen tot contractuele afspraken en afstemming tussen onderhandelingen en contract

Volgens spelregel A dient het streven te zijn dat zorggroepen en zorgverzekeraars voor 1 november tot contractuele afspraken komen. Daarnaast wordt gesteld dat het contract en de voorwaarden een onderdeel van het onderhandelingstraject dienen te zijn. In het kader van dit element van spelregel A is gevraagd naar het moment waarop de onderhandelingen starten, het moment waarop het tot een mondelinge overeenkomst is gekomen en het moment waarop het tot een schriftelijke overeenkomst is gekomen. Daarnaast is gevraagd naar de eenzijdigheid tijdens de contractering en de onderwerpen die tijdens de onderhandelingen behandeld zijn.

Figuur 3.4 Het contract werd mondeling overeengekomen



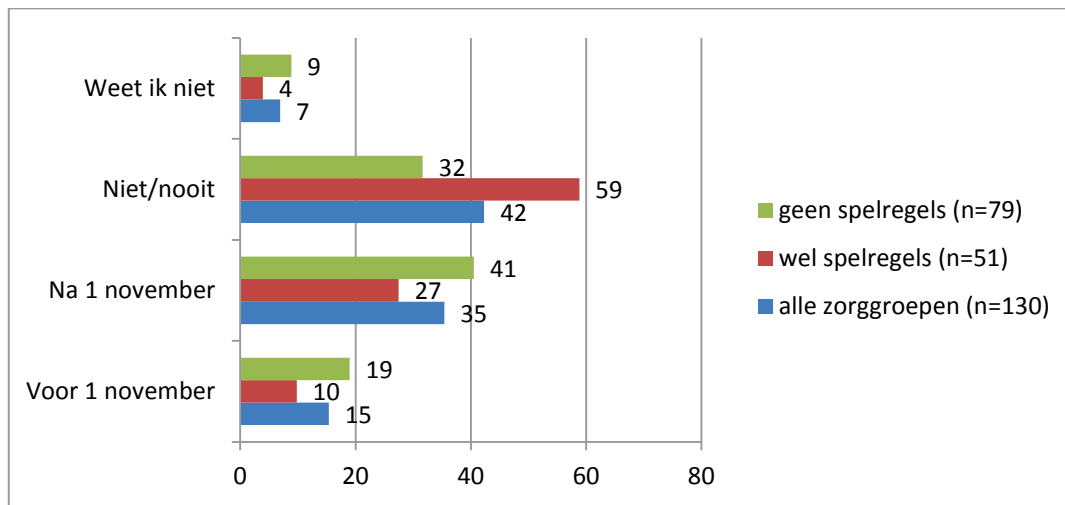
Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

In een kwart van de contracteringsprocessen komen zorggroepen en zorgverzekeraars voor 1 november tot mondelinge overeenstemming. Er zijn geen grote verschillen tussen zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben en zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben, hoewel de laatste groep vaker nooit tot een mondelinge overeenkomst komt dan de eerste groep.⁵

⁵ Er lijkt een verband te zijn met het afsluiten van tweejarige contracten. Een aantal verzekeraars heeft in 2012 tweejarige contracten gesloten, zij maken relatief vaak geen aanpassingen aan hun inkoopbeleid bekend in 2013.

Figuur 3.5 Het contract werd getekend

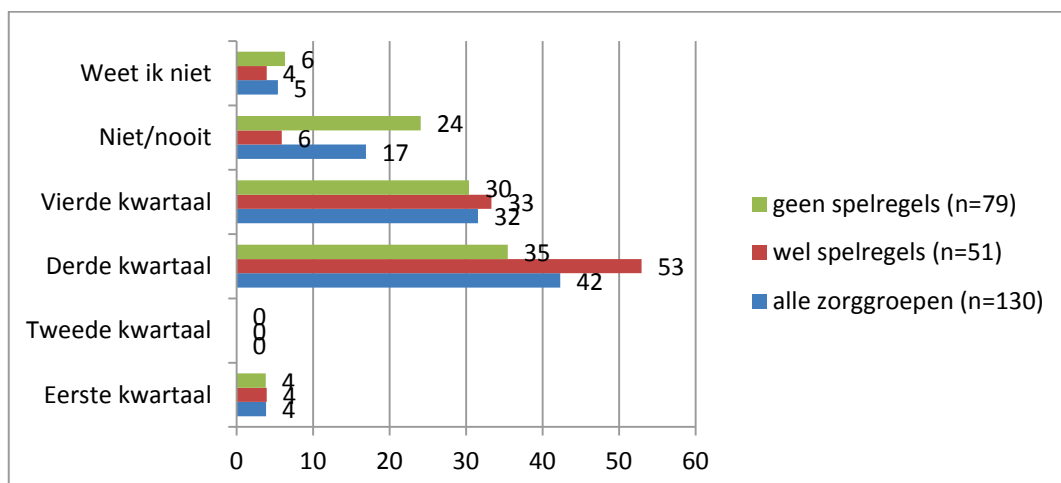


Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

In 15% van de contracteringsprocessen tekenen de zorggroep en de zorgverzekeraar het contract voor 1 november. Dit percentage ligt hoger voor zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben dan voor zorgverzekeraars die wel gedaan hebben. Bij deze laatste groep wordt in 59% van de contracteringsprocessen het contract niet getekend, tegenover 32% in de eerste groep.

Figuur 3.6 De onderhandelingen startten

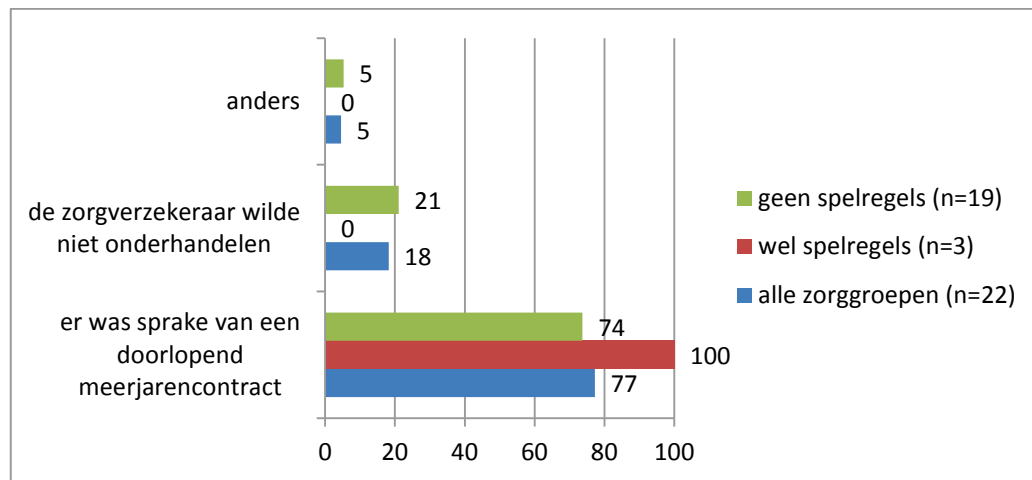


Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

Omdat spelregel A geen richtlijn geeft voor wanneer de onderhandelingen dienen te starten, zijn de resultaten per kwartaal weergegeven. In 4% van de contracteringsprocessen startten de onderhandelingen al in het eerste kwartaal. In 17% van de contracteringsprocessen onderhandelden de zorggroep en de zorgverzekeraar *niet* (dit percentage ligt hoger voor zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben (24%) dan voor verzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben (6%). De volgende vraag gaat over de redenen voor het niet voeren van onderhandelingen.

Figuur 3.7 Waarom hebben er geen onderhandelingen plaatsgevonden?



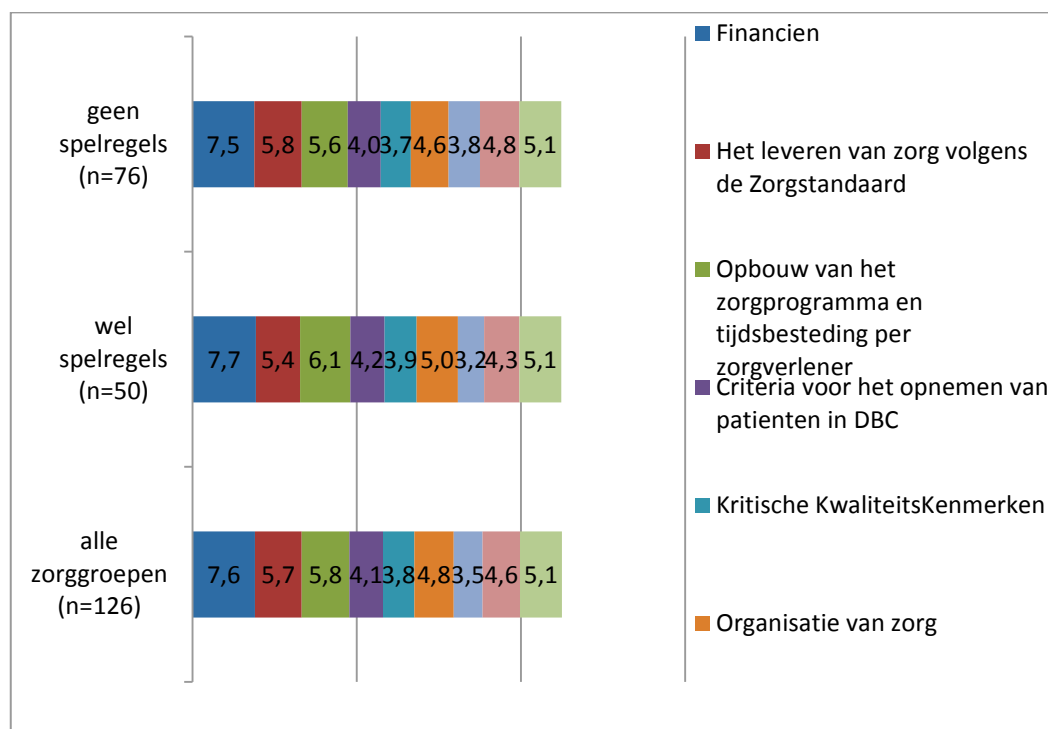
De N is 22, omdat deze vraag alleen gesteld is voor contracteringsprocessen waarvan zorggroepen aangegeven hebben dat er niet in onderhandeld is.

Conclusie

In 77% van de contracteringsprocessen wordt niet onderhandeld, omdat er sprake is van een doorlopend meerjarencontract. Voor contracteringsprocessen met een zorgverzekeraar die de spelregels ondertekend heeft is dit 100%. Bij een vijfde (21%) van de contracteringsprocessen met een zorgverzekeraar die de spelregels niet ondertekend heeft, wordt niet onderhandeld omdat de zorgverzekeraar dit niet wil, ten opzichte van 0% van de contracteringsprocessen met zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben.

De volgende vragen hebben betrekking op de onderwerpen die tijdens de onderhandelingen behandeld zijn en eenzijdigheid tijdens de onderhandelingen. De onderwerpen in bovenstaande grafiek kunnen tussen 1 en 9 scoren, waarbij 1 staat voor helemaal niet belangrijk, en 9 voor heel belangrijk.

Figuur 3.8 Onderwerpen die tijdens de onderhandelingen besproken zijn

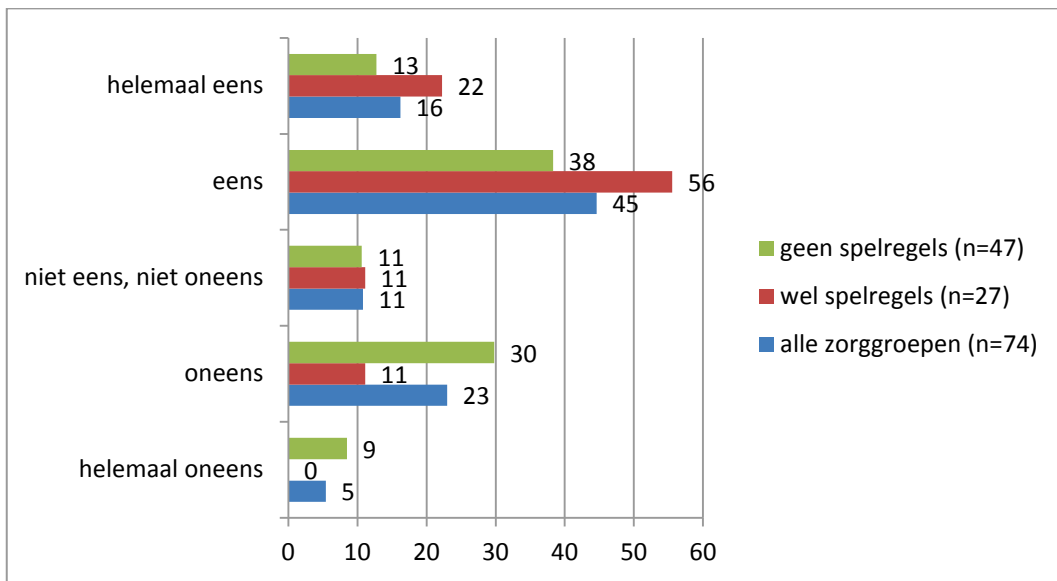


Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

Het blijkt dat financiën gemiddeld het belangrijkste onderwerp is in de onderhandelingen en patiënttevredenheid het minst belangrijke onderwerp. Alleen bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft zijn de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen iets minder belangrijk dan patiënttevredenheid.

Figuur 3.9 De verzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen

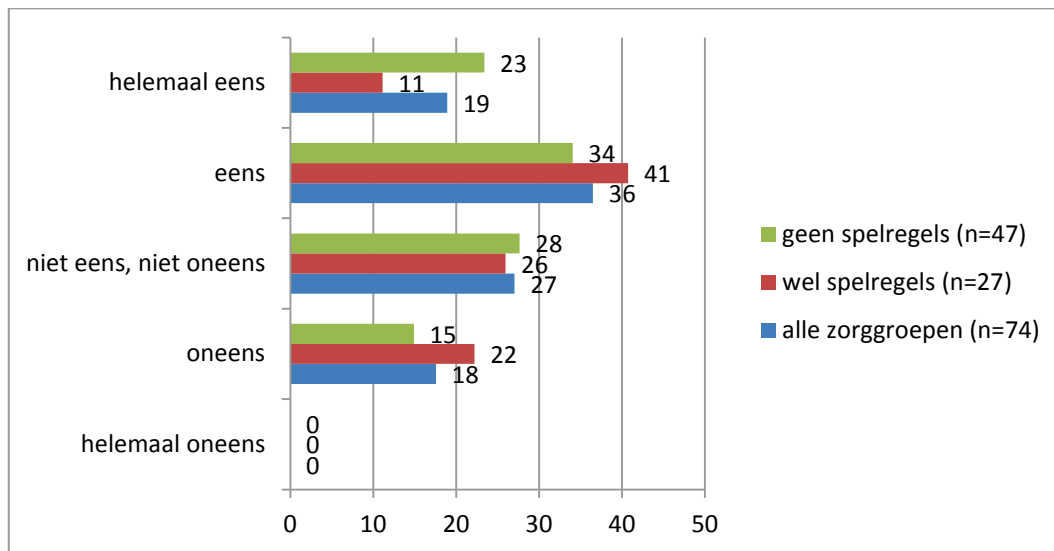


De N is 74, omdat deze vraag twee keer is ingevuld door zorggroepen met twee preferente verzekeraars.

Conclusie

Een knelpunt in het kader van spelregel A was de eenzijdigheid tijdens de onderhandelingen. Bovenstaande figuur laat zien dat zorggroepen vaker van mening zijn dat de zorgverzekeraar luistert naar zijn wensen en voorstellen (61%) dan niet (28%). Bij de observaties bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft is dit beeld nog uitgesprokener: 78% is het (helemaal) eens met de stelling dat de zorgverzekeraar goed luistert en 11% is het hiermee (helemaal) oneens.

Figuur 3.10 De belangen van de zorgverzekeraar waren tijdens de onderhandelingen belangrijker dan de belangen van de zorggroep

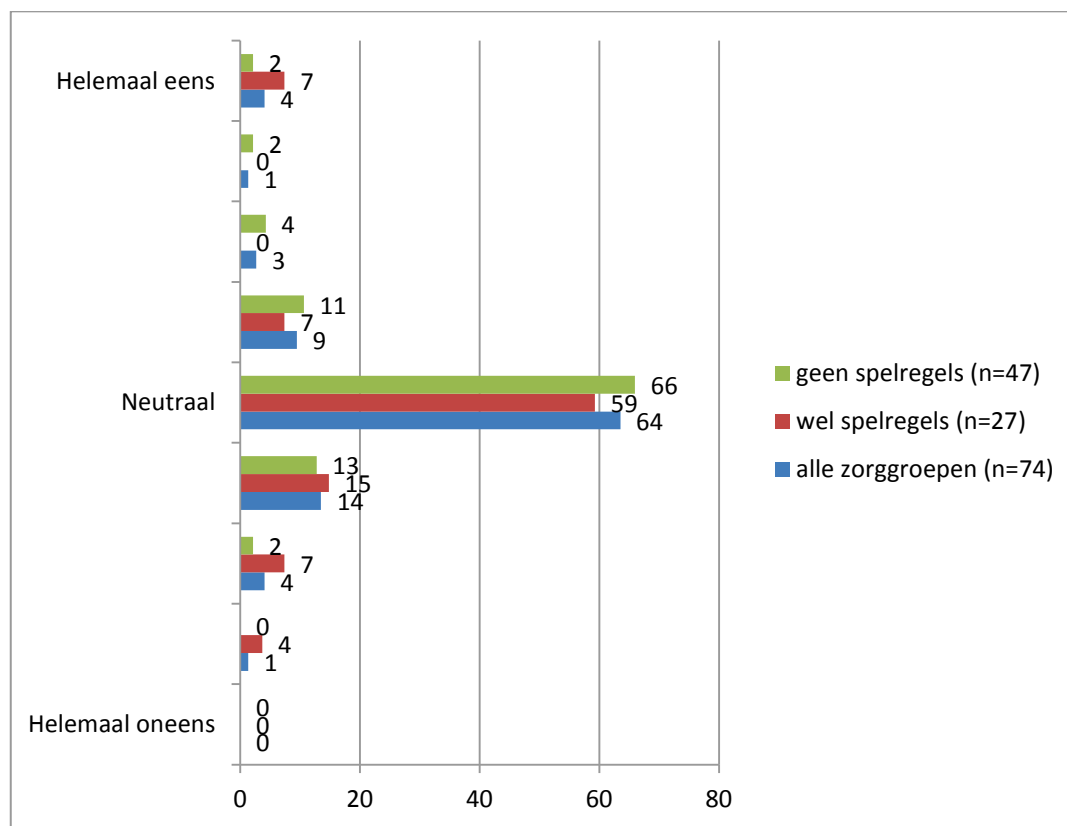


De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

Ook deze vraag is gesteld in het kader van de eenzijdigheid tijdens de onderhandelingen. In 55% van de observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat de belangen van de zorgverzekeraar tijdens de onderhandelingen belangrijker waren dan de belangen van de zorggroep. Dit percentage is lager (52%) voor zorggroepen wiens preferente verzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft dan voor zorggroepen wiens preferente verzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (57%), maar de verschillen zijn niet groot.

Figuur 3.11 Tijdens de onderhandelingen vorig jaar waren de belangen van de zorgverzekeraar ten opzichte van de zorggroep belangrijker dan dit jaar



De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

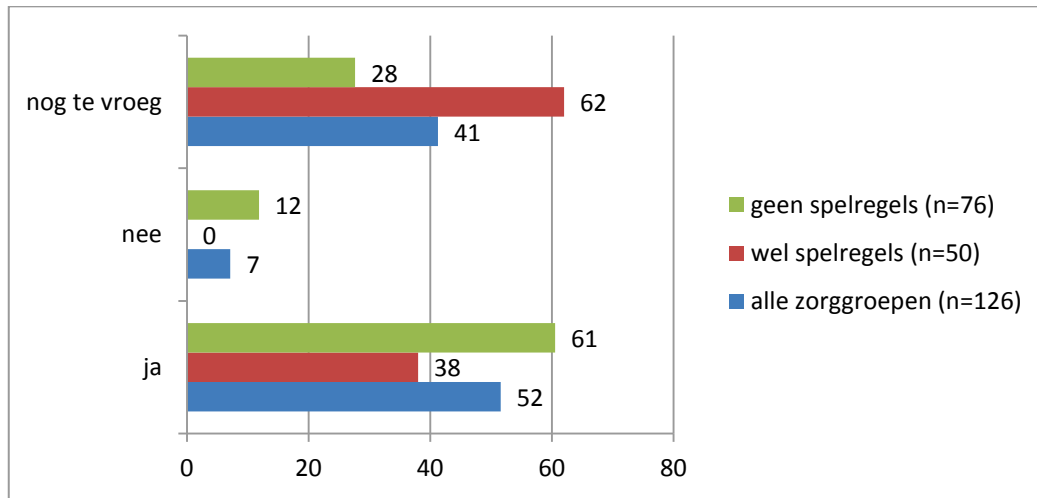
Conclusie

In 64% van de observaties geven zorggroepen aan geen verschil te zien in de mate waarin de belangen van de zorgverzekeraar belangrijker waren dan die van de zorggroep. We zien een vergelijkbaar beeld voor zowel zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft als voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

3.1.5 Het volgen door verre verzekeraars

Volgens spelregel A dienen zorgverzekeraars die willen volgen, dit voor 15 december aan de zorggroep bekend te maken. Zorggroepen geven als knelpunt aan dat zorgverzekeraars niet altijd reageren op een verzoek om te volgen. Daarnaast weigeren sommige zorgverzekeraars om te volgen tegen de voorwaarden die met de preferente zorgverzekeraar afgesproken zijn. In het kader van deze knelpunten en spelregel A is de vraag voorgelegd of de zorggroep niet-preferente verzekeraars gevraagd heeft te volgen, hoeveel zorgverzekeraars aangegeven hebben te zullen volgen en op welk moment zorgverzekeraars aangegeven hebben te zullen volgen.

Figuur 3.12 Heeft u andere zorgverzekeraars gevraagd het contract met de preferente zorgverzekeraars te volgen?

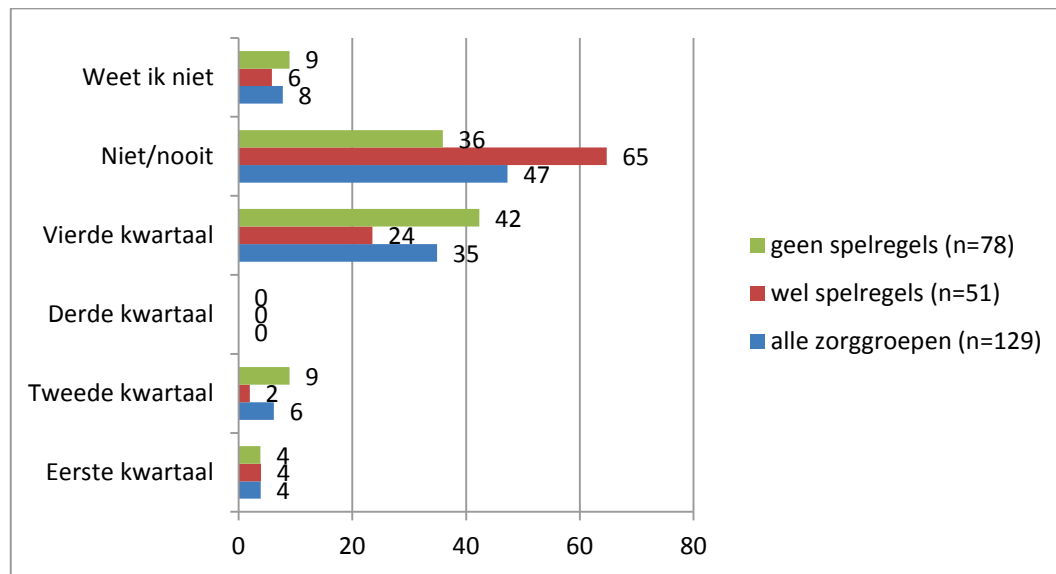


Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

In 52% van de contracteringsprocessen heeft de zorggroep verre verzekeraars gevraagd om te volgen. Dit percentage ligt lager voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft. Dit wordt verklaard doordat in een groot deel van deze contracteringsprocessen het nog te vroeg was om andere verzekeraars te vragen om te volgen (62%).

Figuur 3.13 Het volgcontract werd aan de verzekeraar gestuurd



Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

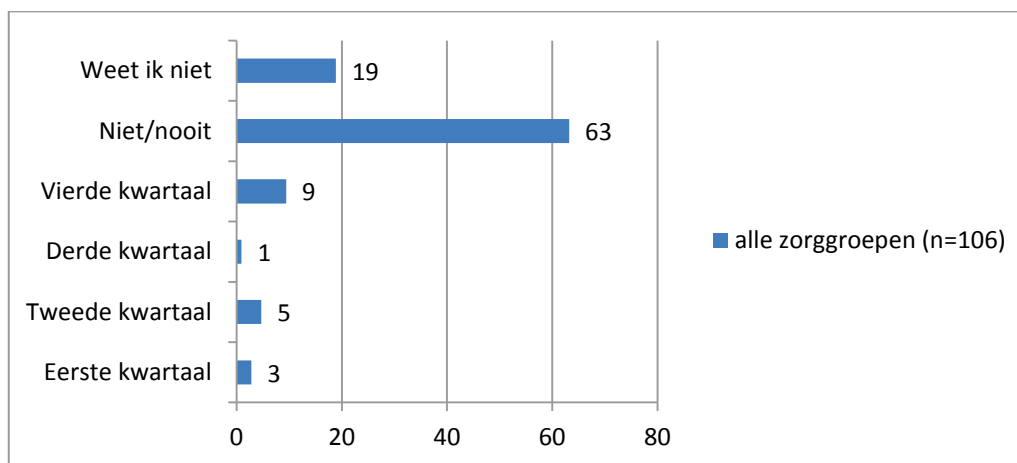
Conclusie

Figuur 3.13 is vergelijkbaar met figuur 3.12. Wederom wordt in contracteringsprocessen met zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben vaker geen volgcontract gestuurd door de zorggroep (65%) dan in contracteringsprocessen met zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben (36%). De bevindingen in figuur 3.12 en figuur 3.13 komen overeen met figuur 3.5, waarin zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft aangeven dat in 59% van de contracteringsprocessen nooit een contract ondertekend is. Als er geen contract ondertekend is, dan zal er ook geen volgcontract gestuurd worden.

Er is ook gevraagd welke verzekeraars aangegeven hebben te willen volgen. In totaal was er 1270 keer een mogelijkheid waarin een verzekeraar aangaf te willen volgen.⁶ In 28% van de gevallen heeft de zorgverzekeraar aangegeven te willen volgen. Dit percentage ligt iets hoger voor zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben (30%, N=254) dan voor zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben (28%, N=1016). Deze data zijn niet in een grafiek getoond.

⁶ Aantal zorgprogramma's, vermenigvuldigd met het aantal verzekeraars, vermenigvuldigd met het aantal respondenten.

Figuur 3.14 Niet-preferente verzekeraars lieten weten het contract met de preferente verzekeraar te volgen



De N is 106, omdat de vraag op het niveau van het zorgprogramma gesteld is. Alleen de resultaten van de zorggroepen die de vragenlijst na 15 december ingevuld hebben, zijn weergegeven.

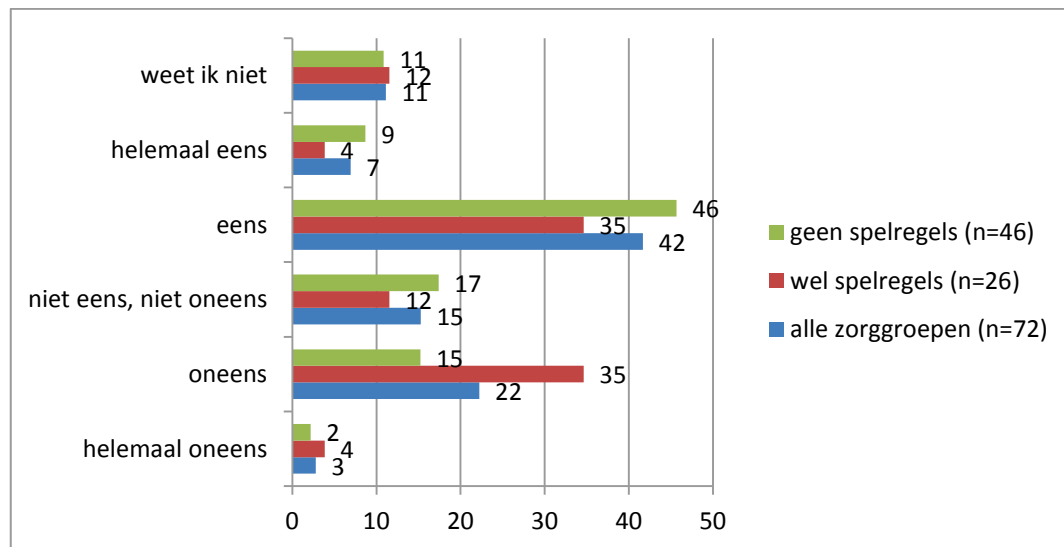
Conclusie

In 63% van de contracteringsprocessen lieten verre verzekeraars niet of nooit weten te zullen volgen. In 3% van de contracteringsprocessen lieten verre verzekeraars al in het eerste kwartaal van 2013 weten te zullen volgen.

3.1.6 Post-contractuele goede trouw

Het laatste onderdeel van spelregel A houdt in dat zorgverzekeraars en zorggroepen in de periode dat het nieuwe contract nog niet getekend is, maar het oude al wel afgelopen is, dienen te handelen alsof het oude contract nog **niet** afgelopen is.

Figuur 3.15 Tussen het moment dat het contract voor 2012 was geëindigd en er nog geen contract voor 2013 was, handelden de zorgverzekeraar en de zorggroep alsof het oude contract nog niet geëindigd was



De N is 72, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

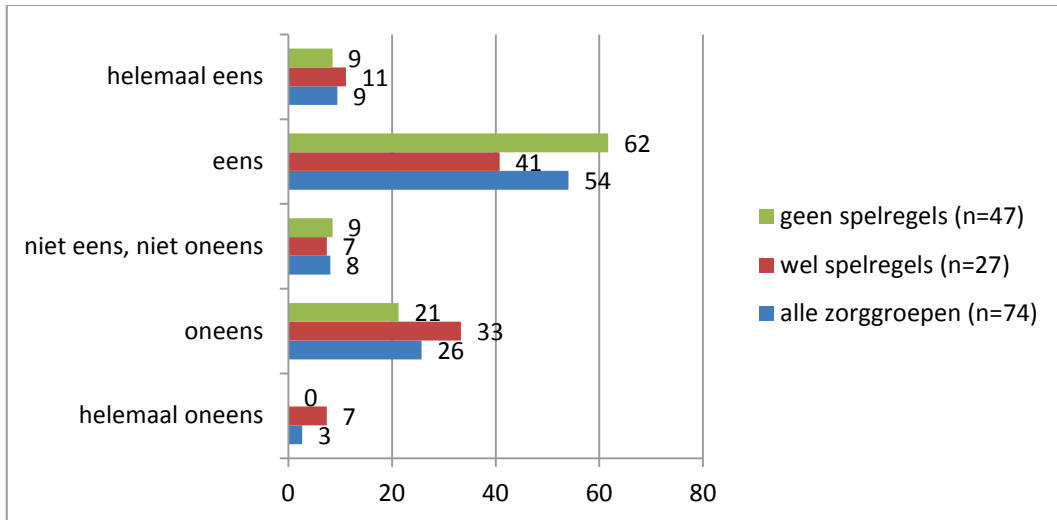
Conclusie

Zorggroepen geven in ongeveer de helft van de observaties aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat er sprake was van postcontractuele goede trouw. Dit percentage ligt lager (39%) voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft, dan voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (54%).

3.1.7 Ervaring van tijdigheid in het algemeen door zorggroepen

Bovenstaande resultaten zijn gebaseerd op spelregel A. De vragenlijst bevatte ook een vraag die zich richtte op de beoordeling van tijdigheid in het algemeen door de zorggroep.

Figuur 3.16 De contractering verliep in 2013 tijdig

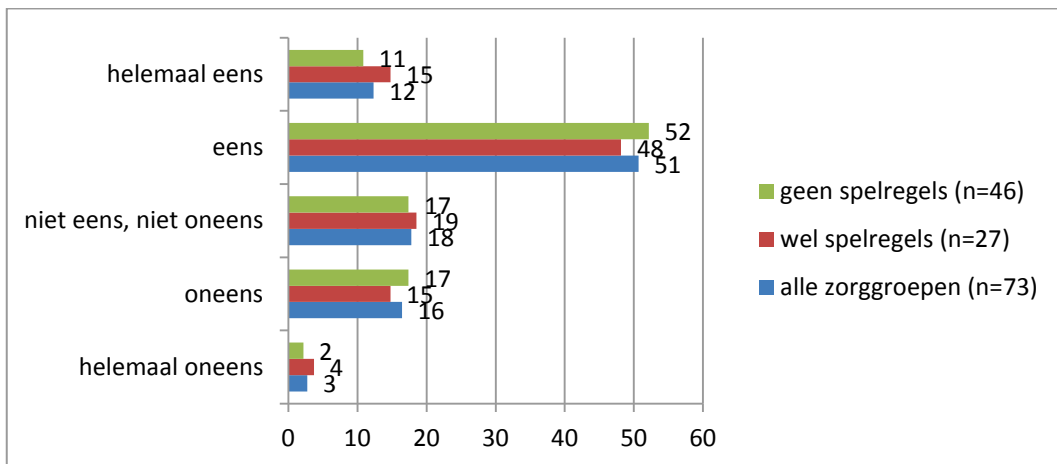


De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In bijna twee derde van alle observaties geven zorggroepen aan dat volgens hen de contractering in 2013 tijdig verlopen is. Dit percentage ligt hoger (71%) voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft, dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft (52%).

Figuur 3.17 De tijdigheid van contractering was in 2013 beter dan in 2012



De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In 63% van de observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat de tijdigheid van contractering in 2013 beter was dan in 2012. Deze percentages zijn hetzelfde voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft en zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

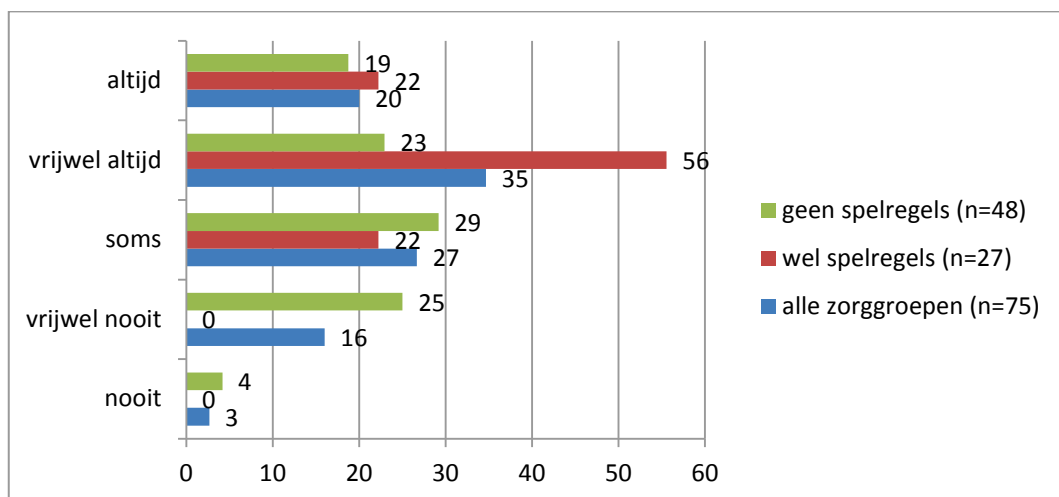
3.2 Communicatie over voorstellen

Zorggroepen geven als knelpunt rondom de communicatie tijdens de contractering aan dat zorgverzekeraars niet reageren op voorstellen van de zorggroep. De spelregel die bij dit knelpunt hoort, is spelregel C:

Zorggroepen en zorgverzekeraars verplichten zich een gemotiveerde reactie te geven op elkaars voorstellen en aanbiedingen. Uitgangspunt is een beantwoordingstermijn van 2 weken.

De spelregel bevat twee elementen: zorgverzekeraars dienen gemotiveerd te reageren op voorstellen van zorggroepen en de reactie dient binnen twee weken gegeven te worden. Hetzelfde geldt voor de reacties van zorggroepen. Het aantal respondenten dat deze vragen ingevuld heeft is hoger dan het aantal zorggroepen dat de vragenlijst heeft ingevuld, omdat deze vragen twee keer zijn ingevuld door zorggroepen met twee preferente verzekeraars.

Figuur 3.18 In welke mate reageerde de zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van de zorggroep?

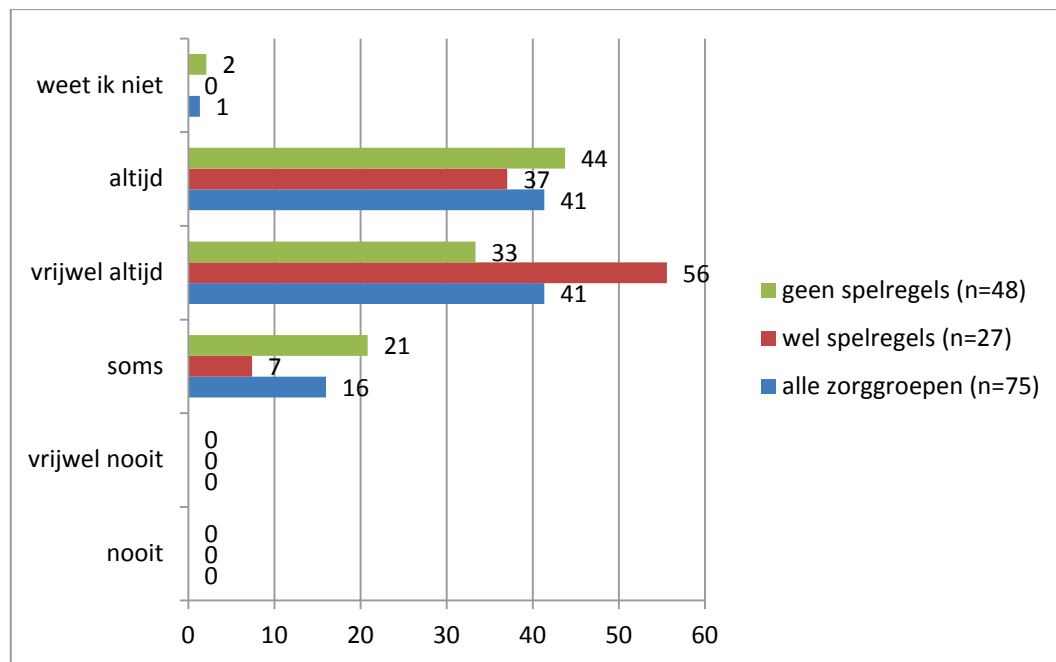


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In ruim de helft van de observaties geven zorggroepen aan dat de zorgverzekeraar (vrijwel) altijd gemotiveerd reageert op de voorstellen van de zorggroep. Bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft met InEen over de spelregels over contractering is dit percentage hoger (78%) en bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels, lager (42%).

Figuur 3.19 In welke mate reageerde de zorggroep gemotiveerd op voorstellen van de zorgverzekeraar?

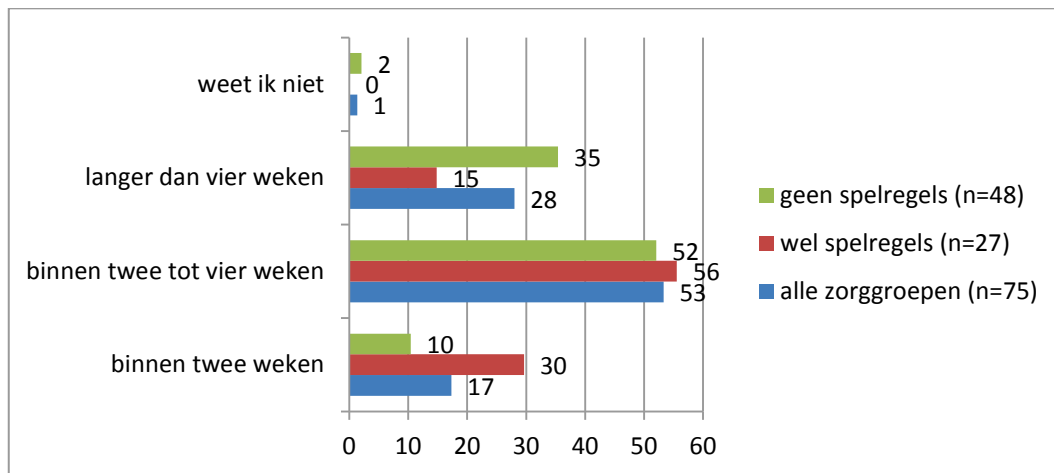


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In 82% van alle observaties geven zorggroepen aan dat (vrijwel) altijd gemotiveerd wordt gereageerd op voorstellen van de zorgverzekeraar. Bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over spelregels is dit percentage (93%). Bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels is dit percentage lager (77%).

Figuur 3.20 Binnen welke termijn reageerde de zorgverzekeraar over het algemeen op voorstellen van de zorggroep?

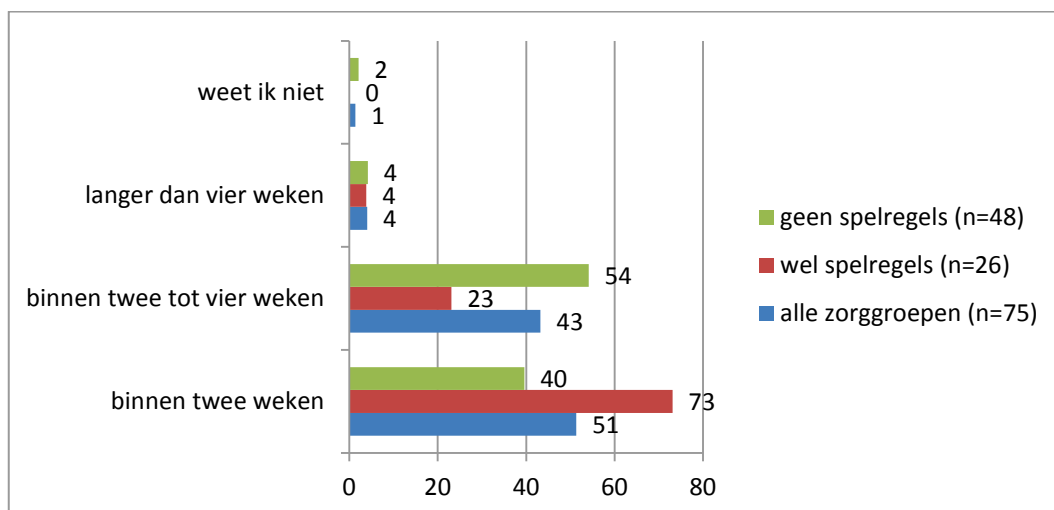


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In 17% van alle observaties geven zorggroepen aan dat zorgverzekeraars binnen twee weken reageren op voorstellen van de zorggroep. Bij de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst over de spelregels heeft, is dit percentage hoger (30%) en bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels lager: 10%.

Figuur 3.21 Binnen welke termijn reageerde de zorggroep over het algemeen op voorstellen van de zorgverzekeraar?

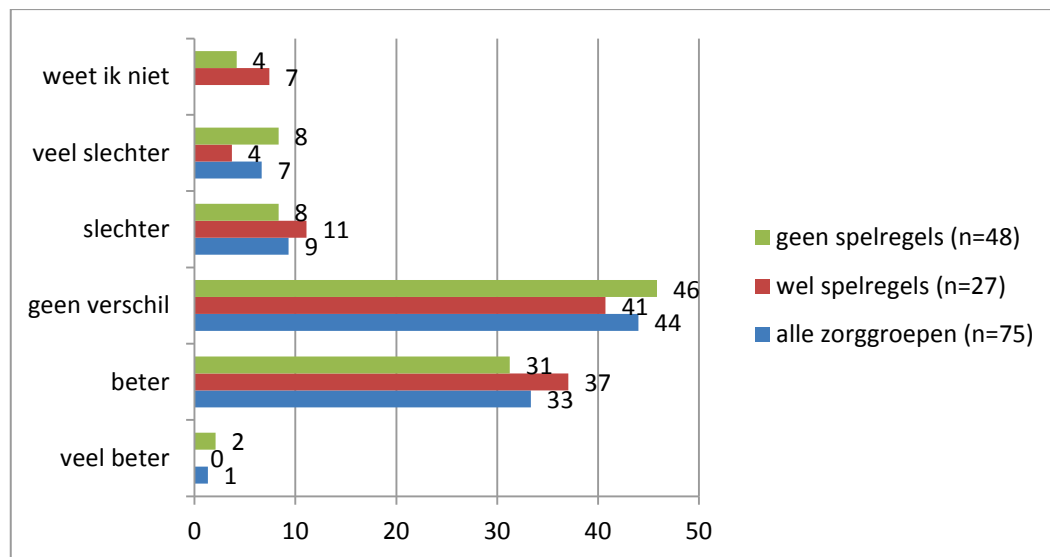


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In ruim de helft van de observaties (51%) geven zorggroepen aan binnen twee weken gereageerd te hebben op voorstellen van de zorgverzekeraar. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over de spelregels is dit percentage 73% en voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels 40%.

Figuur 3.22 In welke mate verschilde de motivatie van de zorgverzekeraar in 2013 van 2012?

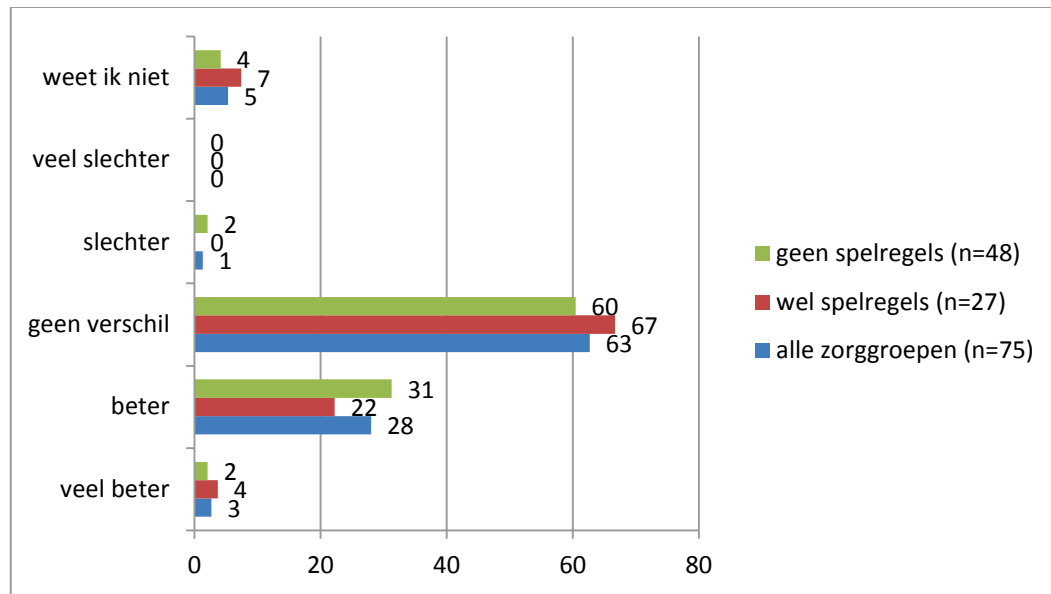


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In ruim één derde van alle observaties geven zorggroepen aan dat de motivering van reacties van zorgverzekeraars in 2013 (veel) beter was dan in 2012. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten is dit percentage 37% en voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten over de spelregels 33%. Voor alle zorggroepen en beide subgroepen geldt dat meer zorggroepen geen verschil zien dan een verbetering.

Figuur 3.23 In welke mate verschilde de motivatie van de zorggroep in 2013 van 2012?

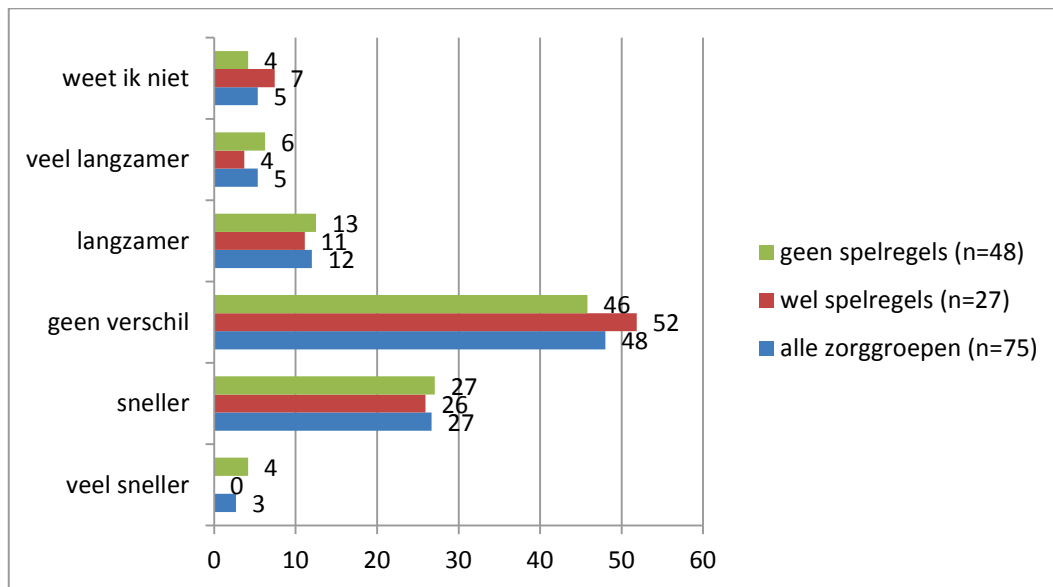


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In meer dan 60% van alle observaties geven zorggroepen aan dat ze geen verschil zien in hun eigen motivering tussen 2013 en 2012. Het percentage observaties waarin zorggroepen een verbetering zien ligt fors hoger dan het percentage waarin een verslechtering wordt gezien. Een hoger percentage observaties van zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend laat een verbetering (33%) zien, dan observaties van zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (26%).

Figuur 3.24 In welke mate verschilde de tijdigheid van de zorgverzekeraar in 2013 met de tijdigheid in 2012?

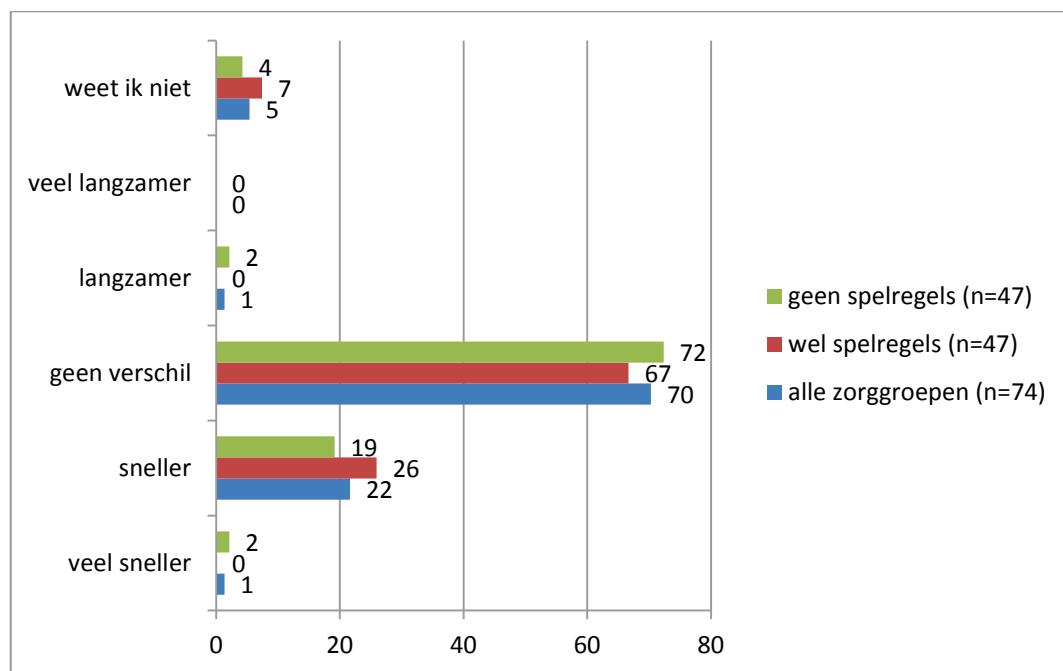


De N is 75, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In 30% van alle observaties geven zorggroepen aan dat hun preferente zorgverzekeraar in 2013 (veel) sneller reageerde dan in 2012. Dit percentage is lager voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft (26%) en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (31%).

Figuur 3.25 In welke mate verschilde de tijdigheid van de zorggroep in 2013 met de tijdigheid in 2012?



De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In een overgrote meerderheid van observaties geven zorggroepen (70%) aan geen verschil te zien in de tijdigheid van reactie van de zorggroep op voorstellen van de zorgverzekeraar tussen 2013 en 2012. Het percentage observaties waarin een verbetering (veel sneller of sneller) gezien wordt, is voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft hoger (26%) dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (21%).

3.3 Afstemming tussen verzekeraars

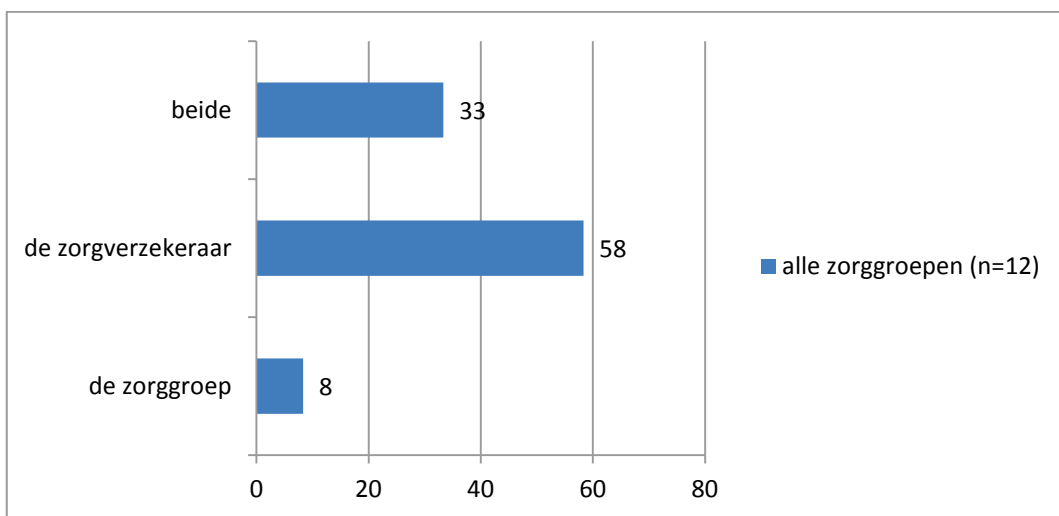
De laatste spelregel over het contracteringsproces betreft de afstemming tussen verzekeraars als een zorggroep meer dan één preferente verzekeraar heeft (spelregel D).

De spelregel luidt:

Als er meerdere preferente zorgverzekeraars in een bepaald gebied zijn, vindt er afstemming plaats over de zorginhoud en de te contracteren zorg; verschillen in uitgangspunten moeten door de zorggroepen uitvoerbaar zijn, zonder substantiële extra administratieve lasten. De inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars dienen voor alle zorggroepen beschikbaar te zijn.

De vragenlijst bevatte vragen over wie het initiatief nam tot het voeren van onderhandelingen met meer dan één zorgverzekeraar en in hoeverre het onderhandelen met twee of meer verzekeraars tot meer administratieve lasten leidde. Daarnaast is gevraagd naar in welke mate zorgverzekeraars geprobeerd hebben deze extra administratieve lasten te verminderen. Voor deze variabelen was het niet mogelijk om te bepalen wat de verschillen tussen zorgverzekeraars zijn. Daarnaast is het aantal zorggroepen dat deze vragen gekregen en ingevuld heeft te klein (n=12) om een zinvol onderscheid tussen zorgverzekeraars te maken.

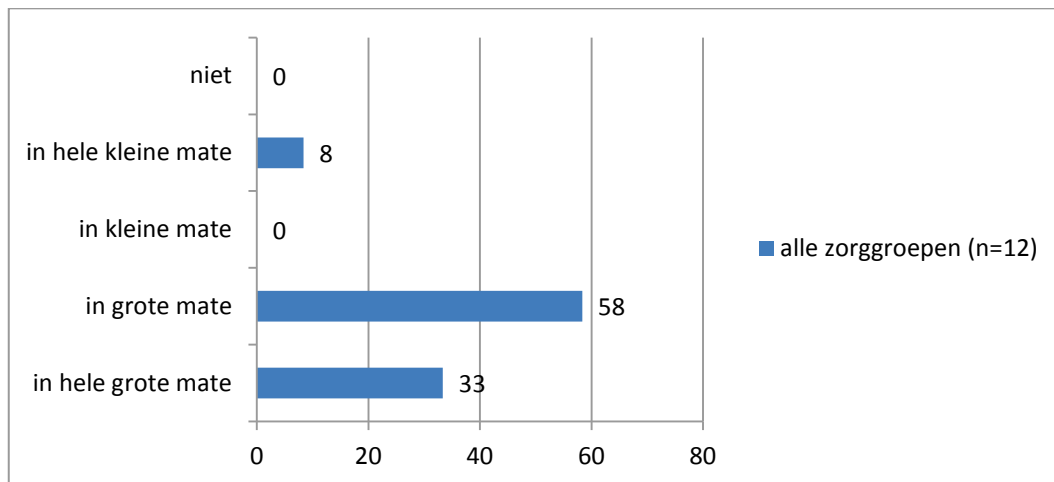
Figuur 3.26 Wie nam het initiatief tot het voeren van onderhandelingen met meer dan één zorgverzekeraar?



Conclusie

Bijna 60% van de zorggroepen geeft aan dat de verzekeraar het initiatief genomen heeft tot het voeren van onderhandelingen met meer dan één verzekeraar. Nog geen 10% van de zorggroepen geeft aan dat dit het initiatief van de zorggroep was.

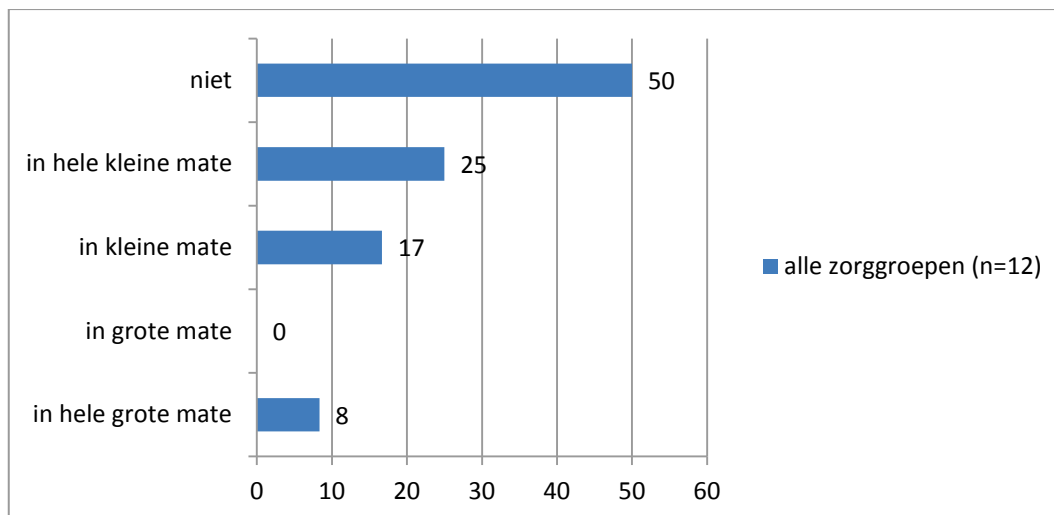
Figuur 3.27 In welke mate leverde het contracteren met meer dan één verzekeraar extra administratieve lasten op?



Conclusie

De overgrote meerderheid van zorggroepen (92%) geeft aan dat het voeren van onderhandelingen met meer dan één preferente zorgverzekeraar in (hele) grote mate extra administratieve lasten opleverde.

Figuur 3.28 In welke mate hebben zorgverzekeraars geprobeerd om de administratieve lasten en uitvoeringsproblemen als gevolg van meer dan één contract te verminderen?



Conclusie

De helft van de zorggroepen geeft aan dat de verzekeraars niet geprobeerd hebben om de administratieve lasten en uitvoeringsproblemen als gevolg van meer dan één contract te

verminderen. Acht procent geeft aan dat verzekeraars in (hele) grote mate geprobeerd hebben deze lasten te verminderen.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de spelregels en knelpunten over het proces van contracteren behandeld, waarbij gelet is op tijdigheid, eenzijdigheid, communicatie en afstemming tussen verzekeraars.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de spelregels over tijdigheid van contractering in de spelregels niet gehaald worden. Aan de andere kant vindt de meerderheid van de zorggroepen dat de contractering in 2013 tijdig was en dat er een verbetering ten opzichte van 2012 waarneembaar was. Gevonden verschillen tussen zorgverzekeraars die de spelregels wel getekend hebben en zorgverzekeraars die de spelregels niet getekend hebben wijzen niet allemaal in dezelfde richting. Als wordt gekeken naar de spelregels, dan lijken zorgverzekeraars die de spelregels getekend hebben iets beter te scoren. Als wordt gekeken naar de algemene perceptie van tijdigheid door zorggroepen, dan blijkt echter dat zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben het beter doen. Een mogelijke verklaring is dat zorggroepen met tweejarige contracten positiever oordelen over de tijdigheid van de contractering. Daarnaast is het mogelijk dat de verwachting van zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft, hoger is dan van andere zorggroepen. Een andere mogelijke verklaring is dat de zorggroepen tijdigheid op een andere manier interpreteren dan zoals ze in de spelregels gedefinieerd zijn. Doordat zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben mogelijk focussen op de inhoud van de spelregels, hebben ze wellicht minder aandacht voor elementen van tijdigheid die niet in de spelregels staan, maar wel door zorggroepen als belangrijk ervaren worden.

Ten aanzien van eenzijdigheid tijdens de contractering geven de zorggroepen in de meeste observaties aan dat de zorgverzekeraar luistert naar hun wensen en voorstellen, maar dat zij ervaren dat de belangen van de zorggroepen tijdens de onderhandelingen minder belangrijk zijn dan de belangen van de zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2012 is hierin weinig veranderd. Ook zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben en zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben niet groot.

Qua onderwerpen die tijdens de onderhandelingen van belang zijn, valt op dat financiën het belangrijkste zijn tijdens de onderhandelingen en dat patiënttevredenheid over het algemeen minder belangrijk is.

Als we kijken naar de communicatie over voorstellen tijdens de contractering blijkt dat zorgverzekeraars in ongeveer de helft van de contracteringsprocessen gemotiveerd reageren op voorstellen van de zorggroep. Er zijn grote verschillen tussen verzekeraars: zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft, vinden over het algemeen vaker dat hun verzekereer gemotiveerd reageert dan

zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Qua tijdigheid van reacties blijkt dat vaak niet binnen twee weken gereageerd wordt. Wederom scoren zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben beter. Zowel qua motivering als tijdigheid worden geen grote verschillen gevonden tussen 2012 en 2013. Opvallend is wel dat zorggroepen over algemeen positiever zijn over hun eigen tijdigheid en motivering dan over de tijdigheid en motivering van zorgverzekeraars.

In het kader van het contracteringsproces is als laatste gekeken naar de afstemming tussen zorgverzekeraars bij meer dan één preferente verzekeraar. Het blijkt dat het onderhandelen met meer dan één verzekeraar volgens veel zorggroepen tot extra administratieve lasten leidt. Ook geven veel zorggroepen aan dat zorgverzekeraars weinig tot niets doen om deze administratieve lasten te verminderen.

4 De contractering van zorggroepen in 2013: Inhoud en kwaliteit

In dit hoofdstuk komen de knelpunten en de spelregels over de inhoud van contracten in 2013 aan bod. De resultaten zijn, net als in het voorgaande hoofdstuk, gegroepeerd per spelregel en bijbehorende knelpunten. Wederom is er een onderscheid gemaakt tussen zorgverzekeraars wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst met InEen heeft over de spelregels over contractering en zorggroepen wiens preferente verzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels. Het aantal zorggroepen dat de vragen in dit hoofdstuk ingevuld heeft verschilt per vraag. Per vraag zal dan ook aangegeven worden welk aantal zorggroepen de vraag ingevuld heeft.

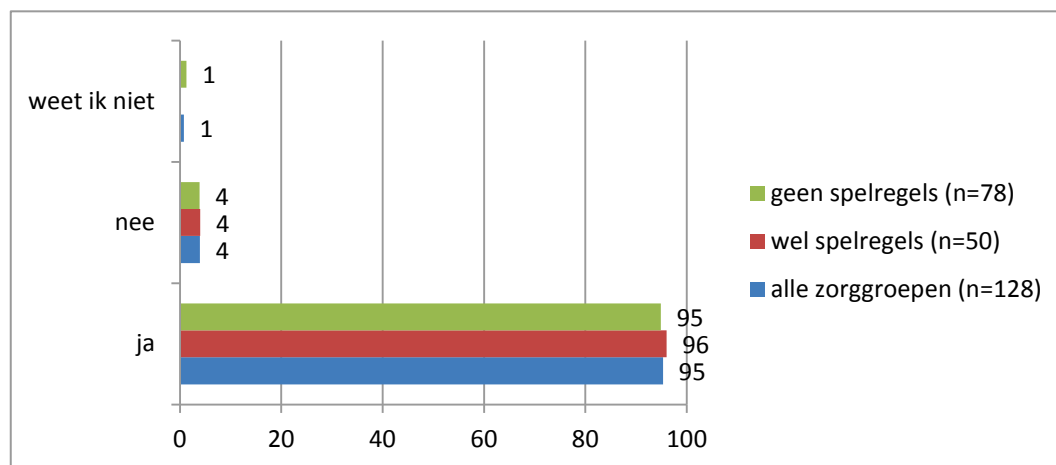
4.1 Het zorgaanbod: de zorgstandaard en bekostiging

Een veelgenoemd knelpunt van zorggroepen tijdens de contractering is dat de zorgverzekeraar niet alle onderdelen van de zorgstandaard contracteert. Daarnaast weigert de zorgverzekeraar in sommige gevallen de prijs te betalen die volgens de zorggroepen bij de tijdsinzet van het zorgprogramma hoort. Als reactie op deze twee knelpunten is spelregel F opgesteld:

Bij het aanbieden van ketenzorg geldt de zorg zoals beschreven in de Zorgstandaard. Voor de bekostiging vormen de beleidsregels van de NZa het uitgangspunt; deze beleidsregels stellen kaders aan de zorg (veelal Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg) die standaard in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen kunnen worden opgenomen. In overleg tussen zorggroepen en zorgverzekeraars kunnen aanvullende contractuele afspraken worden gemaakt.

De vragenlijst bevatte vragen over de relatie tussen de afspraken in het contract en de inhoud van de zorgstandaard, en de bekostigingsafspraken in het contract.

Figuur 4.1 In het contract is afgesproken dat de ketenzorg volgens de zorgstandaard wordt geleverd

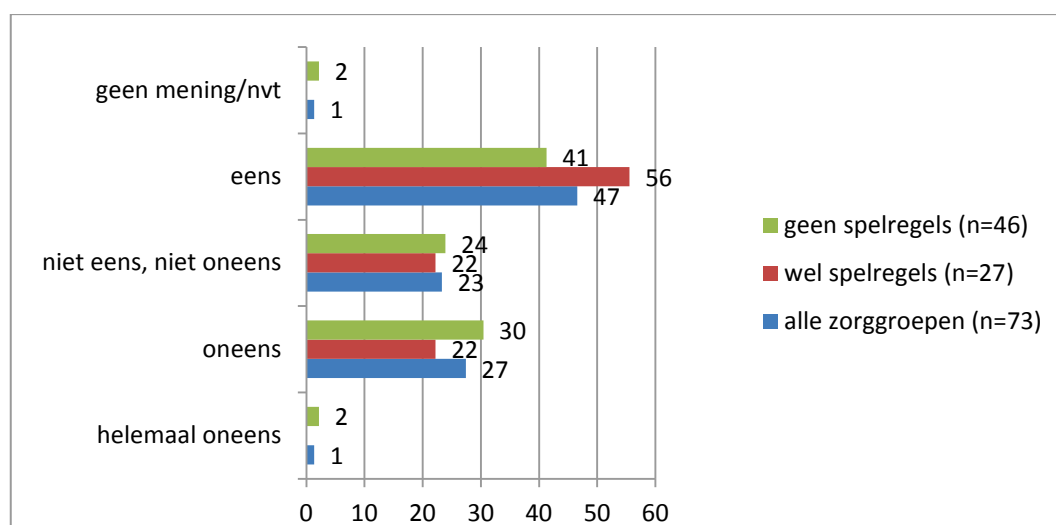


Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

In de meeste contracten (95%) is afgesproken dat de ketenzorg volgens de zorgstandaard wordt geleverd. Er zijn nauwelijks verschillen tussen zorgverzekeraars met wie de spelregels zijn afgesproken en zorgverzekeraars met wie geen spelregels zijn afgesproken.

Figuur 4.2 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van de zorg die wordt geleverd

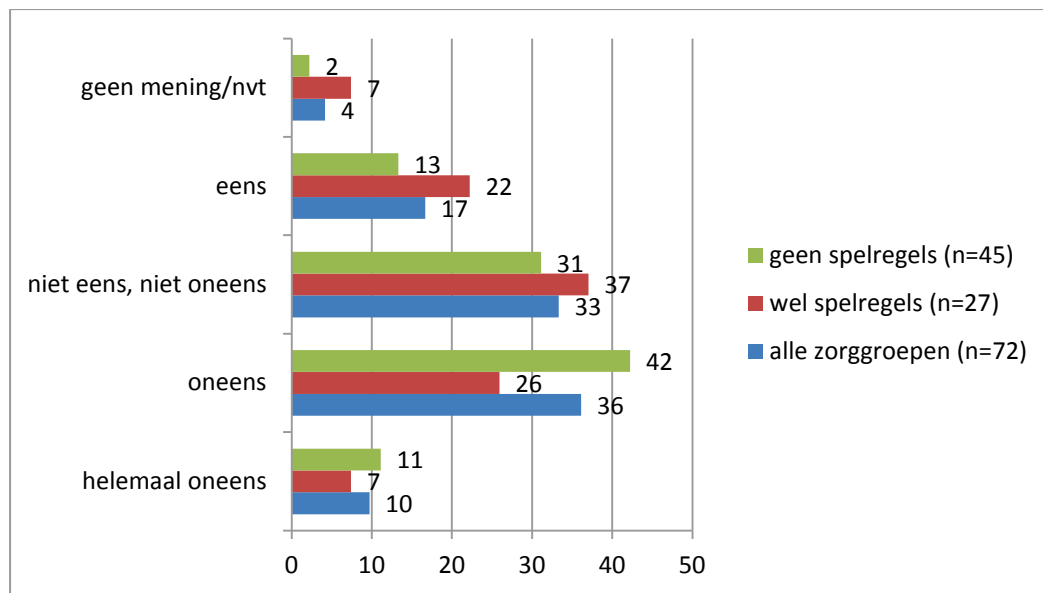


De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In iets minder dan de helft van de observaties geven zorggroepen (47%) aan dat de afspraken over de prijs van de zorg goed aansluiten bij de kosten van de zorg die wordt geleverd. Ruim de helft van de zorggroepen (56%) die een contract hebben met een zorgverzekeraar met wie de spelregels zijn afgesloten geeft dit aan.

Figuur 4.3 De afspraken over de prijs van de zorg in de contracten voor 2014 sluiten beter aan bij de kosten van de zorg die daadwerkelijk wordt geleverd dan de afspraken over prijs in de contracten voor 2013

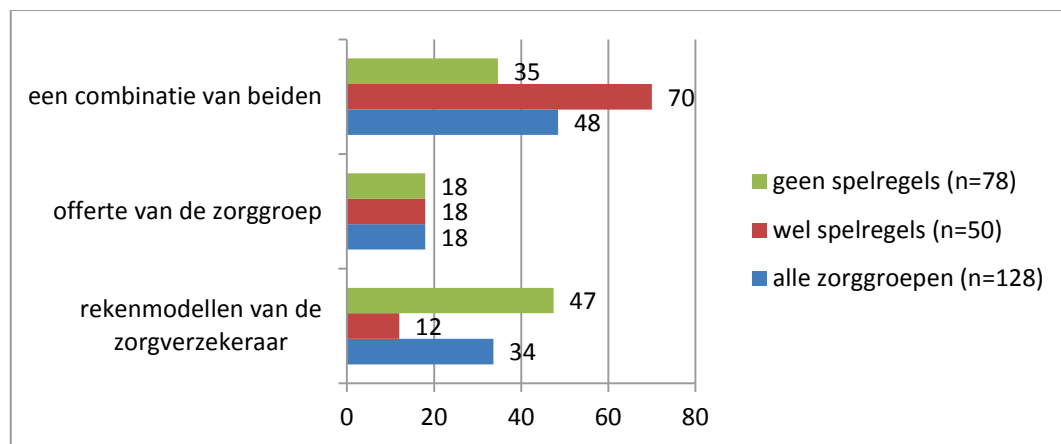


De N is 72, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

Over het algemeen geven zorggroepen in meer observaties aan het (helemaal) oneens (46%) te zijn met de stelling dat de tarieven die in 2013 afgesproken zijn beter bij de daadwerkelijke kosten van zorg passen dan de tarieven die in 2012 zijn afgesproken, dan (helemaal) eens (17%). Zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben scoren minder vaak (helemaal) oneens dan zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben.

Figuur 4.4 Waar zijn de bekostigingsafspraken in het contract op gebaseerd?



Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

In bijna de helft (48%) van de contracten zijn de bekostigingsafspraken gebaseerd op een combinatie van de rekenmodellen van de zorgverzekeraar en de offerte van de zorggroep. Dit percentage ligt hoger (70%) voor contracten met zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben.

4.2 Kwaliteitsbeleid van de zorggroep

Spelregel H gaat in op de afspraken over kwaliteit die in het contract opgenomen dienen te worden:

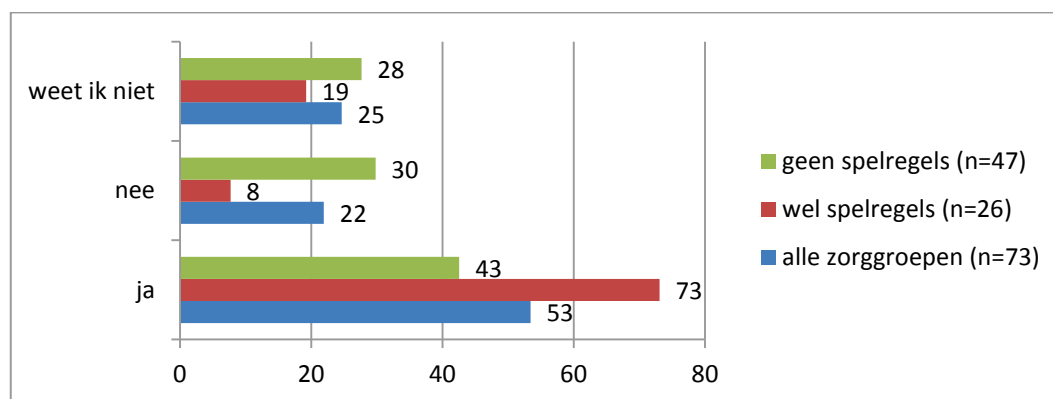
Bij het maken van contractuele afspraken over het kwaliteitsbeleid van de zorggroep sluiten zorgverzekeraars en zorggroepen aan bij de Kritische Kwaliteits Kenmerken van de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg. De zorggroepen en de zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg aanvullende contractuele afspraken maken.

De Kritische KwaliteitsKenmerken zijn criteria betreffende de kwaliteit van zorg, opgesteld door InEen. De meest recente versie bevat 21 criteria, verdeeld over zes domeinen: optimale zorg en uitkomsten, samenwerking, patiëntenparticipatie, continuïteit en overdracht, bestuur en organisatie en informatiesystemen.

Deelname door zorggroepen aan de landelijke benchmark waarin medisch-inhoudelijke indicatoren worden verzameld is één van de kritische kwaliteitskenmerken. De resultaten uit de landelijke benchmark worden jaarlijks in een rapport bekend gemaakt (Landelijke Organisatie voor Ketenzorg, 2013). De zorgverzekeraars gebruiken de gegevens uit de landelijke benchmark als basis voor het contracteerbeleid. De zorggroepen zorgen voor

tijdige en complete aanlevering van de cijfers. Op aanvraag worden soms nog aanvullende indicatoren verstrekt, Het streven is om deze aanvullende informatie-uitvraag de komende jaar zoveel mogelijk te bepreken door gezamenlijke afspraken te maken met zorgverzekeraars over een uniforme landelijke indicatorenset.

Figuur 4.5 De afspraken over kwaliteit in de contracten sluiten aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van de LOK

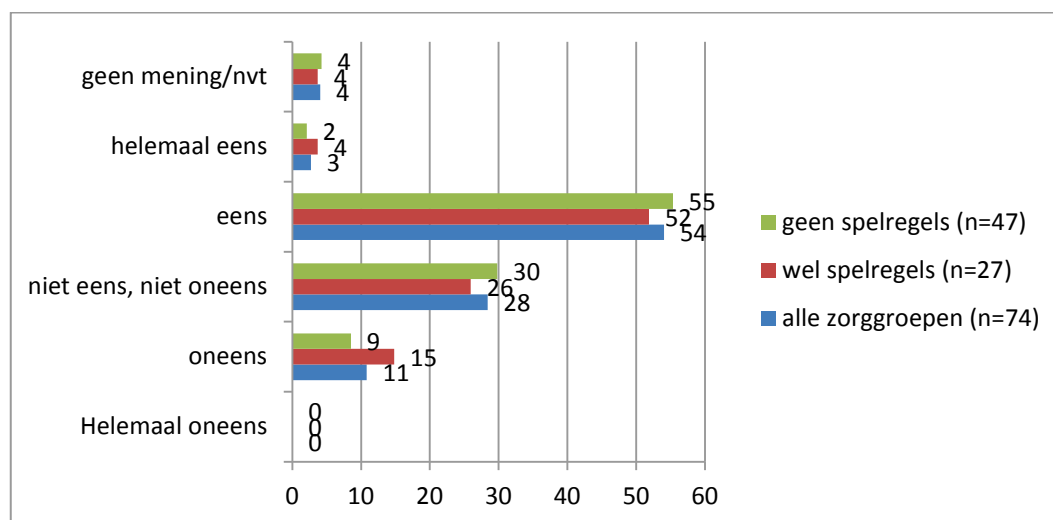


De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

Ruim de helft (53%) van alle contracten sluiten de afspraken over kwaliteit aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van Ineen. Dit percentage ligt hoger voor contracten met zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben (73%), dan voor contracten met zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben (43%).

Figuur 4.6 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken dragen bij aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door de zorggroep

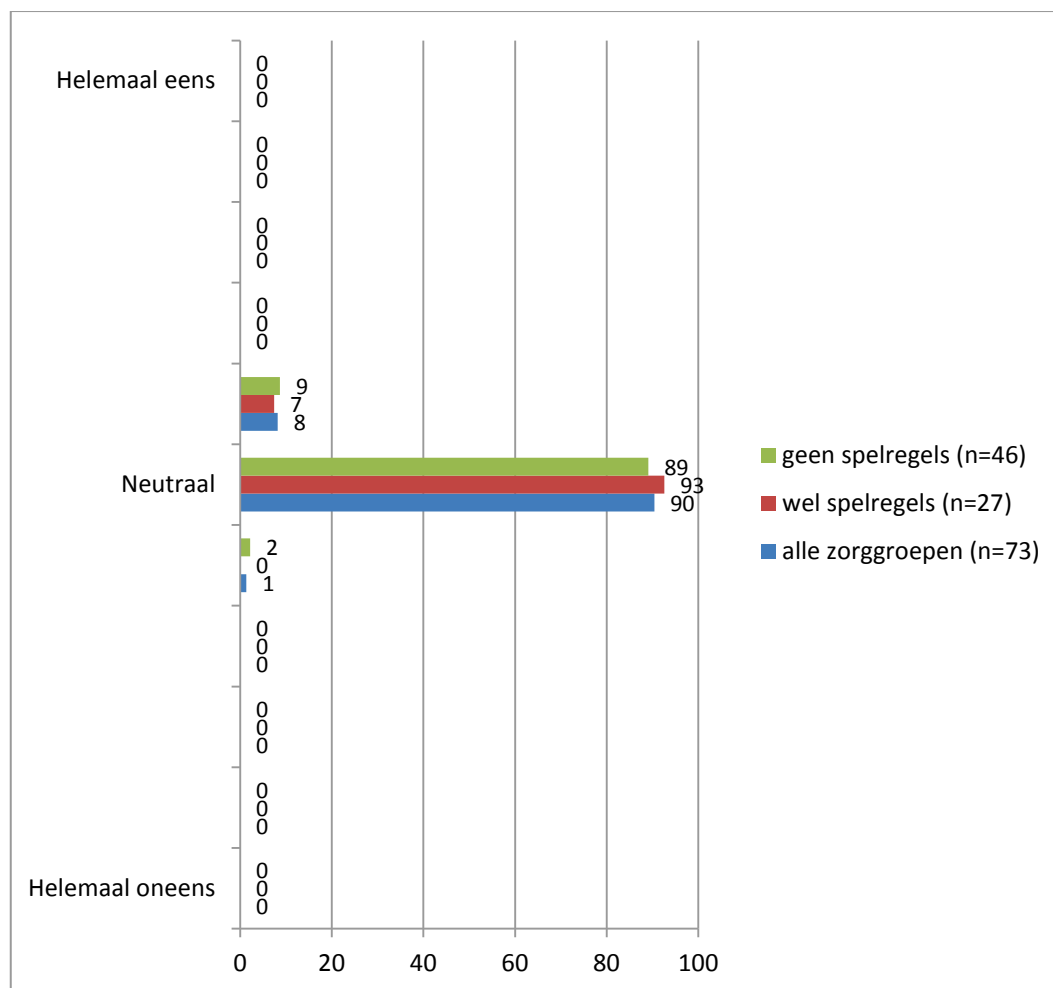


De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In ruim de helft van de observaties geven zorggroepen (57%) aan dat zij geloven dat de afspraken die zij met verzekeraars maken over kwaliteit bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg door de zorggroep. Er zijn geen grote verschillen tussen zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

Figuur 4.7 De kwaliteitseisen die in de contracten over vorig jaar zijn afgesproken dragen meer bij aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door de zorggroep dan de afspraken van dit jaar



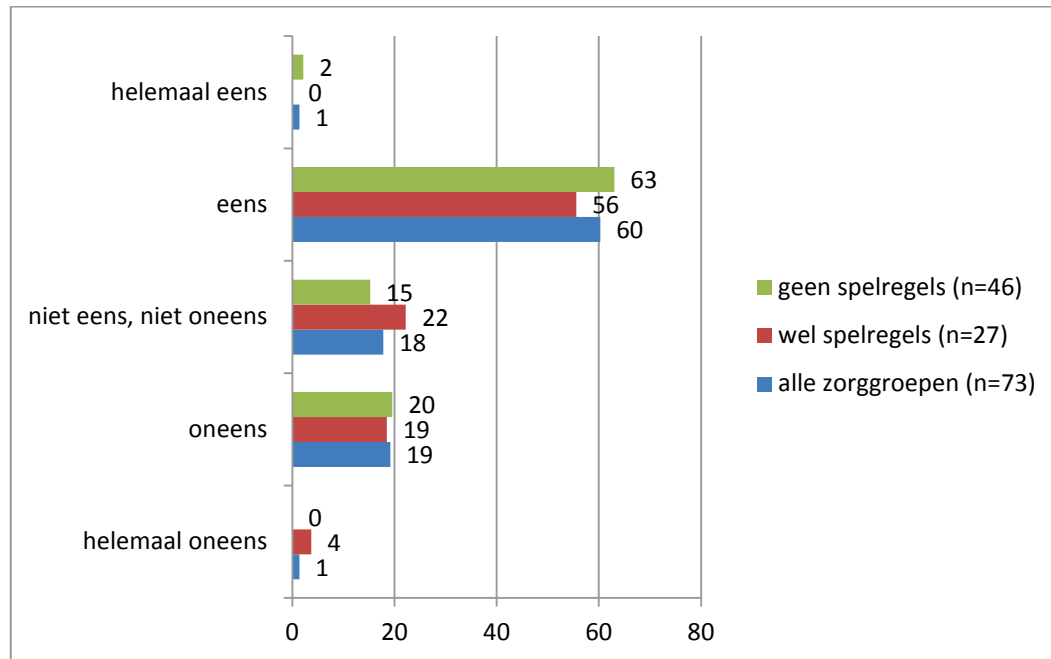
De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In de overgrote meerderheid van observaties geven zorggroepen aan geen verschil te zien tussen 2012 en 2013 in of de afspraken over kwaliteit bijdragen aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door de zorggroep. Er zijn geen grote verschillen tussen

zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben en zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben.

Figuur 4.8 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken laten voldoende ruimte voor het voeren van een eigen beleid door de zorggroep

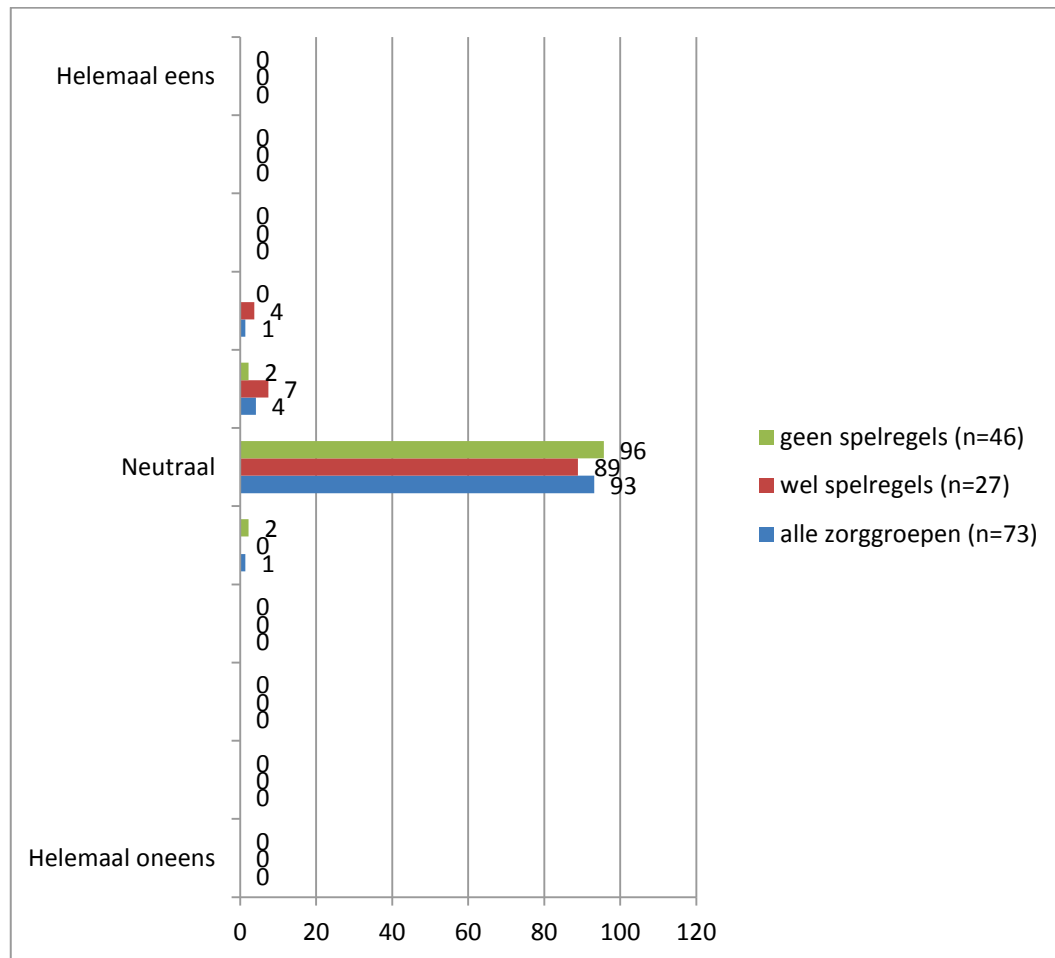


De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In meer dan 60% van alle observaties geven zorggroepen aan dat de gemaakte afspraken over kwaliteit voldoende ruimte laten voor eigen beleid van de zorggroep. Dit percentage ligt hoger voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (65%).

Figuur 4.9 De kwaliteitseisen die in de contracten over vorig jaar zijn afgesproken laten meer ruimte voor het voeren van een eigen beleid door de zorggroep dan de contracten voor dit jaar



De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

Het blijkt dat in de meerderheid van de observaties, zorggroepen geen verschil zien tussen de contracten voor 2013 en de contracten voor 2014 als het gaat om de ruimte die de afspraken over kwaliteit laten voor eigen beleid van de zorggroep. Er zijn geen grote verschillen tussen verzekeraars die de spelregels ondertekend hebben en verzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben.

4.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is de inhoud van de contracten voor 2014 vergeleken met de inhoud van de spelregels. Een veel genoemd knelpunt in voorgaande jaren was het niet aansluiten bij de zorgstandaard. Onze resultaten laten zien dat in vrijwel alle gevallen wordt

aangesloten bij de zorgstandaard, of de spelregels nu wel of niet zijn ondertekend door de zorgverzekeraar.

Als we kijken naar bekostiging zien we dat zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben beter scoren dan zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben. Toch kunnen we niet stellen dat zorggroepen overwegend positief zijn. Ongeveer de helft van de zorggroepen is van mening dat de prijs van de zorg niet goed aansluit bij de kosten van de zorg die wordt geleverd. En ruim een derde van de zorggroepen ziet een verslechtering in de tarieven voor volgend jaar, ten opzichte van de kosten van zorg. Voor alle zorggroepen geldt dat in bijna de helft van de observaties de afspraken over bekostiging gebaseerd zijn op een combinatie van de offerte van de zorggroep en de rekenmodellen van de zorgverzekeraar. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft, gelden de rekenmodellen van de zorgverzekeraar echter vaker als basis voor de bekostigingsafspraken.

Ten aanzien van kwaliteit blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen aangesloten wordt bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen, zoals in de spelregels voorgeschreven wordt. Er is een groot verschil tussen zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Over het algemeen vinden de zorggroepen dat de gemaakte afspraken bijdragen aan het leveren van goede kwaliteit van zorg door de zorggroep en dat er genoeg ruimte blijft voor eigen beleid van de zorggroep.

5 De contractering van zorggroepen in 2013: Financiële afspraken

In dit hoofdstuk komen de knelpunten en de spelregels over financiële aspecten van de contractering in 2013 aan bod. De resultaten zijn, net als in hoofdstuk 3 en 4, gegroepeerd per spelregel en, waar mogelijk, bijbehorende knelpunten. Wederom is er een onderscheid gemaakt tussen zorgverzekeraars wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst met InEen heeft over de spelregels over contractering en zorggroepen wiens preferente verzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels. Het aantal antwoorden per zorggroep zorggroepen verschilt in dit hoofdstuk per vraag. Per vraag zal dan ook aangegeven worden waarom het betreffende aantal antwoorden gerapporteerd wordt.

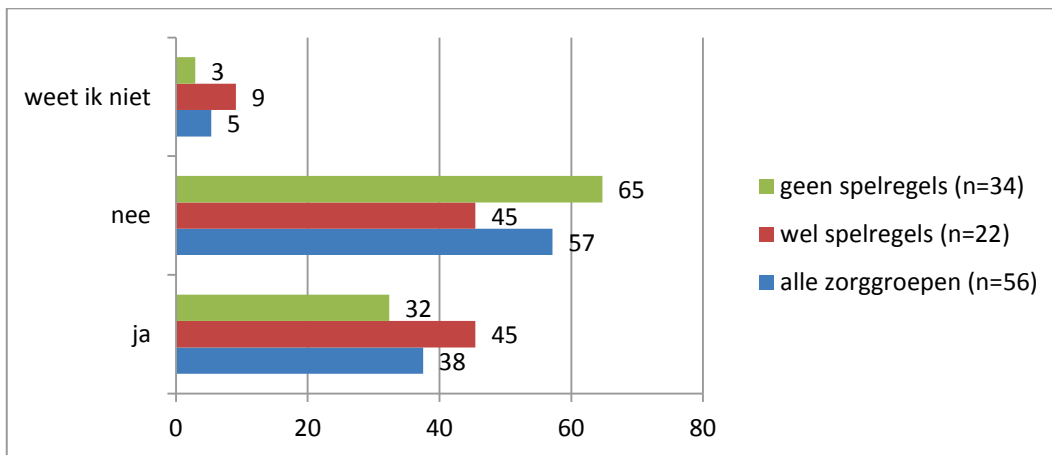
5.1 Financiële transparantie

Een knelpunt dat door een deel van de zorggroepen ervaren wordt, is dat de zorgverzekeraar weigert te onderhandelen als de zorggroep geen volledige openheid geeft over de begroting. Spelregel I geeft aan wat er van zorggroepen verwacht mag worden op het gebied van financiële transparantie:

De zorggroepen leggen via de jaarrekening financiële verantwoording af over de contractueel overeengekomen prestaties en bijbehorende bekostiging. De jaarrekening (met betrekking tot de DBC's) geeft inzicht in:

- *de daadwerkelijk geleverde prestaties volgens contract;*
- *de verhouding tussen overhead en zorgkosten van de DBC's;*
- *de bestemming van het resultaat;*
- *de opbouw van het eigen vermogen.*

Figuur 5.1 Heeft uw zorggroep de financiële verantwoording over 2012 geleverd volgens een door de verzekeraars opgelegd format?

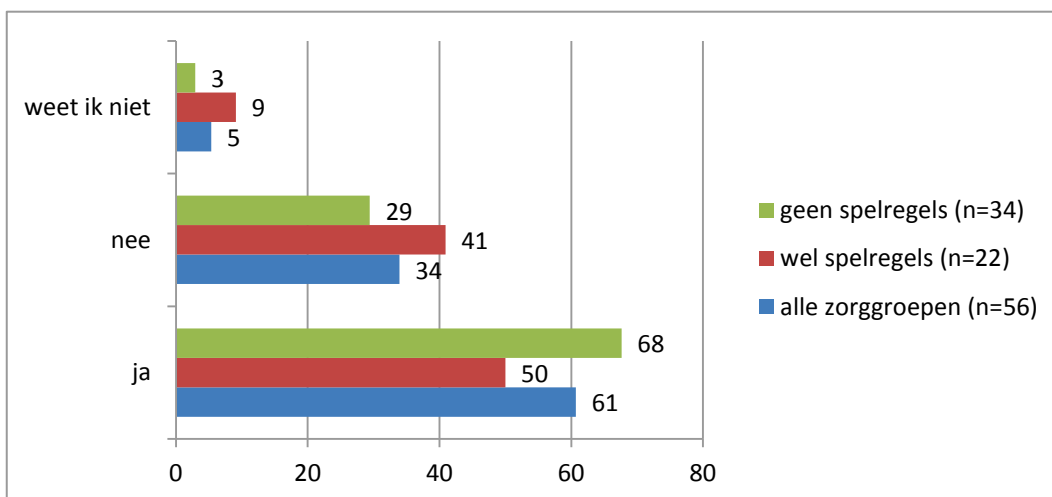


De N is 56, omdat alle zorggroepen deze vraag niet meer dan één keer ingevuld hebben.

Conclusie

Ruim een derde (38%) van de zorggroepen geeft aan in 2013 volgens een door een verzekeraar opgelegd format financiële verantwoording te hebben afgelegd. Dit percentage is iets hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft (45%).

Figuur 5.2 Heeft uw zorggroep de financiële verantwoording over 2012 geleverd volgens een eigen format?



De N is 56, omdat alle zorggroepen deze vraag niet meer dan één keer ingevuld hebben.

Conclusie

Iets meer dan 60% van de zorggroepen geeft aan in 2013 volgens een eigen format financiële verantwoording te hebben afgelegd. Dit percentage ligt lager voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft.

5.2 Contractduur

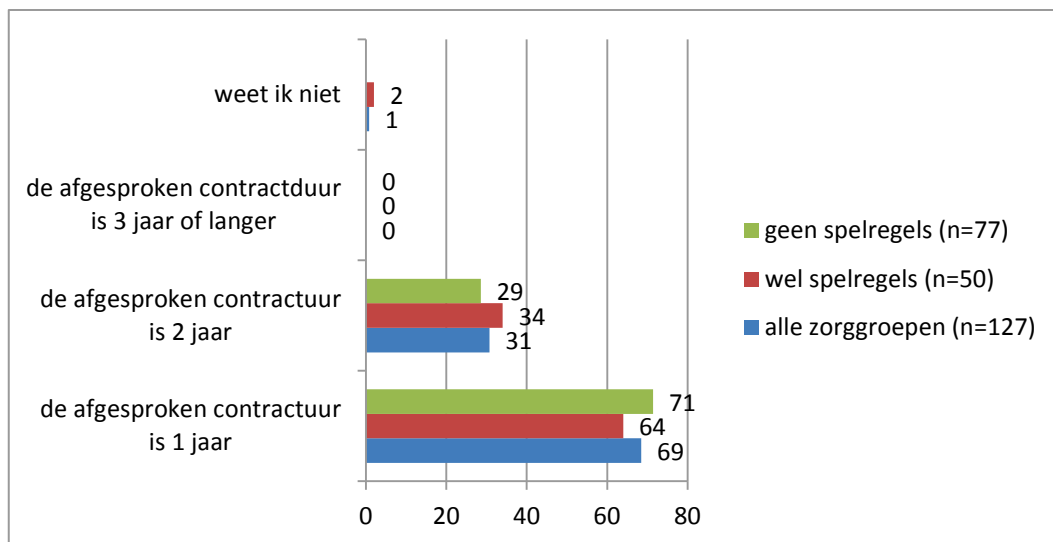
Spelregel J gaat in op de duur van contracten:

Zorgverzekeraars en zorggroepen streven naar langdurige contractuele relaties. Het afsluiten van meerjarige contracten, -van minstens 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar-, geniet de voorkeur en bevordert de stabiliteit.

De volgende aspecten zijn hierbij van belang:

- *Tijdsduur: gedurende 3 jaar een contractuele afspraak over het betreffende zorgprogramma.*
- *Stabiliteit: zorggroepen en zorgverzekeraars voldoen tijdens deze periode aan de wederzijdse verplichtingen. Wijzigingen in het vergoedingstelsel of de zorgstandaarden kunnen leiden tot wijzigingen in de zorgprogramma's en kostprijs, maar hebben geen effect op de looptijd van het contract. Tenzij nakoming van de contracten in redelijkheid niet van (een van de) partijen gevergd kan worden.*

Figuur 5.3 Welke afspraken zijn gemaakt over de contractduur in het contract?



Deze vraag is op het niveau van het zorgprogramma gesteld. Zorggroepen kunnen voor meer dan één zorgprogramma een contract hebben bij een verzekeraar, maar dat hoeft niet. Per programma wordt één contract afgesloten met een verzekeraar.

Conclusie

Het streven van 3 jaar in spelregel J, wordt nergens gehaald. Over het algemeen worden vaker eenjarige contracten gesloten (69%) dan tweejarige contracten (31%). Dit geldt zowel voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft als voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraars de spelregels niet ondertekend heeft.

5.3 Reserves van zorggroep

Spelregel K betreft de mogelijkheden die zorggroepen moeten hebben om reserves op te kunnen bouwen:

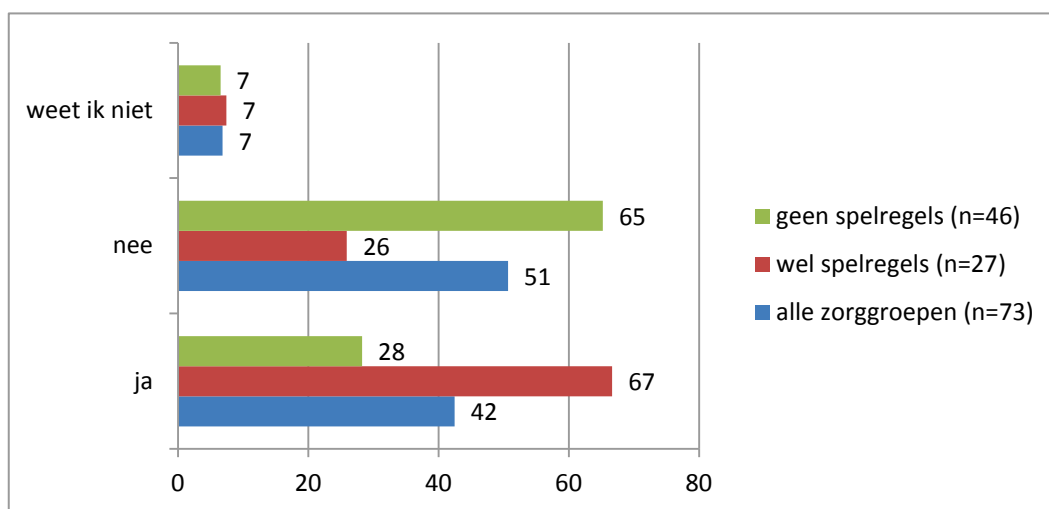
De verzekeraar erkent dat met het oog op financiële stabiliteit en mogelijke risico's het voor zorggroepen noodzakelijk is om:

- 1 Een algemene risicoreserve op te bouwen ten behoeve van onvoorziene uitgaven. De hoogte is afhankelijk van de omvang en risico's van de zorggroep, alsmede de toekomstverwachtingen.*
- 2 Andere (geoormerkte) reserves op te bouwen die bijvoorbeeld kunnen zijn bestemd voor innovatie en R&D of andere doeleinden.*

Deze reserves moeten terug te vinden zijn op de balans van zorggroepen en zijn gebaseerd op richtlijnen van erkende accountantsorganisaties. In de contracteringsafspraken dragen zorgverzekeraar en zorggroepen er zorg voor, dat deze reserves kunnen worden gevormd en geborgd

Zorggroepen is gevraagd naar de afspraken over het opbouwen van reserves en de mate waarin de opgebouwde reserves voldoende zijn voor het afdekken van financiële risico's.

Figuur 5.4 In de contracten is afgesproken dat de zorggroep financiële reserves kan vormen en borgen

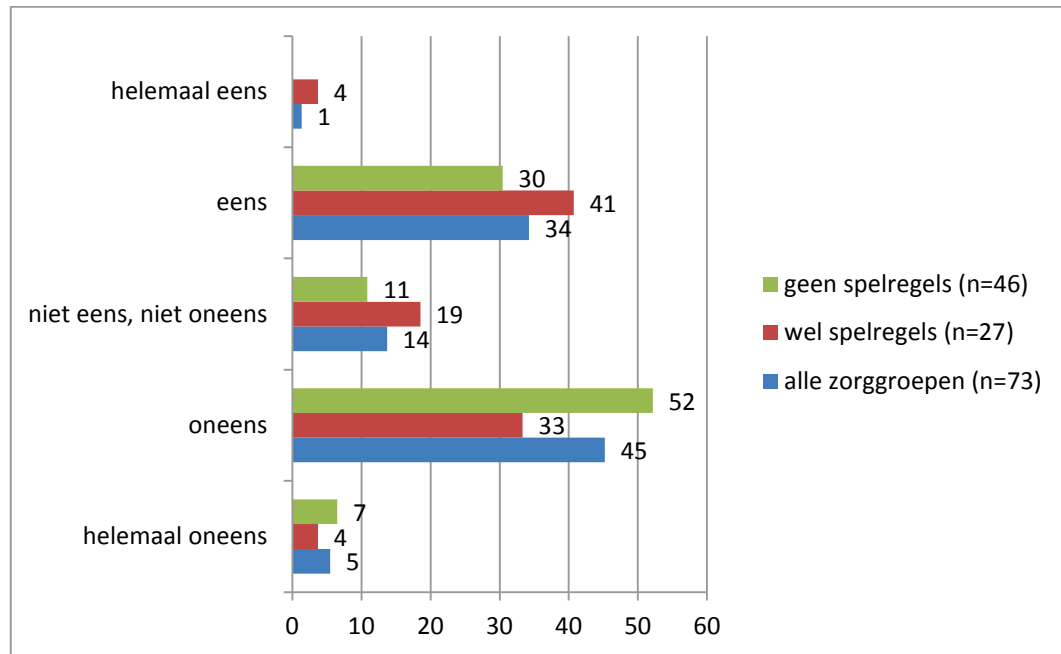


De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In ruim 40% van de observaties geven zorggroepen aan dat in de contracten is afgesproken dat de zorggroep financiële reserves kan vormen en borgen. Dit percentage is fors hoger (67%) voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels overeengekomen is met InEen.

Figuur 5.5 De vergoedingen die in de contracten zijn afgesproken bieden de mogelijkheid om kosten te dekken en een financiële reserve op te bouwen

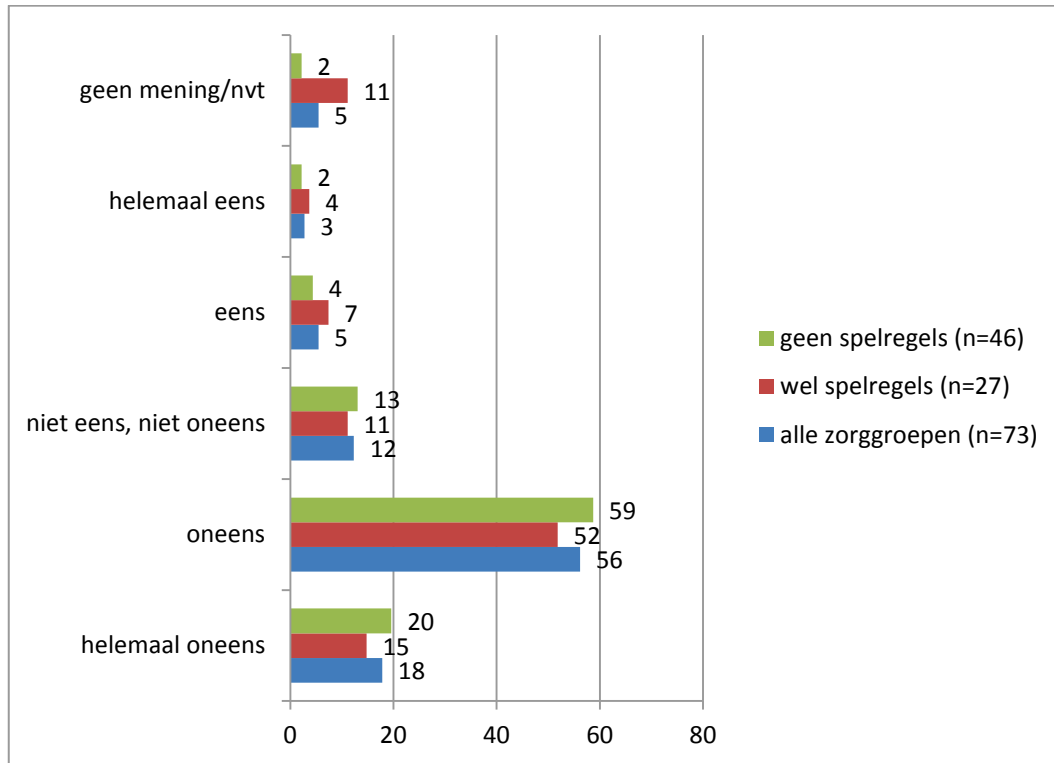


De N is 74, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In iets meer dan een derde van de observaties geven zorggroepen aan dat de vergoedingen in de contracten voldoende zijn om kosten te dekken en een financiële reserve op te bouwen. Dit percentage is iets hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft (45%) dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (30%).

Figuur 5.6 De vergoedingen die in de contracten voor 2014 zijn opgenomen zijn, bieden meer mogelijkheden voor het opbouwen van financiële reserves dan de vergoedingen in de contracten voor 2013

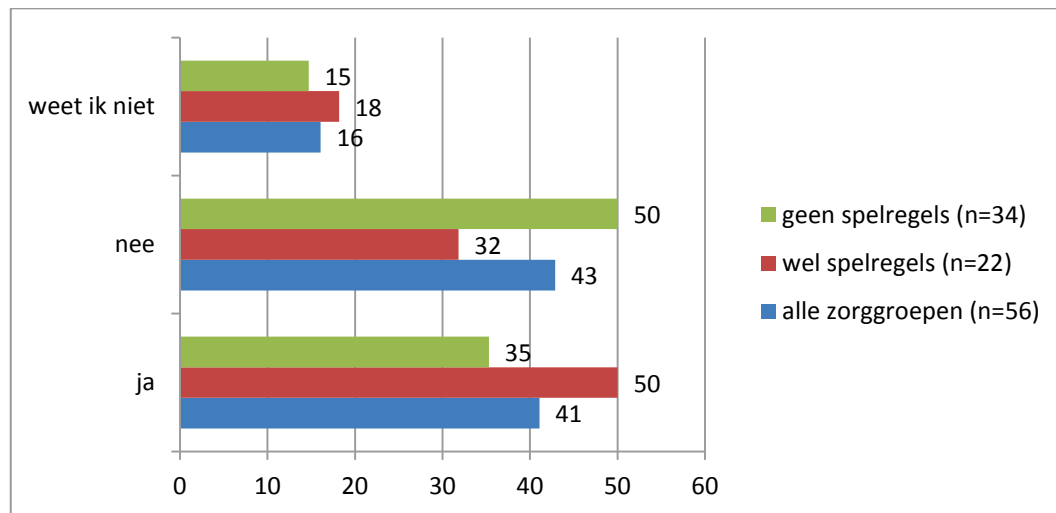


De N is 73, omdat deze vraag door zorggroepen met twee preferente verzekeraars twee keer is ingevuld.

Conclusie

In bijna driekwart (73%) van de observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat de vergoedingen in de contracten voor 2014 meer mogelijkheden bieden voor het opbouwen van een reserve dan de contracten voor 2013. Dit percentage is lager voor zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben (67%) dan voor zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben (79%).

Figuur 5.7 Is de hoogte van de financiële reserves van uw zorggroep hoog genoeg om toekomstige risico's te kunnen dekken en te innoveren?



De N is 56, omdat alle zorggroepen deze vraag niet meer dan één keer ingevuld hebben.

Conclusie

Ruim 40% van de zorggroepen geeft aan dat hun huidige financiële reserves voldoende zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken en om te kunnen innoveren. Dit percentage ligt hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft (50%).

5.4 Voorkomen van dubbele declaraties

Spelregel L betreft het voorkomen van dubbele declaraties door zorggroepen en zorgverzekeraars:

Zorggroepen en zorgverzekeraars voeren beiden een actief beleid gericht op het voorkomen van dubbele declaraties en informeren elkaar hierover.

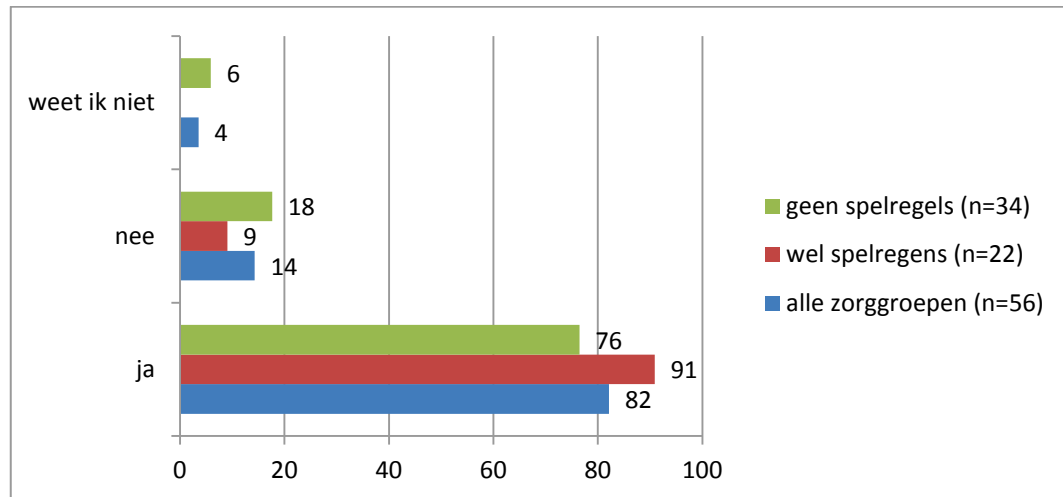
Iedere partij heeft hierbij haar eigen verantwoordelijkheid. De financiële verantwoordelijkheid van de zorggroep kan niet verder strekken dan de eigen declaraties en het vastleggen van afspraken met samenwerkingspartners in eerste en tweede lijn.

De zorgverzekeraar borgt de afspraken middels eigen contracten met andere aanbieders.

Conform de overeengekomen afspraken met de preferente zorgverzekeraar wordt indien dit aan de orde is een terugbetalingsafpraak met de volgende verzekeraars gemaakt. In de termijnen van terugvordering en declaratie dient sprake te zijn van evenredigheid.

Zorggroepen is gevraagd naar hun verantwoordelijkheid bij het tegengaan van dubbele declaraties.

Figuur 5.8 Heeft uw zorggroep afspraken met onderaannemers gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?



De N is 56, omdat alle zorggroepen deze vraag niet meer dan één keer ingevuld hebben.

Conclusie

Een ruime meerderheid van de zorggroepen (82%) geeft aan afspraken met onderaannemers gemaakt te hebben om dubbelloop van declaraties tegen te gaan. Dit percentage ligt hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft (91%).

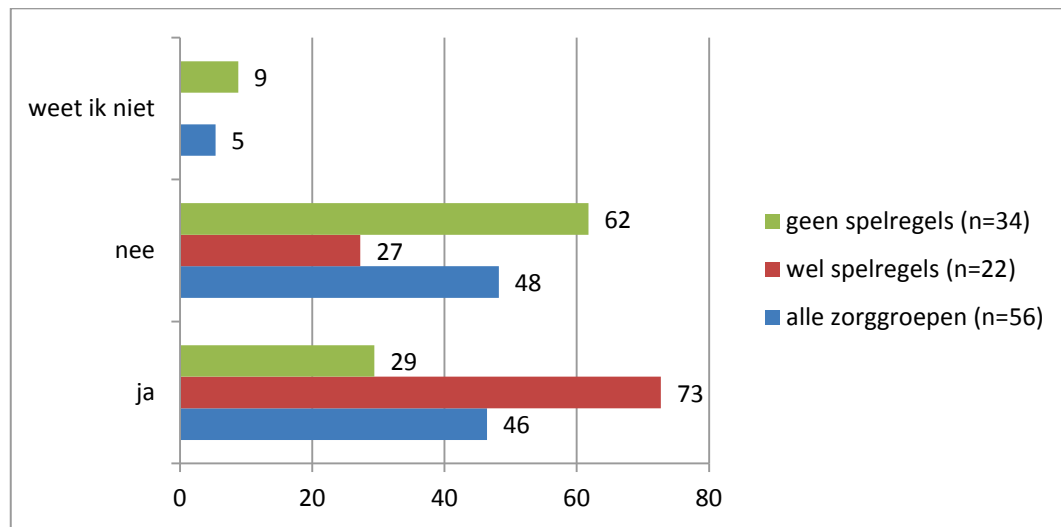
5.5 Bevorderen substitutie

Spelregel M gaat over het benutten van de mogelijkheden voor substitutie:

Zorgverzekeraars en zorggroepen hebben een gezamenlijke inspanningsverplichting om de mogelijkheden voor substitutie van chronische zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn te benutten.

De zorggroep spant zich in om via doelmatige zorg ... substitutie-effecten te realiseren. De verzekeraar spant zich in besparingen in de tweede lijn te realiseren en zichtbaar te maken.

Figuur 5.9 Heeft uw zorggroep afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over substitutie van tweede naar eerste lijn?



De N is 56, omdat alle zorggroepen deze vraag niet meer dan één keer ingevuld hebben.

Conclusie

Bijna de helft van de zorggroepen (46%) geeft aan afspraken gemaakt te hebben met de verzekeraar over substitutie. Dit percentage is hoger (73%) voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (29%).

5.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de financiële aspecten van de contractering in 2013 vergeleken met de spelregels over dit onderwerp. Meer dan de helft van de zorggroepen blijken hiervoor gebruik te maken van een eigen format voor financiële transparantie. Of het contract is afgesloten met een zorgverzekeraar die de spelregels heeft ondertekend maakt hiervoor niet uit.

Om stabiliteit te bevorderen worden meerjarige contracten in de spelregels aanbevolen. De voorkeur voor drie jaar wordt in geen enkel contracteringsproces gehaald. Er worden vaker eenjarige dan tweejarige contracten afgesloten. Er zijn geen grote verschillen tussen zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel overeengekomen is en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet overeengekomen is.

We constateren wel verschillen tussen zorgverzekeraars met wie de spelregels wel zijn overeengekomen en zorgverzekeraars met wie de spelregels niet zijn overeengekomen als het gaat om het hanteren van aanvaardbare reserves. Zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels niet overeengekomen is, geven in een derde van de gevallen aan dat er afspraken gemaakt zijn over dit onderwerp, tegenover twee derde van de zorggroepen

wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft. De helft van de zorggroepen geven aan dat de vergoedingen in 2013 niet hoog genoeg waren voor het dekken van de kosten en het opbouwen van een reserve. Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft geven vaker aan dat de vergoedingen wel voldoende zijn voor de opbouw van een reserve. In een ruime meerderheid van de observaties, wordt echter een verslechtering voor 2014 ervaren; dit geldt zowel voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft als voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Dit sluit aan bij het beeld uit Hoofdstuk 4 en 5, waarin zorggroepen aangaven dat de tarieven voor 2014 minder goed aansluiten bij kosten van de zorg dan de tarieven in 2013.

Ongeveer de helft van de zorggroepen geeft aan dat de reserves op dit moment hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te dekken en te innoveren. Dit percentage ligt iets hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

Een ruime meerderheid van de zorggroepen geeft aan dat zij hun verantwoordelijkheid ten aanzien van het voorkomen van dubbele declaraties nemen door hier afspraken over te maken met onderaannemers. Dit percentage ligt hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft.

Ongeveer de helft van de zorggroepen heeft afspraken met de zorgverzekeraar over substitutie. Er is een groot verschil tussen zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. In de gemeenschappelijke opgave voor het streven naar doelmatige zorg doen zorgverzekeraars die de spelregels hebben ondertekend en de zorggroepen met wie zij een contract hebben het dus aanmerkelijk beter.

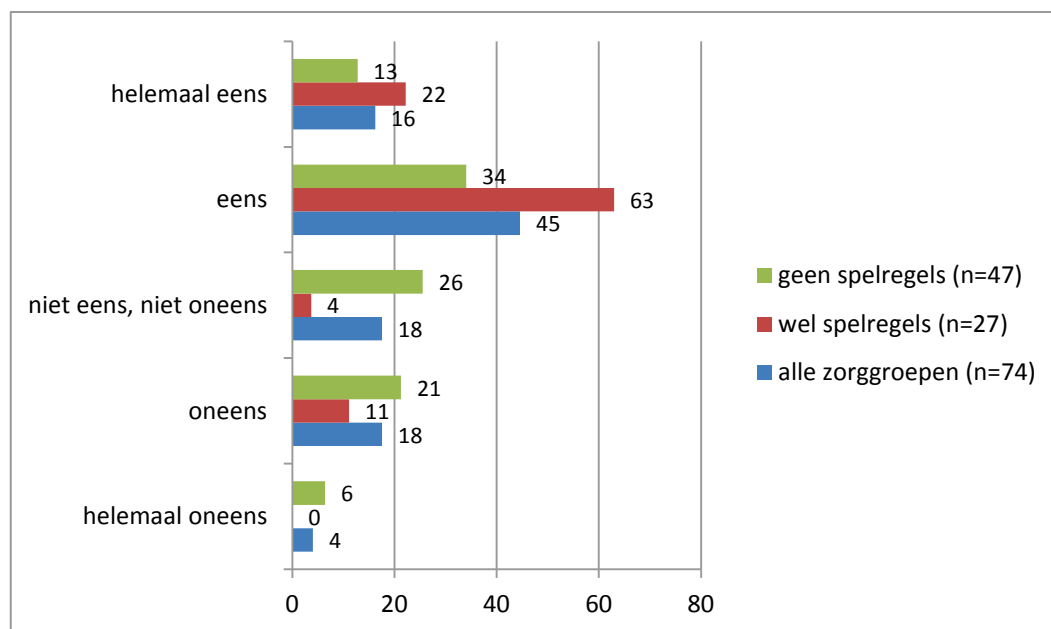
6 Houding van zorggroepen ten aanzien van zorgverzekeraars

Los van de knelpunten en spelregels is een aantal vragen gesteld aan de zorggroepen over hoe zij hun relatie met de zorgverzekeraar zien. In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit deel van de vragenlijst gepresenteerd. Het grootste deel van de vragen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op een kennisvraag van het NIVEL. Voor alle vragen geldt dat het aantal antwoorden hoger ligt dan het totaal aantal zorggroepen dat de vragenlijst ingevuld heeft. Dat komt doordat deze vraag door sommige zorggroepen twee keer ingevuld is, omdat zij twee preferente zorgverzekeraars hebben.

6.1 Benadering van zorggroep door de zorgverzekeraar

Eerst is een drietal vragen gesteld die te vatten zijn onder de noemer benadering van de zorggroep door de zorgverzekeraar.

Figuur 6.1 De zorgverzekeraar geeft mij het gevoel dat de zorggroep een waardevolle organisatie is

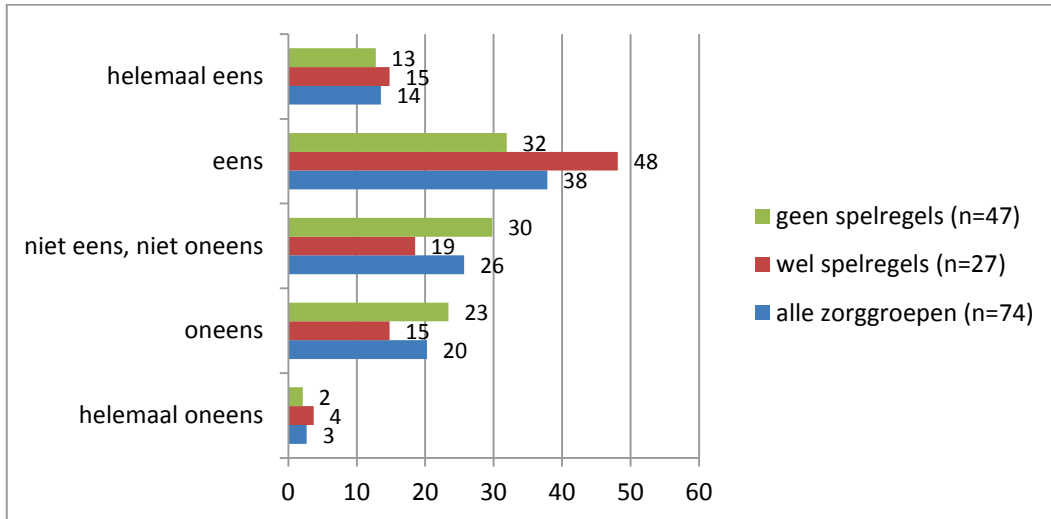


Conclusie

In ongeveer 60% van de observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat de zorgverzekeraar hun het gevoel geeft een waardevolle organisatie te

zijn. Dit percentage is ruim hoger als het gaat om zorgverzekeraars die overeenkomst hebben bereikt met InEen over de spelregels over contractering (85%) dan als het gaat om zorgverzekeraars die geen overeenkomst hebben over de spelregels (47%).

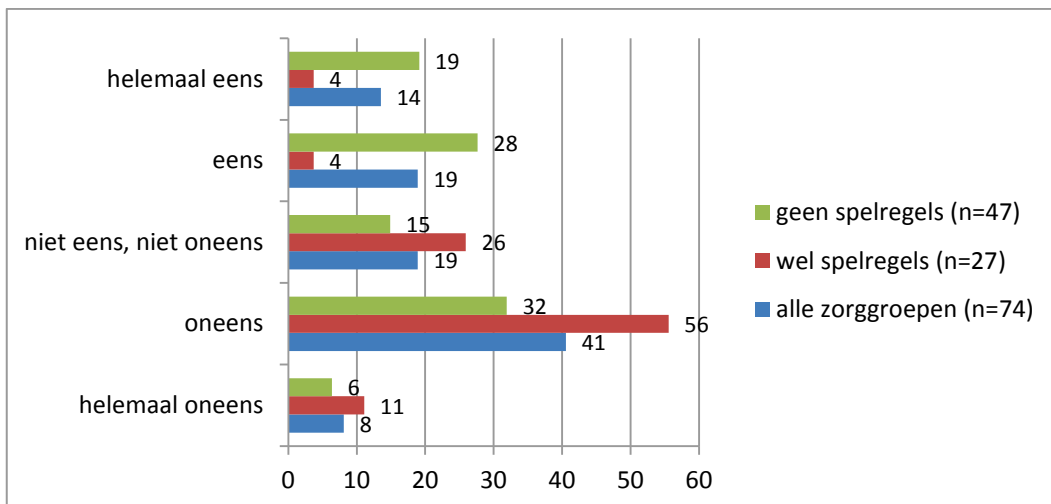
Figuur 6.2 De zorgverzekeraar geeft mij het gevoel dat ze de zorggroep vertrouwt



Conclusie

In ruim 50% van alle observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat de zorgverzekeraar hun het gevoel geeft vertrouwen te hebben in de zorggroep. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over de spelregels is dit percentage hoger (63%) dan voor zorggroepen wiens preferente verzekeraar de spelregels niet overeengekomen is (45%).

Figuur 6.3 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar



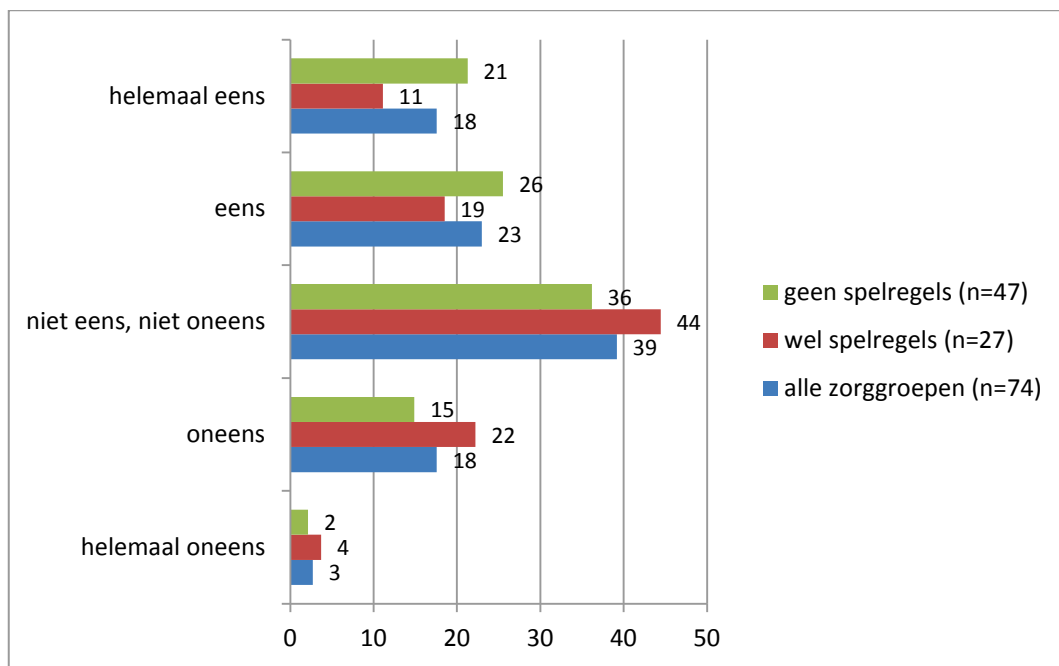
Conclusie

In bijna de helft van alle observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat zij continuïteit in de relatie met de zorgverzekeraar missen. Bij de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar wel een overeenkomst heeft over de spelregels is het percentage observaties waarbij aangegeven wordt het (helemaal) oneens te zijn met deze stelling 67%. Dit percentage ligt een stuk lager bij zorggroepen wiens preferente verzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels (38%).

6.2 Vertrouwen in de zorgverzekeraar

De volgende vijf vragen zijn gebaseerd op de gevalideerde vragenlijst om het vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars te meten (Hendriks et al., 2007; Zheng et al., 2002). De vragen zijn iets aangepast om ze geschikt te maken voor het meten van vertrouwen van zorggroepen in zorgverzekeraars.

Figuur 6.4 De zorgverzekeraar vindt geld besparen belangrijker dan de benodigde behandelingen te vergoeden

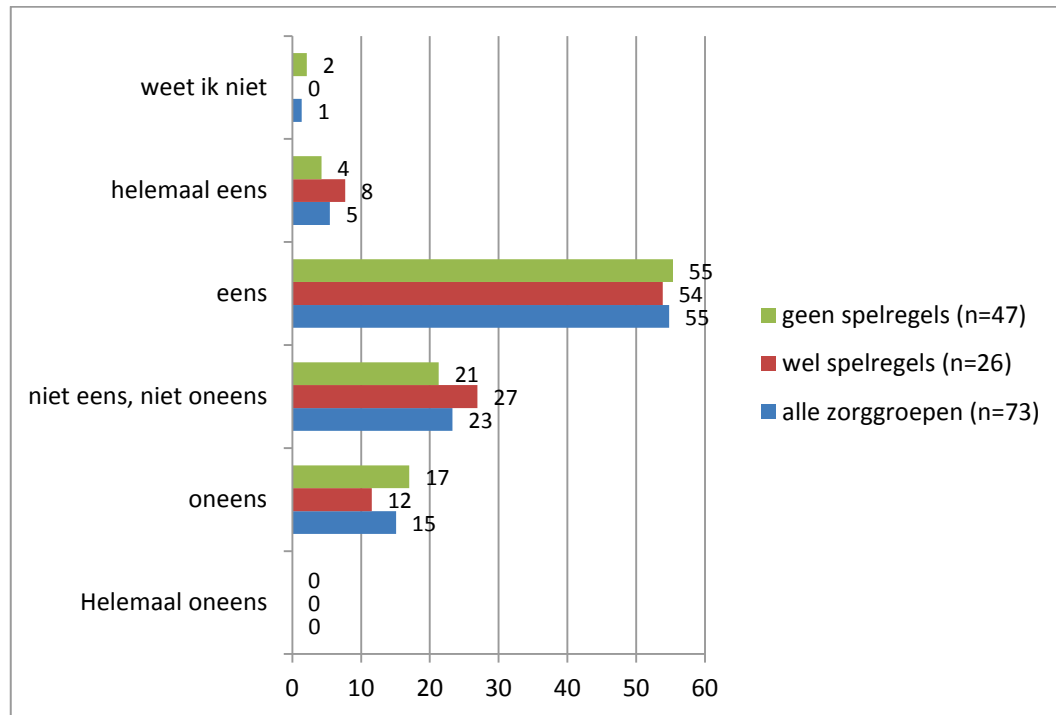


Conclusie

In het grootste deel van de observaties geven zorggroepen aan het niet eens, maar ook niet oneens te zijn met de stelling dat de zorgverzekeraar geld besparen belangrijker vindt dan het vergoeden van de benodigde behandelingen. In een hoger percentage (41%) van observaties zijn zorggroepen het (helemaal) eens met deze stelling dan (helemaal) oneens (21%). Eenzelfde beeld zien we bij zowel zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar wel een overeenkomst heeft over de spelregels als bij zorggroepen waarbij dit niet het

geval is. Echter het verschil, tussen (helemaal) eens en (helemaal) oneens is kleiner bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft.

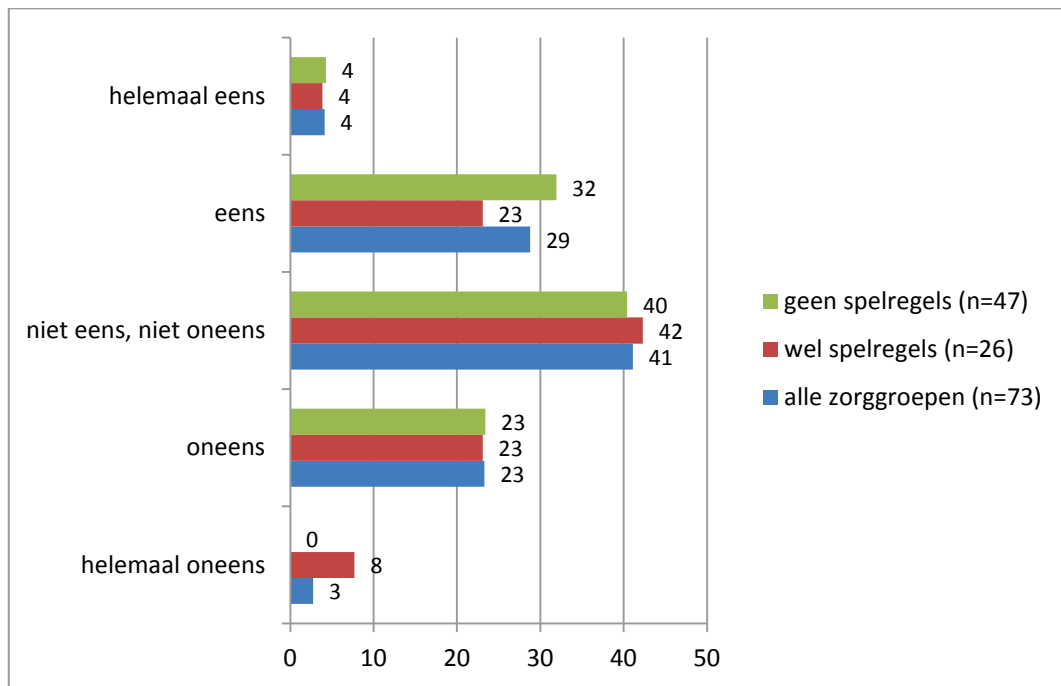
Figuur 6.5 U denkt dat als uw zorggroep een vraag heeft, de zorgverzekeraar een eerlijk antwoord zal geven



Conclusie

In het grootste deel van alle observaties geven zorggroepen aan ze denken dat de zorgverzekeraar een eerlijk antwoord zal geven op vragen van de zorgverzekeraar (helemaal eens en eens, 60%). Deze percentages zijn vergelijkbaar voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over de spelregels en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar dit niet heeft.

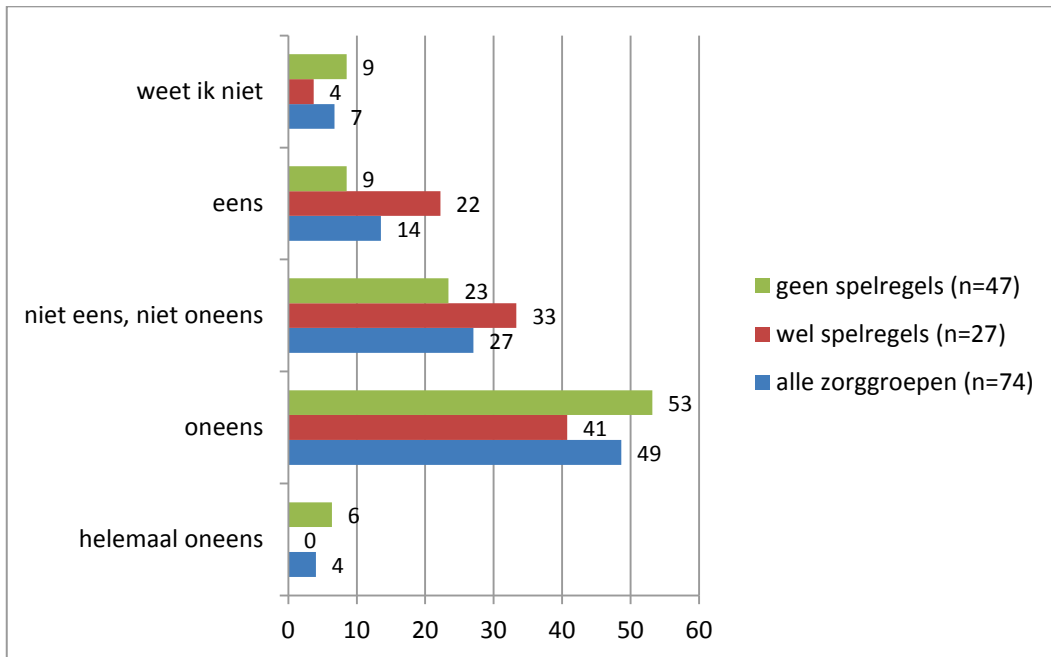
Figuur 6.6 U hebt het gevoel dat u alles wat de zorgverzekeraar doet extra moet controleren



Conclusie

In ongeveer een derde van alle observaties geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat zij het gevoel hebben dat zij alles wat de zorgverzekeraar doet, extra moeten controleren. In ruim een kwart van de observaties geven ze juist aan het (helemaal) oneens te zijn met deze stelling. In 27% van observaties geven zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels aan het (helemaal) eens te zijn met deze stelling, dit percentage is hoger (36%) voor zorggroepen wiens zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels.

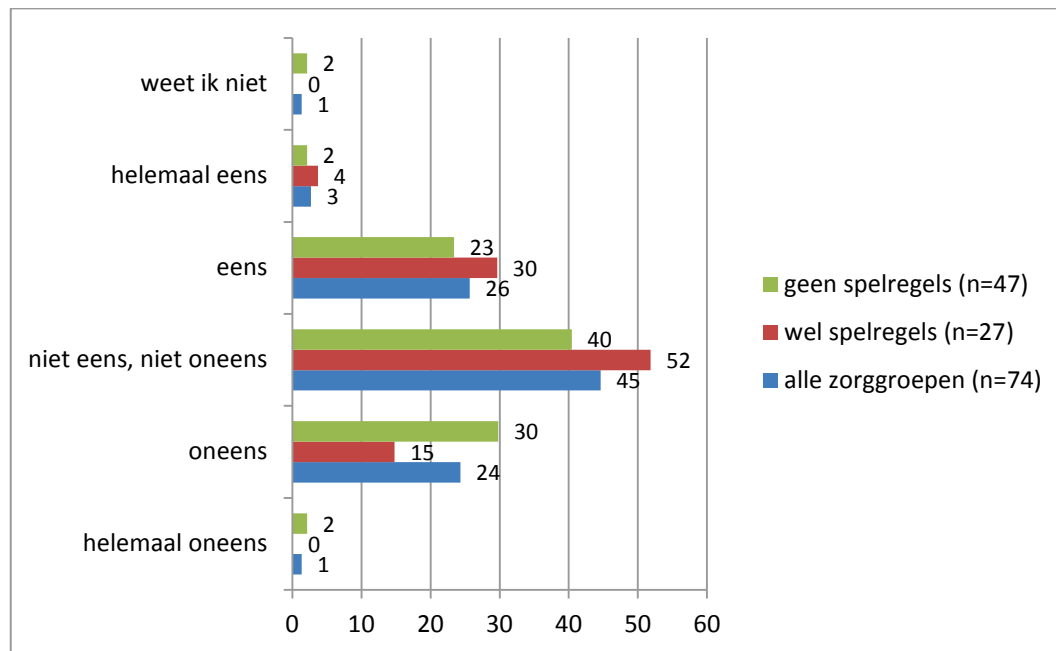
Figuur 6.7 U denkt dat de zorgverzekeraar voor alles zal betalen waarvoor ze hoort te betalen, zelfs voor zeer dure behandelingen



Conclusie

In 14% van alle observaties geven zorggroepen aan dat zij denken dat de zorgverzekeraar voor alles zal betalen waarvoor ze hoort te betalen, zelfs zeer dure behandelingen. Meer dan de helft is het oneens met deze stelling. In 22% van de observaties geven zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar wel overeenkomst heeft over de spelregels aan het (helemaal) eens met deze stelling en 41% het (helemaal) oneens. Bij de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels is het percentage eens lager (9%) en het percentage (helemaal) oneens hoger (59%) in vergelijking met zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar wel een overeenkomst heeft over de spelregels.

Figuur 6.8 Al met al vertrouwt u de zorgverzekeraar volkomen



Conclusie

In ruim een kwart van de observaties (29%) geven zorggroepen aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat zij de zorgverzekeraar al met al volkomen vertrouwen. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over de spelregels is dit percentage hoger (34%) en voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft over de spelregels is dit percentage juist lager (25%).

6.3 Conclusie

Over het algemeen blijkt dat zorggroepen redelijk tevreden zijn over in hoeverre de zorgverzekeraar hen het gevoel geeft hen te vertrouwen, hen een waardevolle organisatie te vinden en over de continuïteit in de relatie met de zorgverzekeraar. Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar een overeenkomst heeft over de spelregels zijn tevredener over deze aspecten van de relatie met de zorgverzekeraar dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar geen overeenstemming heeft over de spelregels. Dit zou kunnen betekenen dat zorgverzekeraars die overeenstemming hebben over de spelregels al een andere relatie hebben met zorggroepen.

Wat betreft de stellingen over het vertrouwen in zorgverzekeraars zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars die een overeenkomst hebben over de spelregels en zorgverzekeraars die geen overeenkomst hebben, minder uitgesproken dan de verschillen bij de eerste drie vragen. Preferente zorgverzekeraars die een overeenkomst hebben over de spelregels, lijken iets meer vertrouwen te krijgen van zorggroepen dan preferente zorgverzekeraars die geen overeenkomst hebben over de spelregels.

7 Conclusie

In dit rapport is het onderzoek naar de ervaringen van zorggroepen tijdens de contractering in 2013 gepresenteerd. De vraag van dit onderzoek was:

“Wat zijn de ervaringen van zorggroepen met de contractering in 2013 in het licht van de spelregels?”

Deze vraag hebben we in de voorgaande hoofdstukken beantwoord aan de hand van de spelregels zoals opgesteld door InEen en de knelpunten die zorggroepen aangaven te ervaren tijdens de contractering.

7.1 De contractering in 2013 in het licht van de spelregels

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de praktijk van contractering in 2013 op sommige punten overeenkomt met de spelregels, maar op andere punten sterk afwijkt. Overeenkomst tussen spelregels en praktijk wordt met name gerapporteerd als het gaat om de toepassing van de zorgstandaard als basis voor het contract en het maken van afspraken over dubbelloop van declaraties tussen zorggroepen en onderaannemers. Ten aanzien van de Kritische KwaliteitsKenmerken geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat er aan de spelregels voldaan wordt die voorschrijft dat de kwaliteitsafspraken in het contract gebaseerd moeten zijn op de Kritische KwaliteitsKenmerken. Ook als het gaat om het hanteren van financiële reserves geeft ongeveer de helft van de zorggroepen aan dat er aan de spelregels voldaan wordt die de spelregels voorschrijven. Als laatste wordt door ongeveer de helft van de zorggroepen aangegeven dat er afspraken zijn over substitutie met de zorgverzekeraar. Uit de resultaten blijkt dat een opmerkelijk verschil tussen zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft, maken vaker afspraken met zorgverzekeraars over substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn.

Ten aanzien van een aantal spelregels laten de resultaten van dit onderzoek een discrepantie zien tussen praktijk en spelregels. Met name het contracteringsproces wijkt af van de spelregels. De spelregels over tijdigheid van contractering worden vaak niet gehaald, net als de spelregel voor tijdigheid van communicatie door de zorgverzekeraar. Ook als het gaat om de afstemming tussen zorgverzekeraars als een zorggroep meer dan één zorgverzekeraar heeft is er een discrepantie met de spelregels te zien. Een grote meerderheid van zorggroepen geeft aan extra administratieve lasten te ondervinden van het contracteren met meer dan één zorgverzekeraar. Ook geeft een grote meerderheid aan dat zorgverzekeraars geen of weinig moeite doen om deze extra administratieve lasten te

verminderen. Ook wat betreft de contractduur wordt een discrepantie tussen praktijk en spelregel gevonden. Waar de spelregels driejarige contracten nastreven, blijkt dat in de praktijk geen driejarige contracten worden afgesloten en de meerderheid van de contracten gelden voor één jaar.

Vanuit het perspectief van transactiekosten voor de zorggroep is het onderhandelen met meer dan één zorgverzekeraar en het jaarlijks onderhandelen met zorgverzekeraars ongunstig. Jaarlijks onderhandelen kan echter ook nadelig zijn voor de zorgverzekeraar. Niet alleen omdat jaarlijks onderhandelen tot hogere transactie kosten leidt, maar ook omdat ogenschijnlijk oneindige onderhandelingen de relatie met de zorgaanbieder kunnen schaden (zie de opmerkingen hierover in de inleiding). Het is daarom opvallend dat een meerderheid van de contracten eenjarig zijn en er geen driejarige contracten afgesloten worden.

7.2 Verschillen tussen zorgverzekeraars

Over het algemeen lijken zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend te hebben vaker volgens de spelregel te contracteren dan zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben. De enige elementen waarop zorgverzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben beter scoren, is de post-contractuele goede trouw en de tijdigheid vanuit de perceptie van de zorggroep. Opvallende elementen waarop juist wel verschillen tussen verzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben en verzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben, zijn dubbelloop van declaraties en het maken van afspraken over substitutie. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat zorggroepen wiens preferente verzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben vaker aangeven dat in lijn met de spelregels betreffende dubbelloop en substitutie gehandeld wordt, dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

Dat zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben over het algemeen beter scoren, wil niet zeggen dat dit een effect is van de spelregels. Het is mogelijk dat deze zorgverzekeraars de spelregels ondertekend hebben, omdat ze voldoen aan de meeste spelregels en een verandering dus niet nodig is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn, omdat ze het belang van de onderwerpen in de spelregels onderstrepen en daarom al inspanningen leverden voordat ze de spelregels ondertekenden, om verbeteringen te bewerkstelligen. Dit blijkt ook uit de eerdere enquêtes van InEen. Een andere aanwijzing hiervoor is het hogere vertrouwen van zorggroepen in hun preferente zorgverzekeraar als deze de spelregels ondertekend heeft. Dit zou het gevolg kunnen zijn van eerdere inspanningen van de zorgverzekeraar om de contractering soepeler te laten verlopen. Dit zou kunnen betekenen dat verschillende verzekeraars verschillende contracteringsvormen hanteren die in meer of mindere mate rekening houden met de wensen van de zorggroepen en in meer of mindere mate overeenkomen met de spelregels.

Daarnaast is het opvallend dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraars de spelregels wel ondertekend hebben vaker voldoen aan de spelregels voor zorggroepen, dan zorggroepen die wiens zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend hebben. Dit

kan het gevolg zijn van de betere relatie tussen zorggroepen en zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hebben, waardoor ook de zorggroepen meer inspanningen leveren om aan de spelregels te voldoen.

7.3 Verschillen tussen 2012 en 2013

Qua tijdigheid geven de meeste zorggroepen aan dat hier een sterke verbetering zichtbaar is. Als het gaat om communicatie tijdens het contracteringsproces, dan ziet de meerderheid geen grote verschillen tussen 2013 en 2012. Ten aanzien van de bekostiging van de zorg geeft de meerderheid van de zorggroepen aan dat de tarieven die in 2013 afgesproken zijn voor 2014 minder aansluiten bij de kosten van zorg dan de tarieven die in 2012 zijn afgesproken voor 2013, waardoor zorggroepen minder ruimte ervaren voor het dekken van kosten en opbouwen van reserves. Wat betreft de tijdigheid en communicatie zijn er nauwelijks verschillen tussen verzekeraars die de spelregels ondertekend hebben en verzekeraars die de spelregels niet ondertekend hebben. De overeenkomst tussen tarieven en kosten lijkt minder verslechterd te zijn voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft, dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft.

7.4 Vervolgonderzoek

Zoals gezegd bouwt dit onderzoek voort op een reeks enquêtes die sinds 2009 uitgevoerd worden door (voorgangers van) InEen. De bevindingen van dit onderzoek geven een beeld van de contractering van zorggroepen in 2013 en kunnen als zodanig gebruikt worden in gesprekken met zorgverzekeraars, om de contractering te verbeteren. Ook bieden de resultaten van de enquête aanknopingspunten om de spelregels te evalueren en op die manier de effectiviteit ervan te vergroten. Het is aan te bevelen om dit onderzoek jaarlijks te herhalen, om een goed beeld te krijgen van de effecten van de spelregels en te kunnen monitoren of knelpunten verminderen. Om te achterhalen waarom bepaalde resultaten gevonden worden en wat de betekenis ervan is, is het wenselijk dat er verdiepend onderzoek plaatsvindt. Bijvoorbeeld rond de afspraken over substitutie waarbij onduidelijk is wat er precies is afgesproken en wat de mogelijke effecten daarvan zijn. Een jaarlijkse frequentie van het monitoringsonderzoek heeft de voorkeur, vanwege het hoge percentage eenjarige contracten dat gesloten wordt. Het monitoringsonderzoek kan gecombineerd worden met een thema ter verdieping.

Daarnaast zijn op basis van de data die voor dit rapport verzameld is, ook verdiepende analyses mogelijk. Dit rapport presenteert alleen de resultaten van beschrijvende analyses. Met behulp van verdiepende analyses zouden relaties tussen achtergrondkenmerken van zorggroepen en de ervaring van de contractering kunnen worden onderzocht. Daarnaast zou verdiepend onderzoek ook kunnen analyseren of er een verband is tussen het moment waarop verschillende stappen in de contractering gezet worden.

Literatuur

- Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: The New Zealand experience. *Health Policy*, 2004; 69(1):21-31
- Bartholomée Y, Maarse H. Health insurance reform in the Netherlands. *Eur Health London*, 2006; 12(2):7
- Boonen LHHM, Schut FT. Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Econom Policy Law*, 2010; 6(2):219.
- Dijk CE van, Swinkels ICS, Lugt M, Korevaar JC. Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Utrecht: NIVEL, 2011
- Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Aff*, 1993; 12(1):24-48
- Hendriks M, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Het meten van vertrouwen in de zorgverzekeraar: psychometrische eigenschappen van een Nederlandse vragenlijst. *TSG*, 2007; 85(5):280-6.
- Herck P van, Smedt D de, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*, 2010; 10(1):247
- Landelijke Organisatie voor Keten zorg. *Wie zijn wij?* Retrieved 4 February, 2014, from <http://www.organisatieketenzorg.nl/wie-zijn-wij>
- Landelijke Organisatie voor Keten zorg. *Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en VRM Rapportage zorggroepen over 2012. Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg.* Utrecht: Landelijke Organisatie voor Keten zorg, 2013
- Light DW. From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience. *Milbank Qual*, 1997; 75(3):297-341
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Berg M van den, Westert G, et al.. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*, 2010; 12(1):xxvii-1
- Schut FT, Ven WPMM van de. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full of half empty? *Health Econom Policy Law*, 2011; 6:109-23
- Til JT van, Wildt JE de, Struijs JN. *Organisatie van Zorggroepen. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.* Bilthoven: RIVM, LVG, 2010

- Ven WPM van de. (1987). The key role of health insurance in a cost-effective health care system. *Health Policy*, 1987; 7:253-72
- Willcox S. Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers. *Aus New Zeal Health Policy*, 2005; 2(1)
- Zheng B, Hall MA, Dugan E, Kidd KE, Levine D. Development of a scale to measure patients' trust in health insurers. *Health Serv Res*, 2002; 37(1):187-202

Bijlage 1 De spelregels

Tabel B1.1 De spelregels zoals opgesteld door InEen

thema	spelregel
Proces	A Planning contracteringscyclus: 1. Zorgverzekeraar maakt voor 1 juni aanpassingen inkoopbeleid bekend 2. De zorggroep sluit voor 1 juni het financiële jaar af 3. Zorggroep reageert voor 1 september op inkoopbeleid zorgverzekeraar door offerte te sturen 4. Voor 1 november wordt tot contractuele afspraken gekomen, over alle onderdelen van het contract wordt onderhandeld 5. Zorgverzekeraars die volgen bevestigen dit voor 15 december 6. Tussen het aflopen van het bestaande contract en het tot stand komen van een nieuw contract wordt gehandeld alsof het bestaande contract doorloopt.
	B 1. Zorgverzekeraars volgen bij een marktaandeel-belang binnen het ketencontract van kleiner dan 15% automatisch de marktleider tegen diens voorwaarden. 2. Zorgverzekeraars volgen bij een marktaandeel-belang binnen het ketencontract van kleiner dan 15% elkaars nieuwe kleinschalige, innovatieve pilots op het gebied van ketenzorg op de voorwaarden die de marktleider hierover met een zorggroep heeft afgesproken.
	C Zorggroepen en zorgverzekeraars verplichten zich een gemotiveerde reactie te geven op elkaars voorstellen en aanbiedingen. Uitgangspunt is een beantwoordingstermijn van 2 weken
	D Als er meerdere preferente zorgverzekeraars in een bepaald gebied zijn, vindt er afstemming plaats over de zorginhoud en de te contracteren zorg; verschillen in uitgangspunten moeten door de zorggroep uitvoerbaar zijn, zonder substantiële extra administratieve lasten. De inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars dienen voor alle zorggroepen beschikbaar te zijn.
Inhoud	F Bij het aanbieden van ketenzorg geldt de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard. Voor de bekostiging vormen de beleidsregels van de NZa het uitgangspunt; deze beleidsregels stellen kaders aan de zorg (veelal Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg) die standaard in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen kunnen worden opgenomen In onderling overleg tussen zorggroepen en zorgverzekeraars kunnen aanvullende contractuele afspraken worden gemaakt.
	G De zorggroepen conformeren zich bij het meten van de kwaliteit aan de landelijk vastgestelde indicatorenset. De zorgverzekeraars gebruiken de gegevens uit de landelijke benchmark als basis voor het contracteerbeleid. De zorggroepen leveren gegevens aan via de regionale datacentra of onderwerpen hun registratie- en aanleverproces van gegevens aan de Quickscan, zodat de indicatoren op identieke en betrouwbare wijze zijn gemeten. De zorggroepen zorgen voor tijdige en complete aanlevering. Zorgverzekeraars die volgen ontvangen op aanvraag de aanvullende indicatoren, mits de zorggroepen in de gelegenheid worden gesteld deze nader toe te lichten.

thema	spelregel
	H Bij het maken van contractuele afspraken over het kwaliteitsbeleid van de zorggroep sluiten zorgverzekeraars en zorggroepen aan bij de Kritische Kwaliteits Kenmerken van de Landelijke Organisatie voor Keten zorg. De zorggroepen en de zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg aanvullende contractuele afspraken maken.
Financiën	I De zorggroepen leggen via de jaarrekening financiële verantwoording af over de contractueel overeengekomen prestaties en bijbehorende bekostiging. De jaarrekening (met betrekking tot de DBC's) geeft inzicht in: • de daadwerkelijk geleverde prestaties volgens contract • de verhouding tussen overhead en zorgkosten van de DBC's • de bestemming van het resultaat • de opbouw van het eigen vermogen NB: De Jaarrekening is in een aantal gevallen openbaar (Coöperatie, BV) J Zorgverzekeraars en zorggroepen streven naar langdurige contractuele relaties. Het afsluiten van meerjarige contracten, -van minstens 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar-, geniet de voorkeur en bevordert de stabiliteit. De volgende aspecten zijn hierbij van belang: • Tijdsduur: gedurende 3 jaar een contractuele afspraak over het betreffende zorgprogramma • Stabiliteit: zorggroepen en zorgverzekeraars voldoen tijdens deze periode aan de wederzijdse verplichtingen. Wijzigingen in het vergoedingensysteem of de zorgstandaarden kunnen leiden tot wijzigingen in de zorgprogramma's en kostprijs, maar hebben geen effect op de looptijd van het contract. Tenzij nakoming van de contracten in redelijkheid niet van (een van de) partijen gevergd kan worden. K De verzekeraar erkent dat met het oog op financiële stabiliteit en mogelijke risico's het voor zorggroepen noodzakelijk is om: 1. een algemene risicoreserve op te bouwen ten behoeve van onvoorziene uitgaven. De hoogte is afhankelijk van de omvang en risico's van de zorggroep, alsmede de toekomstverwachtingen. 2. Andere (geoordeelde) reserves op te bouwen die bijvoorbeeld kunnen zijn bestemd voor innovatie en R&D of andere doeleinden. Deze reserves moeten terug te vinden zijn op de balans van zorggroepen en zijn gebaseerd op richtlijnen van erkende accountantsorganisaties. In de contracteringsafspraken dragen zorgverzekeraar en zorggroepen er zorg voor, dat deze reserves kunnen worden gevormd en geborgd. L Zorggroepen en zorgverzekeraars voeren beiden een actief beleid gericht op het voorkomen van dubbele declaraties en informeren elkaar hierover. Iedere partij heeft hierbij haar eigen verantwoordelijkheid. De financiële verantwoordelijkheid van de zorggroep kan niet verder strekken dan de eigen declaraties en het vastleggen van afspraken met samenwerkingspartners in eerste en tweede lijn. De zorgverzekeraar borgt de afspraken middels eigen contracten met andere aanbieders. Conform de overeengekomen afspraken met de preferente zorgverzekeraar wordt indien dit aan de orde is een terugbetalingsafpraak met de volgende verzekeraars gemaakt.

thema	spelregel
	In de termijnen van terugvordering en declaratie dient sprake te zijn van evenredigheid.
M	Zorgverzekeraars en zorggroepen hebben een gezamenlijke inspanningsverplichting om de mogelijkheden voor substitutie van chronische zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn te benutten. De zorggroep spant zich in via doelmatige zorg en afspraken met de tweede lijn substitutie-effecten te realiseren. De verzekeraar spant zich in besparingen in de tweede lijn te realiseren en zichtbaar te maken.
N	De kosten voor aansluiting bij de landelijke brancheorganisatie maken deel uit van de organisatiekosten van een zorggroep en worden in de contractuele afspraken met zorgverzekeraars verwerkt.
<i>Bron: InEen</i>	

Bijlage 2 Index

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de tabellen en grafieken in dit rapport en de bijbehorende knelpunten en spelregels.

spelregel ⁷	nummer figuur/tabel	pag.
A Tijdigheid van contractering		
<i>Aanpassingen inkoopbeleid</i>	3.1.	18
<i>Financiële afsluiting jaar</i>	3.2.	19
<i>Offerte zorggroep</i>	3.3.	20
<i>Mondelinge overeenkomst</i>	3.4.	21
<i>Tekening contract</i>	3.5.	22
<i>Start onderhandelingen</i>	3.6.	22
<i>Reden geen onderhandelingen</i>	3.7.	23
<i>Onderwerpen onderhandelingen</i>	3.8.	24
<i>Eenzijdigheid</i>	3.9 - 3.11.	25-27
<i>Post-contractuele goede trouw</i>	3.15.	31
<i>Tijdigheid perspectief zorggroep</i>	3.16.	32
<i>Verschil tijdigheid 2013-2012</i>	3.17.	32
B Volgen door verre verzekeraars		
<i>Zorgverzekeraars gevraagd</i>	3.12.	28
<i>Volgcontract gestuurd</i>	3.13.	29
<i>Zorgverzekeraars gereageerd</i>	Niet in grafiek	29
<i>Wanneer zorgverzekeraars gereageerd</i>	3.14.	30
C Communicatie		
<i>Motivering zorgverzekeraar</i>	3.18.	33
<i>Motivering zorggroep</i>	3.19.	34
<i>Tijdigheid zorgverzekeraar</i>	3.20.	35
<i>Tijdigheid zorggroep</i>	3.21.	35
<i>Verschil 2013-2012 motivering</i>	3.22.	36
<i>zorgverzekeraar</i>		
<i>Verschil 2013-2012 motivering zorggroep</i>	3.23.	37
<i>Verschil 2013-2012 tijdigheid</i>	3.24.	38
<i>zorgverzekeraar</i>		
<i>Verschil 2013-2012 tijdigheid zorggroep</i>	3.25.	39
D Afstemming tussen twee preferente verzekeraars		
<i>Initiatief</i>	3.26.	40
<i>Extra administratieve lasten</i>	3.27.	40
<i>Beperking administratieve lasten</i>	3.28.	40

⁷ Spelregel E bestaat niet.

spelregel ⁷	nummer figuur/tabel	pag.
F Zorgstandaard en bekostiging		
<i>Zorgstandaard</i>	4.1.	45
<i>Overeenkomst prijzen en kosten</i>	4.2.	45
<i>Verschil overeenkomst prijzen en kosten 2012-2013</i>	4.3.	46
<i>Basis van bekostigingsafspraken</i>	4.4.	47
G Monitoring en registratie	3.8 & 4.5	24&48
H: Kwaliteit en Kritische KwaliteitsKenmerken		
<i>Kritische KwaliteitsKenmerken</i>	4.5.	48
<i>Effect kwaliteit in contract</i>	4.6. & 4.7.	48, 49
<i>Ruimte voor eigen beleid zorggroep</i>	4.8. & 4.9	50, 51
I Financiële transparantie en jaarrekening zorggroep		
<i>Jaarrekening format zorgverzekeraar</i>	5.1.	54
<i>Jaarrekening format zorggroep</i>	5.2.	54
J Contractduur	5.3.	55
K Reserves van de zorggroep		
<i>Afspraken over reserves</i>	5.4.	56
<i>Ruimte in tarieven</i>	5.5.& 5.6.	57, 58
<i>Huidige reserves en dekking risico</i>	5.7.	59
L Dubbele declaraties	5.8.	60
M Substitutie	5.9.	61
N Lidmaatschap branchevereniging	In overleg met InEen niet opgenomen in vragenlijst	