



## **Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars**

**De resultaten van een enquête over de contractering voor het jaar 2017**

Kim E.M. Out  
Judith D. de Jong

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

ISBN 978-94-6122-442-2

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 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.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel	8
1.2 Zorggroepen en gezondheidscentra	9
1.3 De contractering van zorggroepen en gezondheidscentra	10
1.4 Ontwikkeling enquête	10
1.5 Doel en hoofdvraag	10
1.6 Leeswijzer	11
<b>2 Conclusie</b>	<b>12</b>
2.1 Meer tevredenheid over contracteringsproces, toch nog wel knelpunten	12
2.2 Ondanks huidige daling contractduur uitzicht meerjarige contracten	13
2.3 Vaker een bonussysteem afgesproken, substitutie komt niet van de grond	13
2.4 Indexering nog steeds niet vaak toegepast	14
2.5 Meer ruimte voor afspraken over innovatie	14
2.6 Zorgen voortbestaan organisatie	15
2.7 Conclusie	15
<b>3 Het contracteringsproces</b>	<b>16</b>
3.1 Ontevredenheid contractering	16
3.2 Communicatie	17
3.3 Ruimte voor onderhandelingen	18
3.4 Inhoud van onderhandelingen	20
3.5 Voldoende beschikbaar	21
3.6 Betrokken bij contracteerbeleid	22
3.7 Het aanbieden van meerjarige contracten	22
3.8 Evaluatie contractperiode	23
3.9 Tijdigheid	24
3.10 Volgen door verre verzekeraars	25
3.11 Afwijking van landelijke afspraken is mogelijk in bijzondere situaties	25
3.12 Conflicten over de contractering	26
3.13 Tijd kwijt aan het contracteringsproces	27
3.14 Samenwerkingspartner	27
<b>4 De inhoud van contracten</b>	<b>28</b>
4.1 Ketenzorgcontracten	28
4.2 GEZ-modules	33
4.3 Kwaliteitsafspraken	38
4.4 Belonen van uitkomsten	40
4.5 Innovatie en zorgvernieuwing	42

<b>5</b>	<b>De financiële aspecten van contractering</b>	<b>45</b>
5.1	Zorgen om voortbestaan	45
5.2	Financiële transparantie	46
5.3	Reserves	47
5.4	Contractduur	49
5.5	Dubbelloop en substitutie	50
<b>6</b>	<b>Methodologische verantwoording</b>	<b>52</b>
6.1	Inhoud en structuur van de vragenlijst	52
6.2	Verzending en respons	54
6.3	Analyse	54
6.4	Achtergrondkenmerken van respondenten	55
	<b>Literatuur</b>	<b>57</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage A	Gelijkwaardig contracteren: Good Contracting Practices	58
Bijlage B	Overzicht van tabellen	64

## Samenvatting

*Zorggroepen en gezondheidscentra (met of zonder ketenzorgcontracten) zijn dit jaar meer tevreden dan vorig jaar. Bijna de helft van de zorggroepen en bijna twee derde van de gezondheidscentra geven aan tevreden te zijn met het contracteringsproces in het algemeen. Toch ervaren zij ook nog steeds knelpunten. Vooral zorggroepen uiten hun onvrede over de beperkte mogelijkheid tot onderhandelen en over de tijdigheid van het contracteringsproces. Een meerderheid van zowel zorggroepen als gezondheidscentra geeft aan dat indexering vaak niet wordt toegepast. Substitutie komt nog steeds niet van de grond: ongeveer 60% van de organisaties geeft, net als vorig jaar, aan dat er geen afspraken zijn gemaakt over substitutie van de tweede naar de eerste lijn.*

Dit rapport geeft zicht op de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de contractering van zorgverzekeraars voor het jaar 2017. Zorggroepen sluiten ketenzorgcontracten af met zorgverzekeraars voor de levering van geïntegreerde zorg voor bepaalde aandoeningen in een bepaalde regio, bijvoorbeeld voor diabetes. Gezondheidscentra leveren geïntegreerde eerstelijnszorg, zij sluiten een contract voor samenwerking af (een GEZ-contract). Gezondheidscentra kunnen hiernaast ook ketenzorgcontracten afsluiten. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van InEen. InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg, zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken. InEen kan de resultaten gebruiken om samen met zorgverzekeraars te bezien hoe de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra beter kan verlopen. Zorgverzekeraars kunnen het onderzoek gebruiken om meer inzicht te verwerven in hoe zorggroepen en gezondheidscentra de contractering ervaren. Ze kunnen de uitkomsten betrekken bij het verbeteren van het contracteerproces.

### **Toegenomen tevredenheid over het contracteringsproces**

Gezondheidscentra en zorggroepen zijn meer tevreden over het contracteringsproces dan vorig jaar. Dit jaar geeft een krappe helft van de zorggroepen en bijna twee derde van de gezondheidscentra aan tevreden te zijn. Dit is bijna het dubbele ten opzichte van vorig jaar. Mogelijk zijn de landelijke overgangsafspraken voor de GEZ financiering een verklaring voor de hoge tevredenheid onder gezondheidscentra.

### **Meer ruimte voor onderhandelingen**

Zorggroepen tonen, hoewel zij wel meer tevreden zijn dan vorig jaar, nog steeds onvrede over de onderhandelingsruimte. De organisaties geven wel aan dat de zorgverzekeraars bereid zijn om aan tafel te gaan zitten, maar van onderhandelingen over bekostigingsafspraken lijkt in het geval van de gezondheidscentra weinig te komen. Een vijfde van de respondenten met een ketenzorgcontract geeft aan dat er geen ruimte was om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken. Bij respondenten met een GEZ-contract is dit een krappe helft is. In de overgangsafspraken was een afspraak over de ondergrens van het tarief gemaakt, die was gelijk aan het tarief van 2016. Mogelijk is er over het budget en over innovatie onderhandeld. Hoewel er ten opzichte van vorig jaar volgens de organisaties wel meer ruimte is om te onderhandelen, lijkt er nog steeds ruimte voor verbetering.

De bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten zijn in de meeste gevallen gebaseerd op een combinatie van rekenmodellen van de zorgverzekeraar en de begroting of offerte van de eigen organisatie, bij GEZ-contracten geeft het merendeel aan dat de bekostigingsafspraken alleen op de begroting of offerte van de eigen organisatie is gebaseerd. Vorig jaar was dit voor beide organisaties nog vaak gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar. Ook hier lijkt dus sprake van verbetering.

#### **Indexering wordt vaak niet toegepast**

Indexering wordt bij een meerderheid van de zorggroepen en gezondheidscentra ook dit jaar niet toegepast. In 60% van de ketenzorgcontracten is geen vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven. Het ontbreken van een vergoeding voor het indexeren van de tarieven komt vooral voor bij het zorgprogramma astma (75%) en hart en vaatziekten (64%). Voor GEZ-contracten ligt dit percentage op 67%.

#### **Bonussysteem wordt vaker toegepast**

Het belonen van uitkomsten is dit jaar volgens ruim de helft van de organisaties gebaseerd op een bonussysteem. Vorig jaar was dit nog 30%. De percentages respondenten die aangeven dat de afspraken in hun contract zijn gebaseerd op een malussysteem of een bonus/malussysteem zijn gelijk (23%).

#### **Vaker afspraken gemaakt over innovatie**

Ruim twee derde van alle zorggroepen en bijna de helft van de gezondheidscentra heeft afspraken gemaakt over innovatie met hun zorgverzekeraar. Dat is meer dan vorig jaar. Met 89% van de aangevraagde projecten stemde de zorgverzekeraar in. Daarnaast geeft 56% van de zorggroepen en 69% van de gezondheidscentra aan dat zij voldoende financiële ruimte hebben om te kunnen innoveren.

#### **Zorgen over het voortbestaan van de organisatie**

Van de zorggroepen en gezondheidscentra geeft 70% aan zich zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie. Vooral gezondheidscentra maken zich zorgen: van de gezondheidscentra maakt 21% zich géén zorgen, onder zorggroepen is dat 42%. Van alle respondenten geeft 35% aan dat de zorgen om het voortbestaan zijn ontstaan door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven en nog geen 10% geeft aan dat dit komt door de ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven. Een derde (33%) geeft aan dat er andere oorzaken dan de tarieven ten grondslag liggen aan deze zorgen. Onder deze andere oorzaken wordt het vaakst (onduidelijkheid over) de module O&I genoemd. Andere genoemde oorzaken zijn bijvoorbeeld: afschaffing contractplicht voor ketenzorg, zorgverzekeraar gelooft niet in samenwerkingsverbanden, populatiegerichte bekostiging en uitblijven van volwaardige compensatie financiering vanuit het S3 segment.

#### **Voldoende reserves om toekomstige risico's te kunnen dekken**

Ruim 70% van de respondenten geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken. Dit is een opmerkelijke uitkomst in het licht van de hiervoor besproken zorgen over het voortbestaan van de organisatie. Ook sluit dit resultaat niet aan bij het signalen die InEen hierover in de afgelopen jaren heeft ontvangen vanuit de achterban. Van alle gezondheidscentra geeft ruim 60% aan dat in de contractering géén afspraken zijn

gemaakt over groei, behoud of afbouw van financiële reserves. Voor zorggroepen ligt dit percentage lager (37%). Reserves zijn alleen op te bouwen als de afgesproken tarieven daar ruimte voor bieden. Van alle zorggroepen met een nieuw of aangepast contract in 2017 geeft 56% aan dat er afspraken zijn gemaakt over financiële reserves. Voor gezondheidscentra ligt dit percentage op 22%. Van deze zorggroepen en gezondheidscentra geeft ongeveer 55% dat hun organisatie tevreden is met de afspraken over de financiële reserves. Ongeveer een kwart is hierover niet tevreden.

### **Substitutie komt niet van de grond**

De aandacht voor substitutie is, net als vorig jaar, nog onvoldoende in het geval van zowel zorggroepen als gezondheidscentra. Ongeveer 60% van de organisaties geeft aan dat zij geen afspraken hebben gemaakt over substitutie van tweede naar eerste lijn. Hoewel het een belangrijk element is in het Bestuurlijk Akkoord lukt het zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra kennelijk niet daar afspraken over te maken. Onduidelijk is wat de oorzaak hiervan is.

### **Good Contracting Practices**

Om een goed functionerend contracteringsproces te faciliteren heeft de toenmalige LOK, nu InEen, in 2013 spelregels voor contractering opgesteld. Voor de contractering voor het jaar 2017 en verder zijn de spelregels vervangen door *Good Contracting Practices* (GCP) die zijn overeengekomen door de partijen vertegenwoordigd in 'Het Roer Moet Om'. Het contracteringsproces bij zorggroepen is later afgerond dan zou moeten volgens de GCP. Van alle respondenten met een nieuw of aangepast ketenzorgcontract geeft 44% aan dat het contractaanbod van de zorgverzekeraar voor de streefdatum (15 juli) is behaald. Bij het GEZ-contract ligt dit percentage op 33% (de streefdatum ligt op 1 oktober). Opvallend is dat het GEZ-contract vaker tijdig is gesloten (54% van de respondenten geeft dat aan) dan het ketenzorgcontract (8% van de respondenten geeft dat aan). Zorggroepen tonen hierover hun onvrede. In het geval van zorggroepen geeft 63% aan dat er géén duidelijkheid is gegeven over het volgebeleid van verre zorgverzekeraars vóór de streefdatum (1 januari 2017). Tevens worden zorggroepen en gezondheidscentra vaak nog niet betrokken bij het opstellen en uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode, wat wel zou moeten volgens GCP. Het merendeel van de zorggroepen en gezondheidscentra geeft wel aan dat voor het vaststellen van het inkoopbeleid voor 2017 de voorgaande contractperiode is geëvalueerd met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar bij conflicten beschikbaar waren voor overleg.

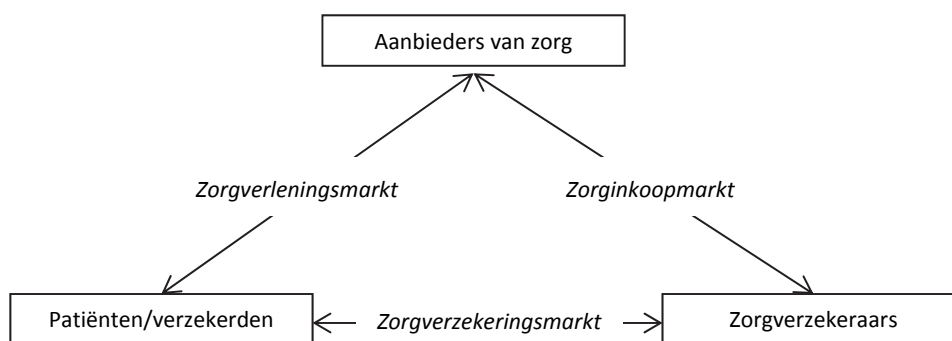
De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een online vragenlijst die tussen 7 februari en 7 maart 2017 is ingevuld door 83 organisaties (respons 56%). Alleen zorggroepen en gezondheidscentra (met of zonder ketenzorgcontracten) die lid zijn van InEen hebben een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan dit onderzoek. De inhoud van de vragenlijst is in overleg met InEen vastgesteld. De vragenlijst is ingekort ten opzichte van vorig jaar en gebaseerd op de *Good Contracting Practices*. Dit jaar hebben de vier grootste zorgverzekeraars de mogelijkheid gehad om tijdens een bijeenkomst thema's voor de vragenlijst aan te dragen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel

Sinds de jaren '90 vindt er in het Nederlandse zorgstelsel een verschuiving plaats van aanbodsturing naar vraagsturing (Bartholomé 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 (zie figuur 1.1). De zorgverzekeringsmarkt, waarop zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekerden. De zorgaanbiedersmarkt, waarop zorgaanbieders met elkaar concurreren om patiënten. De zorginkoopmarkt, waarop zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders.

Figuur 1.1 De drie markten in de Nederlandse gezondheidszorg



Bron: gebaseerd op Memorie van Toelichting Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)

Zorgverzekeraars spelen, als derde partij tussen verzekerden/patiënten en zorgaanbieders een centrale rol (Van de Ven, 1987). Zorgverzekeraars kopen zorg in en kunnen op basis van het ingekochte zorgaanbod polissen aanbieden waarmee ze concurreren om verzekerden. Op de zorginkoopmarkt spelen contracten een belangrijke rol. Sinds de jaren '90 is het verzekeraars in Nederland toegestaan selectief te contracteren (Bartholomé en Maarse, 2006). Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders hoeven te contracteren. Ze mogen een selectie maken op basis van hun eigen criteria, 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, bijvoorbeeld door in het contract gedefinieerde prestaties te koppelen aan de financiële vergoedingen voor zorgaanbieders, zogenaamde *pay-for-performance* (Van Herck et al., 2010).

De onderhandelingspositie van de zorgaanbieder kan kwetsbaar zijn. Dit komt vooral doordat er voor het leveren van bepaalde vormen van zorg, zoals geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) en ketenzorg, een contract noodzakelijk is. 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). In dit rapport richten we op de contracten die zorggroepen en gezondheidscentra afsluiten met zorgverzekeraars voor het leveren van ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg.

## 1.2 Zorggroepen en gezondheidscentra

Zorgverzekeraars sluiten contracten af met verschillende zorgaanbieders, waaronder zorggroepen en gezondheidscentra.

### Zorggroepen

Zorggroepen zijn organisaties waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Zij sluiten ketenzorgcontracten af met zorgverzekeraars voor de levering van multidisciplinaire en geïntegreerde zorg voor bepaalde aandoeningen in een bepaalde regio (Til et al., 2010). Op hun beurt sluiten zorggroepen contracten met individuele zorgaanbieders, zoals huisartsen, voor de levering van zorg (Til et al., 2010; Van Dijk et al., 2011). Sinds 2005 bestaan er zorggroepen in Nederland. Op dit moment wordt Nederland vrijwel helemaal gedekt door ongeveer 130 zorggroepen die voor minimaal één zorgprogramma een contract afsluiten met de preferente zorgverzekeraar in hun regio.

Zorggroepen kunnen contracten afsluiten voor het leveren van onder andere diabeteszorg, het opsporen en behandelen van risicofactoren voor hart en vaatziekten (HVZ) en verhoogd vasculair risico (VVR) (voorheen cardiovasculair risicomangement, CVRM), *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) zorg en zorg voor astma. Zorggroepen sluiten niet alleen ketenzorgcontracten af maar houden zich ook bezig met onder andere innovatieve projecten, ondersteuning van de huisarts en ouderenzorg.

### Gezondheidscentra

Zorg door een gezondheidscentrum wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (2005) gedefinieerd als “gezondheidszorg zonder overnachting door een instelling of maatschap, waarin verschillende disciplines werkzaam zijn, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en in veel gevallen fysiotherapeuten en apothekers”. Gezondheidscentra kennen een langere geschiedenis dan zorggroepen. De eerste gezondheidscentra zijn in de jaren 1960 opgericht. Vooral in het midden van de jaren 1980 en tussen 2003 en 2008 is het aantal gezondheidscentra gegroeid (Batenburg en Kalf, 2010). Het totaal aantal gezondheidscentra ligt op ongeveer 150.

Voor de invoering van de Zvw in 2006 werden gezondheidscentra gefinancierd via subsidies met als juridische basis de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv). Na 2006 bood de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de juridische basis voor de financiering van gezondheidscentra. Tot en met 2014 werden gezondheidscentra gefinancierd via de GEZ-module die gebaseerd waren op de beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten van de NZa. Per 2015 is deze GEZ-module opgenomen in de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Via de GEZ-module worden de personele inzet, organisatie en infrastructuur bekostigd die nodig is voor multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn. Die inzet, organisatie, infrastructuur en samenwerking richten zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg en op resultaten daaruit op het vlak van kwaliteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid (service) en innovatie. Gezondheidscentra kunnen ook ketenzorgcontracten afsluiten.

### 1.3 De contractering van zorggroepen en gezondheidscentra

Sinds 2009 voeren InEen, en haar voorgangers (Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)), enquêtes uit onder zorggroepen naar de contractering van ketenzorg door zorgverzekeraars. InEen is de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg en zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken.

#### Good Contracting Practices

Om een goed functionerend contracteringsproces te faciliteren heeft de toenmalige LOK, nu InEen, in 2013 spelregels voor contractering opgesteld. Voor de contractering voor het jaar 2017 en verder zijn de spelregels vervangen door *Good Contracting Practices* (GCP) die zijn overeengekomen door de partijen vertegenwoordigd in 'Het Roer Moet Om'. Het Roer Moet Om is ontstaan vanuit een initiatief van huisartsen (in maart 2015). Hierin dragen huisartsen, huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars, toezichthouders en overheid samen oplossingen aan voor knelpunten in de huisartsenzorg. Uitgangspunt van de afspraken voor de GCP is dat alle partijen voldoende tijd en ruimte hebben voor evaluatie, overleg, afwegingen, eventuele aanpassingen en administratieve verwerking. In tegenstelling tot de spelregels gelden de GCP voor vrijwel alle zorgverzekeraars.

### 1.4 Ontwikkeling enquête

Dit onderzoek bouwt voort op de enquêtes die tussen 2009 en 2013 zijn uitgevoerd door InEen en de drie onderzoeken uitgevoerd door het NIVEL in de opvolgende jaren (2014-2016) naar de contractering van zorggroepen (en in de laatste twee jaar ook gezondheidscentra). Een uitgebreide beschrijving van de ontwikkeling van deze enquêtes is terug te vinden in hoofdstuk 6.

#### Enquête 2017

De enquête in voorgaande jaren was vrij lang. Hierover is feedback van de respondenten ontvangen. Daarom is de enquête dit jaar ingekort tot de kern. De focus van de enquête is verschoven van het soort organisatie (zorggroep of gezondheidscentrum) naar het afgesloten contract (ketenzorgcontract of GEZ-module). Vragen over spelregels en de Bestuurlijke Akkoorden zijn vervangen door vragen over de GCP die in 2016 in het kader van 'Het Roer Gaat Om' zijn afgesproken. Aansluitend zijn er vragen gesteld over de inhoud van de ketenzorg- en GEZ-contracten, het belonen van uitkomsten, innovatie en zorgvernieuwing en over substitutie. De vier grootste zorgverzekeraars hebben via een bijeenkomst bij InEen de mogelijkheid gehad thema's aan te dragen voor de enquête.

### 1.5 Doel en hoofdvraag

Dit jaar onderzoeken we opnieuw de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de contractering voor ketenzorg- en GEZ-contracten voor 2017. In Nederland is nog steeds weinig kennis voor handen over hoe de contractering verloopt. Internationaal is hier meer informatie over, maar deze informatie is vrijwel altijd gebaseerd op ervaringen van inkooporganisaties. Dit

onderzoek draagt bij aan kennis over contractering in Nederland en aan kennis over hoe zorgaanbieders contractering ervaren. Vanwege de GCP is een onderzoek over de contractering voor 2017 wenselijk. De GCP gelden voor de contractering voor 2017 en daarvoor dient het onderzoek als een eerste evaluatie.

Het doel van dit onderzoek is om de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor het jaar 2017 in kaart te brengen. Dit doen we in het kader van de monitoring met een aantal vragen die in eerder jaren ook zijn gesteld. De vragenlijst bestaat daarnaast uit vragen op basis van de GCP en de nieuwe financieringsstructuur. Waar mogelijk zal een vergelijking gemaakt worden met de resultaten van vorig jaar.

De hoofdvraag luidt:

“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor ketenzorg- en GEZ-contracten voor 2017 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”

Bij het beantwoorden van deze vraag is nadruk gelegd op ervaringen in het licht van de GCP die in 2016 in het kader van ‘Het Roer Gaat Om’ zijn afgesproken en gelden voor het jaar 2017. Wij verwachten dat de contractering voor zorggroepen en gezondheidscentra beter is verlopen dan vorig jaar omdat InEen naar aanleiding van de resultaten van vorig jaar weer in gesprek is gegaan met de zorgverzekeraars over het contracteringsproces. Daarnaast is er inmiddels enige ervaring met de contractering vanuit de verschillende partijen.

## 1.6 Leeswijzer

Dit rapport bevat tabellen en grafieken. Per grafiek is een korte conclusie geschreven, om de resultaten beter leesbaar en interpreteerbaar te maken. In hoofdstuk 2 bespreken we de conclusies van het onderzoek. In hoofdstuk 3 bespreken we de resultaten met betrekking tot het contracteringsproces. In hoofdstuk 4 volgt de inhoud van contracten en de rol die kwaliteit daarin speelt. In hoofdstuk 5 komen de resultaten over de financiële aspecten van de contractering aan bod. In hoofdstuk 6, ten slotte, bespreken we de gebruikte methoden. In bijlage A is een overzicht van de GCP opgenomen en in bijlage B wordt een overzicht gegeven van aanvullende tabellen. In hoofdstuk 3 tot en met 5 wordt waar mogelijk een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van het onderzoek dit jaar en de resultaten van het onderzoek vorig jaar. Wanneer we in dit rapport spreken over zorggroepen bedoelen we organisaties met alleen ketenzorgcontracten en geen GEZ-module. Wanneer we over gezondheidscentra spreken bedoelen we organisaties met een GEZ-contract die daarnaast ook nog een ketenzorgcontract kunnen hebben.

## 2 Conclusie

De vraag die in dit onderzoek centraal stond, was:

*“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor ketenzorg- en GEZ-contracten voor 2017 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”*

Bij het beantwoorden van deze vraag is nadruk gelegd op ervaringen in het licht van de Good Contracting Practices (GCP) die in 2016 in het kader van ‘Het Roer Gaat Om’ zijn afgesproken en gelden voor het jaar 2017.

### 2.1 Meer tevredenheid over contracteringsproces, toch nog wel knelpunten

Gezondheidscentra en zorggroepen zijn meer tevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2017 dan voor de contracten in 2016. Dit jaar geeft een meerderheid van de gezondheidscentra aan tevreden te zijn over het contracteringsproces (ruim 60% ten opzichte van ruim 30% vorig jaar). Van de zorggroepen geeft ruim 40% aan tevreden te zijn met het contracteringsproces in het algemeen, vorig jaar was dit 25%. Zorggroepen uiten voornamelijk hun onvrede over de tijdigheid van het contracteringsproces en over de onderhandelingspositie die zij hebben ten aanzien van de zorgverzekeraars. Gezondheidscentra geven aan dat zij hier tevreden over zijn.

Door gezondheidscentra wordt wel aangegeven dat de onderhandelingsruimte een knelpunt is in het contracteringsproces. In bijna de helft van de contracteringsprocessen is er volgens gezondheidscentra geen ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in het GEZ-contract. De mogelijkheid tot een gesprek is er volgens gezondheidscentra wel, maar tot onderhandelingen over de bekostiging komt het vaak niet. Wat betreft de onderhandelingen over ketenzorgcontracten, geeft drie vierde van de organisaties aan dat er *wel* ruimte was om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken. Het is niet zo dat de onderhandelingen alleen over financiën gaan. Dit onderzoek laat zien dat ook meer inhoudelijke onderwerpen belangrijk zijn tijdens de onderhandelingen, zoals innovatie in het geval van de GEZ-module en inclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's. Dat er organisaties aangeven dat er onderhandelingsruimte is, wil nog niet zeggen dat men krijgt wat men wil: een deel van de respondenten geeft aan dat zij een bepaald ketenzorgcontract wel wilde afsluiten maar dat dit niet is gebeurd. Dit komt net als vorig jaar vooral voor bij astmazorg (7 respondenten). Het percentage organisaties met een ketenzorgcontract voor astmazorg is overigens wel gestegen ten opzichte van vorig jaar.

Daarnaast geven zorggroepen en gezondheidscentra aan dat zorgverzekeraars met de meeste innovatie projecten hebben ingestemd. Het gaat vooral om projecten met betrekking tot de ouderenzorg en GGZ. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat de bekostigingsafspraken in bijna de helft van de GEZ-contracten gebaseerd zijn op een begroting van de eigen organisatie. In ruim de helft van de ketenzorgcontracten zijn de bekostigingsafspraken gebaseerd op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie. Vorig jaar zagen we nog dat dat de bekostigingsafspraken in bijna de helft van zowel de ketenzorg-

als de GEZ-contracten gebaseerd waren op een rekenmodel van de zorgverzekeraar. Een rekenmodel van de zorgverzekeraar biedt weinig ruimte om te onderhandelen. Dit jaar zijn zorgverzekeraars zorggroepen en gezondheidscentra vaker tegemoet gekomen door het accepteren van een rekenmodel gebaseerd op een combinatie van beide partijen of gebaseerd op de begroting of offerte van de eigen organisatie. Op deze manier wordt er een zo gelijkwaardig mogelijke onderhandelingspositie neergezet en kunnen zorggroepen en gezondheidscentra inzetten op onderdelen van het contract waar meer ruimte is voor onderhandeling. Dit kan tot gevolg hebben dat de interactie tussen zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra productiever wordt waardoor er voor beide partijen betere afspraken worden gemaakt. Dat de organisaties meer tevreden zijn over het contracteringsproces kan hiermee samenhangen.

Zorggroepen uiten hun onvrede over de tijdigheid van het contracteringsproces. In de GCP worden richtlijnen gegeven voor wanneer bepaalde stappen in het contracteringsproces gezet dienen te worden. De overeenkomst voor het afsluiten van het ketenzorgcontract (grens 1 oktober) en voor het afsluiten van het GEZ-contract (7 november) zijn twee van deze stappen. Dit jaar is de streefdatum voor het ketenzorgcontract volgens nog geen 10% van de respondenten gehaald. Voor het GEZ-contract is dit ruim 50%. Vooral in het geval van de ketenzorgcontracten is er ruimte voor verbetering in de tijdigheid van het contracteringsproces.

In de GCP staat dat zorgverzekeraars zorggroepen en gezondheidscentra zo vroeg mogelijk en intensief bij het opstellen en het uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode betrekken. Een meerderheid van de organisaties geeft aan dit niet het geval is. De GCP worden nog niet volledig nageleefd.

## **2.2 Ondanks huidige daling contractduur uitzicht meerjarige contracten**

Over de contractduur staat in de GCP dat het afsluiten van meerjarige contracten de voorkeur geniet. Langdurige contractuele relaties bevorderen de stabiliteit. Bijna de helft van de afgesloten ketenzorgcontracten heeft een duur van 2 jaar. Vorig jaar was dit nog ruim 60%. Geen van de nieuw afgesloten contracten of de contracten waarin afspraken zijn aangepast hebben een contractduur van 3 jaar. De GEZ-contracten zijn in alle gevallen eenjarige contracten. Vorig jaar lag dit percentage nog op 57%. Een verklaring voor de verkorting van de contractduur is dat twee zorgverzekeraars respectievelijk per 2018 en 2019 alleen nog maar meerjarige contracten willen aanbieden en dat de cyclus van organisaties dan gelijk loopt. Daarom is het noodzakelijk dat de oude contracten precies dan aflopen. Ondanks de daling van de contractduur is er wel een vooruitzicht op meer langdurige contracten.

## **2.3 Vaker een bonussysteem afgesproken, substitutie komt niet van de grond**

Volgens InEen zou het belonen van uitkomsten gebaseerd moeten zijn op een bonussysteem: zorggroepen en gezondheidscentra die goed presteren zouden extra financiering moeten krijgen. Dit zou niet ten koste moeten gaan van de financiering van andere zorggroepen of gezondheidscentra of van de financiering van andere segmenten. Ten opzichte van vorig jaar is het aantal contracten waar daadwerkelijk sprake is van een bonussysteem gestegen van 30% naar 54%. De percentages respondenten die aangeven dat de afspraken in hun contract zijn gebaseerd op een

malussysteem of een bonus/malussysteem zijn gelijk (23%). In het geval van een malussysteem gaan zorggroepen die niet voldoen aan de prestatie-indicatoren er financieel op achteruit. Van de zorggroepen geeft 53% aan dat zij afspraken hebben gemaakt over het belonen van uitkomsten. Bij gezondheidscentra is dit percentage gedaald ten opzichte van vorig jaar van 50% naar 13%.

Zorggroepen en gezondheidscentra die goed presteren worden financieel beloond. We hebben dit jaar gevraagd of respondenten tevreden zijn over de hoogte van beloning op basis van uitkomsten. Bijna de helft van de respondenten geeft aan tevreden te zijn over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten. Vorig jaar was dit nog geen 15%. Het lijkt erop dat het belonen en stimuleren van goed gedrag tot tevreden zorgaanbieders leidt.

Van zowel zorggroepen als gezondheidscentra geeft nog geen 40% aan dat zij met hun preferente zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Dit percentage is in overeenkomst met de resultaten van vorig jaar.

## 2.4 Indexering nog steeds niet vaak toegepast

In het Bestuurlijk Akkoord<sup>1</sup> is tevens afgesproken dat er ruimte moet zijn voor indexering van het budgettaire kader huisartsenzorg van 2,5% (waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning). Een meerderheid geeft aan dat de volumes in zowel de GEZ- als in de meeste zorgprogramma's van de ketenzorgcontracten gelijk zijn gebleven aan vorig jaar. Voor de zorgprogramma's VVR en HVZ geven de meeste respondenten aan dat de volumes zijn gestegen. De tarieven zijn in de ketenzorgcontracten voor de zorgprogramma's diabetes, HVZ, VVR en astma merendeels gelijk gebleven. Voor het COPD-contract zijn de tarieven verhoogd volgens de respondenten. Ongeveer een derde van alle respondenten met een ketenzorgcontract geeft aan dat de tarieven zijn verlaagd.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er in 37% van de ketenzorgcontracten een vergoeding overeengekomen is gekomen voor het indexeren van de tarieven. Voor het astma-contract ligt dit percentage op nog geen 20% en voor GEZ-contracten ligt dit percentage op bijna 30%. Hoewel deze percentages ten opzichte van vorig jaar in het geval van de ketenzorgcontracten iets toegenomen, wordt indexering nog niet bij alle zorggroepen en gezondheidscentra toegepast. Zorgverzekeraars geven hierover aan dat indexering niet op micro maar op macro niveau plaatsvindt (Bouwhuis en De Jong, 2015).

## 2.5 Meer ruimte voor afspraken over innovatie

Dit jaar wordt door meer organisaties dan vorig jaar aangegeven dat er afspraken met de zorgverzekeraars zijn gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing. Van de zorggroepen geeft 63%

---

<sup>1</sup> Het Bestuurlijke Akkoord bevat afspraken over de financiering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in het licht van de verslechterde overheidsfinanciën en de wens om de eerste lijn verder te versterken en te ontwikkelen. Het is in 2013 en 2014 overeengekomen door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen (Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS.

aan dat zij afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing. Voor gezondheidscentra is dit 46%. Dat is meer dan vorig jaar. Met 89% van de aangevraagde projecten stemde de zorgverzekeraar in. Daarnaast geeft 56% van de zorggroepen en 69% van de gezondheidscentra aan dat zij voldoende financiële ruimte hebben om te kunnen innoveren.

## 2.6 Zorgen voortbestaan organisatie

Van de zorggroepen en gezondheidscentra geeft 70% aan zich zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie. Van hen geeft 35% aan dat deze zorgen zijn ontstaan door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven en nog geen 10% geeft aan dat dit komt door de ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven. Een derde (33%) geeft aan dat er andere oorzaken dan de tarieven ten grondslag liggen aan deze zorgen. Onder deze andere oorzaken wordt het vaakst (onduidelijkheid over) de module O&I genoemd. Andere genoemde oorzaken zijn bijvoorbeeld: afschaffing contractplicht voor ketenzorg, zorgverzekeraar gelooft niet in samenwerkingsverbanden, populatiegerichte bekostiging en uitblijven van volwaardige compensatie financiering vanuit het S3 segment.

Er lijkt geen krapte te bestaan in financiële reserves onder het merendeel van de zorggroepen en gezondheidscentra. Ruim 70% van de respondenten geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken. Dit is een opmerkelijke uitkomst in het licht van de hiervoor besproken zorgen over het voortbestaan van de organisatie. Ook sluit dit niet aan bij het signalen die InEen hierover in de afgelopen jaren heeft ontvangen vanuit de achterban.

Van alle gezondheidscentra geeft ruim 60% aan dat in de contractering géén afspraken zijn gemaakt over groei, behoud of afbouw van financiële reserves. Voor zorggroepen ligt dit percentage lager (37%).

## 2.7 Conclusie

Dit onderzoek laat een aantal opvallende resultaten zien. Positief is de toegenomen tevredenheid over het contracteringsproces. Ook geven zowel zorggroepen als gezondheidscentra aan dat zorgverzekeraars met de meeste voorstellen voor innovatie hebben ingestemd. Daarnaast blijken de bekostigingsafspraken voor de ketenzorgcontracten in veel gevallen gebaseerd op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en een begroting of offerte van de organisatie. Bij de GEZ-module geeft bijna de helft van de respondenten aan dat de bekostigingsafspraken op een begroting of offerte van de eigen organisaties is gebaseerd. Al met al lijkt het erop dat de interactie tussen zorggroepen en gezondheidscentra aan de ene kant en zorgverzekeraars aan de andere kant productiever is geworden. Toch wordt het ontbreken van onderhandelingsruimte nog wel als knelpunt genoemd. Om van de interactie een volledig beeld te krijgen zou ook de kant van zorgverzekeraars belicht moeten worden. Hierover is ook met zorgverzekeraars overlegd, maar zij gaven aan hier geen behoefte aan te hebben. De verwachting was dat de GCP zouden bijdragen aan verbeteringen in het contracteringsproces. Hoewel we inderdaad een positieve ontwikkeling zien, blijven er wel knelpunten bestaan.

## 3 Het contracteringsproces

Zorggroepen en gezondheidscentra zijn dit jaar meer tevreden dan vorig jaar. Dit jaar geeft een krappe helft van de zorggroep en bijna twee derde van de gezondheidscentra aan tevreden te zijn met het contracteringsproces in het algemeen. Toch worden er, vooral door zorggroepen, nog knelpunten ervaren. De twee grootste knelpunten tijdens de contractering zijn volgens hen, net als vorig jaar, de beperkte onderhandelingsruimte en de tijdigheid. In een vijfde van de contracteringsprocessen was er volgens zorggroepen geen ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in het contract. Bij gezondheidscentra gaf bijna de helft van de respondenten aan dat hiervoor geen ruimte was. Naast financiën blijkt innovatie een belangrijk onderwerp te zijn tijdens de onderhandelingen over het GEZ-contract en de contractduur tijdens de onderhandelingen van ketenzorgcontracten. Bijna drie vierde van de zorggroepen geeft aan dat er ruimte was om te onderhandelen over een meerjarig contract, ten opzichte van een vijfde van de gezondheidscentra. Het contracteringsproces is bij zorggroepen later afgerond dan zou moeten volgens de *Good Contracting Practices*. Een tiende van de organisaties heeft voor de streefdatum het ketenzorgcontract afgesloten. Zeven tiende van de organisaties ziet de zorgverzekeraar als een samenwerkingspartner.

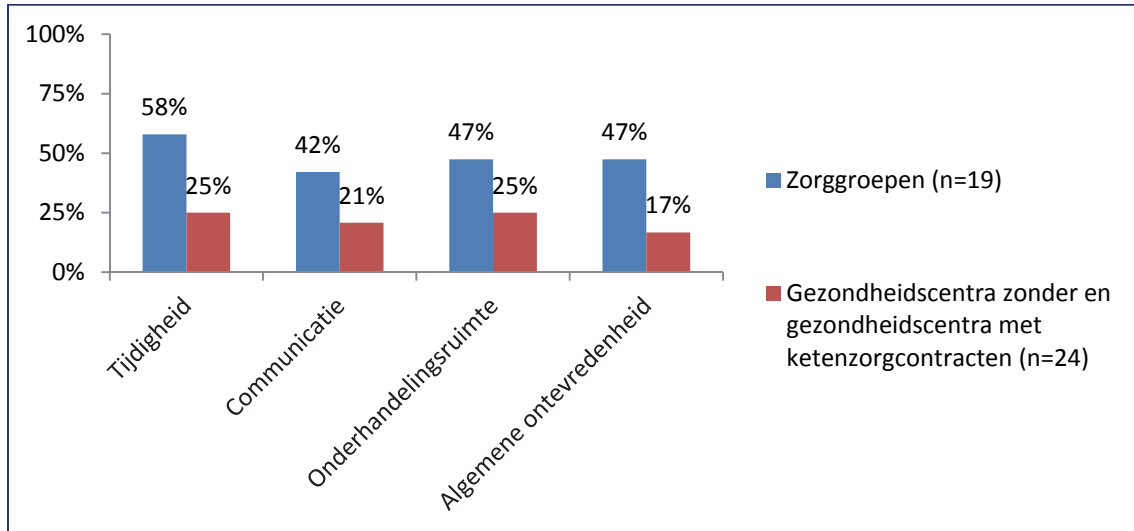
### 3.1 Ontevredenheid contractering

Zorggroepen met een nieuw of aangepast contract voor 2017 zijn op alle fronten, net als vorig jaar, meer ontevreden over het contracteringsproces dan gezondheidscentra (zie figuur 3.1 en tabel B.1 t/m B.4). Zorggroepen zijn het meest ontevreden over de tijdigheid (58%) en het minst ontevreden over de communicatie (42%, zie figuur 3.1). Bijna de helft van de zorggroepen geeft aan ontevreden te zijn over het contracteringsproces in het algemeen (47%). Deze percentages komen overeen met de uitkomsten van vorig jaar. Opvallend is dat het percentage zorggroepen dat in het algemeen tevreden is over het contracteringsproces is gestegen van 25% in 2016 naar 42% in 2017 (zie tabel B.4).

De ontevredenheid onder gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract voor 2017 is gedaald in vergelijking met vorig jaar. Van de gezondheidscentra is 25% ontevreden over de onderhandelingsruimte van de contractering, vorig jaar was dit nog 50%. De ontevredenheid over de communicatie onder gezondheidscentra ligt dit jaar op 21% (ten opzichte van 30% vorig jaar) en de algemene ontevredenheid onder gezondheidscentra ligt op 17% (ten opzichte van 26% vorig jaar). Zie voor alle cijfers tabel B.1 t/m B.4.



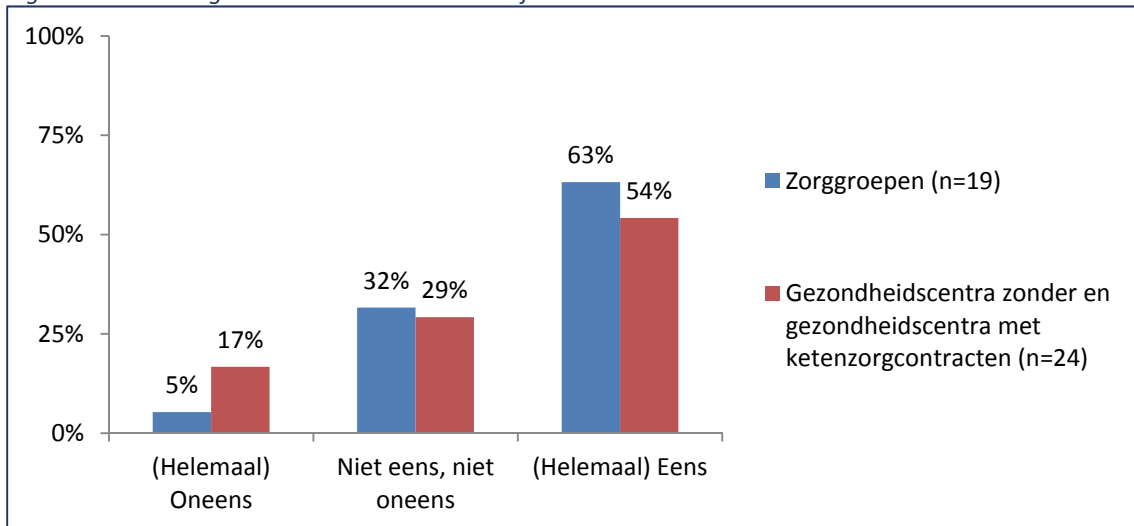
Figuur 3.1 Percentage respondenten dat **ontevreden** is met de tijdigheid, communicatie, onderhandelingsruimte en met de contractering in het algemeen voor nieuwe of aangepaste contracten



### 3.2 Communicatie

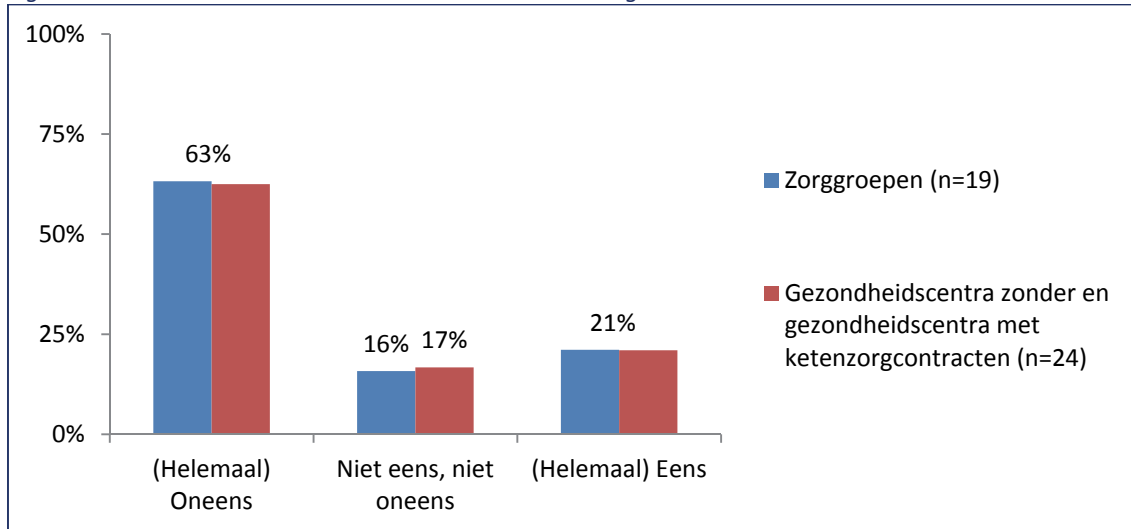
Om meer inzicht te krijgen in de communicatie tijdens het onderhandelingsproces is ook dit jaar gevraagd naar de mate waarin respondenten ervaren dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert en naar de continuïteit in de contacten. Zorggroepen geven vaker aan dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert dan gezondheidscentra (63% ten opzichte van 54%, zie figuur 3.2). Vorig jaar was dit juist omgekeerd. Het percentage zorggroepen dat aangeeft dat de zorgverzekeraar *niet* naar hen luistert is gedaald van 23% naar 5% (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2 De zorgverzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen



Van de respondenten geeft 63% aan *geen* continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar te missen (zie figuur 3.3). Dit percentage ligt dit jaar gelijk bij zorggroepen en gezondheidscentra. Voor beide is er een verbetering ten opzichte van vorig jaar (bij zorggroepen lag dit percentage vorig jaar op 49% en bij gezondheidscentra op 40%).

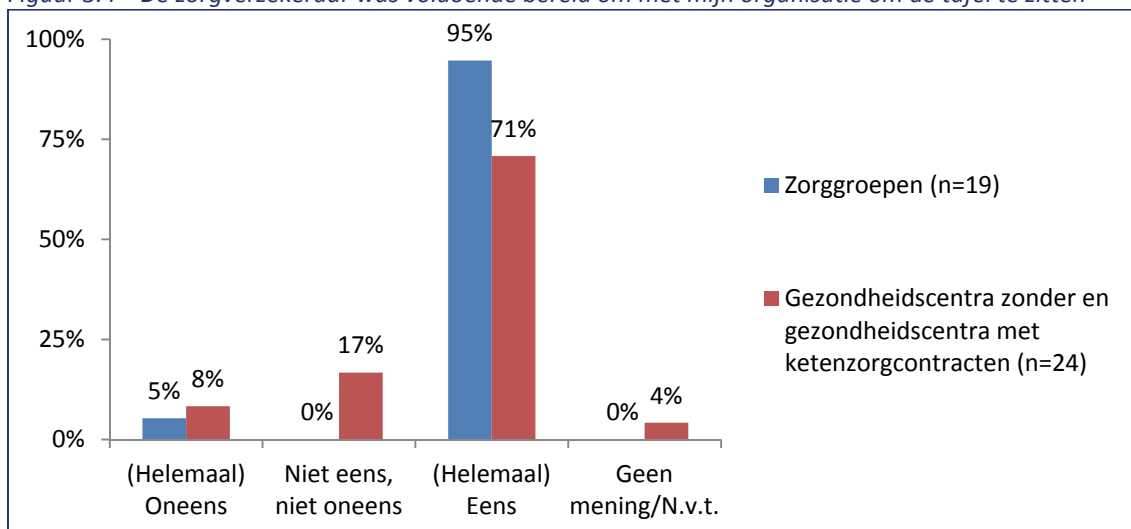
*Figuur 3.3 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar*



### 3.3 Ruimte voor onderhandelingen

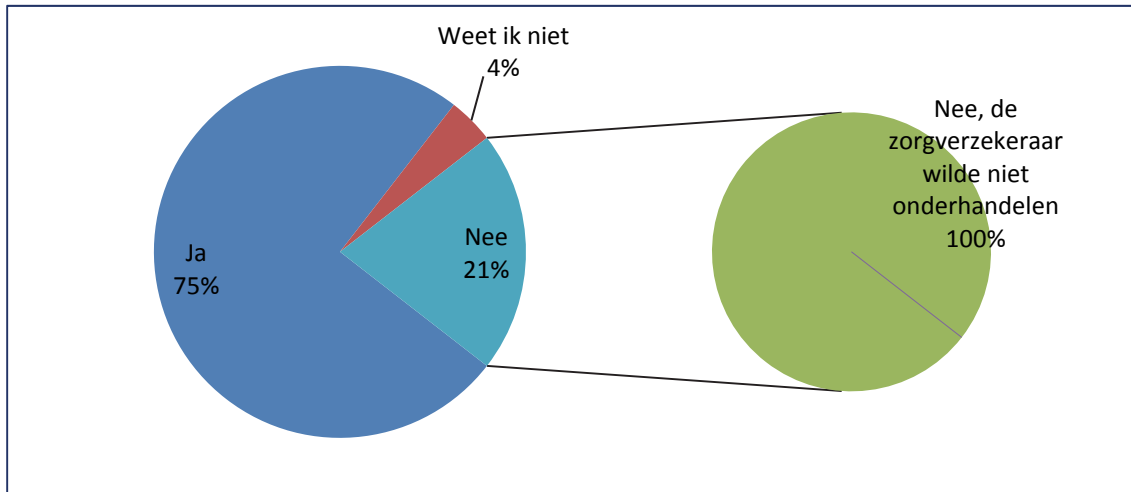
Van de zorggroepen met een nieuw of aangepast ketenzorgcontract geeft 95% aan dat zijn preferente zorgverzekeraar bereid was om de tafel te gaan zitten als de organisatie daarom vroeg (zie figuur 3.4). Bij gezondheidscentra ligt dit percentage op 71%.

*Figuur 3.4 De zorgverzekeraar was voldoende bereid om met mijn organisatie om de tafel te zitten*



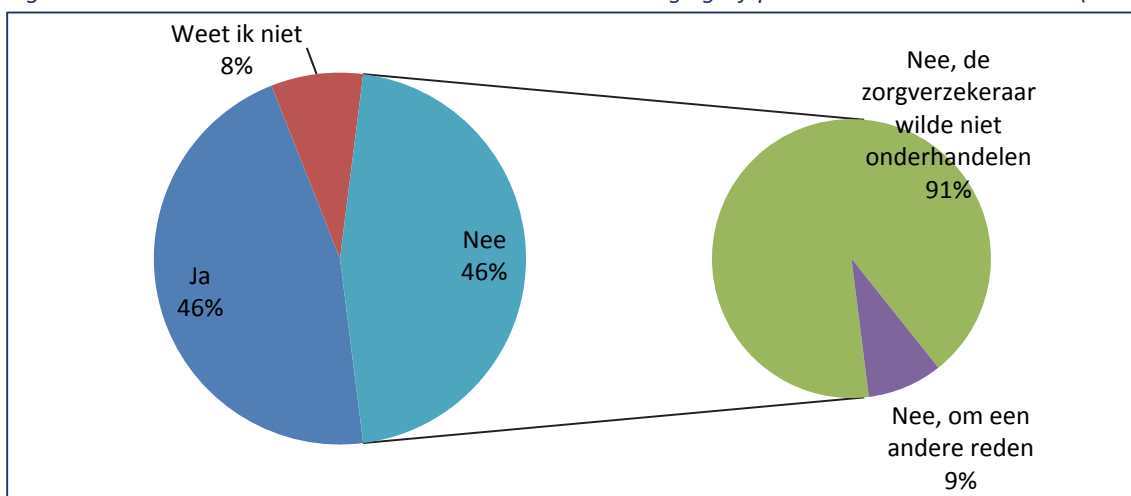
In figuur 3.5 is te zien dat van de organisaties met een ketenzorgcontract 75% aangeeft dat er ruimte was om te onderhandelen, 21% geeft aan dat die ruimte er niet was. Van deze groep geven alle respondenten aan dat die ruimte er niet was omdat de zorgverzekeraar niet wilde onderhandelen.

*Figuur 3.5 Was er ruimte om te onderhandelen over bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten? (n=24)*



Volgens gezondheidscentra is de mogelijkheid tot een gesprek er wel, maar tot onderhandelingen over de bekostiging komt het vaak niet. Bij de onderhandelingen over bekostigingsafspraken voor GEZ-contracten is het percentage respondenten dat aangeeft dat er ruimte was om te onderhandelen over bekostigingsafspraken even groot als het percentage dat zegt dat die ruimte er niet was (beide 46%; zie figuur 3.6). Het is niet zo dat de onderhandelingen alleen over financiën gaan. Dit onderzoek laat zien dat ook meer inhoudelijke onderwerpen belangrijk zijn tijdens de onderhandelingen, zoals innovatie in het geval van de GEZ-module (zie paragraaf 3.4). Van de groep die aangeeft dat er geen ruimte was om te onderhandelen geeft meer dan 90% aan dat die ruimte er niet was omdat de zorgverzekeraar niet wilde onderhandelen. Geen enkele organisatie geeft aan dat zij zelf niet wilden onderhandelen over de bekostigingsafspraken.

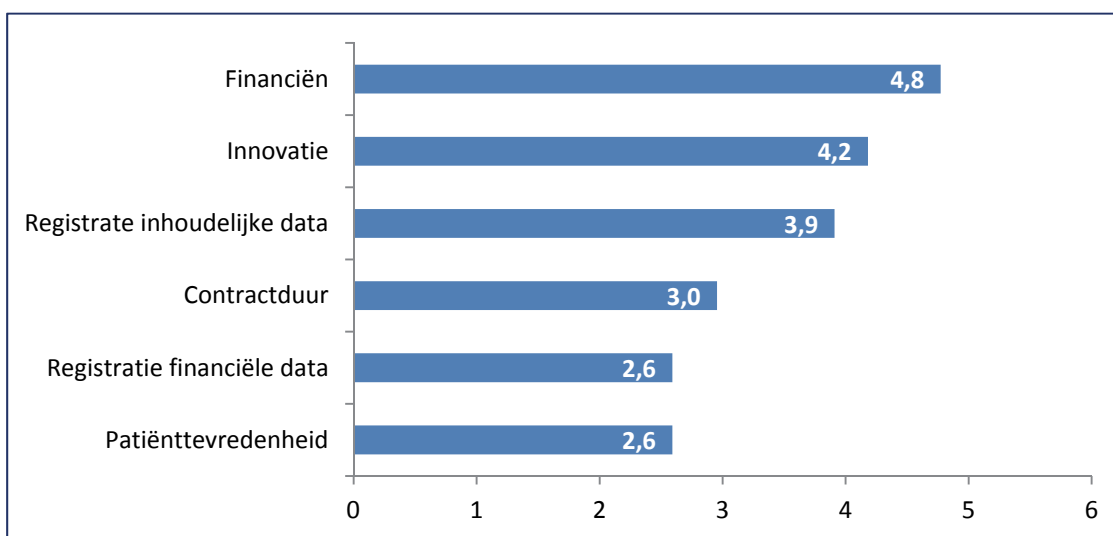
*Figuur 3.6 Was er ruimte om te onderhandelen over bekostigingsafspraken voor GEZ-contracten? (n=24)*



### 3.4 Inhoud van onderhandelingen

We hebben de respondenten gevraagd naar het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen over het GEZ-contract en over het ketenzorgcontract. De resultaten laten zien dat alle bevroegde inhoudelijke onderwerpen aan de orde komen tijdens de onderhandelingen. Wat betreft de GEZ-contracten zijn zes onderwerpen bevroegd. Organisaties met een GEZ-contract geven aan dat 'financiën', 'innovatie' en 'registratie inhoudelijke data' belangrijke onderwerpen zijn die aan bod komen (zie figuur 3.7).

*Figuur 3.7 Het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen over het GEZ-contract: het gemiddelde cijfer op een schaal van 1 (minst belangrijk) tot 6 (meest belangrijk) (n=22-23)\**

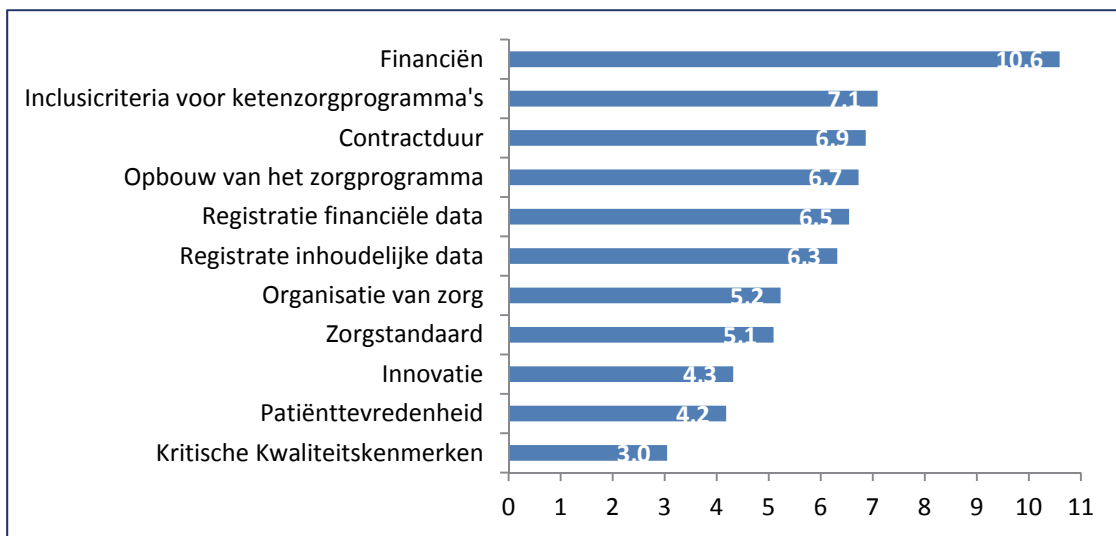


\* De respondent is gevraagd de zes onderwerpen te rangschikken van meest belangrijk naar minst belangrijk.

Bij organisaties met een ketenzorgcontract was ook veruit het belangrijke onderwerp 'financiën', gevolgd door 'inclusiecriteria voor de ketenzorgprogramma's' en 'contractduur' (zie figuur 3.8). Innovatie heeft een meer prominente rol tijdens de onderhandelingen over het GEZ-contract dan tijdens de onderhandelingen over de ketenzorgcontracten.

Net als in de enquête vorig jaar zijn innovatie, patiënttevredenheid en de Kritische Kwaliteitskenmerken van InEen relatief onbelangrijk tijdens de onderhandelingen over de ketenzorgcontracten.

Figuur 3.8 Het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen over ketenzorgcontracten: het gemiddelde cijfer op een schaal van 1 (minst belangrijk) tot 11 (meest belangrijk) (n=22-25)\*



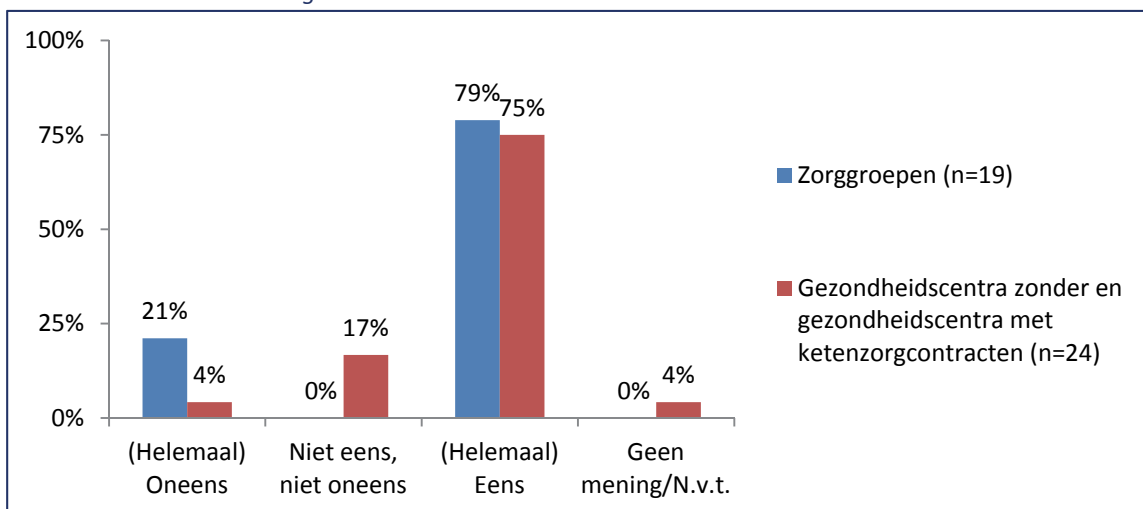
\* De respondent is gevraagd de elf onderwerpen te rangschikken van meest belangrijk naar minst belangrijk.

### 3.5 Voldoende beschikbaar

In de *Good Contracting Practices* (GCP) staat dat de zorgverzekeraar vanaf het publiceren van de informatie over de bekendmaking van het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop tot het moment waarop de contracten gesloten zijn, voldoende beschikbaar moet zijn voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders.

Van de zorggroepen en gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract geeft respectievelijk 79% en 75% aan dat hun preferente zorgverzekeraar voldoende beschikbaar was voor contact over de contractering voor het jaar 2017 (zie figuur 3.9). Van de zorggroepen geeft 21% aan dat de zorgverzekeraar niet voldoende beschikbaar was voor dergelijk contact.

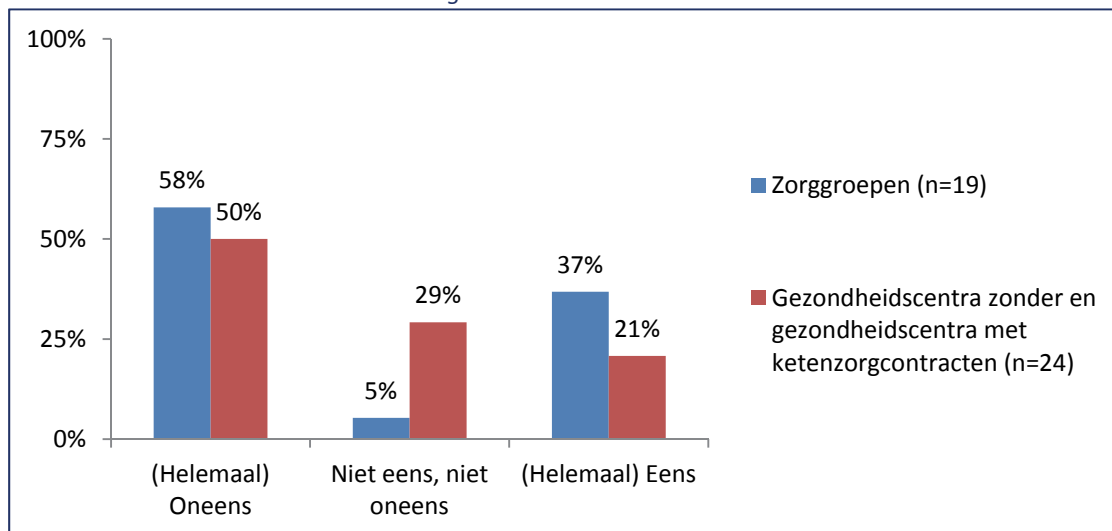
Figuur 3.9 De zorgverzekeraar was gedurende het jaar 2016 voldoende beschikbaar voor contact over de contractering voor 2017



### 3.6 Betrokken bij contracteerbeleid

In de GCP staat dat zorgverzekeraars zorggroepen en gezondheidscentra zo vroeg mogelijk en intensief bij het opstellen en het uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode betrekken. Van de zorggroepen en gezondheidscentra geeft respectievelijk 58% en 50% aan dat hun organisatie door de zorgverzekeraar *niet* is betrokken bij het contracteerbeleid voor 2017 (zie figuur 3.10).

Figuur 3.10 De zorgverzekeraar heeft de organisatie betrokken bij het opstellen en uitwerken van het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar voor 2017

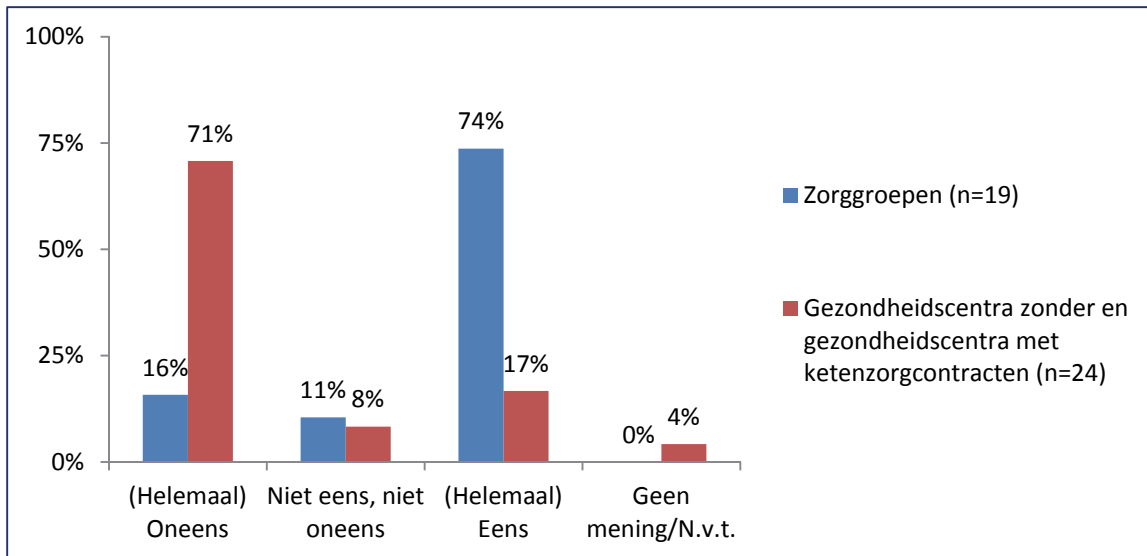


### 3.7 Het aanbieden van meerjarige contracten

In de GCP staat dat zorgverzekeraars vanaf 2016 meerjarige contracten aanbieden. Deze meerjarige contracten bieden rust en zekerheid voor de afnemende organisaties om te investeren in een goede kwaliteit van zorg. Onder meerjarig wordt verstaan een periode van minstens 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar of langer.

De verschillen in het aanbieden van meerjarige contracten tussen zorggroepen en gezondheidscentra zijn groot. Van de zorggroepen geeft 74% aan dat er ruimte was om te onderhandelen over meerjarige contracten met de zorgverzekeraar (zie figuur 3.11). Het merendeel van de gezondheidscentra geeft daarentegen aan dat zij geen ruimte hebben ervaren om te onderhandelen over een meerjarig contract (71%). Een verklaring hiervoor is dat gezondheidscentra in een overgangsjaar zitten waarin ze per 2018 of 2019 een meerjarig contract krijgen aangeboden door hun zorgverzekeraar.

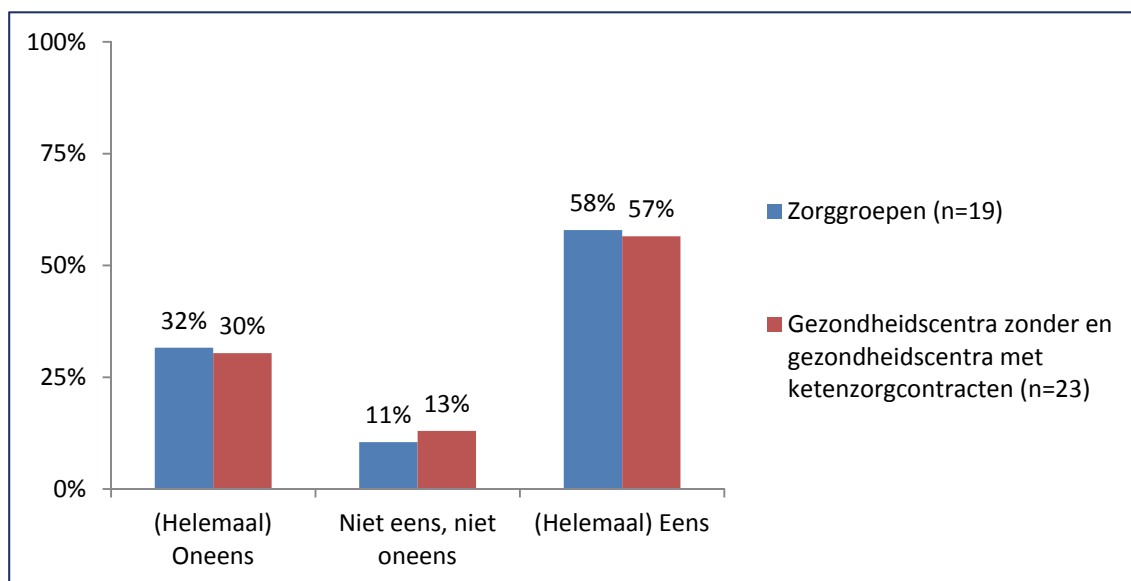
Figuur 3.11 Er was ruimte voor onderhandelingen met de zorgverzekeraar over meerjarige contracten



### 3.8 Evaluatie contractperiode

In de GCP staat dat alvorens een nieuw beleid voor de contractering wordt opgesteld, de zorgverzekeraars een evaluatie houden van de lopende contractperiode onder contractanten, bijvoorbeeld door middel van een enquête. Van zowel de zorggroepen als de gezondheidscentra geeft bijna 60% aan dat de voorgaande contractperiode is geëvalueerd met de zorgverzekeraar voor het vaststellen van het inkoopbeleid voor dit jaar. Bijna een derde geeft aan dat er geen evaluatie heeft plaatsgevonden.

Figuur 3.12 Voor het vaststellen van het inkoopbeleid voor 2017 is de voorgaande contractperiode geëvalueerd met de zorgverzekeraar

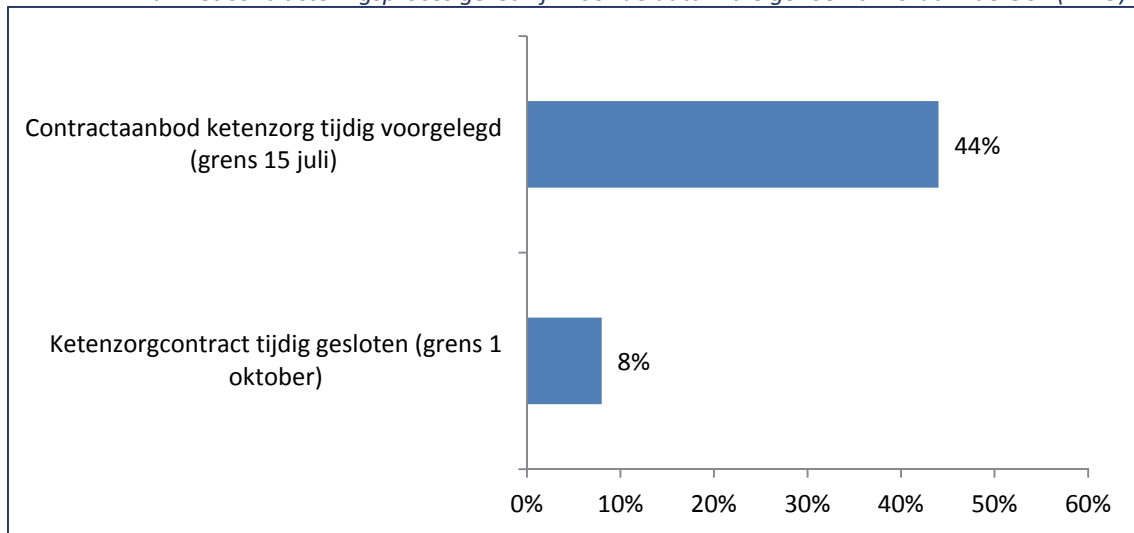


### 3.9 Tijdigheid

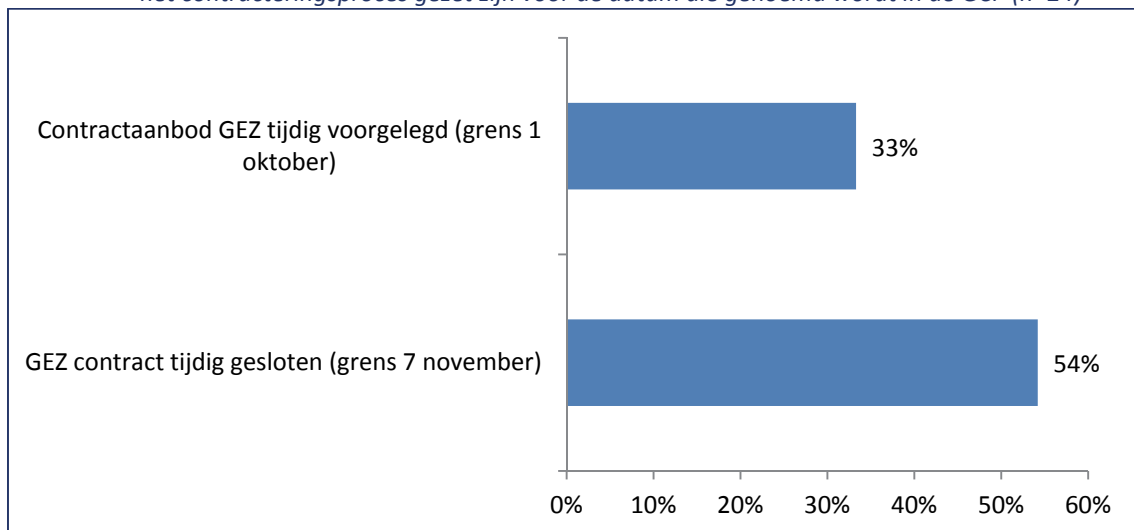
De GCP stellen 15 juli als streefdatum voor het voorleggen van de ketenzorgcontract aan de organisatie door de zorgverzekeraar en 1 oktober als streefdatum voor het overeenkomen van het ketenzorgcontract. Voor het GEZ-contract liggen deze data respectievelijk op 1 oktober en 7 november.

Van alle respondenten met een nieuw of aangepast ketenzorgcontract geeft 44% aan dat het contractaanbod van de zorgverzekeraar voor de streefdatum is behaald (zie figuur 3.13). Bij het GEZ-contract ligt dit percentage op 33 (zie figuur 3.14). Opvallend is dat het GEZ-contract vaker tijdig is gesloten (54% van de respondenten geeft dat aan) dan het ketenzorgcontract (8% van de respondenten geeft dat aan). Dit kan een verklaring zijn voor waarom zorggroepen relatief ontevreden zijn over de tijdigheid van contractering (zie paragraaf 3.1).

*Figuur 3.13 Percentage respondenten met een nieuw of aangepast ketenzorgcontract waarin de stappen van het contracteringsproces gezet zijn vóór de datum die genoemd wordt in de GCP (n=25)*



*Figuur 3.14 Percentage respondenten met een nieuw of aangepast GEZ-contract waarin de stappen van het contracteringsproces gezet zijn vóór de datum die genoemd wordt in de GCP (n=24)*



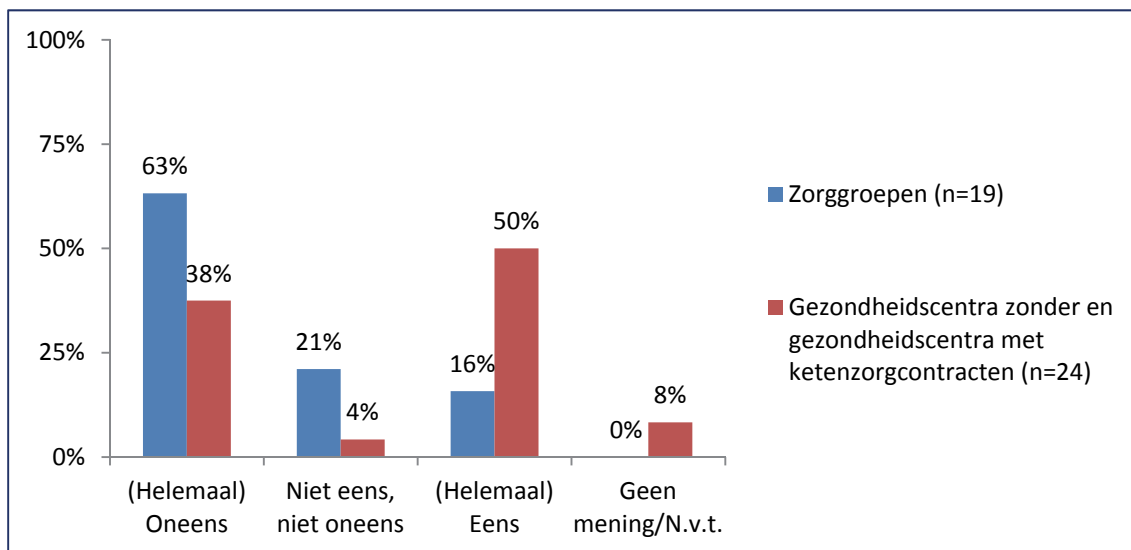


### 3.10 Volgen door verre verzekeraars

In de GCP wordt gesteld dat zorgverzekeraars die het contract met de preferente zorgverzekeraar willen volgen, zogenaamde verre verzekeraars, dit voor 1 januari 2017 moeten laten weten aan de betreffende organisatie.

In de helft van de contracteringsprocessen hebben verre verzekeraars voor 1 januari 2017 laten weten het GEZ-contract met de preferente zorgverzekeraar te volgen (zie figuur 3.15). Van de zorggroepen geeft 63% aan dat er *geen* duidelijkheid is gegeven over het volgbepeld van verre zorgverzekeraars over het ketenzorgcontract (zie figuur 3.15). Dit zal samenhangen met de tijdigheid van het contracteringsproces voor de contracten voor 2017 (zie figuur 3.13 en 3.14). Als het contract niet tijdig gesloten is, kan het ook niet voorgelegd worden aan verre verzekeraars.

*Figuur 3.15 De belangrijkste verre zorgverzekeraars hebben voor 1 januari 2017 duidelijkheid gegeven over hun volgbepeld*

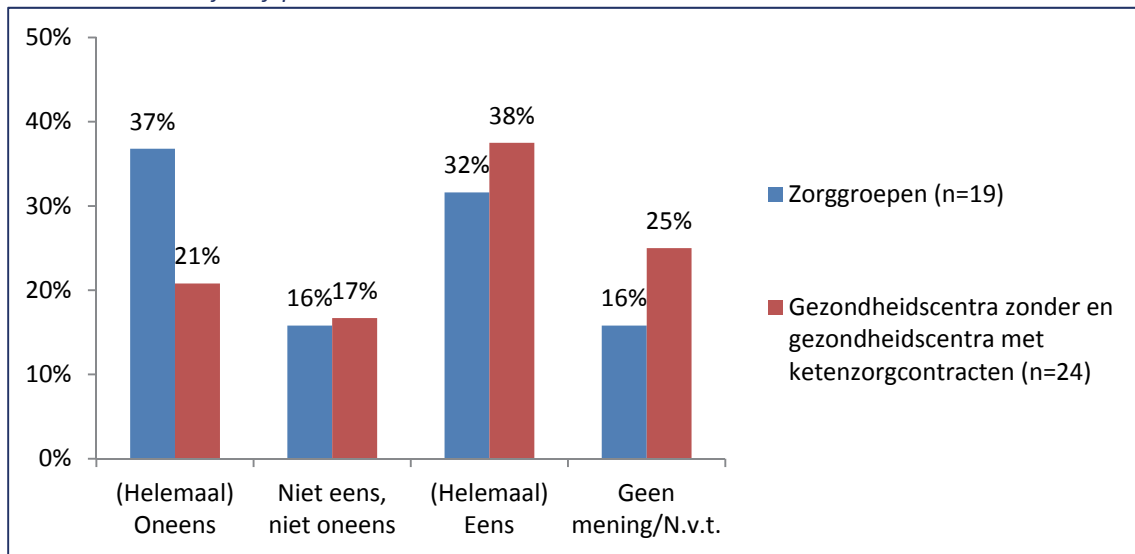


### 3.11 Afwijking van landelijke afspraken is mogelijk in bijzondere situaties

In de GCP staat dat afwijking van de landelijke afspraken mogelijk is in bijzondere situaties. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van een situatie waarbij een fundamentele verandering optreedt in de praktijk of naaste omgeving, en/of de kwaliteit en/of de continuïteit in het gedrang komt.

Vooraf zorggroepen geven aan dat er geen ruimte was om in bijzondere omstandigheden af te wijken van de landelijke afspraken (37%; zie figuur 3.16). Van de gezondheidscentra geeft 38% aan dat er wél ruimte voor was.

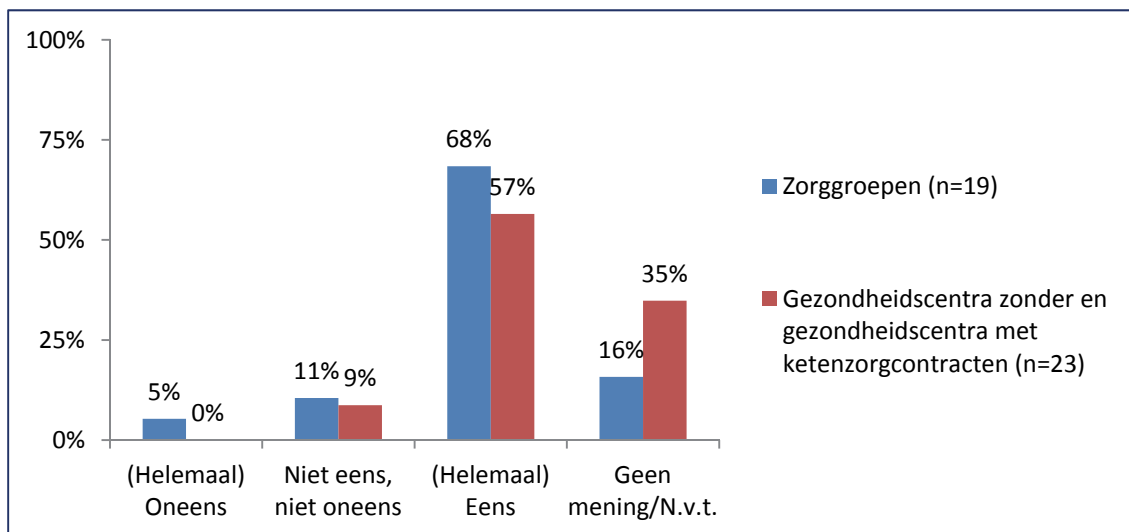
Figuur 3.16 In de onderhandelingen was er ruimte om in bijzondere omstandigheden af te wijken van de landelijke afspraken



### 3.12 Conflicten over de contractering

De GCP geeft ook aan dat bij conflicten de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar met elkaar in overleg treden. De meerderheid van zowel de zorggroepen (68%) als de gezondheidscentra (57%) geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar bij conflicten beschikbaar was voor overleg (zie figuur 3.17).

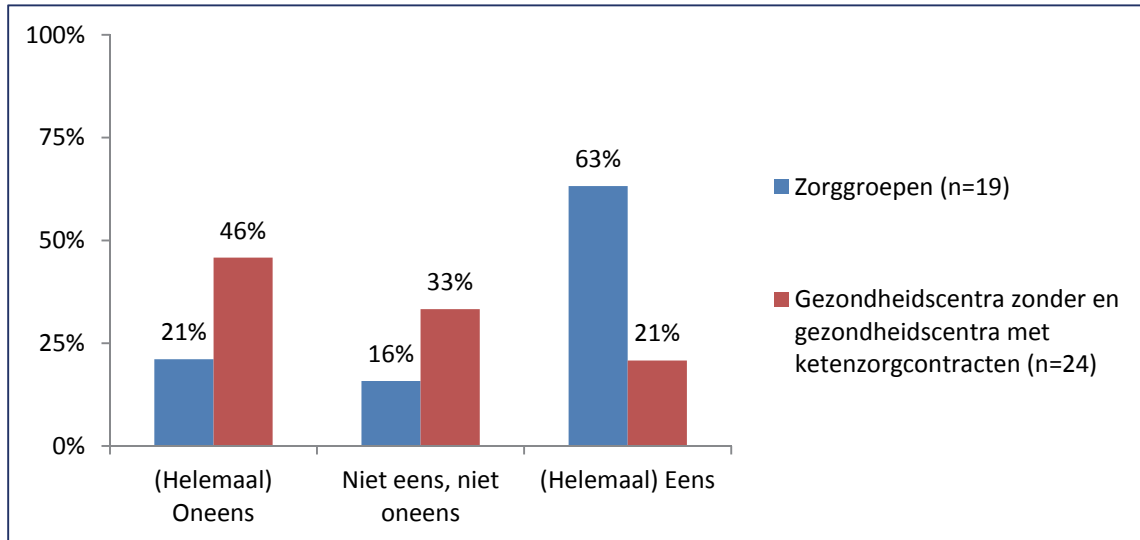
Figuur 3.17 Bij conflicten was de zorgverzekeraar beschikbaar voor overleg



### 3.13 Tijd kwijt aan het contracteringsproces

Al met al vind 63% van de zorggroepen dat het contracteringsproces dit jaar te veel tijd heeft gekost (zie figuur 3.18). Dit percentage ligt onder gezondheidscentra beduidend lager met 21%.

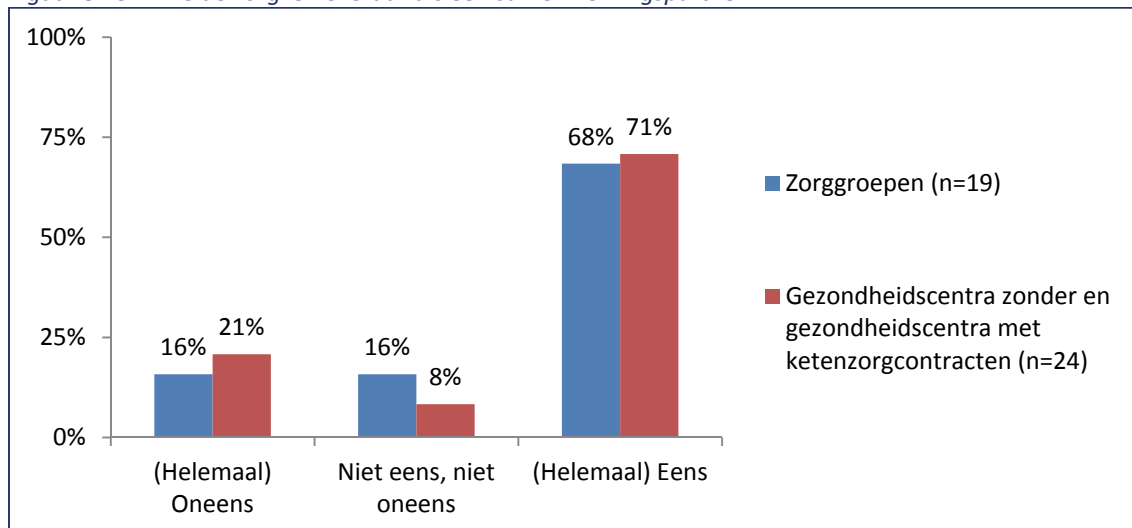
Figuur 3.18 Het contracteringsproces kost mijn organisatie te veel tijd



### 3.14 Samenwerkingspartner

Ongeveer 70% van zowel de zorggroepen als de gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract zien de zorgverzekeraar als samenwerkingspartner (zie figuur 3.19).

Figuur 3.19 Ik zie de zorgverzekeraar als een samenwerkingspartner



## 4 De inhoud van contracten

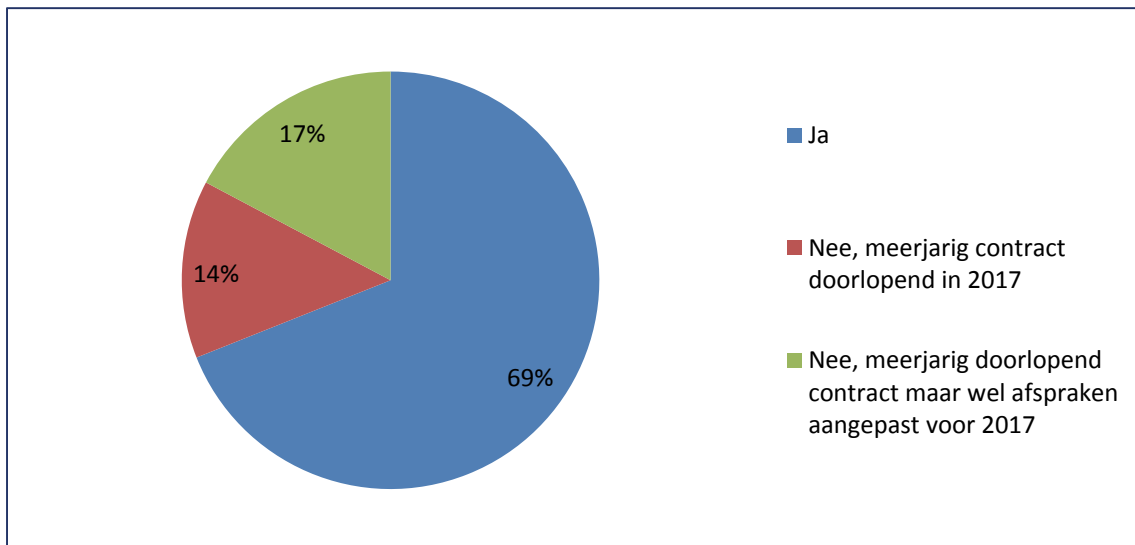
Ketenzorgcontracten voor diabeteszorg, COPD, HVZ en VVR zijn bijna door alle organisaties met nieuwe of aangepaste ketenzorgcontracten afgesloten. Zij zijn over het algemeen het meest tevreden over het contract voor diabeteszorg. De tarieven voor COPD-ketenzorgcontracten vallen hoger uit ten opzichte van vorig jaar, waar ze voor diabetes, HVZ en astma merendeels gelijk zijn gebleven. Opvallend is dat voor alle ketenzorgcontracten er volgens het merendeel van de respondenten geen productieplafond is afgesproken. Wat betreft de GEZ-module is bijna de helft van de gezondheidscentra tevreden over het gehele contracteringsproces. Gezondheidscentra zijn tevens meer tevreden over de GEZ-tarieven ten opzichte van vorig jaar. Respondenten geven aan in zowel het geval van ketenzorgcontracten (behalve voor VVR) als in het geval van de GEZ-module, dat de volumes gelijk liggen aan de volumes van vorig jaar. Daarnaast zijn bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten in de meeste gevallen gebaseerd op een combinatie van rekenmodellen van de zorgverzekeraar en de begroting of offerte van eigen organisatie, bij GEZ-contracten geeft het merendeel aan dat de bekostigingsafspraken alleen op de begroting of offerte van eigen organisatie is gebaseerd. Vorig jaar was dit voor beide organisaties nog vaak gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar. De afspraken over het belonen van uitkomsten zijn dit jaar voor meer dan de helft van de organisaties gebaseerd op een bonussysteem (vorig jaar was dit nog een krappe een derde). Tot slot maakt ruim twee derde van alle zorggroepen en bijna de helft van de gezondheidscentra afspraken over innovatie en zorgvernieuwing met hun zorgverzekeraar. Dat is meer dan vorig jaar. Met de meeste aangevraagde projecten stemde de zorgverzekeraar in.

### 4.1 Ketenzorgcontracten

De vragen over de ketenzorgcontracten zijn alleen aan organisaties gesteld die voor 2017 een nieuw ketenzorgcontract hebben afgesloten met de zorgverzekeraar, of door organisaties die afspraken hebben aangepast in een lopend ketenzorgcontract. Ketenzorgcontracten kunnen worden afgesloten door zorggroepen en gezondheidscentra.

In figuur 4.1 is te zien dat van alle respondenten die hebben aangegeven dit jaar een nieuw contract te hebben afgesloten of afspraken te hebben aangepast in een lopend contract, 69% een nieuw ketenzorgcontract heeft afgesloten. Het aanpassen van afspraken in een lopend contract is door 17% gedaan.

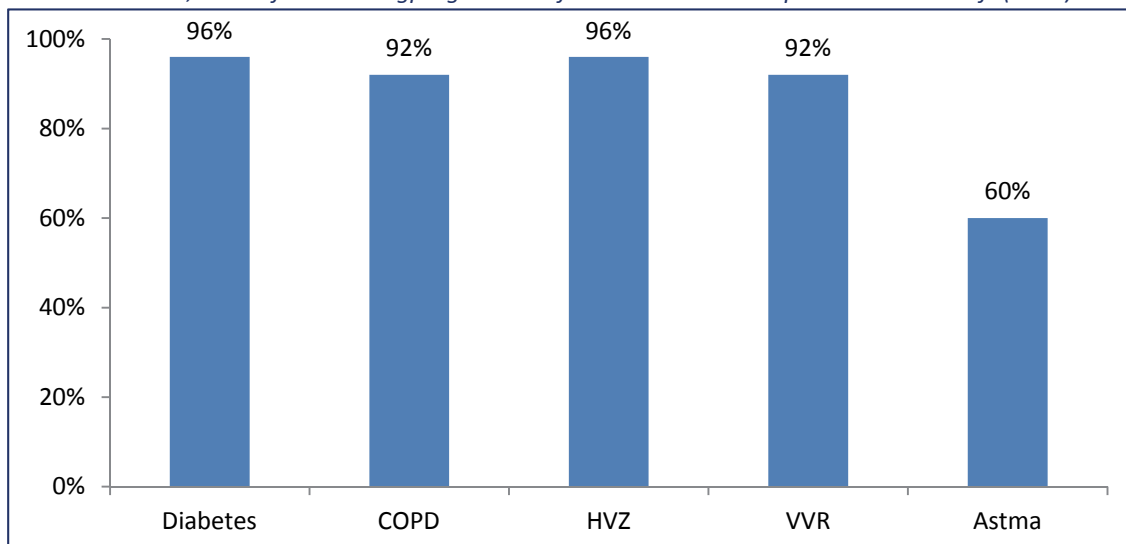
Figuur 4.1 Heeft uw organisatie een nieuw ketenzorgcontract afgesloten voor 2017? (n=29)\*



\* Exclusief respondenten met een nieuw of aangepast contract die aangeven geen ketenzorgcontract te hebben

Van de respondenten die aangeven een doorlopend ketenzorgcontract of een ketenzorgcontract gesloten te hebben heeft 96% een contract voor diabeteszorg en HVZ (hart- en vaatziekten; zie figuur 4.2). Het percentage respondenten met een contract voor COPD of VVR (verhoogd vasculair risico) is ook hoog, 92%. Van de respondenten heeft 60% een contract voor astmazorg, dit is een bijna een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar. De vragenlijst lijkt vooral door de grotere organisaties te zijn ingevuld, dit kan een verklaring zijn voor de hoge percentages.

Figuur 4.2 Percentage respondenten dat een ketenzorgcontract heeft afgesloten voor diabetes-, COPD-, HVZ-, VVR- of astma-zorgprogramma of hiervoor een doorlopend contract heeft (n=25)



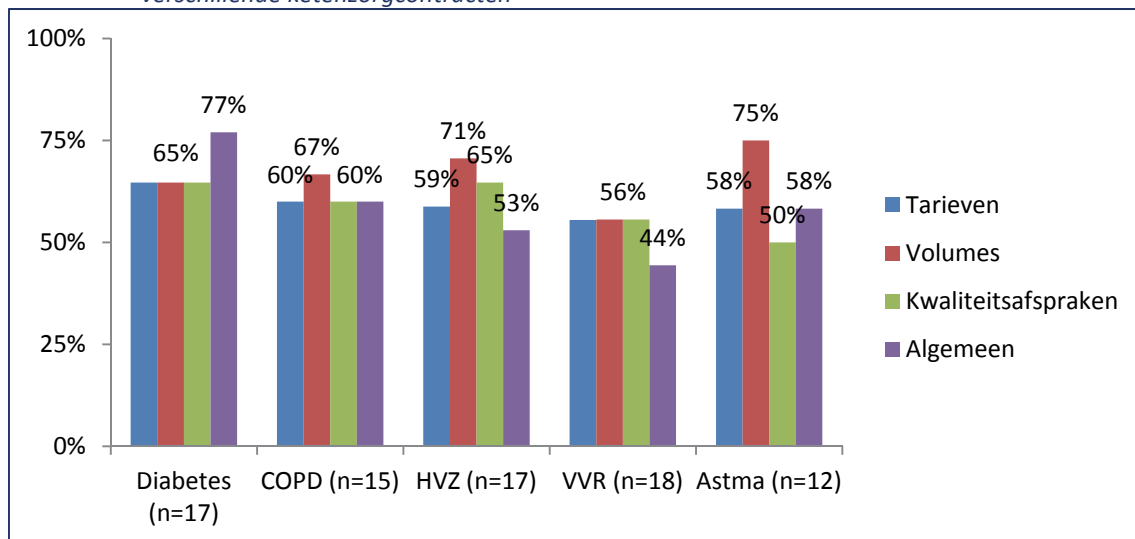
Bij een deel van de respondenten die een bepaald ketenzorgcontract wilden afsluiten is dit niet gebeurd. Dit speelt net als vorig jaar vooral bij astmazorg: 7 respondenten gaven aan wel een ketenzorgcontract voor astmazorg te willen, maar niet afgesloten te hebben. Voor VVR geldt dat 2

respondenten aangaven wel een ketenzorgcontact te willen, maar niet afgesloten te hebben. Bij diabetes, COPD en HVZ speelt dit bij één (dezelfde) respondent.

### 3.1.1 Tevredenheid inhoud ketenzorgcontracten

Voor elk van de ketenzorgprogramma's is gevraagd hoe tevreden de organisaties zijn over het ketenzorgcontract in het algemeen. Het percentage respondenten dat tevreden is over de afspraken in het ketenzorgcontract is met 44% het laagst voor VVR (zie figuur 4.3). Vorig jaar was dit het laagst voor CVRM (50%) (CVRM is vervangen door HVZ en VVR). Het percentage respondenten dat tevreden is over de afspraken in het ketenzorgcontract is voor diabetescontracten met 77% het hoogst (zie figuur 4.3). Vorig jaar waren de respondenten ook het meest tevreden over het diabetescontract.

Figuur 4.3 Percentage respondenten dat het (helemaal) eens is met de stelling dat zij tevreden zijn met tarieven, volumes, kwaliteitsafspraken en de afspraken over het algemeen in de verschillende ketenzorgcontracten

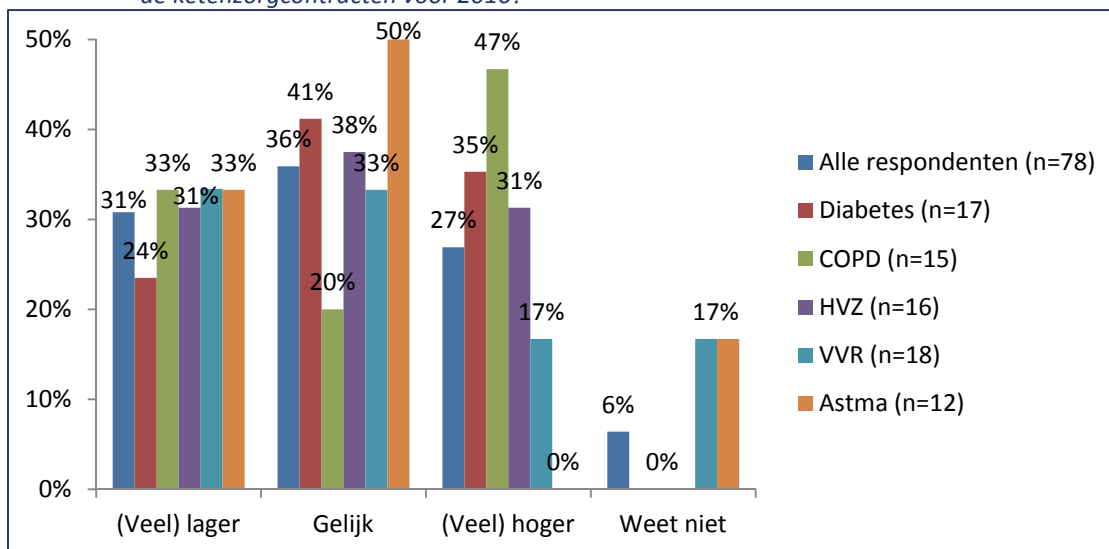


Naast algemene tevredenheid is ook gevraagd naar de tevredenheid met tarieven, volumes en kwaliteitsafspraken in de contracten voor ketenzorgprogramma's. Voor de ketenzorgprogramma's COPD, HVZ en astma zijn meer respondenten tevreden over de afspraken over volumes dan over tarieven en afspraken over kwaliteit (zie figuur 4.3 en tabel B.5 t/m B.24).

### 3.1.2 Tarieven en volumes ketenzorgcontracten

In 36% van de ketenzorgcontracten zijn de tarieven gelijk gebleven aan die van vorig jaar. Voor de ketenzorgcontracten diabetes, HVZ en astma geeft respectievelijk 41%, 38% en 50% van de respondenten aan dat de tarieven voor 2017 gelijk zijn aan de tarieven van 2016 (zie figuur 4.4). Bijna 50% van de respondenten geeft aan dat de tarieven (veel) hoger liggen voor het COPD contract. Voor het VVR geeft een derde van de respondenten aan dat de tarieven (veel) lager liggen ten opzichte van vorig jaar en een derde van de respondenten geeft aan dat de tarieven gelijk liggen.

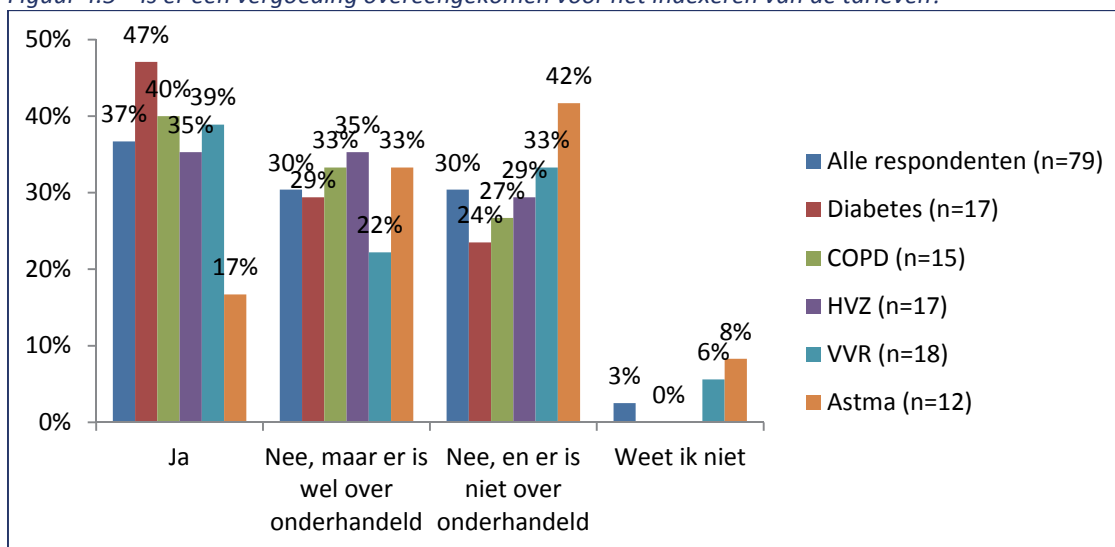
Figuur 4.4 Hoe verhouden zich de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2017 zich met de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2016?



In 37% van de ketenzorgcontracten is een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven (zie figuur 4.5). Voor diabetes ligt dit percentage het hoogst op 47% en voor astma ligt dit percentage het laagst, op 17%. Als er dit jaar voor het eerst een contract is afgesloten, is indexering niet van toepassing.

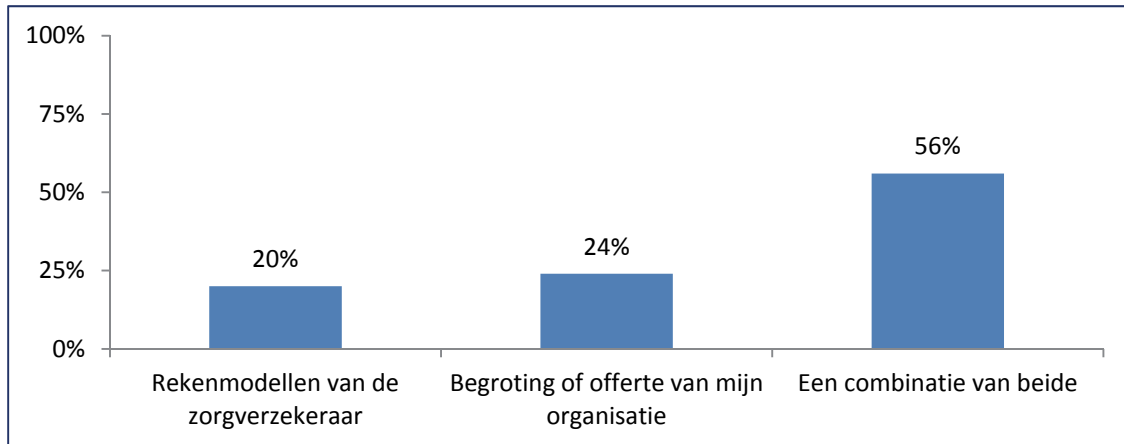
Vooraf bij het astma en VVR ketenzorgcontract is er geen vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven én is hier ook niet over onderhandeld (respectievelijk 42% en 33%, zie figuur 4.5).

Figuur 4.5 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven?



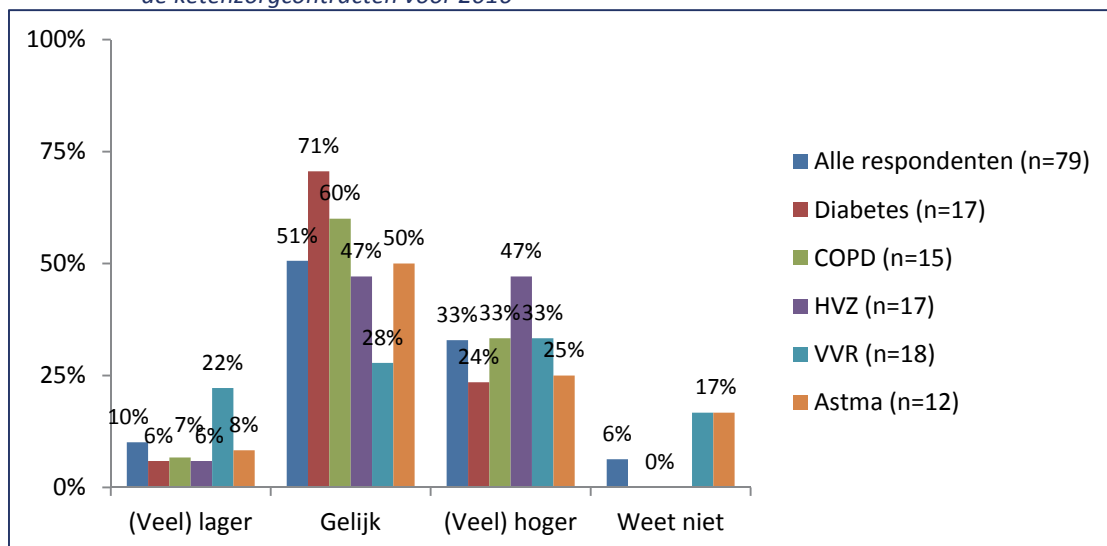
In figuur 4.6 is te zien dat de bekostigingsafspraken in ruim de helft van de ketenzorgcontracten gebaseerd zijn op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en een begroting of offerte van de organisatie (56%). Vorig jaar lag dit percentage nog op 39%. Dit geeft aan dat er ruimte is om te onderhandelen.

Figuur 4.6 Waar zijn de bekostigingsafspraken in het ketenzorgcontract op gebaseerd? (n=25)



In een meerderheid van de ketenzorgcontracten zijn de volumes, net als vorig jaar, gelijk gebleven aan de afgesproken volumes voor de ketenzorgcontracten over 2016 (51%, zie figuur 4.7). De volumes van het HVZ contract zijn ten opzichte van vorig jaar gestegen volgens 47% van de respondenten, ook geeft 47% van de respondenten met een nieuw of aangepast COPD-contract aan dat de volumes gelijk zijn gebleven ten opzichte van vorig jaar. De afgesproken volumes voor VVR contracten zijn volgens de meeste respondenten (33%) gestegen. Het percentage organisaties met een ketenzorgcontract dat aangeeft dat de afgesproken volumes hoger zijn, is ten opzichte van vorig jaar is gestegen van 24% (vorig jaar) naar 33% (dit jaar, zie figuur 4.7).

Figuur 4.7 Hoe verhouden zich de volumes in de ketenzorgcontracten voor 2017 zich met de volumes in de ketenzorgcontracten voor 2016

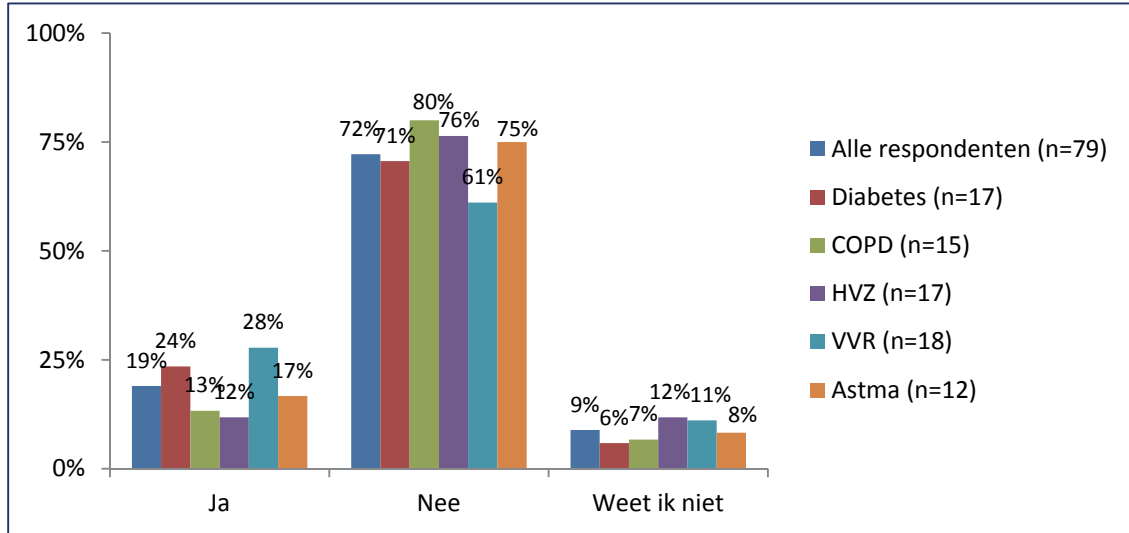




### 3.1.3 Productieplafond ketenzorgcontracten

Dit jaar is ook gevraagd aan de respondenten die dit jaar een ketenzorgcontract hadden afgesloten of zij voor het specifieke ketenzorgcontract een productieplafond hebben afgesproken met de zorgverzekeraar. Van de respondenten geeft 72% aan dat er *geen* productieplafond is afgesproken voor 2017. Respondenten met een ketenzorgcontract voor het VVR-programma geven het vaakst aan dat er *wel* een productieplafond is afgesproken (28%). Respondenten met een ketenzorgcontract voor HVZ en COPD geven het minst vaak aan dat er afspraken zijn gemaakt over een productieplafond (respectievelijk 12% en 13%).

Figuur 4.8 Is in het ketenzorgcontract voor 2017 een productieplafond afgesproken?

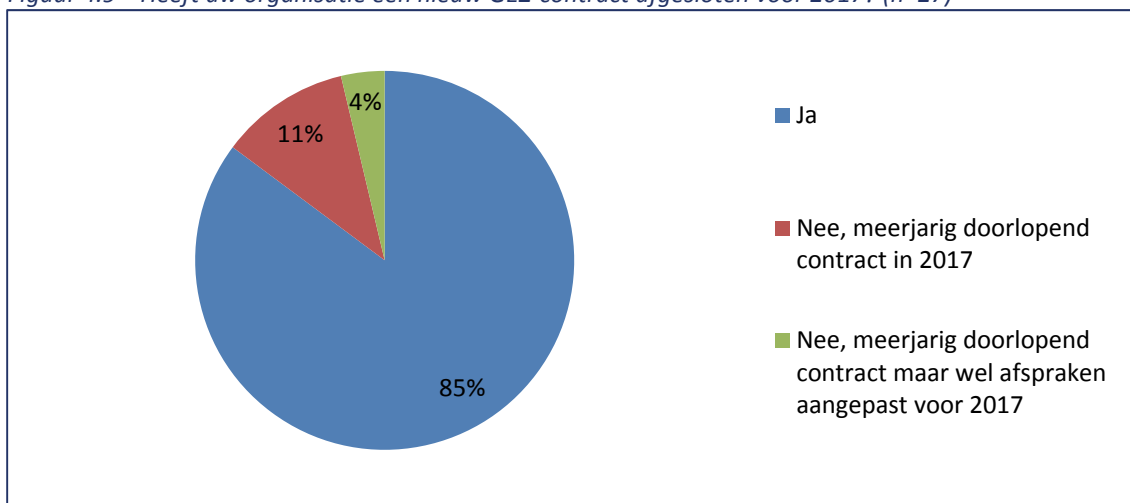


## 4.2 GEZ-modules

Gezondheidscentra kunnen GEZ-modules afsluiten met zorgverzekeraars. De vragen over de GEZ-modules zijn alleen aan organisaties gesteld die voor 2017 een nieuw GEZ-contract hebben afgesloten met de zorgverzekeraar, of door organisaties die afspraken hebben aangepast in een lopend GEZ-contract.

In figuur 4.9 is te zien dat van alle respondenten die hebben aangeven dit jaar een nieuw contract te hebben afgesloten of afspraken te hebben aangepast in een lopend contract, 85% een nieuw GEZ-contract heeft afgesloten. Eén organisatie geeft aan dat afspraken zijn aangepast in een lopend contract (4%).

Figuur 4.9 Heeft uw organisatie een nieuw GEZ-contract afgesloten voor 2017? (n=27)\*



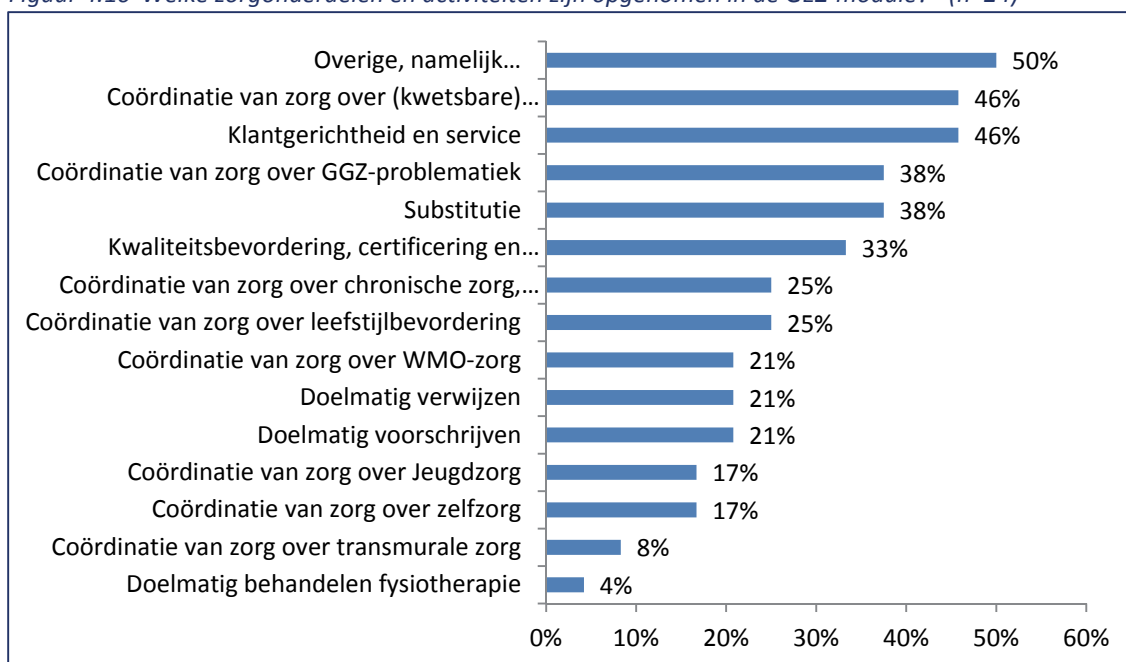
\* Exclusief respondenten met een nieuw of aangepast contract die aangeven geen GEZ-contract te hebben

### 3.2.1 Inhoud GEZ-modules

Dit jaar is ook gevraagd welke zorgonderdelen en activiteiten zijn opgenomen in de GEZ-module. In figuur 4.10 is te zien dat 'coördinatie van zorg over (kwetsbare) ouderenzorg' en 'klantgerichtheid en service' door bijna de helft van de respondenten met een GEZ-module zijn opgenomen in het contract (46%), gevolgd door 'coördinatie van zorg over GGZ-problematiek' en 'substitutie' (38%). Het minst vaak opgenomen in de GEZ-module zijn 'doelmatig behandelen fysiotherapie' (4%) en 'coördinatie van zorg over transmurale zorg'. Van de respondenten heeft 25% aangegeven dat 'coördinatie van zorg over chronische zorg' is opgenomen in de GEZ-module, dit zijn waarschijnlijk organisaties die ook beschikken over een ketenzorgcontract. De programma's die veelal worden genoemd zijn: COPD, diabetes, CVRM en astma. Programma's die een enkele keer worden genoemd zijn: HVZ/VVR, het bewegingsapparaat, angst en stemmingsstoornissen, depressie, Parkinson en chronische pijn.

De helft van de respondenten kruist de optie 'overige, namelijk' aan (n=12). Zeven respondenten noemen 'wijkgericht werken' als zorgonderdeel dat is opgenomen in de GEZ-module. Andere onderdelen en activiteiten die een enkele keer worden genoemd zijn: SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten), palliatieve zorg, wondzorg, valpreventie, opzetten spoedpost HAP-SEH en innovatieve projecten die multidisciplinair en overdraagbaar in de regio moeten zijn.

Figuur 4.10 Welke zorgonderdelen en activiteiten zijn opgenomen in de GEZ-module?\*(n=24)

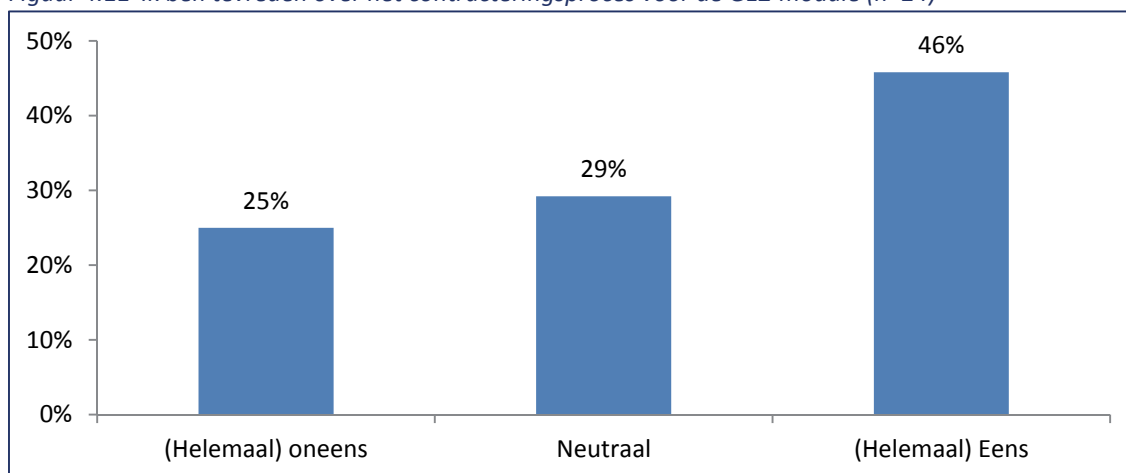


\* Respondenten mochten meer dan één antwoord geven

### 3.2.2 Tevredenheid contracteringsproces GEZ-module

Over het algemeen zijn de respondenten met een GEZ-module tevreden over het contracteringsproces voor het jaar 2017. Van de respondenten geeft 46% aan tevreden te zijn (zie figuur 4.11). Deze resultaten zijn in overeenkomst met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 4.11 Ik ben tevreden over het contracteringsproces voor de GEZ-module (n=24)

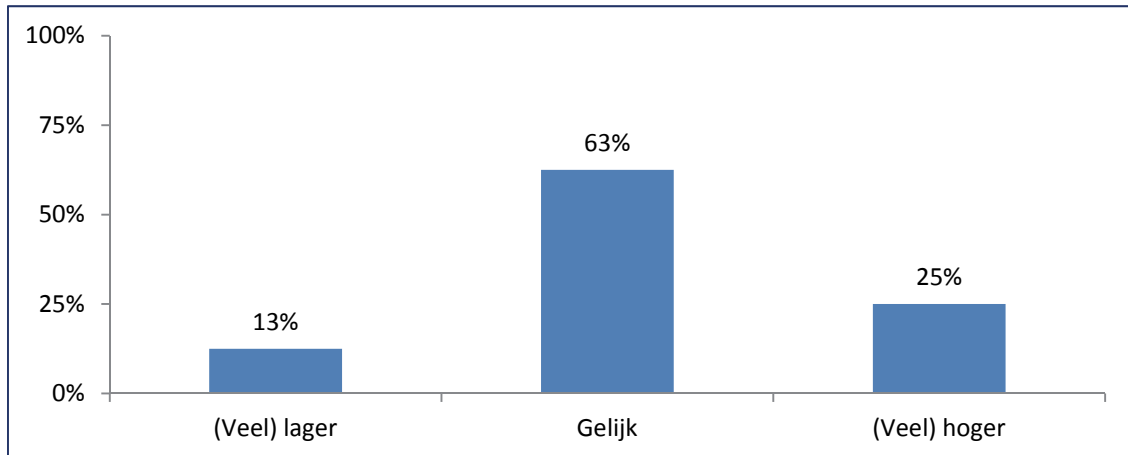


### 3.2.3 Tarieven en volumes GEZ-modules

Voor veel gezondheidscentra zijn de tarieven en de volumes in de GEZ-modules ongeveer gelijk aan de tarieven en volumes vorig jaar. Dit is niet verwonderlijk, omdat GEZ 2016 voor de meeste zorgverzekeraars gelijkstaat aan GEZ 2017. Deze resultaten komen overeen met de ervaringen van gezondheidscentra met de tarieven in de ketenzorgcontracten.

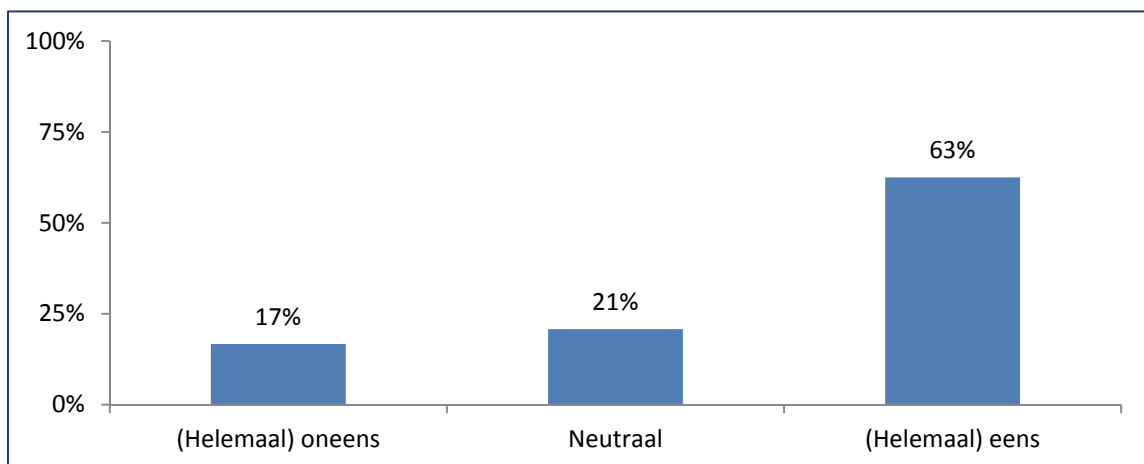
In figuur 4.12 is te zien dat 63% van de gezondheidscentra aangeeft dat de afgesproken tarieven in de GEZ-module voor 2017 gelijk is aan de afgesproken tarieven voor 2016. 13% geeft aan dat de tarieven dit jaar lager liggen dan vorig jaar. Dit percentage lag vorig jaar op 43% doordat een zorgverzekeraar een korting uit het verleden had gerealiseerd.

*Figuur 4.12 Hoe verhouden zich de tarieven in de GEZ-module voor 2017 tot de tarieven in 2016? (n=24)*



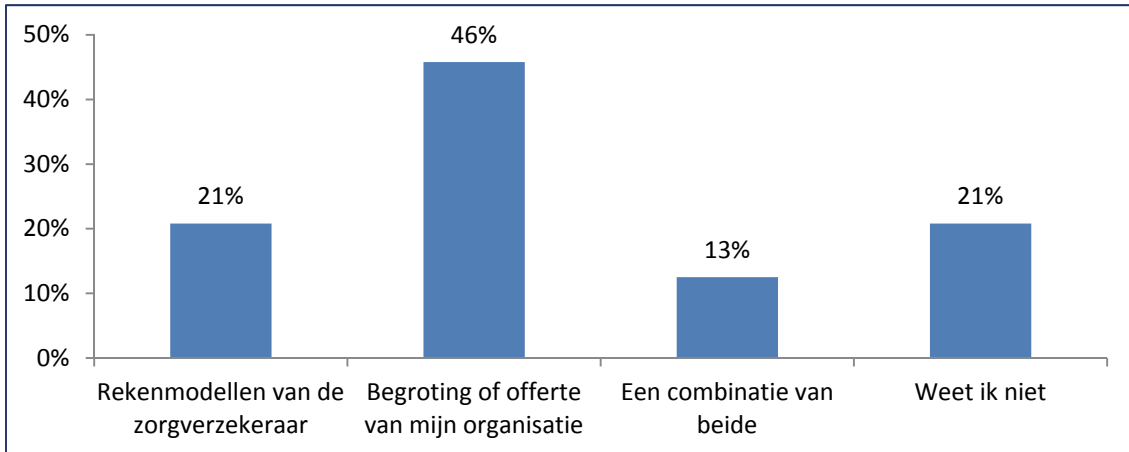
Aan gezondheidscentra is gevraagd in welke mate ze tevreden zijn met de tarieven die in de GEZ-modules worden afgesproken. Van de gezondheidscentra geeft 63% aan tevreden te zijn met deze tarieven (zie figuur 4.13) ten opzichte van 43% vorig jaar. Van de gezondheidscentra is 17% ontevreden, vorig jaar was dit nog 32%. Mogelijk zijn de landelijke overgangsafspraken voor de GEZ financiering een verklaring voor de hoge tevredenheid.

*Figuur 4.13 Ik ben tevreden over de tarieven in de GEZ-module (n=24)*



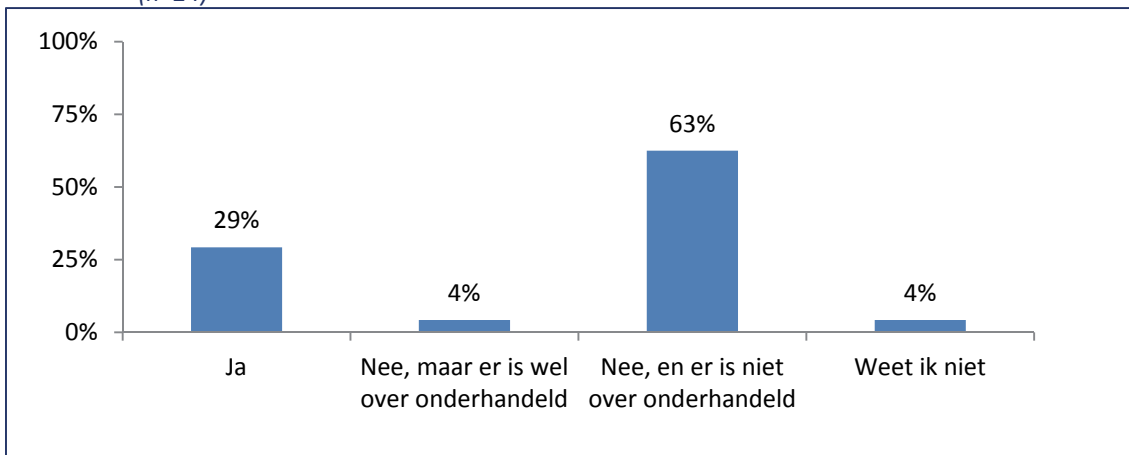
In bijna de helft van de contracten voor een GEZ-module zijn de bekostigingsafspraken alleen gebaseerd op de begroting of offerte van de eigen organisatie (46%; zie figuur 4.14). Bij ketenzorgcontracten zagen we dat het vaak om een combinatie van beide ging. Van de gezondheidscentra geeft 21% aan dat de bekostigingsafspraken alleen zijn gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar, vorig jaar was dit nog 49%.

Figuur 4.14 Waar zijn de bekostigingsafspraken in de GEZ-module op gebaseerd? (n=24)



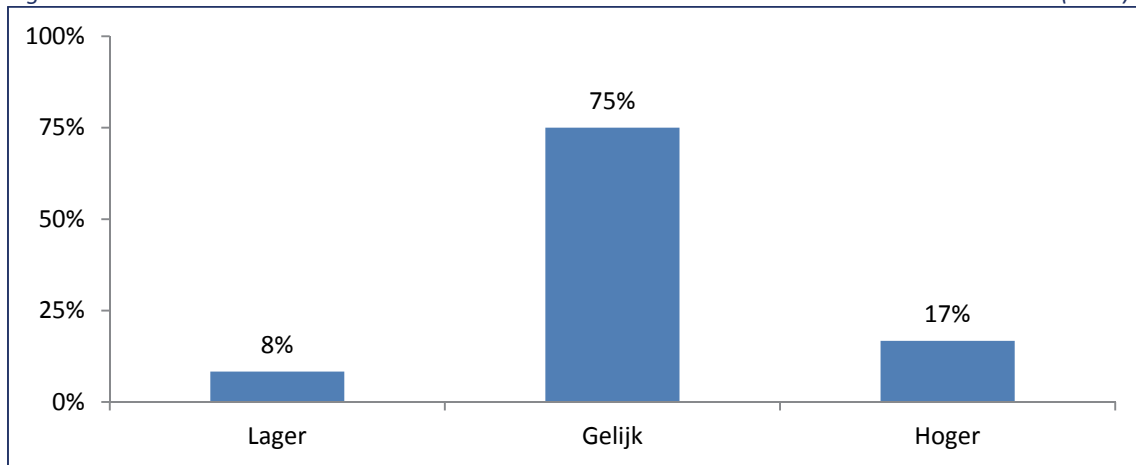
In 29% van de GEZ-contracten is een vergoeding voor indexering overeengekomen (zie figuur 4.15). Vorig jaar was dit 39%. In 37% van de ketenzorgcontracten is een vergoeding voor indexering overeengekomen (zie figuur 4.5). Wanneer er geen vergoeding overeen is gekomen voor het indexeren van de tarieven is er ook minder ruimte om te onderhandelen dan in het geval van de ketenzorgcontracten (63%, zie figuur 4.15 ten opzichte van 30%, zie figuur 4.5).

Figuur 4.15 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven in de GEZ-module? (n=24)



In figuur 4.16 is te zien dat in 75% van de contracten de volumes in de GEZ-module voor 2017 ongeveer gelijk zijn aan de volumes in 2016.

*Figuur 4.16 Hoe verhouden zich de volumes in de GEZ-module voor 2017 tot de volumes in 2016? (n=24)*

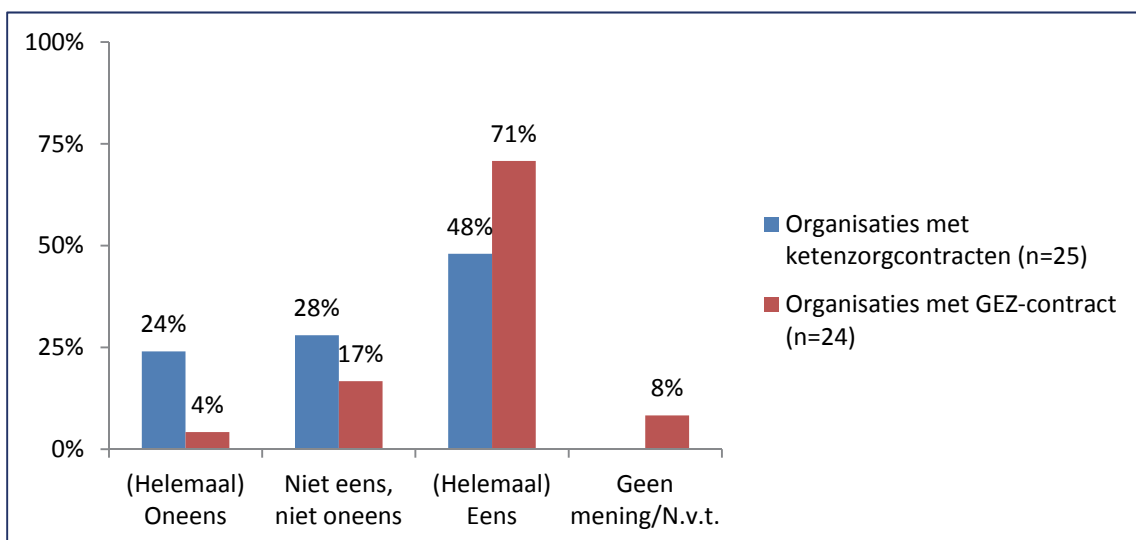


### 4.3 Kwaliteitsafspraken

In zowel ketenzorg- als GEZ-contracten worden kwaliteitsafspraken gemaakt met als doel om de kwaliteit van zorg te behouden/verbeteren.

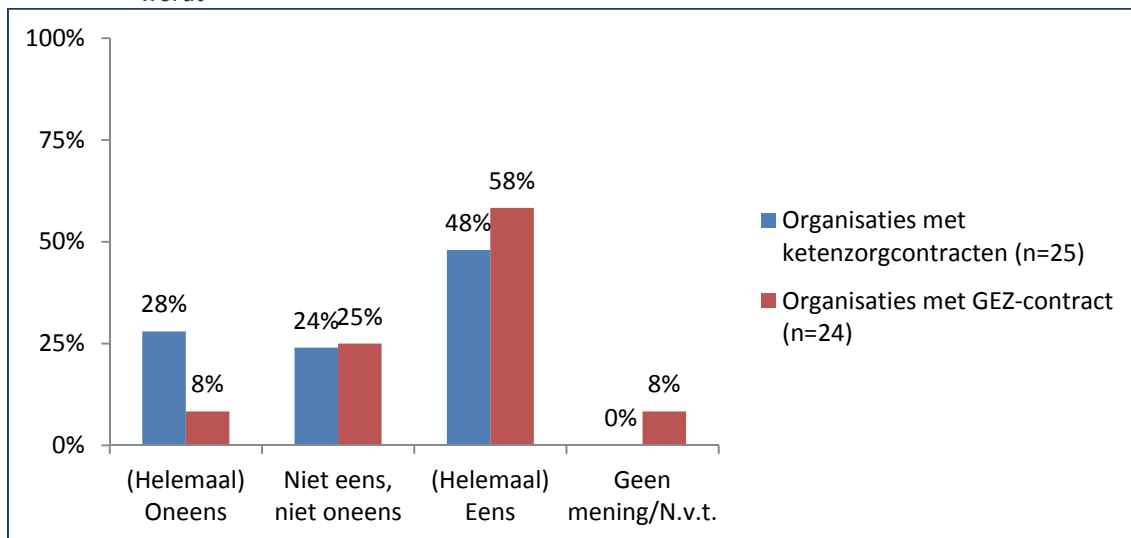
Van de organisaties met een GEZ-contract geeft 71% aan dat de kwaliteitsafspraken in het GEZ-contract bijdragen aan het leveren van betere zorg (zie figuur 4.17). Dit percentage is ruimschoots lager voor organisaties met een ketenzorgcontract (48%).

*Figuur 4.17 De kwaliteitsafspraken dragen bij aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door mijn organisatie*



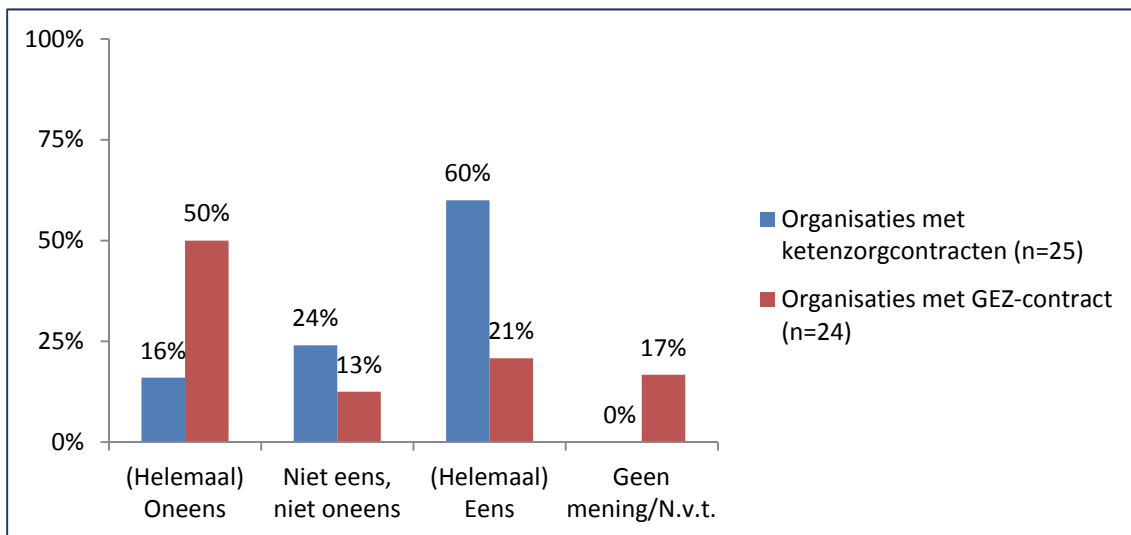
Van de organisaties met een GEZ-contract geeft 58% aan dat de afgesproken prijzen in het GEZ-contract goed aansluiten bij de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt (zie figuur 4.18). Dit percentage ligt voor organisaties met een ketenzorgcontract op 48%.

*Figuur 4.18 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van zorg die geleverd wordt*



Van de organisaties met een ketenzorgcontract geeft 60% aan dat zij een andere invulling willen geven aan de zorg dan nu mogelijk is binnen de huidige prijsafspraken (zie figuur 4.19). Onder organisaties met een GEZ-contract ligt dit percentage op 21%.

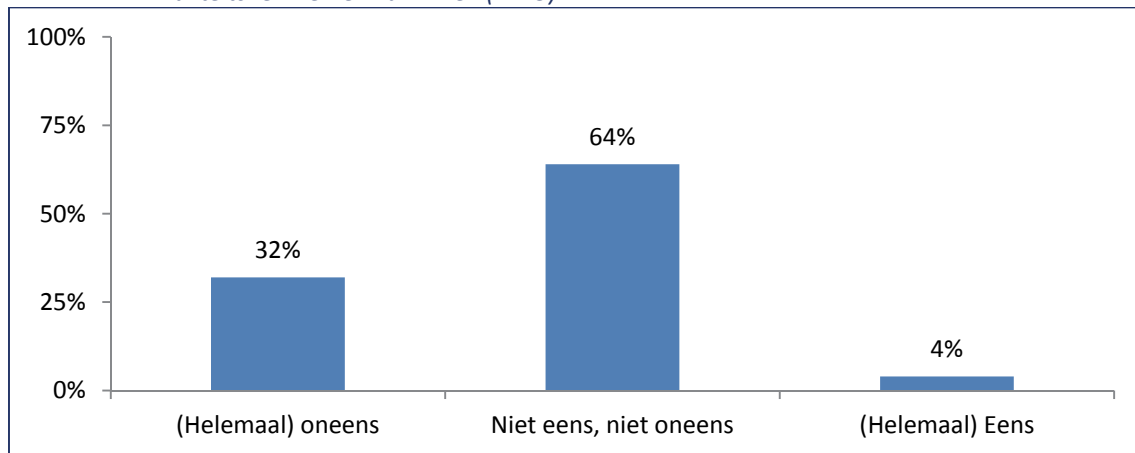
*Figuur 4.19 De organisatie zou een andere invulling willen geven aan de zorg dan nu mogelijk is binnen de huidige prijsafspraken*



InEen heeft Kritische KwaliteitsKenmerken ontwikkeld voor ketenzorgcontracten. De afspraken over kwaliteit in de ketenzorgcontracten moet aansluiten bij deze Kritische KwaliteitsKenmerken. Ongeveer twee derde van de organisaties met een nieuw ketenzorgcontract geeft aan dat zij het

niet eens en niet oneens zijn met de stelling dat de afspraken over kwaliteit in de ketenzorgcontracten aansluiten bij de Kritische KwaliteitsKenmerken (zie figuur 4.20).

Figuur 4.20 De afspraken over kwaliteit in de ketenzorgcontracten sluiten aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen (n=25)

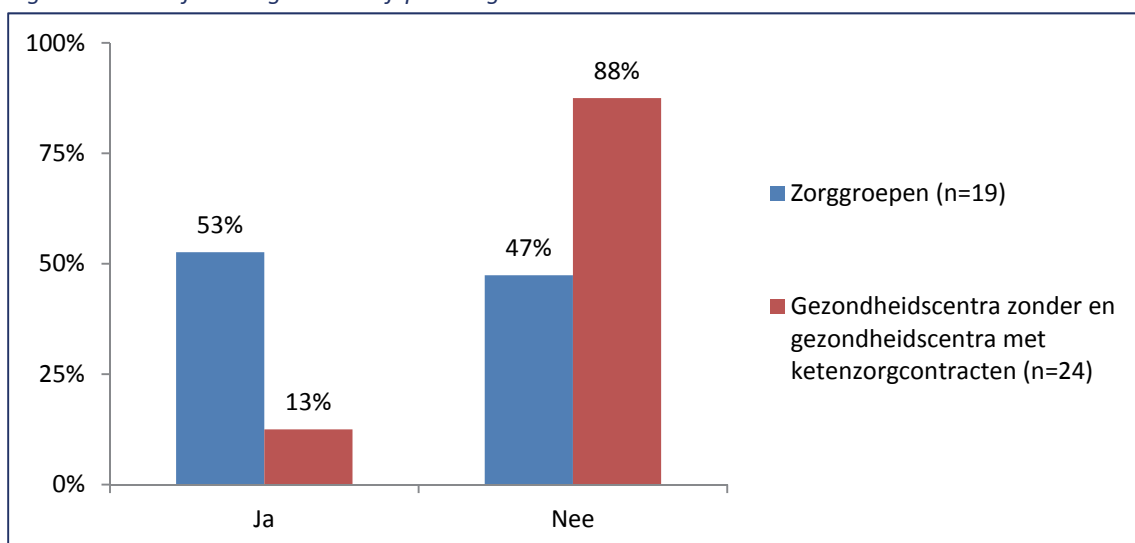


#### 4.4 Belonen van uitkomsten

Ruim de helft van de zorggroepen heeft afspraken gemaakt met zijn preferente zorgverzekeraar over het belonen van uitkomsten (53%; zie figuur 4.21). Dit percentage komt overeen met het percentage van vorig jaar. Bij gezondheidscentra ligt dit percentage lager, op 13%. Dit is in lijn met de verwachting omdat het belonen van uitkomsten geen rol speelt bij hen.

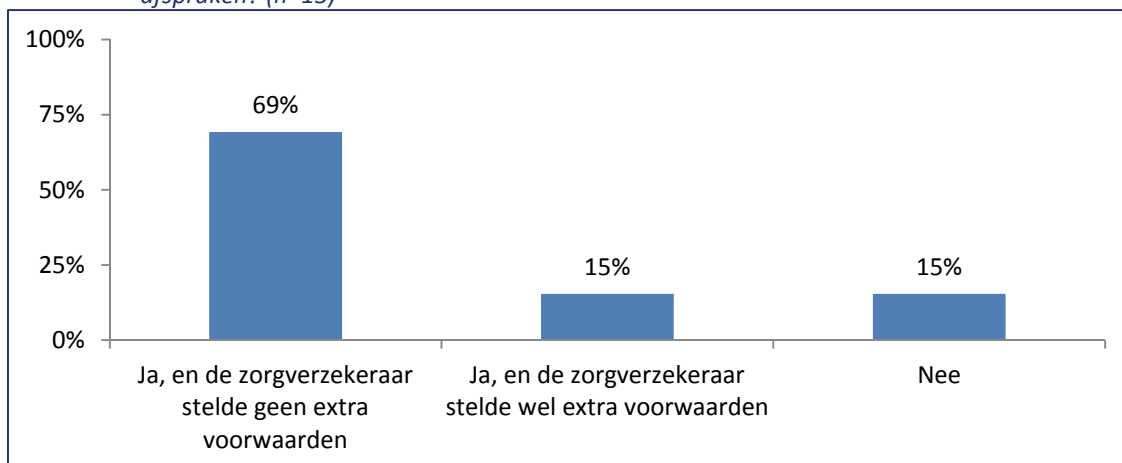
Van de respondenten geeft 69% aan dat de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd zijn op landelijke afspraken en dat de zorgverzekeraar geen extra voorwaarden stelde (zie figuur 4.22). Een lager percentage dan vorig jaar geeft aan dat de afspraken niet gebaseerd zijn op landelijke afspraken (15% dit jaar, 26% vorig jaar).

Figuur 4.21 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over het belonen van uitkomsten?





Figuur 4.22 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op landelijke afspraken? (n=13)\*



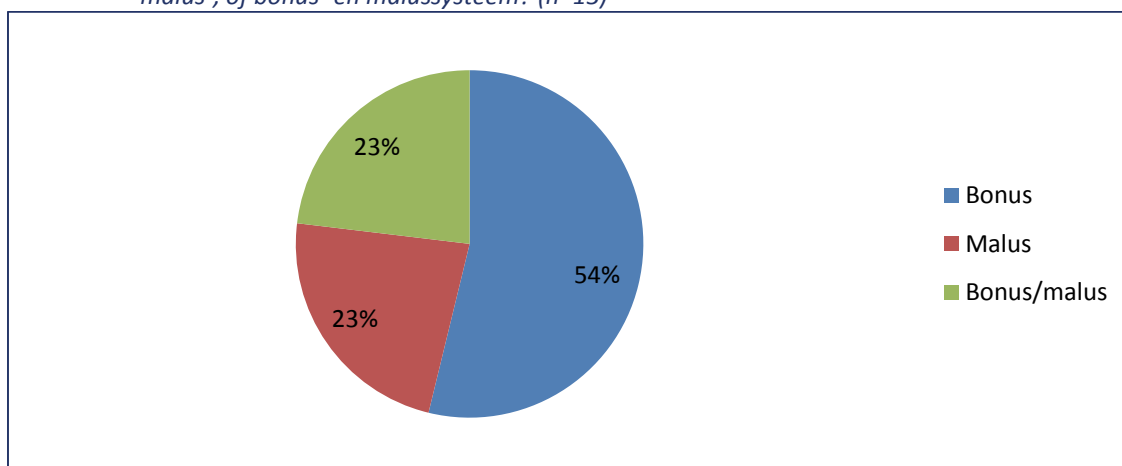
\* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over het belonen van uitkomsten met de zorgverzekeraar. Let op: de resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de lage n.

### 3.4.1 Tarieven en volumes belonen van uitkomsten

De afspraken over het belonen van uitkomsten kunnen gebaseerd zijn op een bonus- en/of een malussysteem. In een bonussysteem krijgt de zorggroep of het gezondheidscentrum een bonus als het voldoet aan een streefwaarde voor een uitkomstindicator, een selectie van indicatoren, of meedoet aan de benchmark. In een malussysteem volgt een korting als er niet aan bijvoorbeeld de streefwaarde voldaan wordt.

Het percentage respondenten dat aangeeft dat deze afspraken zijn gebaseerd op een bonussysteem is ten opzichte van vorig jaar gestegen (van 30% naar 54%, zie figuur 4.23). De percentages respondenten die aangeven dat de afspraken in hun contract zijn gebaseerd op een malussysteem of een bonus/malussysteem zijn gelijk (23%).

Figuur 4.23 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op een bonus-, malus-, of bonus- en malussysteem? (n=13)\*

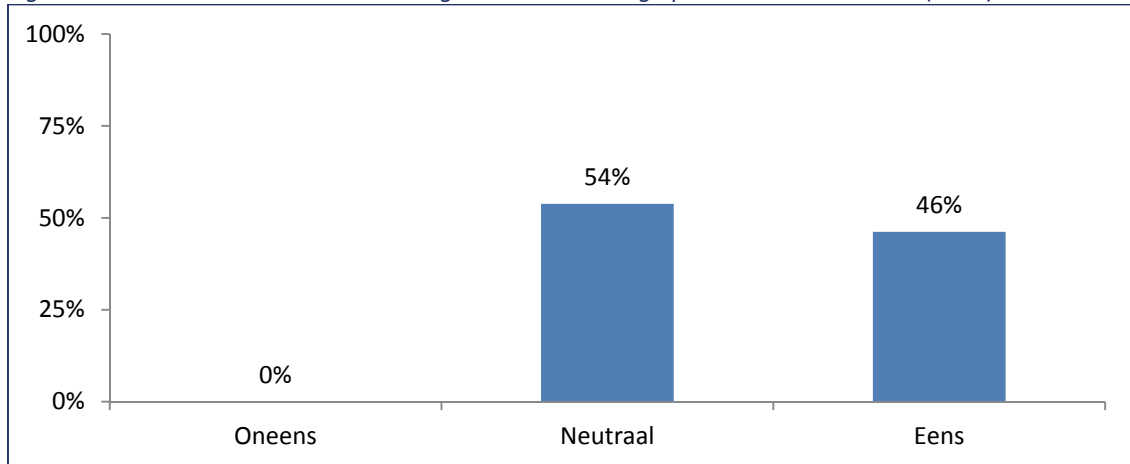


\* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over het belonen van uitkomsten met de zorgverzekeraar. Let op: de resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de lage n.

### 3.4.2 Tevredenheid belonen van uitkomsten

Van de respondenten geeft 46% aan tevreden te zijn over de hoogte van de beloningen op basis van uitkomsten (zie figuur 4.24) ten opzichte van 13% vorig jaar. Geen enkele respondent geeft aan ontevreden te zijn, vorig jaar was dit nog 42%.

Figuur 4.24 Ik ben tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten (n=13)\*

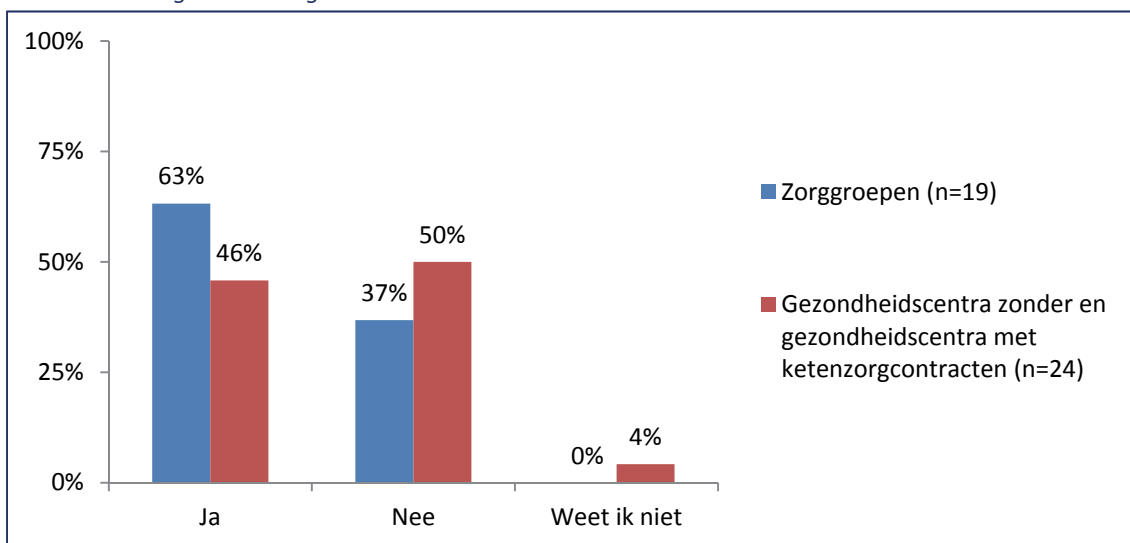


\* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over het belonen van uitkomsten met de zorgverzekeraar. Let op: de resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de lage n.

### 4.5 Innovatie en zorgvernieuwing

Van de zorggroepen geeft 63% aan dat zij afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing (zie figuur 4.25). Vorig jaar lag dit percentage nog op 43%. Bij gezondheidscentra is het percentage iets gestegen ten opzichte van vorig jaar van 38% naar 46%.

Figuur 4.25 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing?



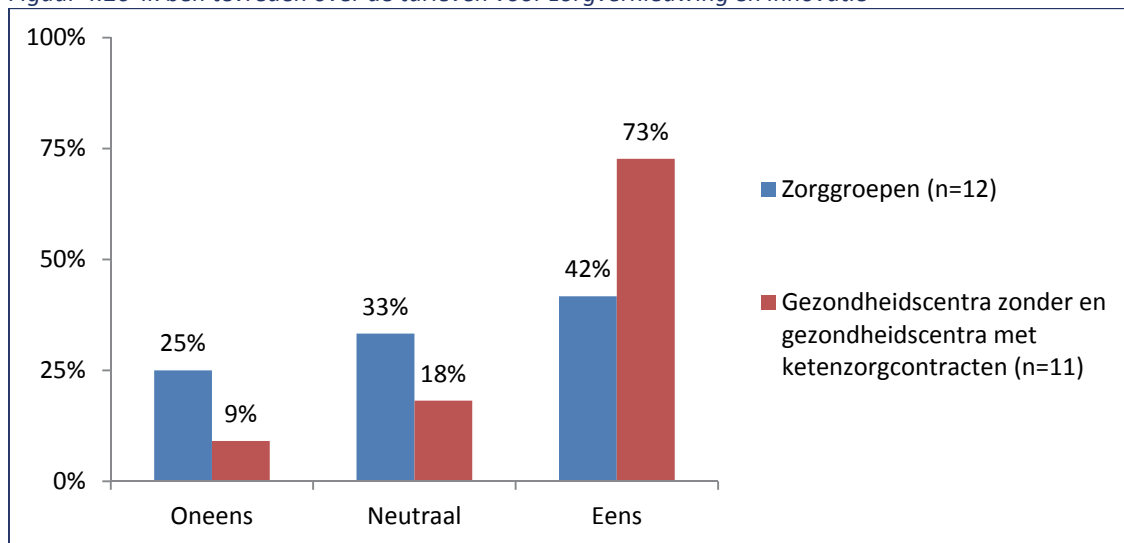
Aan de zorggroepen en gezondheidscentra die aangeven dat zij afspraken hebben gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing (n=23) is gevraagd welke innovatieve projecten zij hebben aangevraagd en of de zorgverzekeraar met deze projecten heeft ingestemd. In totaal stemde de zorgverzekeraar met 89% van de aangevraagde projecten in. We zien dat bij alle organisaties die een innovatief project hebben aangevraagd met betrekking tot de GGZ, de zorgverzekeraar heeft ingestemd met de plannen (100%, n=10). Bij ouderenzorg heeft de zorgverzekeraar met 15 van de in totaal 17 aanvragen ingestemd (88%).

Van de 37 overige innovatieprojecten die respondenten hebben aangevraagd, heeft de zorgverzekeraar met de meeste ingestemd (86%, n=32). Vorig jaar werd nog maar met de helft van de aanvragen ingestemd. Innovatieve projecten die genoemd werden zijn: hartfalen, kankercare, eerstelijns, meekijkconsult, oogzorg naar eerstelijns, patiëntenparticipatie, valpreventie, wondzorg ect. Innovatieve projecten waar zorgverzekeraars niet mee hebben ingestemd (n=5) zijn: oncologische nazorg, palliatieve zorg, samenwerking welzijn, wondzorg en zorg voor *internationals*.

### 3.5.1 Tevredenheid tarieven innovatie en zorgvernieuwing

Van de gezondheidscentra is 73% tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie (zie figuur 4.26). Bij zorggroepen ligt dit percentage op 42%, vorig jaar was dit nog 29%.

Figuur 4.26 Ik ben tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie\*

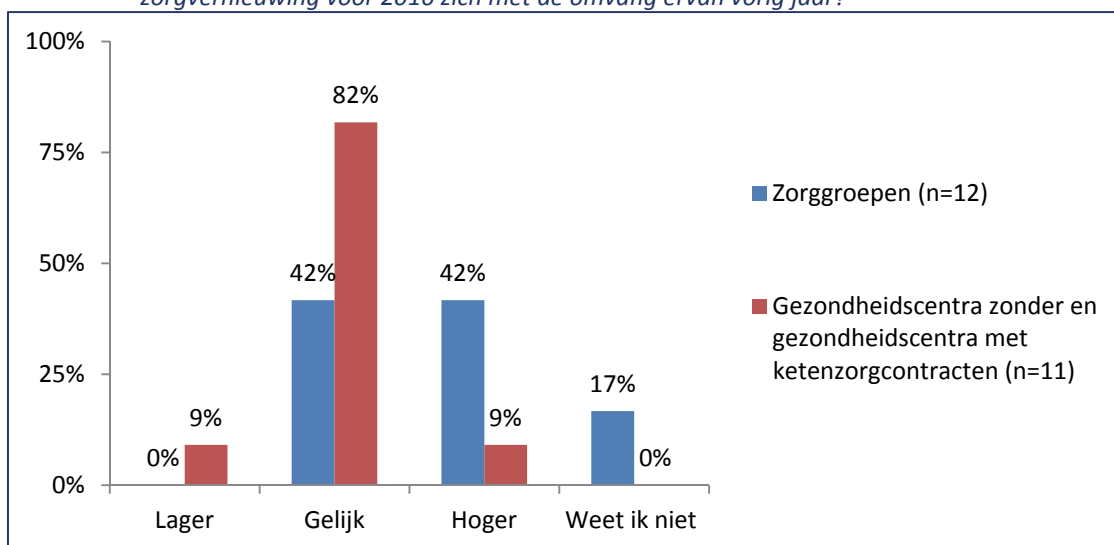


\* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing met de zorgverzekeraar. Let op: de resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de lage n.

### 3.5.2 Tarieven en volumes innovatie en zorgvernieuwing

Van de zorggroepen geeft 42% aan dat de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing ten opzichte van vorig jaar hoger ligt (zie figuur 4.27). Vorig jaar zagen we een vergelijkbaar percentage. Het merendeel van de gezondheidscentra geeft aan dat de omvang gelijk ligt aan vorig jaar (82%).

Figuur 4.27 Hoe verhoudt de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing voor 2016 zich met de omvang ervan vorig jaar?\*



\* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing met de zorgverzekeraar. Let op: de resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de lage n.

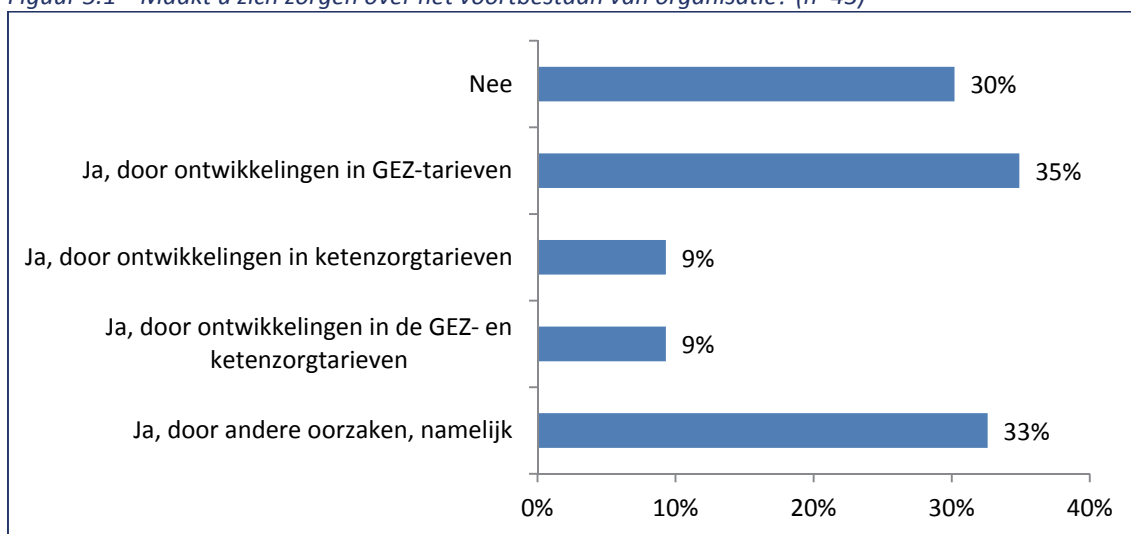
## 5 De financiële aspecten van contractering

Van de organisaties maakt 70% zich zorgen over het voortbestaan van hun organisatie. Dat is meer dan vorig jaar. De ontwikkeling van de GEZ-tarieven wordt als belangrijkste oorzaak genoemd. Net als voorgaande jaren hebben zorggroepen over het algemeen betere ervaringen met de financiële aspecten van contractering dan gezondheidscentra. Zo hebben zorggroepen vaker dan gezondheidscentra afspraken gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan en over (groei, behoud of afbouw van) financiële reserves. Ook zijn zij meer tevreden over de afspraken over de financiële reserves. Ten opzichte van vorig jaar zijn er minder nieuwe tweejarige contracten (en geen drie jarige contracten) afgesloten. De nieuwe GEZ-contracten zijn in alle gevallen eenjarige contracten. Een verklaring is waarschijnlijk dat 2017 een overgangsjaar is voor de GEZ-module. Een verklaring voor de verkorting van de contractduur voor ketenzorgcontracten is dat twee zorgverzekeraars vanaf 2018 en 2019 alleen nog maar meerjarige contracten gaan aanbieden en dat de cyclus van organisaties dan gelijk loopt. Driekwart van de organisaties geeft aan dat de financiële reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken. De aandacht voor substitutie in de contracten tussen zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds is gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar (ruim een derde). De meerderheid van de gezondheidscentra en zorggroepen geeft aan dat er financiële ruimte is om te innoveren.

### 5.1 Zorgen om voortbestaan

In figuur 5.1. is te zien dat 30% van de organisaties met een nieuw of aangepast contract in 2017 aangeeft zich *geen* zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie, ten opzichte van 44% vorig jaar. Net als vorig jaar geven meer gezondheidscentra dan zorggroepen aan dat zij zich zorgen maken. Van de organisaties maakt 70% zich wel zorgen om hun voortbestaan. Het merendeel geeft aan dat dit komt door de ontwikkelingen in de GEZ-tarieven (35%). Een derde (33%) geeft aan dat er andere oorzaken dan de tarieven ten grondslag liggen aan deze zorgen. Onder deze andere oorzaken wordt het vaakst (onduidelijkheid over) de module O&I genoemd. Andere genoemde oorzaken zijn bijvoorbeeld: afschaffing contractplicht voor ketenzorg, zorgverzekeraar gelooft niet in samenwerkingsverbanden, populatiegerichte bekostiging en uitblijven van volwaardige compensatie financiering vanuit het S3 segment. Externe ontwikkelingen in beleid zijn dus een oorzaak van de zorgen om het voortbestaan van organisaties.

Figuur 5.1 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van organisatie? (n=43)\*



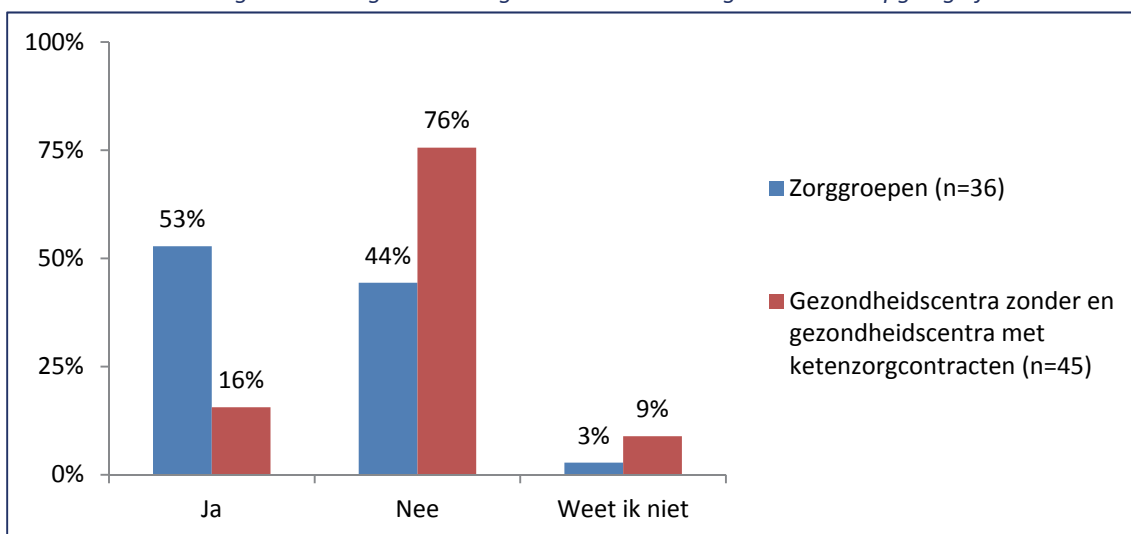
\* Respondenten mochten bij de antwoordoptie 'Ja' meer dan één antwoord geven

Wij hebben de gezondheidscentra met een nieuw of aangepast GEZ-contract gevraagd (n=24) of er ontwikkelingen in de bekostiging van de verschillende disciplines binnen het centrum zijn, die leiden tot financiële problemen voor het gezondheidscentrum. Dit werd door 21% bevestigd. Vorig jaar was dit nog 58%. Respondenten noemen disciplines fysiotherapie, ouderenzorg en huisartsenzorg als voorbeelden waar de tarieven laag zijn. Ook wordt de huuropbrengst genoemd.

## 5.2 Financiële transparantie

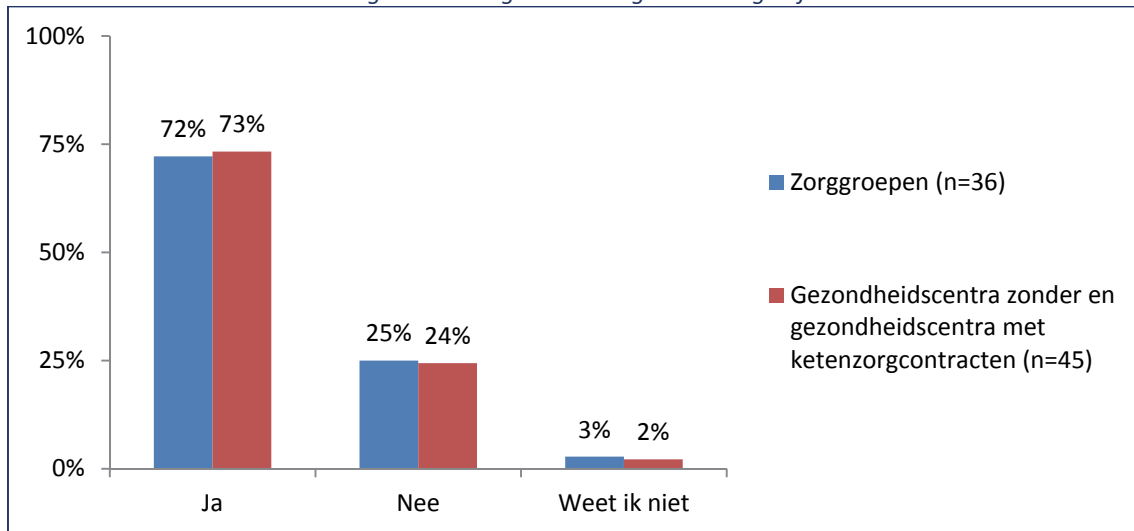
Van alle zorggroepen geeft 53% aan dat zij financiële verantwoording hebben afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format (zie figuur 5.2). Bij gezondheidscentra is dit 16%. Deze percentages zijn in overeenkomst met de percentages van vorig jaar.

Figuur 5.2 Heeft uw organisatie financiële verantwoording of een financieel jaarverslag met accountantsverklaring over 2015 geleverd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format?



Bijna drie kwart van alle respondenten geeft aan dat de organisatie over 2015 financiële verantwoording heeft afgelegd volgens eigen format (zie figuur 5.3). Dit komt overeen met de resultaten van vorig jaar.

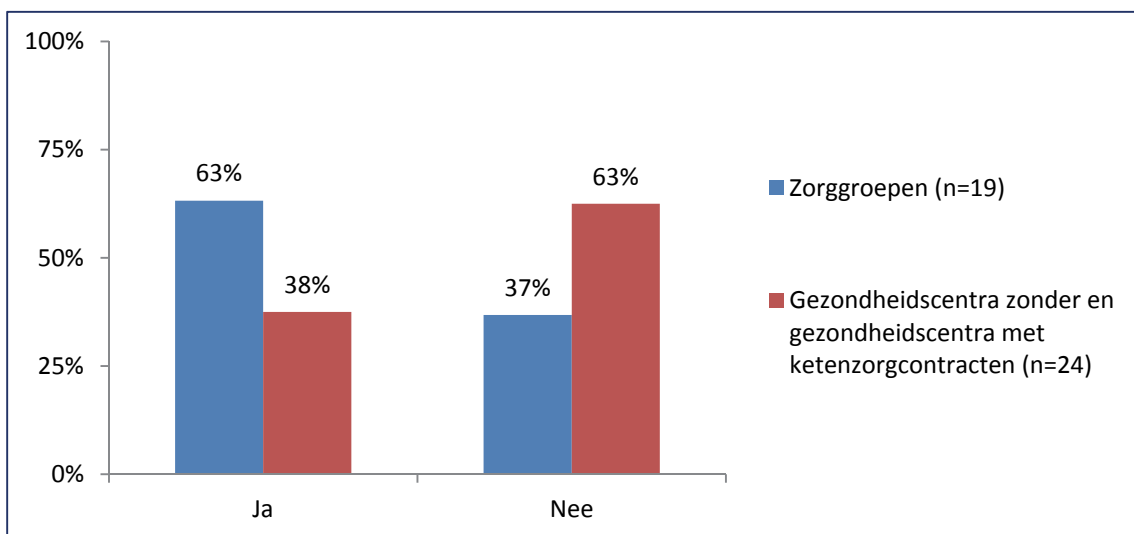
*Figuur 5.3 Heeft uw organisatie financiële verantwoording of een financieel jaarverslag met accountantsverklaring over 2015 geleverd volgens een eigen format?*



### 5.3 Reserves

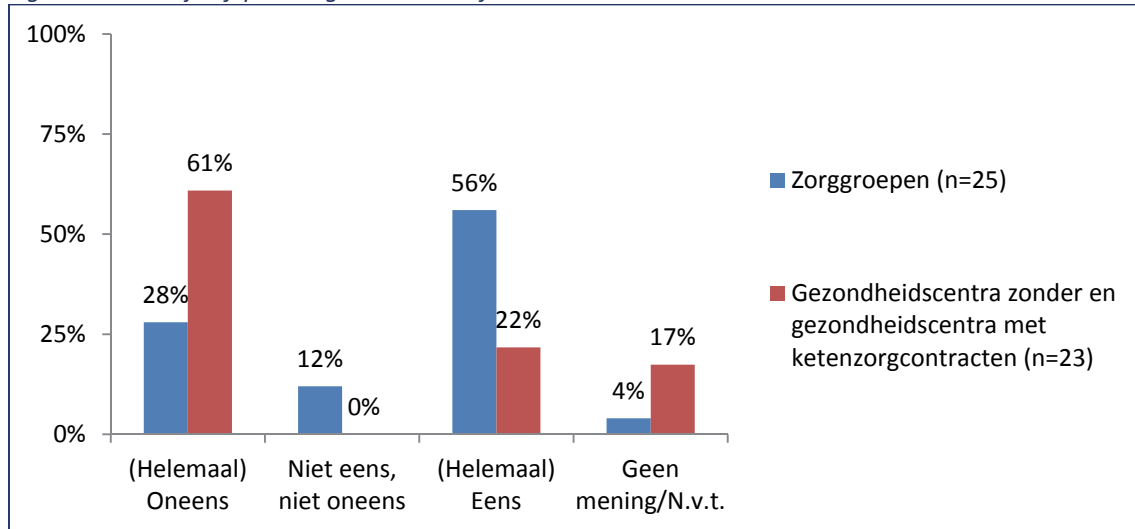
In figuur 5.4 is te zien dat van zorggroepen met een nieuw of aangepast contract in 2017, 63% afspraken heeft gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar over groei, behoud of afbouw van financiële reserves. Bij gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract ligt dit percentage lager, op 38%.

*Figuur 5.4 In de contractering zijn afspraken gemaakt over groei, behoud of afbouw van financiële reserves*



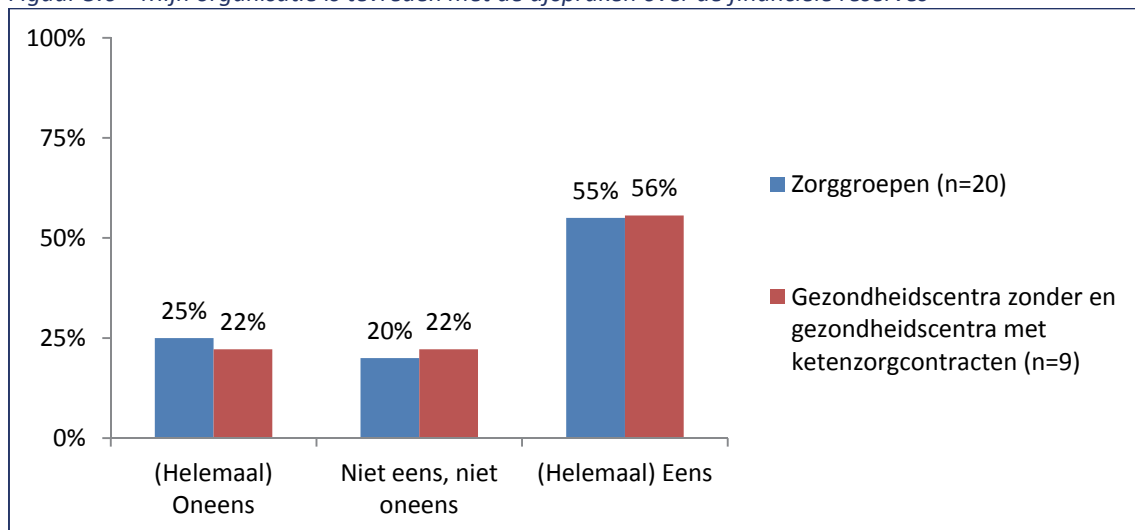
Reserves zijn alleen op te bouwen als de afgesproken tarieven daar ruimte voor bieden. Van alle zorggroepen met een nieuw of aangepast contract in 2017 geeft 56% aan dat er afspraken zijn gemaakt over financiële reserves (zie figuur 5.5). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage lager (op 22%).

Figuur 5.5 Er zijn afspraken gemaakt over financiële reserves



Van de zorggroepen en gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract geeft ongeveer 55% dat hun organisatie tevreden is met de afspraken over de financiële reserves (zie figuur 5.6). Ongeveer een kwart is hierover niet tevreden.

Figuur 5.6 Mijn organisatie is tevreden met de afspraken over de financiële reserves\*

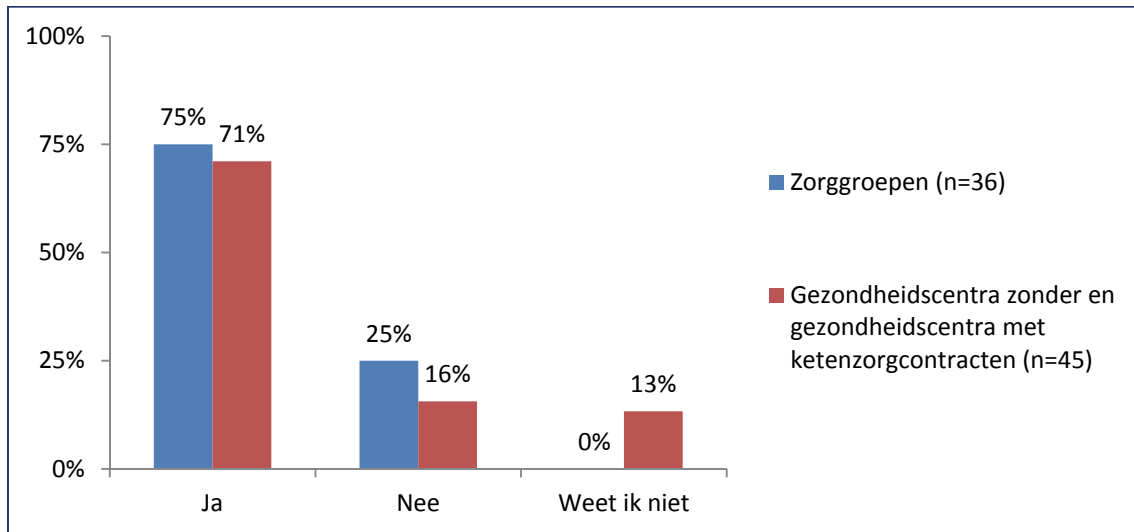


\* Exclusief de antwoordcategorie 'Geen mening/N.v.t.'

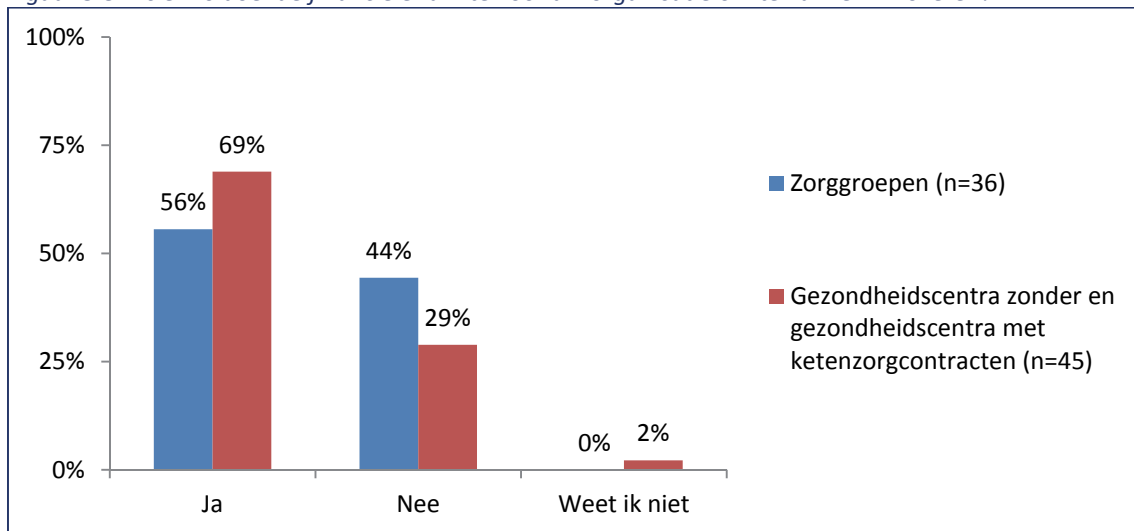
Ongeveer drie vierde van alle respondenten geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg is om toekomstige risico's te kunnen dekken (zie figuur 5.7). Als het gaat om de financiële ruimte om te kunnen innoveren, dan zien we dat van de gezondheidscentra 69% aangeeft dat er voldoende financiële ruimte is om te kunnen innoveren (zie figuur 5.8). Bij zorggroepen is dit 56%.



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



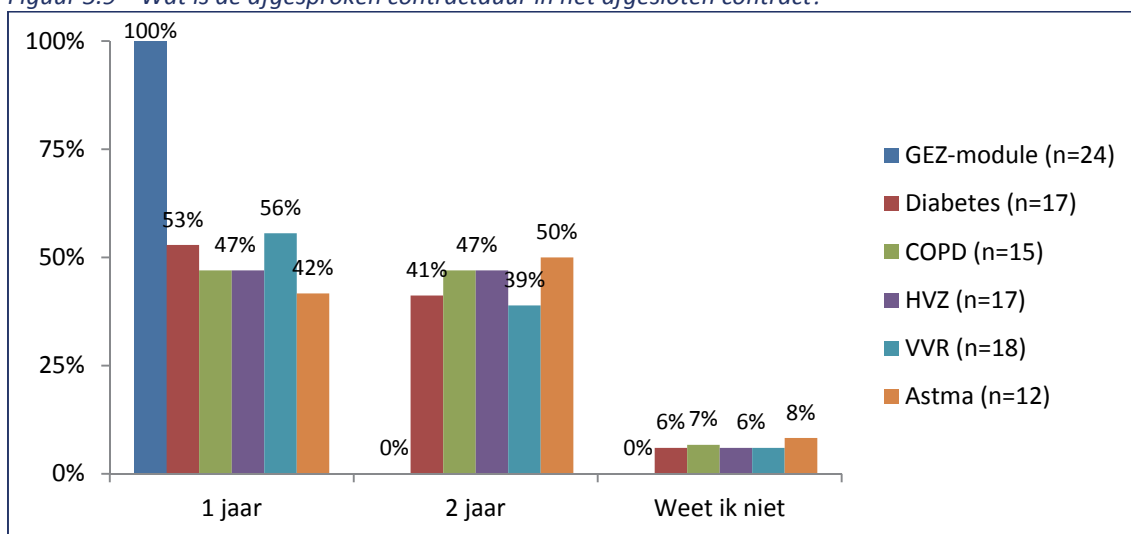
Figuur 5.8 Is er voldoende financiële ruimte voor uw organisatie om te kunnen innoveren?



## 5.4 Contractduur

In vergelijking met vorig jaar is de gemiddelde contractduur afgenomen. Van alle nieuw afgesloten of aangepaste ketenzorgcontracten heeft 39% (VVR) tot 50% (astma) een contractduur van 2 jaar (zie figuur 5.9). Vorig jaar was dit 62% gemiddeld. Geen enkel nieuw afgesloten of aangepast contract heeft een contractduur van 3 jaar. De GEZ-contracten zijn in lijn met de verwachting in alle gevallen eenjarige contracten (zie figuur 5.9). Dit komt doordat 2017 een overgangsjaar is voor de GEZ-module. Een verklaring voor de verkorting van de contractduur van de ketenzorgcontracten is dat twee zorgverzekeraars vanaf 2018 en 2019 alleen nog maar meerjarige contracten gaan aanbieden.

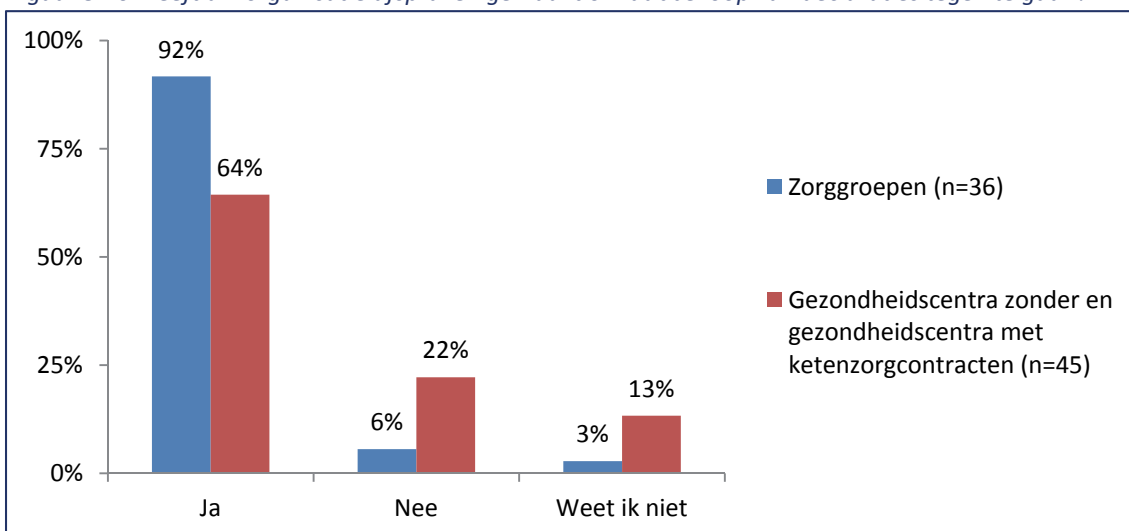
Figuur 5.9 Wat is de afgesproken contractduur in het afgesloten contract?



## 5.5 Dubbelloop en substitutie

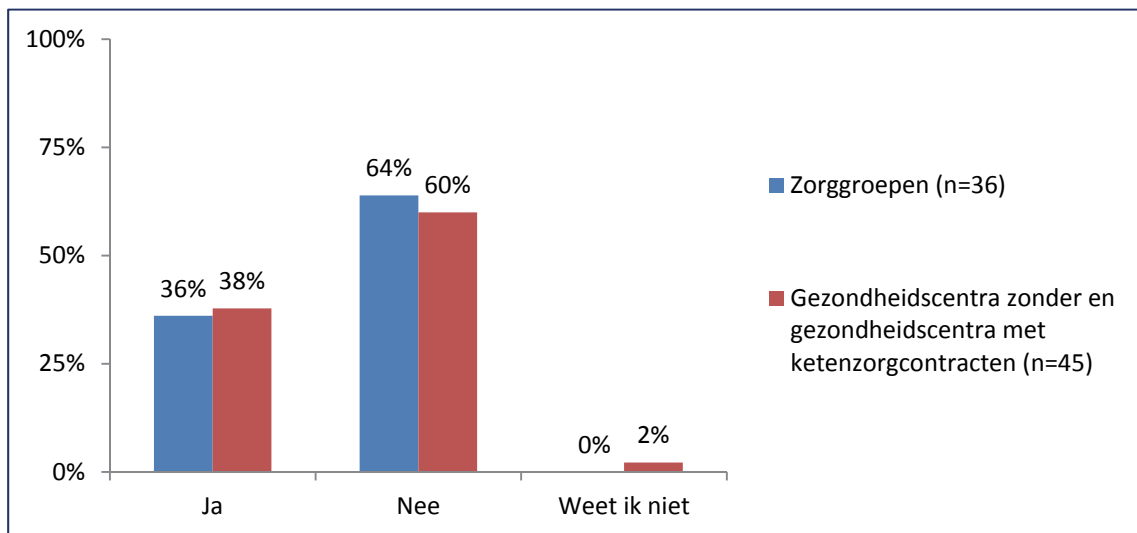
Van de zorggroepen heeft 92% afspraken gemaakt met onderaannemers over het tegengaan van dubbele declaraties (zie figuur 5.10). Bij gezondheidscentra is dit 64%. Deze percentages zijn in overeenkomst met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 5.10 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?



Van alle zorggroepen geeft 36% aan dat zij met hun preferente zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over substitutie (zie figuur 5.11). Voor gezondheidscentra is dit 38%. Deze resultaten zijn in overeenkomst met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 5.11 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over substitutie van tweede lijn naar eerste lijn?



## 6 Methodologische verantwoording

### 6.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst

#### 6.1.1 Vergelijking met de vragenlijst in 2013-2014, 2015 en 2016

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. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de vragenlijst was het verkorten van de vragenlijst die in het voorjaar van 2016 is afgenomen, omdat vorig jaar een aantal respondenten heeft aangegeven dat zij de vragenlijst te gedetailleerd vonden en te lang.

In die vragenlijst die in voorgaande jaren is afgenomen stonden de spelregels voor contractering die InEen ontwikkeld heeft centraal. Dit jaar ligt de focus niet meer op deze spelregels maar vormden de *Good Contracting Practices* (GCP) een belangrijke bron van inspiratie. Rondom deze GCP zijn nieuwe vragen opgesteld.

De vragenlijst kent zijn oorsprong vanuit de vragenlijst die in 2013-2014 is afgenomen onder zorggroepen. Vanaf 2015 zijn niet alleen zorggroepen ondervraagd maar ook gezondheidscentra. Gezondheidscentra sluiten een contract voor samenwerking af, de zogenaamde GEZ-module. Voor de GEZ-module zijn vragen gesteld die vergelijkbaar zijn met de vragen die gesteld zijn over de ketenzorgcontracten.

In 2015 is een aantal nieuwe onderwerpen in de vragenlijst opgenomen. Deze onderwerpen zijn afgeleid uit de Bestuurlijke Akkoorden die in juli 2013 en de zomer van 2014 zijn afgesproken tussen de LHV, InEen (LOK, LVG en VHN), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. Bij InEen bestaat de impressie dat zorgverzekeraars enerzijds en zorggroepen en gezondheidscentra anderzijds deze akkoorden verschillend interpreteren. Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin de contractering overeenkomt met de interpretatie van Bestuurlijke Akkoorden door InEen zijn vragen ingevoegd over het belonen van uitkomsten en de manier waarop zorggroepen en gezondheidscentra gefinancierd worden. Ook zijn vragen over het indexeren van tarieven opgenomen.

Tot slot zijn er vragen opgenomen in de vragenlijst over afspraken over innovatie en zorgvernieuwing en over de mate waarin hun leden tevreden zijn over het contracteringsproces en de inhoud van contracten. Zorgvernieuwing speelt in het Bestuurlijke Akkoord een belangrijke rol. Zo is het derde segment van de nieuwe financiering van eerstelijnszorg onder meer gericht op financieren van vernieuwing. Ook is in het macro-budgettaire kader ruimte opgenomen voor vernieuwing.

In 2016 is een enkele nieuwe vraag opgenomen in de vragenlijst betreffende eventuele problemen bij de tarieven in de gezondheidscentra niet zijnde de GEZ-module. Een overzicht van onderwerpen die meegenomen zijn in de verschillende jaren is te vinden in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Onderwerpen van de enquête en in welk jaar deze zijn meegenomen

Vragenlijst, contractering voor het jaar...	2014	2015	2016	2017
<b>Wat bevraagd?</b>				
Spelregels	Ja	Ja	Ja	-
De Bestuurlijke Akkoorden	-	Ja	Ja	-
<i>Good Contracting Practices</i>	-	-	-	Ja
Inhoud Keten zorgcontracten	Ja	Ja	Ja	Ja (ingekort)
Inhoud GEZ-module	-	Ja	Ja	Ja (ingekort)
Belonen van uitkomsten, substitutie en innovatie	-	Ja	Ja	Ja

### 6.1.2 Input van zorgverzekeraars in 2017

Net als in 2015 is ook in 2017 een bijeenkomst met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars belegd. In 2017 zijn de vier grote zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland om input voor de vragenlijst gevraagd door middel van een bijeenkomst waarin thema's voor de vragenlijst besproken zijn. Bij de bijeenkomst waren vertegenwoordigers van Coöperatie VGZ, CZ en Zorgverzekeraars Nederland aanwezig. Menzis had schriftelijke input geleverd. Ook waren vertegenwoordigers van InEen en het NIVEL aanwezig. Tijdens de bijeenkomst is aan zorgverzekeraars gevraagd wat zij vonden van de concept vragenlijst die het NIVEL in samenwerking met InEen heeft gemaakt en of er thema's zijn die volgens hen van belang waren voor de vragenlijst in 2017. Zij gaven aan dat zij de vragenlijst op punten negatief vonden en dat deze vragenlijst te veel uitging van wat zorgverzekeraars anders kunnen doen en te weinig van wat zorggroepen en gezondheidscentra anders kunnen doen. Ook waren zij benieuwd naar hoe de organisaties dachten dat de zorgverzekeraars het contracteerproces konden verbeteren. Daarnaast gaven zorgverzekeraars tijdens de bijeenkomst verklaringen voor waarom, in hun ogen, sommige knelpunten ontstaan. De inzichten die tijdens de bijeenkomst zijn opgedaan hebben geleid tot het aanpassen van verschillende vragen. Daarnaast is gesproken over het uitzetten van een vragenlijst onder zorgverzekeraars, om op deze manier ook die kant te belichten en niet alleen het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra in kaart te brengen. Hier bleek geen belangstelling voor.

### 6.1.3 Inhoud van de vragenlijst

Er zijn zowel vragen gesteld over het contracteringsproces, als over de inhoud van de contracten en de financiële kant van contractering. De vragen over het contracteringsproces hebben betrekking op de contractering voor de contracten in 2017. De vragen over de inhoud van contracten gaan over de contracten die gelden voor 2017, en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2016. Wederom zijn voor een aantal onderwerpen ook vragen gesteld over de inhoud van de contracten die golden in 2016 (en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2015), om een vergelijking te kunnen maken. Er zijn vragen gesteld over verschillende soorten contracten: contracten in het algemeen; ketenzorgcontracten en contracten voor samenwerking (GEZ-module). Daarnaast is specifiek gevraagd naar afspraken over innovatie en zorgvernieuwing en over het belonen van uitkomsten.

Een aantal vragen is per zorgprogramma aan de zorggroepen gesteld. Aan de deelnemende organisaties is gevraagd naar het aantal zorgprogramma waarvoor zij een contract hebben. Er zijn vijf zorgprogramma's waarvoor zij een contract kunnen afsluiten: astma, diabetes, COPD, HVZ (hart- en vaatziekten) en VVR (verhoogd vasculair risico).

## 6.2 Verzending en respons

De online vragenlijst is op 7 februari 2017 verstuurd naar 148 organisaties. Er zijn twee herinneringen verstuurd, te weten op 14 februari en op 21 februari. In de week van 21 maart zijn respondenten die de vragenlijst nog niet (volledig) in hadden gevuld gebeld door InEen met het verzoek om dit wel te doen. Op 7 maart is de vragenlijst gesloten. De vragenlijst is gestuurd aan gezondheidscentra en zorggroepen die lid zijn van InEen. Hierdoor hebben niet alle zorggroepen en gezondheidscentra de mogelijkheid gehad deel te nemen aan dit onderzoek.

In totaal hebben 83 respondenten de vragenlijst ingevuld waarmee de respons op 56% uitkomt (zie tabel 6.2). Zeven van hen hebben de vragenlijst niet volledig ingevuld. De respons, van het aantal respondenten dat de vragenlijst volledig heeft ingevuld, komt hiermee op 51%. Organisaties die vier of minder vragen van de vragenlijst hadden beantwoord zijn uitgesloten van de analyses en zijn niet meegerekend in de respons. Dit waren in totaal vier organisaties. Opvallend is dat ten opzichte van vorig jaar het verschil tussen het totale retour en het aantal volledige ingevulde vragenlijst een stuk kleiner is. Het inkorten van de vragenlijst lijkt te hebben bijgedragen aan een hogere respons.

Tabel 6.2 Respons vragenlijst 2016 en 2017

	2016	2017
Totaal verzonden	144	148
Totaal retour	89 (62%)	83 (56%)
Aantal volledig ingevuld	68 (47%)	76 (51%)

## 6.3 Analyse

Voor de rapportage is gebruik gemaakt van beschrijvende analyses.

De vragenlijst is ingevuld door drie verschillende groepen respondenten:

1. Zorggroepen.
2. Gezondheidscentra zonder ketenzorgcontracten.
3. Gezondheidscentra met ketenzorgcontracten.

Er is voor gekozen om de antwoorden van deze laatste twee groepen samen te presenteren zodat de een vergelijking met vorig jaar kan worden gemaakt.

Een deel van de vragen is alleen gesteld aan een groep respondenten die hebben aangegeven voor 2017 een nieuw contract te hebben afgesloten of hierin nieuwe afspraken te hebben gemaakt. Respondenten die géén nieuw contract hebben afgesloten (en dus een doorlopend contract hadden) hebben een deel van de vragen niet beantwoord. Tot slot is een aantal vragen gesteld specifiek per nieuw afgesloten ketenzorg- of GEZ-contract. In dit geval is in de figuren onderscheid gemaakt tussen 'organisaties met een ketenzorgcontract' en 'organisaties met een GEZ-contract'.

## 6.4 Achtergrondkenmerken van respondenten

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken van de respondenten besproken.

### 6.4.1 Soort organisatie

Van alle respondenten heeft 44% aangegeven dat ze alleen zorggroep zijn. Een derde is alleen gezondheidscentrum en 22% is zowel zorggroep als gezondheidscentrum. In de volgende tabellen en in hoofdstuk 4 (bij figuur 4.2, figuur 4.3, figuur 4.7, figuur 4.10 en figuur 4.11) zijn de respondenten in de categorieën 'gezondheidscentrum en zorggroep', 'gezondheidscentrum met ketenzorg' en 'gezondheidscentrum zonder ketenzorg' samengevoegd.

Tabel 6.3 Achtergrondkenmerken - soort organisatie

Soort organisatie	2016 (N=87)	2017 (N=81)
Zorggroep	46%	44%
Gezondheidscentrum en zorggroep	18%	22%
Gezondheidscentrum met ketenzorgcontracten	8%	7%
Gezondheidscentrum zonder ketenzorgcontracten	28%	26%

### 6.4.2 Omvang organisatie

In onderstaande tabellen zijn de achtergrondkenmerken van de deelnemende organisaties uiteengezet. Bijna 40% van de organisaties geeft aan uit 1 tot 12 huisartsen te bestaan (zie tabel 6.4), dit zijn voornamelijk gezondheidscentra. Van de organisaties bestaat 18% uit 51 tot 100 huisartsen. In lijn met de verwachting zijn dit voornamelijk zorggroepen.

Tabel 6.4 Achtergrondkenmerken deelnemende organisaties

	Alle respondenten (N=83)*	Zorggroepen (N=36)	Gezondheidscentra (N=45)
Omvang organisatie:			
1-6 huisartsen	19%	3%	31%
7-12 huisartsen	20%	3%	36%
13-24 huisartsen	8%	3%	13%
25-50 huisartsen	8%	11%	7%
51-100 huisartsen	18%	33%	7%
101-150 huisartsen	11%	17%	7%
151-200 huisartsen	10%	22%	0%
Meer dan 200 huisartsen	5%	8%	0%

\* Doordat twee respondenten de vraag waarop het onderscheid tussen organisaties is gemaakt niet hebben beantwoord is het aantal 'alle respondenten' groter dan het aantal respondenten van zorggroepen en gezondheidscentra tezamen.

Als we kijken naar de preferente zorgverzekeraars van de deelnemende organisaties, dan is te zien dat 88% van de organisaties één preferente zorgverzekeraar heeft (zie tabel 6.5). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage hoger (96%) dan voor zorggroepen (81%). Opvallend is dat gezondheidscentra vaker zorgverzekeraar VGZ aangeven als belangrijkste preferente zorgverzekeraar dan zorggroepen. Zorggroepen geven vaker aan dat CZ hun preferente zorgverzekeraar is in vergelijking met gezondheidscentra.

We hebben respondenten met twee preferente zorgverzekeraars ook gevraagd welke van deze zorgverzekeraars voor hen het belangrijkste is. Het blijkt dat voor de helft van de organisaties met twee preferente zorgverzekeraars VGZ de belangrijkste zorgverzekeraar is. Daarnaast worden het Zilveren Kruis en CZ genoemd. Twee organisaties geven aan dat de twee zorgverzekeraars beide even belangrijk zijn, namelijk VGZ en Menzis, en VGZ en CZ.

Tabel 6.5 Achtergrondkenmerken organisaties – preferente zorgverzekeraar

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra
Preferente zorgverzekeraars (aantal):	(N=83)*	(N=36)	(N=45)
Eén	88%	81%	96%
Twee	12%	19%	4%
Drie	0%	0%	0%
Preferente zorgverzekeraar (naam):			
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>			
Zilveren Kruis	30%	28%	31%
Menzis	18%	17%	20%
Coöperatie VGZ	16%	6%	24%
CZ	12%	19%	7%
Zorg en Zekerheid	7%	3%	11%
De Friesland	4%	6%	2%
ENO	1%	3%	-
DSW	-	-	-
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>			
Coöperatie VGZ en CZ	7%	17%	-
Zilveren Kruis en CZ	1%	3%	-
Menzis en CZ	1%	-	2%
Menzis en Coöperatie VGZ	1%	-	2%
Menzis en Zilveren Kruis	1%	-	-

\* Doordat twee respondenten vraag 58 niet hebben beantwoord is het aantal 'alle respondenten' groter dan het aantal respondenten van zorggroepen en gezondheidscentra tezamen

#### 6.4.4 Bekendheid met *Good Contracting Practices*

Van de gezondheidscentra met een nieuw of aangepast contract geeft 83% aan bekend te zijn met de *Good Contracting Practices* (zie tabel 6.6). Bij zorggroepen ligt dit percentage iets lager, op 74%.

Tabel 6.6 Bekendheid met *Good Contracting Practices*

Bent u bekend met de spelregels?	Zorggroepen (N=19)	Gezondheidscentra (N=24)
Ja	74%	83%
Nee	26%	17%



## 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
- Bartholomé Y, Maarse H. Health insurance reform in the Netherlands. *Eurohealth London*, 2006; 12(2):7
- Batenburg RS, Kalf RRJ. Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: verschillen, trends en bekostiging. Utrecht: NIVEL, 2010
- Bouwhuis S, Jong J de. Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars: de resultaten van een enquête over de contractering voor 2015. Utrecht: NIVEL, 2015
- 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 Affairs*, 1993; 12(1):24-48
- 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):247-260
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Organisatie voor Keten zorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017, 16 juli 2013*
- Light DW. From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience. *Milbank Q*, 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 Sys Transition*, 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 Econ Policy Law*, 2011; 6:109-123
- 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 WPMM van de. The key role of health insurance in a cost-effective health care system. *Health Policy*, 1987; 7:253-272

## Bijlage A Gelijkwaardig contracteren: Good Contracting Practices

**April 2016**

In het traject van Het Roer Gaat Om is uitwerking en verbetering van good contracting practices (GCP) als een belangrijke aanbeveling naar voren gekomen om de contractering tussen huisartsen(samenwerkingsverbanden)\* en zorgverzekeraars beter te laten verlopen. De resultaten van de besprekingen zijn hieronder weergegeven voor alle betrokken partijen bij de contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vanaf 2016.

\* waar het om de gehele groep gaat verder te noemen 'zorgaanbieders'

### 1. Algemene uitgangspunten

#### A. Aanbevelingen ter versterking onderling vertrouwen en gelijkwaardigheid in het proces:

- Zoek op een respectvolle manier verbinding.
- Deel je dilemma's.
- Benoem daarbij steeds ieders belang.
- Onderhoudt wederzijds regulier contact en wees bereikbaar op het juiste niveau.
- Streef naar gelijkwaardigheid bij het maken van (contractuele) afspraken.
- Zorg dat alle betrokkenen bij de uitvoering tijdig en volledig op de hoogte zijn van datgene dat wordt besproken/afgesproken.

#### B. Landelijk overeengekomen beleidsuitgangspunten:

- Vertrouwen. Bij het inkoopbeleid staat het vertrouwen in het professioneel handelen van de zorgaanbieder voorop, het is de zorgaanbieder die de medische afwegingen maakt bij zijn beleid voor een patiënt.
- Kwaliteit. De zorgverzekeraar sluit bij de contractering aan bij de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en zorgstandaarden.
- Stimuleren samenwerking. Het inkoopbeleid stimuleert en faciliteert samenwerking in de zorg, zowel multidisciplinair als tussen huisartsen onderling.
- De administratieve lasten van het contracteerproces worden verminderd. Dit blijft ook in de toekomst een aandachtspunt. Dataverzameling zal betekenisvol moeten zijn voor kwaliteit van en/of doelmatigheid van zorg. Over de invulling hiervan kunnen partijen regionaal aanvullende afspraken maken.

### 2. Concretisering good contracting practices: proces en inhoud

De NZa heeft in de 'Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw' (TH/NR-005)(bijlage 2) een aantal richtlijnen gegeven voor het goed verlopen van het contracteringsproces. De GCP geven een nadere invulling van de NZa regels voor huisartsenzorg, ketenzorg en de gezondheidscentra. Over onderstaande afspraken bestaat consensus tussen zorgverzekeraars, ZN, LHV, VPHuisartsen en InEen.

Voor de overzichtelijkheid wordt hieronder het proces chronologisch weergegeven en worden enige algemene afspraken apart vermeld.

### 3. Wat is er afgesproken voor het contracteerproces voor 2017?

#### Algemene uitgangspunten

- Voldoende tijd voor evaluatie en inventarisatie van wensen van partijen.
- Voldoen aan de NZa vereisten.
- Voldoende tijd en ruimte voor overleg met (regionale) partijen over de invulling van het beleid voor de komende contractperiode.
- Tijdig bekendmaken van concrete uitwerking ( en eventuele aanpassingen) van het beleid voor de komende periode.
- Na aanbod van de contracten krijgen zorgaanbieders ruim voldoende tijd om het contract af te sluiten.
- Ook zorgaanbieders kunnen de zorgverzekeraars een contractaanbod doen als basis voor verdere onderhandelingen.
- Indien het contractaanbod vanwege bijzondere omstandigheden niet past bij specifieke situaties van een contractant, wordt in deze periode ruimte voor overleg geboden .
- Afronding van het totale contracteringsproces (inclusief volgen en inregelen) geschiedt ruim voor het nieuwe contractjaar.

#### Zorgverzekeraars en aanbieders zijn structureel in verbinding en in contact

- De zorgverzekeraar is gedurende het jaar de gehele werkweek telefonisch en digitaal bereikbaar voor vragen of knelpunten over de contractering. Dit wordt helder gecommuniceerd.
- Van beide zijden wordt gezorgd voor een goed aanspreekpunt.
- Alle relevante informatie is tijdig digitaal toegankelijk.
- Op vragen of problemen wordt uiterlijk binnen 5 werkdagen gereageerd. Afhandeling van meer bewerkelijke vragen geschiedt uiterlijk binnen 2 werkweken.
- Tussen de zorgverzekeraar en de regionale representatieve vertegenwoordigers vindt uitwisseling plaats over gesignaleerde structurele knelpunten en verbetervoorstellen.

#### Meerjarige contracten

Zorgverzekeraars bieden vanaf 2016 ook meerjarige contracten aan voor de generalistische huisartsenzorg, ketenzorg en gezondheidscentra, die rust en zekerheid bieden om te investeren in goede kwaliteit van zorg. Onder meerjarig wordt verstaan een periode van ten minste 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar of langer, passend bij de aard van de gecontracteerde zorg of aangegane verplichtingen.

Als uitzonderingsbepaling kan worden opgenomen, dat indien wettelijke of budgettaire wijzigingen of onduidelijkheden (buiten de macht van partijen) hiertoe aanleiding geven, aanpassingen in goed overleg jaarlijks kunnen plaatshebben. Hiertoe wordt de cyclus zoals hier omschreven en volgens de NZa normen doorlopen.

#### Het contracteerproces in 2016 voor het contractjaar 2017 (en verder)

De verschillende fasen in het contracteringsproces worden hier toegelicht:

##### **A: Evaluatie contractering 2016**

Alvorens nieuw beleid voor de contractering wordt opgesteld, houden zorgverzekeraars een evaluatie van de lopende contractperiode onder contractanten. Dit kan door middel van een enquête onder de zorgaanbieders en/of door een formele bespreking met een representatieve

delegatie van zorgaanbieders en de koepel organisaties. De resultaten hiervan worden gedeeld met alle contractanten en met representatieve vertegenwoordigers van de zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars houden de evaluatie over de contractering van het voorgaande jaar zodanig tijdig, dat de resultaten gebruikt kunnen worden voor de nieuwe contractperiode. Voor een nieuw contract 2017 of wijzigingen in een doorlopend contract betekent dit afronding uiterlijk eind februari 2016.

***B: Opstellen en uitwerken van nieuw beleid voor het komende contract (inclusief tussentijdse wijzigingen bij meerjarige contracten)***

Zorgverzekeraars betrekken (representatieve vertegenwoordigers van) zorgaanbieders zo vroeg mogelijk en intensief bij het opstellen en uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode (2017 e.v.). Zorgaanbieders realiseren (regionaal) de representatieve vertegenwoordiging.

Dit proces start uiterlijk direct na verwerking van de evaluatie. Zorgverzekeraars dienen wel volgens voorschrift van de NZa uiterlijk 1 april van dit jaar hun voorgenomen inkoopbeleid op hoofdlijnen en het contracteerproces bekend te maken. Ook publiceert de NZa uiterlijk op 1 juli 2016 mogelijke wijzigingen in beleidsregels, die van invloed kunnen zijn op de contracten. Inhoudelijk overleg kan echter tussen het moment van afronding van de evaluatie en het publiceren van het contractaanbod doorlopen. Streven is dat dit gelijkwaardig inhoudelijk overleg voor 1 juli uitmondt in een uitgewerkt concreet contracteerbeleid huisartsenzorg dat naar verwachting positief zal worden ontvangen door het overgrote merendeel van de individuele zorgaanbieders. Dit geldt ook voor de uitgangspunten voor contractering van ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), waar met de afzonderlijke organisaties nadere invulling aan wordt gegeven.

Indien de aanpassingen in de beleidsregels van de NZa wezenlijke aanpassingen in het voorgenomen contracteerbeleid noodzakelijk maken, treden eerder genoemde partijen zo spoedig mogelijk met elkaar hierover in overleg. De resultaten hiervan worden verwerkt in het definitieve contractaanbod, dat voor individuele zorgaanbieders uiterlijk 15 september bekend moet zijn en voor samenwerkingsverbanden op 15 juli.

Afspraken over regionale projecten, GEZ en ketenzorg kunnen van invloed zijn op de beoordeling van het individuele contract door de huisartsen. Daarom zijn de deadlines voor het afronden van deze contracten eerder gesteld, opdat de uitkomsten tijdig gecommuniceerd kunnen worden aan de aangesloten individuele huisartsen.

***C: Contracteerfase***

Zorgverzekeraars hebben de plicht om uiterlijk 19 november van elk jaar bekend te maken met wie zij welke zorg gecontracteerd hebben. Daarnaast is het voor contractanten van belang dat de afspraken tijdig voor 1 januari administratief worden ingeregeld ten behoeve van de declaratie. Om dit te kunnen realiseren, is de sluiting van de contracteermogelijkheid gesteld op uiterlijk 7 november. Vanwege de noodzaak om voldoende reactietijd te hebben, is afronding van het overlegproces ruim daarvoor geplaatst. Uiterlijk op 1 oktober 2016 openen zorgverzekeraars hun contracteerportal of bieden het contract op een andere wijze aan, zodat individuele zorgaanbieders tenminste 5 weken de tijd hebben om het aanbod te bestuderen en te contracteren.

Voor die tijd dient derhalve alle informatie die van belang is voor de contractering beschikbaar te zijn, inclusief de gevolgen van de afspraken die met zorggroepen/samenwerkingsverbanden zijn gemaakt.

#### ***D: Na het contracteren***

De zorgaanbieder kan ervoor kiezen het contract ook aan andere zorgverzekeraars aan te bieden. Indien de zorgaanbieder hierom vraagt, zorgt de preferente\* zorgverzekeraar ervoor, dat de informatie over de relevante delen van het gesloten contract tijdig wordt doorgestuurd aan de verre zorgverzekeraars die het contract als volgcontract krijgen aangeboden (zie ook hieronder bij volgen). Dit om de administratieve lasten te beperken.

Zorgverzekeraars zorgen ervoor, dat tijdig ontvangen (volg-)contracten ook tijdig administratief worden verwerkt, opdat declaratie in januari zonder problemen kan plaatshebben.

\*: Onder preferente zorgverzekeraar wordt verstaan de zorgverzekeraar (meestal, maar niet noodzakelijkerwijs, degene met het grootste aandeel verzekerden in de populatie) waarvan de zorgaanbieder het contract wenst te laten volgen door andere zorgverzekeraars .

#### ***E: Het 'volgen' van contracten***

Uitgangspunt is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars contracteervrijheid hebben. Die vrijheid biedt ruimte aan beide partijen om een eigen invulling te geven aan het aanbod dat aan de ander wordt gedaan.

Er is geen verplichting voor een van beide partijen om een gesloten contract ook te laten gelden voor de relatie met andere zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Duidelijkheid over de ruimte en randvoorwaarden voor zorgverzekeraars om een contract van een andere zorgverzekeraar te volgen draagt tegelijkertijd echter bij aan door beide partijen gewenste vermindering van administratieve lasten en reductie van onzekerheid over het nakomen van financiële en andere afspraken.

Het initiatief om een contract ook aan een of meer andere zorgverzekeraars voor te leggen, ligt bij de contracterende zorgaanbieder. Een zorgaanbieder kan ook met meerdere verzekeraars verschillende contracten afsluiten, indien hierover met hen overeenstemming kan worden bereikt. Ook staat het de huisarts vrij om een eigen contract of het contract van een zorgverzekeraar met een kleiner marktaandeel als preferent te beschouwen en aan de (andere) verzekeraars voor te leggen.

Uiteraard is de zorgverzekeraar ook vrij om een aangeboden contract wel of niet te volgen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven voornemens te zijn de aangeboden contractuele afspraken met de 'preferente' zorgverzekeraar van de zorgaanbieder, op inhoud en voor zover in belang van hun verzekerden, te volgen.

Wanneer een zorgverzekeraar besluit een contract of onderdelen daarvan niet te volgen, maakt hij dit tijdig kenbaar met toelichting.

Ten aanzien van de te vergoeden tarieven kan een zorgverzekeraar het door de zorgaanbieder aangeboden contract ook volgen. Dit is echter in alle gevallen een zelfstandige afweging van de zorgverzekeraar.

De naar verwachting meest voorkomende situatie is, dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio als primaire (of preferente) contractpartner optreedt voor de

huisartsenzorg-aanbieders en daarmee tot overeenstemming komt. De zorgverzekeraar kan daarmee ook een samenhangend beleid voeren ten opzichte van andere zorgaanbieders in de regio, zoals ziekenhuizen, apothekers en thuiszorg.

Indien sprake is van twee of meer zorgverzekeraars met een vergelijkbaar of in ieder geval substantieel marktaandeel in een regio of praktijkpopulatie, kan een situatie ontstaan waarbij geen eenduidigheid is in (zorginhoudelijk) beleid en zorgverzekeraars vasthouden aan het eigen contract. Dit kan leiden tot meer administratieve lasten, te weinig draagvlak voor projecten of bepaald zorgaanbod en grote onzekerheid over de financiering van activiteiten. Zorgverzekeraars die het betreft hebben aangegeven oog te hebben voor de door zorgaanbieders genoemde knelpunten en mee te werken aan oplossingen van de ervaren problematiek op lokaal of regionaal niveau.

Betrokken partijen (zorgverzekeraars en aanbieders) treden in dat geval met elkaar in overleg opdat er in het belang van de patiënt/verzekerde en voor zover noodzakelijk een oplossing wordt gevonden. Hierbij hechten zorgverzekeraars belang aan de samenhang in de contractering tussen S1/S3 en de ketenzorg (S2).

Indien toch sprake blijft van 2 of meer contracten, bepaalt de zorgaanbieder of hij de verschillende contracten tekent of dat het voor hem best passende aanbod als preferent contract ook aan de overige zorgverzekeraars wordt aangeboden. Het is dan weer aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of deze met dat aanbod akkoord wil gaan.

## Andere algemene afspraken

### • Afwijking van landelijke afspraken is mogelijk in bijzondere situaties

Het inkoopproces is erop gericht alle huisartsen(organisaties) een passend contract te geven. Indien door bijzondere omstandigheden het contractaanbod niet past voor een individuele zorgaanbieder, is er altijd de mogelijkheid om hierover (ook tussentijds) in contact te treden met de zorgverzekeraar ten behoeve van maatwerk. Dit geldt met name als er sprake is van een situatie waarbij een wezenlijke verandering optreedt in de praktijk of directe omgeving, en/of de kwaliteit en/of de continuïteit in het gedrag komt. Te denken valt aan situaties als praktijkovername of uitvallen van een of meer huisartsen, voornemen tot opgaan in een samenwerkingsverband of HOED, grote veranderingen in de populatie van wijk of praktijk vanwege bijv. nieuwbouw of vestiging bijzondere patiëntengroepen, effecten van krimpgebieden of qua zorg afwijkende populaties.

### • Conflicten over de contractering

Bij conflicten treden partijen eerst met elkaar in overleg. Partijen reageren binnen 2 weken op een ingebracht knelpunt.

Als na zorgvuldig overleg geen overeenstemming is bereikt, kunnen partijen zich wenden tot een landelijke onafhankelijke geschillencommissie. Op dit moment wordt onder coördinatie van ZN, samen met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, verdere invulling gegeven aan de totstandkoming van een onafhankelijke geschillencommissie die per april operationeel zou moeten zijn. De beoogde geschillencommissie ziet zowel op de precontractuele fase (voordat de contracten definitief worden aangeboden) als de contractuele fase.

- **Projecten, flexibiliteit en maatwerk tijdens de looptijd**

Binnen de contracteerperiode blijven er mogelijkheden bestaan om in het belang van goede zorg onderling aanvullende afspraken te maken. De looptijd hiervan kan afwijken van de lopende contracten. Het gaat hier met name om innovatieve projecten en het inspelen op veranderingen in de zorgvraag. Zorgverzekeraars bieden ruimte voor (regionaal) maatwerk.

Zorgverzekeraars maken vooraf, na overleg met de regionale vertegenwoordigers, kenbaar aan welke eisen een projectvoorstel dient te voldoen en hoe wordt getoetst. Afwijzing kan alleen op basis van deze vooraf geformuleerde eisen en wordt gemotiveerd. Er dient te worden voorzien in een beroepsmogelijkheid voor de indieners van een projectvoorstel.

Zorgverzekeraars stellen (lieft in overleg met zorgaanbieders) voor 1 april 2016 voorbeelden, rekenmodellen en business cases uit bestaande contracten beschikbaar, in ieder geval voor zorgaanbieders waarmee contracten worden afgesloten. Doel is dat tijd wordt bespaard bij het regionaal opstellen hiervan.

- **Langjarige contractering in de toekomst**

Het is wenselijk om meer tijd te hebben voor zorgvuldige consultatie en besluitvorming en eerder duidelijkheid te kunnen verschaffen aan contractanten over de inhoud van de contracten. Dit is mogelijk bij meerjarige contracten en indien niet jaarlijks grote wettelijke of beleidsaanpassingen plaatshebben. Streven is uiterlijk 1 april 2017 voor het contractjaar 2018 de gehele cyclus van beleidsvorming te hebben doorlopen.

VWS onderzoekt wat de meerwaarde is van meerjarige contractering en of, en hoe, VWS het afsluiten van meerjarige contracten kan stimuleren. Hierbij is er aandacht voor het effect van tijdige publicatie van wijzigingen in wet- en regelgeving (NZa-beleidsregels). Nu is 1 juli de uiterste datum hiervoor, wat veel druk geeft op de tijdige afronding van het overleg in de zomer. De jaarlijkse verplichting van zorgverzekeraars om voor 1 april het inkoopbeleid bekend te maken heeft ook invloed op de overlegmogelijkheden van partijen.

Deze *Good contracting practices voor het contracteerproces vanaf 2016 - geformuleerd door de werkgroep Samenwerking & Gelijkwaardigheid1 - zijn vastgesteld door de stuurgroep Het Roer Gaat Om, in maart 2016.*

Deze stuurgroep bestaat uit LHV, InEen, NHG, VPHuisartsen, NPCF en de zorgverzekeraars, in samenspraak met VWS, NZa, ACM en IGZ.

## Bijlage B Overzicht van tabellen

### Contracteerproces: onderhandelingen

Tabel B.1 *Mijn organisatie is tevreden over de tijdigheid van het contracteringsproces*

	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
(Helemaal) Oneens	58%	25%
Niet eens, niet oneens	16%	13%
(Helemaal) Eens	26%	63%
Geen mening/N.v.t.	-	-
<i>N</i>	19	24

\* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.2 *Mijn organisatie is tevreden over de communicatie met de zorgverzekeraar tijdens het contracteringsproces*

	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
(Helemaal) Oneens	42%	21%
Niet eens, niet oneens	16%	29%
(Helemaal) Eens	42%	50%
Geen mening/N.v.t.	-	-
<i>N</i>	19	24

\* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.3 *Mijn organisatie is tevreden over de ruimte die er was om met de zorgverzekeraar te onderhandelen*

	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
(Helemaal) Oneens	47%	25%
Niet eens, niet oneens	26%	29%
(Helemaal) Eens	26%	46%
Geen mening/N.v.t.	-	-
<i>N</i>	19	24

\* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.4 *Over het algemeen is mijn organisatie tevreden over het contracteringsproces*

	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
(Helemaal) Oneens	47%	17%
Niet eens, niet oneens	11%	21%
(Helemaal) Eens	42%	63%
Geen mening/N.v.t.	-	-
<i>N</i>	19	24

\* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn



## Ketenzorgprogramma's: tevredenheid

Tabel B.5 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma diabetes

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	6%
Neutraal	29%
(Helemaal) Eens	65%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.6 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma diabetes

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	18%
Neutraal	12%
(Helemaal) Eens	65%
Geen mening	6%
<i>N</i>	17

Tabel B.7 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	35%
(Helemaal) Eens	65%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.8 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	24%
(Helemaal) Eens	77%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.9 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma COPD

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	13%
Neutraal	27%
(Helemaal) Eens	60%
Geen mening	-
<i>N</i>	15

Tabel B.10 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma COPD

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	27%
(Helemaal) Eens	67%
Geen mening	7%
<i>N</i>	15

Tabel B.11 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma COPD

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	40%
(Helemaal) Eens	60%
Geen mening	-
<i>N</i>	15

Tabel B.12 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma COPD

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	40%
(Helemaal) Eens	60%
Geen mening	-
<i>N</i>	15

Tabel B.13 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma HVZ

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	18%
Neutraal	24%
(Helemaal) Eens	59%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.14 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma HVZ

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	24%
(Helemaal) Eens	71%
Geen mening	6%
<i>N</i>	17

Tabel B.15 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma HVZ

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	35%
(Helemaal) Eens	65%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.16 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma HVZ

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	6%
Neutraal	41%
(Helemaal) Eens	53%
Geen mening	-
<i>N</i>	17

Tabel B.17 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma VVR

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	17%
Neutraal	28%
(Helemaal) Eens	56%
Geen mening	-
<i>N</i>	18

Tabel B.18 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma VVR

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	28%
Neutraal	11%
(Helemaal) Eens	56%
Geen mening	6%
<i>N</i>	18

Tabel B.19 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma VVR

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	11%
Neutraal	33%
(Helemaal) Eens	56%
Geen mening	-
<i>N</i>	18

Tabel B.20 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma VVR

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	22%
Neutraal	33%
(Helemaal) Eens	44%
Geen mening	-
<i>N</i>	18

Tabel B.21 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma astma

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	8%
Neutraal	33%
(Helemaal) Eens	58%
Geen mening	-
<i>N</i>	12

Tabel B.22 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma astma

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	25%
(Helemaal) Eens	75%
Geen mening	-
<i>N</i>	12

Tabel B.23 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma astma

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	50%
(Helemaal) Eens	50%
Geen mening	-
<i>N</i>	12

Tabel B.24 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma astma

	Organisaties met een ketenzorgcontract
(Helemaal) Oneens	-
Neutraal	42%
(Helemaal) Eens	58%
Geen mening	-
<i>N</i>	12