



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

**Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op
onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars**
De resultaten van een enquête over de contractering voor 2015

Stef Bouwhuis
Judith D. de Jong

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-314-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 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.

Samenvatting

Dit rapport geeft zicht op de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de contractering met zorgverzekeraars. Het betreft de contracten van 2015. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van InEen. In dit onderzoek zijn zowel de ervaringen rondom het contracteren van ketenzorgcontracten als rondom het contracteren van de module Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ-module) bevestigd.

Ketenzorgcontracten kunnen zowel door zorggroepen als gezondheidscentra afgesloten worden. GEZ-modules worden alleen afgesloten door gezondheidscentra.

Spelregels en Bestuurlijk Akkoord

De ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra zijn in kaart gebracht in het licht van de spelregels voor contractering van zorggroepen en het Bestuurlijk Akkoord. De spelregels zijn opgesteld door InEen om de contractering van zorggroepen soepeler te laten verlopen. Deze spelregels zijn door twee zorgverzekeraars ondertekend en richten zich op het proces van contractering, de inhoud van contracten en de financiële aspecten van contractering.

Het Bestuurlijk 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.

Spelregels worden niet altijd nageleefd

Vooral spelregels rondom het contracteringsproces worden in veel gevallen niet nageleefd. Zo worden de verschillende stappen in het contracteringsproces te laat gezet en is er niet altijd ruimte om te onderhandelen over de inhoud van het contract. Ongeveer 50% van de respondenten is dan ook ontevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2015.

De spelregels over de inhoud van de contracten worden beter nageleefd. Zo is de inhoud van veel contracten gebaseerd op de Zorgstandaard en de Kritische Kwaliteitskenmerken van InEen. Ongeveer 60% van de respondenten is dan ook tevreden over de kwaliteitsafspraken in de ketenzorgcontracten. Ongeveer 50% van de respondenten is tevreden over de afspraken over tarieven in de ketenzorgcontracten. Het percentage gezondheidscentra dat tevreden is over de tarieven in de GEZ-module ligt lager: ongeveer 30% is tevreden. Sommige spelregels over de financiële aspecten van de contractering worden wel nageleefd, andere niet. Zo is er dit jaar weinig ruimte voor zorggroepen en gezondheidscentra om financiële reserves op te bouwen. Aan de andere kant is de contractduur dit jaar gemiddeld iets langer dan vorig jaar.

Invloed van de spelregels

Vorig jaar handelden zorgverzekeraars die de spelregels ondertekend hadden vaker in overeenstemming met die spelregels dan zorgverzekeraars die dat niet gedaan hadden. Dit jaar zien we dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft niet altijd vaker ervaren dat zijn zorgverzekeraar meer in overeenstemming met deze spelregels handelt. In sommige gevallen handelen zorgverzekeraars die de spelregels *niet* ondertekend hebben juist meer in overeenstemming met die spelregels.

Financiële zorgen

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat er tussen 2015 en 2017 per jaar ruimte is voor een groei van het budgettaire kader van 2,5%, waarvan 1% voor reguliere groei en 1,5% voor substitutie, vernieuwing en uitkomstbeloning.

Zorggroepen en gezondheidscentra geven aan dat in de meerderheid van de ketenzorgcontracten er geen ruimte was voor het indexeren van de tarieven (reguliere groei). Over het algemeen liggen de tarieven in de ketenzorgcontracten dan ook lager dan vorig jaar, volgens zorggroepen en gezondheidscentra. In de GEZ-modules zijn de tarieven vaak gelijk aan vorig jaar. De afgesproken indexering lijkt dus niet door het verhogen van de tarieven tot stand te zijn gekomen.

Vooraf gezondheidscentra maken zich zorgen over hun toekomst (80%). De belangrijkste reden hiervoor is de ontwikkeling van de GEZ-tarieven. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat in de (nabije) toekomst de GEZ-module afgeschaft zal worden, en het voor veel gezondheidscentra nog niet duidelijk is wat er ter vervanging zal komen. Daarnaast zijn veel gezondheidscentra ontevreden over de hoogte van de tarieven in de GEZ-module. Van de zorggroepen maakt ongeveer de helft zich zorgen over het voortbestaan. Ongeveer de helft van die zorggroepen wijdt dit aan de ontwikkeling van de ketenzorgtarieven.

Beperkte aandacht voor substitutie

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds contractuele afspraken maken over hoe substitutie vorm dient te krijgen. Dit gebeurt, net als vorig jaar, volgens ongeveer de helft van de respondenten. Dat dit percentage gelijk is aan vorig jaar wijst erop dat de aandacht voor substitutie in de contracten niet toegenomen is.

Uitkomstbeloning: evenveel bonus als malus

Een deel van de groei ruimte van het budgettaire kader is bestemd voor uitkomstbeloning, zo is afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord. In 40% van de contracten is uitkomstbeloning echter niet gebaseerd op een bonussysteem, maar op een malussysteem. In een malussysteem gaan zorggroepen en gezondheidscentra die niet voldoen aan de prestatie-indicatoren er over het algemeen financieel op achteruit. De beloning van uitkomsten is in ook 40% van de contracten gebaseerd op een bonussysteem.

Innovatie

Ongeveer twee derde van de respondenten geeft aan afspraken gemaakt te hebben over innovatie. Het vaakst worden afspraken gemaakt over ouderenzorg. Een kwart van de

respondenten is tevreden over de tarieven voor innovatie. Ongeveer een vijfde is hierover ontevreden. De respondenten geven aan dat de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie dit jaar hoger is dan vorig jaar.

Toepassing van dit onderzoek

Dit onderzoek geeft een beeld van hoe zorggroepen en gezondheidscentra de contractering voor de contracten in 2015 hebben ervaren. InEen kan de resultaten gebruiken om samen met zorgverzekeraars te bekijken hoe ze de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra beter te laten 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.

Aandachtspunten

Voor een aantal opvallende resultaten van dit onderzoek is verdere aandacht wenselijk:

- De aandacht voor substitutie is dit jaar niet toegenomen, ondanks dat het een belangrijk onderwerp is in het Bestuurlijk Akkoord. Waarom zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds niet tot afspraken over substitutie kunnen komen zou verder bekeken moeten worden.
- De helft van de zorggroepen en 80% van de gezondheidscentra maakt zich zorgen over het voortbestaan van de organisatie. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de mate waarin zij risico's durven te nemen en innoveren. Inzicht in de oorzaken en gevolgen van deze zorgen ontbreekt. Het is wenselijk dat hier meer onderzoek naar gedaan wordt.
- Uit dit onderzoek blijkt dat de onderhandelingsruimte door zorggroepen en gezondheidscentra als beperkt wordt ervaren. Het is niet bekend wat de oorzaak en het gevolg hiervan is. Mogelijke gevolgen zijn onder andere een verstoorde relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en verschillen in tarief- en volumeafspraken die niet gebaseerd zijn op verschillen in zorgvraag. Het is echter onbekend of deze gevolgen optreden. Het is belangrijk om hier onderzoek naar te doen om de gevolgen ervan in kaart te brengen.
- De tijdigheid tijdens de contractering is net als vorig een knelpunt. Dit jaar is een mogelijke verklaring de verlate publicatie van beleidsregels door de NZa. Het gevolg is dat de contractering in veel gevallen niet voor het eind van 2014 was afgerond. Hierdoor moesten zorggroepen en gezondheidscentra werken zonder (volg)contract. Dit kan leiden tot onzekerheid bij zorggroepen en gezondheidscentra. Het is dus belangrijk dat er blijvend aandacht is voor de tijdigheid van het contracteringsproces.

De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een online vragenlijst die tussen 10 februari en 11 maart 2015 is ingevuld door 51 zorggroepen (respons 65%), 36 gezondheidscentra (respons 58%) en 4 organisaties die beiden zijn (respons 80%). Van 1 organisatie was onbekend of het een zorggroep of gezondheidscentrum betrof. Alleen zorggroepen en gezondheidscentra 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 vier grootste zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid gehad om tijdens een bijeenkomst thema's voor de vragenlijst aan te dragen.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	8
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 Dit onderzoek	11
1.4.1 Vorige enquête	11
1.4.2 Doel en hoofdvraag	12
1.5 Leeswijzer	13
2 Het contracteringsproces	14
2.1 Tevredenheid	14
2.2 Ruimte voor onderhandelingen	15
2.3 Inhoud van onderhandelingen	16
2.4 Tijdigheid	17
2.5 Communicatie	18
2.6 Volgen door verre verzekeraars	21
3 De inhoud van contracten	23
3.1 Ketenzorgcontracten	23
3.1.1 Tevredenheid	24
3.1.2 Tarieven en volumes	25
3.1.3 Kwaliteit	29
3.2 GEZ-modules	31
3.2.1 Tevredenheid	32
3.2.2 Tarieven en volumes	32
3.3 Belonen van uitkomsten	34
3.3.1 Tarieven en volumes	35
3.3.2 Tevredenheid	36
3.4 Innovatie en zorgvernieuwing	37
3.4.1 Tevredenheid	37
3.4.2 Tarieven en volumes	38
4 De financiële aspecten van contractering	39
4.1 Zorgen om voortbestaan	39
4.2 Financiële transparantie	40
4.3 Reserves	42
4.4 Contractduur	44
4.5 Dubbelloop en substitutie	45

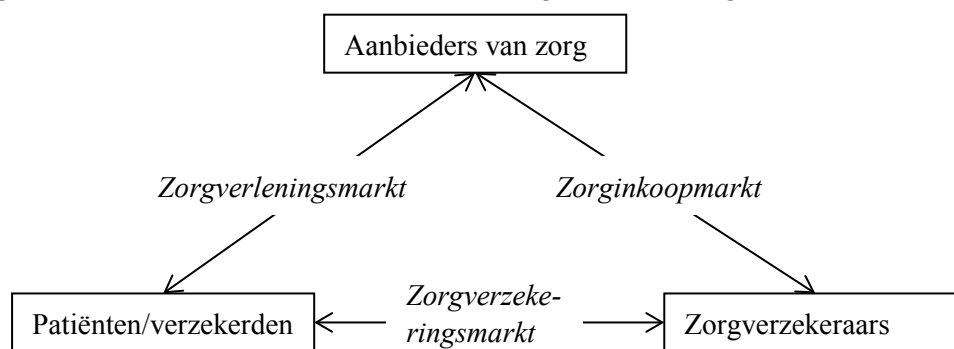
5 Conclusie	48
5.1 Contractering verloopt niet altijd volgens spelregels	48
5.2 Contractering is minder tijdig verlopen dan vorig jaar, minder eenjarige contracten	49
5.3 Bestuurlijk Akkoord biedt ruimte voor interpretatie	49
5.4 Zorggroepen zijn over het algemeen meer tevreden dan gezondheidscentra	50
5.5 Aandachtspunten	51
 6 Methodologische verantwoording	 52
6.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst	52
6.1.1 Vergelijking met de vragenlijst in 2013-2014	52
6.1.2 Input van zorgverzekeraars	52
6.1.3 Inhoud van de vragenlijst	53
6.2 Verzending en respons	53
6.3 Analyse	54
6.4 Achtergrondkenmerken van respondenten	55
6.4.1 Soort organisatie	55
6.4.2 Zorggroepen	55
6.4.3 Gezondheidscentra	57
6.4.4 Bekendheid met spelregels en bestuurlijk akkoord	59
6.4.5 Rol tijdens onderhandelingen	60
6.5 Opmerkingen van respondenten over vragenlijst	60
 Literatuur	 61
 Bijlagen	 62
 Bijlage 1: De spelregels voor contractering van zorggroepen	 62
 Bijlage 2: Overzicht van tabellen	 65

1 Inleiding

1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel

Sinds de jaren 1990 vindt er in het Nederlandse zorgstelsel een verschuiving plaats van aanbodsturing naar vraagsturing (Bartholomée & Maarse, 2006; Schäfer et al., 2010; Schut & 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

Zorgverzekeraars spelen, als derde partij tussen verzekerden/patiënten en zorgaanbieders een pivotale rol (Van de Ven, 1987). Zorgverzekeraars kopen zorg in en kunnen op basis van het ingekochte zorgaanbod polissen aanbieden waarmee ze concurreren om verzekerden.

Op de zorginkoopmarkt spelen contracten een belangrijke rol. Sinds de jaren 1990 is het verzekeraars in Nederland toegestaan selectief te contracteren (Bartholomée & Maarse, 2006). Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders hoeven te contracteren. 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).

Contractering heeft niet alleen potentieel positieve gevolgen, maar kan ook negatieve gevolgen hebben. Een aantal auteurs heeft gewezen op de toegenomen transactiekosten door een sterkere nadruk op contractering, waardoor eventuele kostenbesparingen bij het leveren van zorg teniet worden gedaan (Ashton, Cumming, & McLean, 2004; Light, 1997). Daarnaast lijkt een sterkere nadruk op contractering ook de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder druk te zetten. Organisaties die zorg inkopen geven aan terughoudend te zijn met selectief contracteren, vanwege de angst voor de gevolgen ervan voor hun reputatie bij zorgaanbieders en patiënten (Ashton et al., 2004; Boonen & Schut, 2010). Daarnaast blijkt uit onderzoek onder inkopers dat ook de onderhandelingen zelf de relatie met een zorgaanbieder kunnen schaden, vooral als jaarlijks gecontracteerd wordt en er sprake lijkt te zijn van voortdurende, oneindige onderhandelingen met een zorgaanbieder (Willcox, 2005).

1.2 Zorggroepen en gezondheidscentra

Zorgverzekeraars sluiten contracten af met verschillende zorgaanbieders, waaronder zorggroepen en gezondheidscentra. Zorggroepen zijn organisaties waarin zorgaanbieders, vooral huisartsen, zijn verenigd. Zij sluiten contracten af met zorgverzekeraars voor de levering van multidisciplinaire en geïntegreerde zorg voor bepaalde aandoeningen in een bepaalde regio (Til, Wildt, & Struijs, 2010). Op hun beurt sluiten zorggroepen contracten met individuele zorgaanbieders, zoals huisartsen, voor de levering van zorg (Til et al., 2010; Van Dijk, Swinkels, Lugt, & Korevaar, 2011). Sinds 2005 bestaan er zorggroepen in Nederland. In eerste instantie richtten tien zogenaamde koplopers zich op het aanbieden van diabeteszorg, gebaseerd op een zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie. Sinds 2007 heeft het aantal zorggroepen, als gevolg van een experiment op het gebied van integrale bekostiging van diabeteszorg via keten-DBC's, een vlucht genomen (Til et al., 2010). Op dit moment wordt Nederland vrijwel helemaal gedekt door ongeveer 100 zorggroepen die voor minimaal één zorgprogramma een contract afsluiten met de preferente verzekeraar in hun regio. Zorggroepen kunnen contracten afsluiten voor het leveren van diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement (CVRM), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) zorg en zorg voor astma.

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 & Kalf, 2010). Het aantal gezondheidscentra ligt tussen de 150 en 200.

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 GEZ-modules die gebaseerd waren op de beleidsregel Samenwerking ten

behoefte van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten van de NZa. Per 2015 bestaat deze beleidsregel echter niet meer. Vooralsnog bestaat de GEZ-module nog wel, maar het is onduidelijk voor hoe lang en waardoor het vervangen zal worden.

1.3 De contractering van zorggroepen en gezondheidscentra

Zorggroepen en gezondheidscentra kunnen contracten afsluiten met zorgverzekeraars. Voor zorggroepen zijn de contracten voor ketenzorg belangrijk. Zij kunnen contracten afsluiten voor ketenzorg voor diabetes, COPD, CVRM en astma. Gezondheidscentra kunnen ook ketenzorgcontracten afsluiten. Daarnaast kunnen zij een contract afsluiten voor de eerder genoemde GEZ-module.

Uit enquêtes van InEen is een aantal knelpunten rondom de contractering van zorggroepen naar voren gekomen. InEen is de vereniging voor de georganiseerde eerste lijn en zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken. 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. Knelpunten die uit deze enquêtes naar voren komen zijn vooral de eenzijdigheid waarmee zorgverzekeraars een format opleggen aan zorggroepen, de korte contractduur en de vereiste openheid die door zorggroepen gegeven moet worden voordat een verzekeraar wil onderhandelen.

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

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

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

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

De verwachting is dat ook gezondheidscentra knelpunten ervaren tijdens de contractering. Gezondheidscentra zijn over het algemeen kleiner dan zorggroepen. Uit onderzoek blijkt dat kleinere organisaties minder hulpmiddelen hebben om te contracteren (Ginsberg & Sheridan, 2001). Dit kan gevolgen hebben voor de mate waarin zij knelpunten ervaren tijdens de contractering. Daarnaast kan de onzekerheid over de toekomst van de GEZ-module leiden tot knelpunten tijdens de contractering.

1.4 Dit onderzoek

In 2013-2014 heeft het NIVEL in opdracht van InEen onderzocht hoe zorggroepen de contractering voor de contracten in 2014 hebben ervaren. Uit dit onderzoek bleek dat de contractering van zorggroepen in 2013 op punten afweek van de spelregels zoals opgesteld door InEen (Bouwhuis & De Jong, 2014). Afwijkingen werden vooral gevonden voor het contracteringsproces. De richtlijnen in de spelregels over tijdigheid van contractering werden vaak niet gehaald, net als de spelregel voor tijdigheid van communicatie door de zorgverzekeraar. Ook had geen enkel contract de gewenste contractduur van 3 jaar.

InEen heeft het NIVEL gevraagd de ervaringen van zorggroepen met de contractering ook te onderzoeken voor de contracten in 2015. Ditmaal is het NIVEL gevraagd ook gezondheidscentra te bevragen over hun ervaringen tijdens de contractering, omdat de verwachting is dat ook gezondheidscentra knelpunten ervaren. Het is belangrijk dat meer inzicht verkregen wordt in de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra. In Nederland is 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.

1.4.1 Vorige enquête

Het uitgangspunt voor het onderzoek naar de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra tijdens de contractering voor de contracten voor 2015 was de vragenlijst die ontwikkeld is in 2013-2014. Deze vragenlijst was gebaseerd op de spelregels voor contractering, zoals deze zijn ontwikkeld door InEen (zie bijlage 1). Ook voor de vragenlijst in 2015 zijn deze spelregels dus een belangrijke basis. In 2015 worden naast zorggroepen ook gezondheidscentra bevraagd.

Daarnaast zijn vragen toegevoegd met betrekking tot de afspraken gemaakt in de Bestuurlijke Akkoorden die in juli 2013 en de zomer van 2014 zijn overeengekomen door de LHV, InEen (LOK, LVG en VHN), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. De akkoorden bevatten afspraken over de bekostiging 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. Sinds 1 januari 2015 wordt de bekostiging van eerstelijns zorg geregeld via drie segmenten, op basis van de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord. Via het eerste segment wordt de basishuisartsenzorg gefinancierd. De belangrijkste instrumenten hiervoor in dit segment zijn de consult-

tarieven en de inschrijftarieven. Via het tweede segment wordt multidisciplinaire samenwerking bij patiënten met één of meer chronische aandoeningen gefinancierd. Het derde segment is bedoeld om uitkomsten te belonen en vernieuwing te stimuleren. Bij InEen bestaat de impressie dat zorgverzekeraars enerzijds en zorggroepen en gezondheidscentra anderzijds deze akkoorden verschillend interpreteren. Dit heeft in de contractering mogelijk geleid tot knelpunten. Een van de knelpunten waarover InEen signalen ontvangt, is dat er vaker sprake lijkt te zijn van een ‘malussysteem’ waar volgens InEen sprake van een ‘bonussysteem’ zou moeten zijn. In een bonussysteem ontvangen goed presterende zorggroepen en gezondheidscentra extra financiering zonder dat dit ten koste gaat van de financiering van andere zorggroepen en gezondheidscentra of van de financiering van het eerste of tweede segment. In een malussysteem gaan zorggroepen en gezondheidscentra die niet voldoen aan de streefwaarden van de prestatie-indicatoren er financieel op achteruit. Daarnaast zijn in de Bestuurlijke Akkoorden afspraken gemaakt over de groei van het budgettaire kader huisartsenzorg in 2015-2017 met 2,5% per jaar.² Extra groei voor substitutie is mogelijk als aangetoond kan worden dat er daadwerkelijk sprake is van substitutie. InEen constateert dat onder haar leden nu soms de perceptie heerst dat er juist gekort wordt in plaats van dat er ruimte is voor groei. Voor gezondheidscentra geldt dat InEen constateert dat zij veelal moeten inleveren ten opzichte van 2014 wat betreft de tarieven in de zogenaamde GEZ-modules. InEen is van mening dat dit niet in overeenstemming is met het Bestuurlijke Akkoord.

In het Bestuurlijke Akkoord is substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn ook een belangrijk onderwerp. Een deel van de afgesproken groei van het budgettaire kader huisartsenzorg is ten behoeve van substitutie. Het is volgens het Bestuurlijke Akkoord aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om nadere contractuele afspraken over substitutie te maken. InEen heeft signalen ontvangen dat het maken van deze afspraken moeizaam verloopt.

InEen heeft het NIVEL gevraagd om via deze vragenlijst te inventariseren of de signalen die zij ontvangen heeft met betrekking tot de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord breed leven.

1.4.2 Doel en hoofdvraag

Dit onderzoek bouwt voort op de enquêtes die sinds 2009 zijn uitgevoerd en het onderzoek naar de contractering van zorggroepen dat het NIVEL in 2013-2014 heeft uitgevoerd. Doel van dit onderzoek is om de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra wat betreft de contractering in 2014 voor de contracten in 2015 in kaart te brengen. Met de resultaten van dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de knelpunten die door zorggroepen en gezondheidscentra worden ervaren en op welke spelregels dit betrekking heeft. Daarnaast geven de resultaten inzicht in hoe zorggroepen en gezondheidscentra de contractering ervaren in het licht van de afspraken gemaakt in de Bestuurlijke Akkoorden. Waar mogelijk zal een vergelijking gemaakt worden met de resultaten van vorig jaar.

² Waarvan 1% voor reguliere groei en 1,5% voor substitutie, zorgvernieuwing en het belonen van uitkomsten.

De onderzoeksvraag luidt:

“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor de contracten voor 2015 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”

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

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

Contractering omvat dus niet alleen het proces (de onderhandelingen), maar ook de inhoud van de contracten. De resultaten in dit rapport geven het perspectief van de zorggroepen en gezondheidscentra weer, omdat ze gebaseerd zijn op een vragenlijst die onder hen is afgenomen (zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over de vragenlijst en de respons).

1.5 Leeswijzer

Dit rapport bevat tabellen en grafieken. Per grafiek is een korte conclusie geschreven, om de resultaten beter leesbaar en interpreteerbaar te maken. In het tweede hoofdstuk bespreken we de resultaten met betrekking tot het contracteringsproces. In het derde hoofdstuk volgt de inhoud van contracten en de rol die kwaliteit daarin speelt. In het vierde hoofdstuk komen de resultaten over de financiële aspecten van de contractering aan bod. In hoofdstuk 5 volgt de conclusie. In hoofdstuk 6, ten slotte, bespreken we de gebruikte methoden. In bijlage 1 is een overzicht van de spelregels opgenomen en in bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van tabellen waarop de grafieken gebaseerd zijn.

In hoofdstuk 2 tot en met 4 wordt waar mogelijk een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van het onderzoek dit jaar en de resultaten van het onderzoek vorig jaar. Vorig jaar zijn alleen zorggroepen ondervraagd. In de figuren in dit rapport zijn de antwoorden van zorggroepen gesplitst op basis van of de preferente zorgverzekeraar van een zorggroep de spelregels al dan niet ondertekend heeft. Een percentage voor alle zorggroepen tezamen is niet in de figuren opgenomen, om de leesbaarheid van de figuren te vergroten. In de begeleidende tekst bij de figuren worden deze percentages *wel* genoemd. Sommige percentages die in de tekst genoemd worden, zijn dus niet in de figuren terug te vinden. Deze percentages zijn wel opgenomen in de tabellen in bijlage 2.

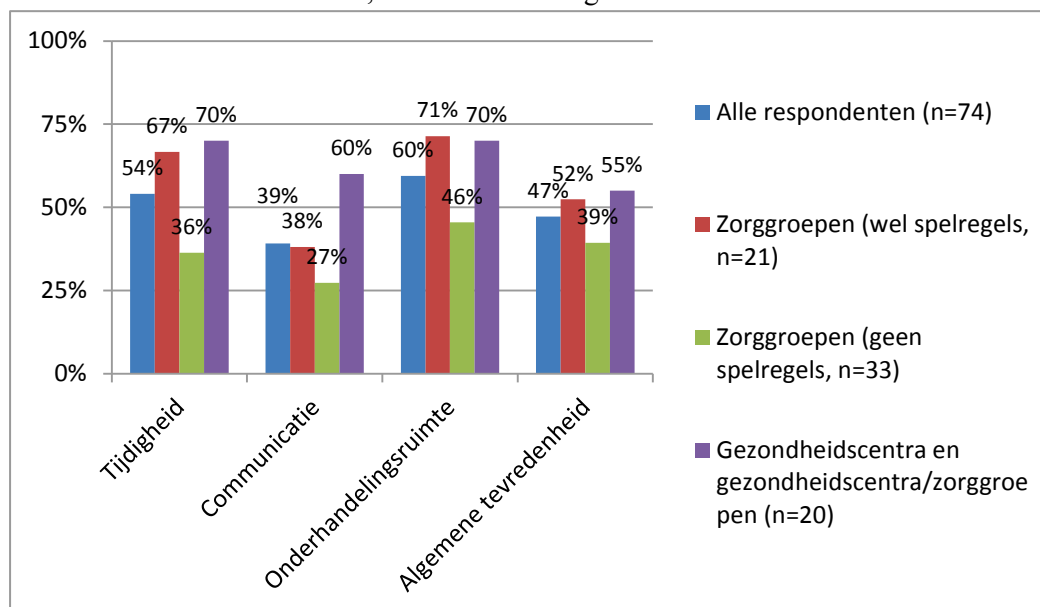
2 Het contracteringsproces

Ongeveer 30% van de zorggroepen en gezondheidscentra is tevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2015. Over het algemeen zijn zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft, het meest tevreden. De twee grootste knelpunten tijdens de contractering zijn volgens de respondenten de beperkte onderhandelingsruimte en de tijdigheid. In ruim de helft van de contracteringsprocessen was er volgens zorggroepen en gezondheidscentra geen ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in het contract. Dit kwam volgens hen vooral omdat zorgverzekeraars niet wilden onderhandelen. Daarnaast is dit contracteringsproces later op gang gekomen en afgerond dan het voorgaande contracteringsproces. Een mogelijke oorzaak van dit knelpunt is de verlate publicatie van de beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’ van de NZa.

2.1 Tevredenheid

Over het algemeen zijn zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft minder ontevreden over het onderhandelingsproces dan gezondheidscentra en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft (zie figuur 2.1.). De verwachting was dat de spelregels ertoe bij zouden dragen dat de tevredenheid onder zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraars ze ondertekend hebben hoger zou zijn. Dit blijkt niet het geval te zijn.

Figuur 2.1. Percentage respondenten dat ontevredenheid is met de tijdigheid, communicatie, en onderhandelingsruimte

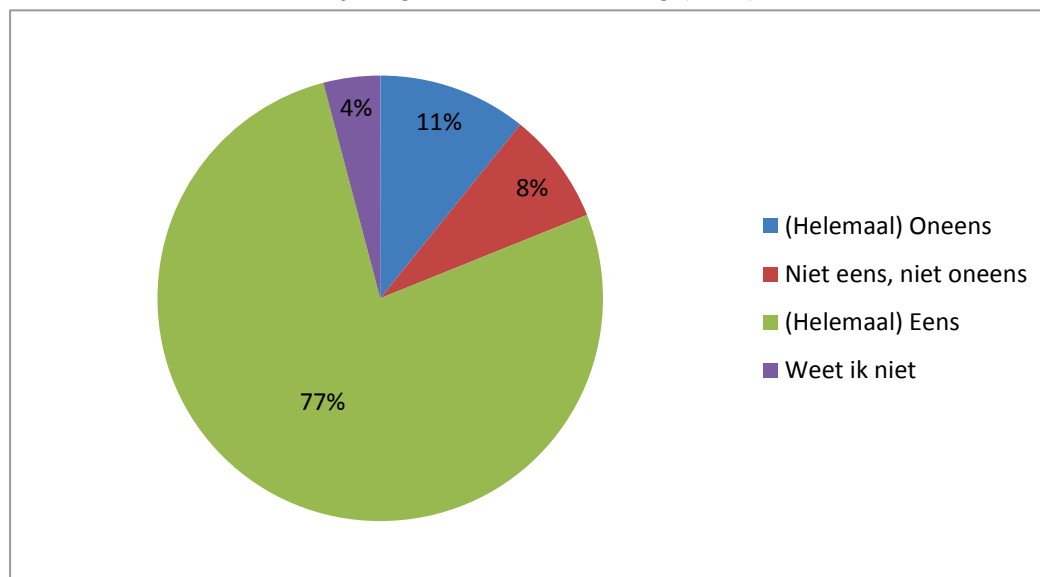


In figuur 2.1. is daarnaast te zien dat onder zowel zorggroepen als gezondheidscentra de ontevredenheid over de communicatie minder groot is dan de ontevredenheid over de tijdigheid van het contracteringsproces en de onderhandelingsruimte. Over het algemeen zijn grote zorggroepen minder ontevreden over de onderhandelingsruimte dan kleine zorggroepen. De ontevredenheid over de tijdigheid van het contracteringsproces hangt waarschijnlijk samen met de bevinding dat de contractering voor de contracten in 2015 laat op gang kwam en laat afgerond werd (zie paragraaf 2.4.).

2.2 Ruimte voor onderhandelingen

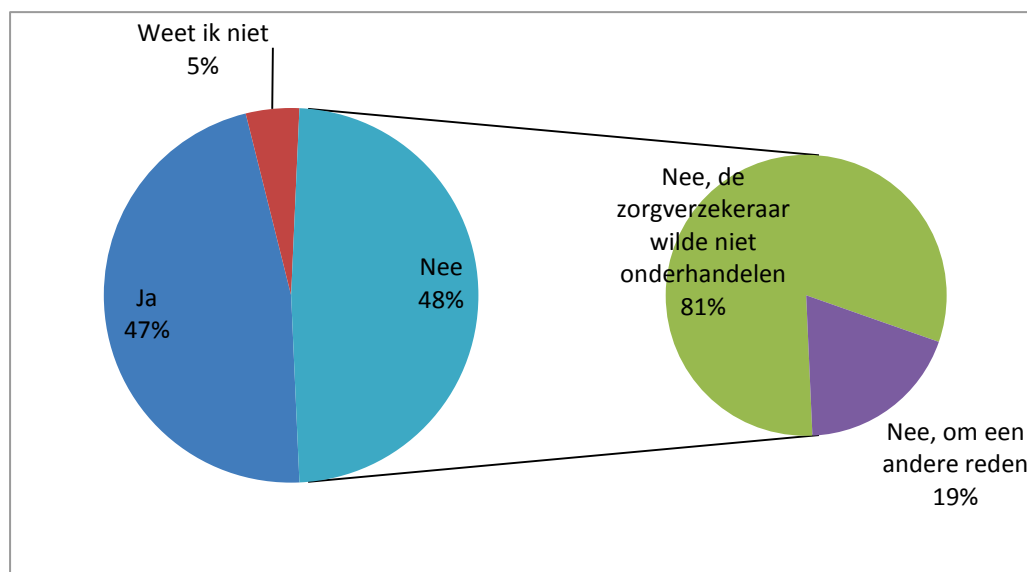
Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan dat zijn preferente zorgverzekeraar bereid was om de tafel te gaan zitten als de zorggroep of het gezondheidscentrum daarom vroeg (zie figuur 2.2.). Het beeld is vergelijkbaar voor zorggroepen en gezondheidscentra (zie bijlage 2, tabel 11).

Figuur 2.2. De zorgverzekeraar was bereid om met mijn organisatie om de tafel te zitten als mijn organisatie daarom vroeg (n=74)



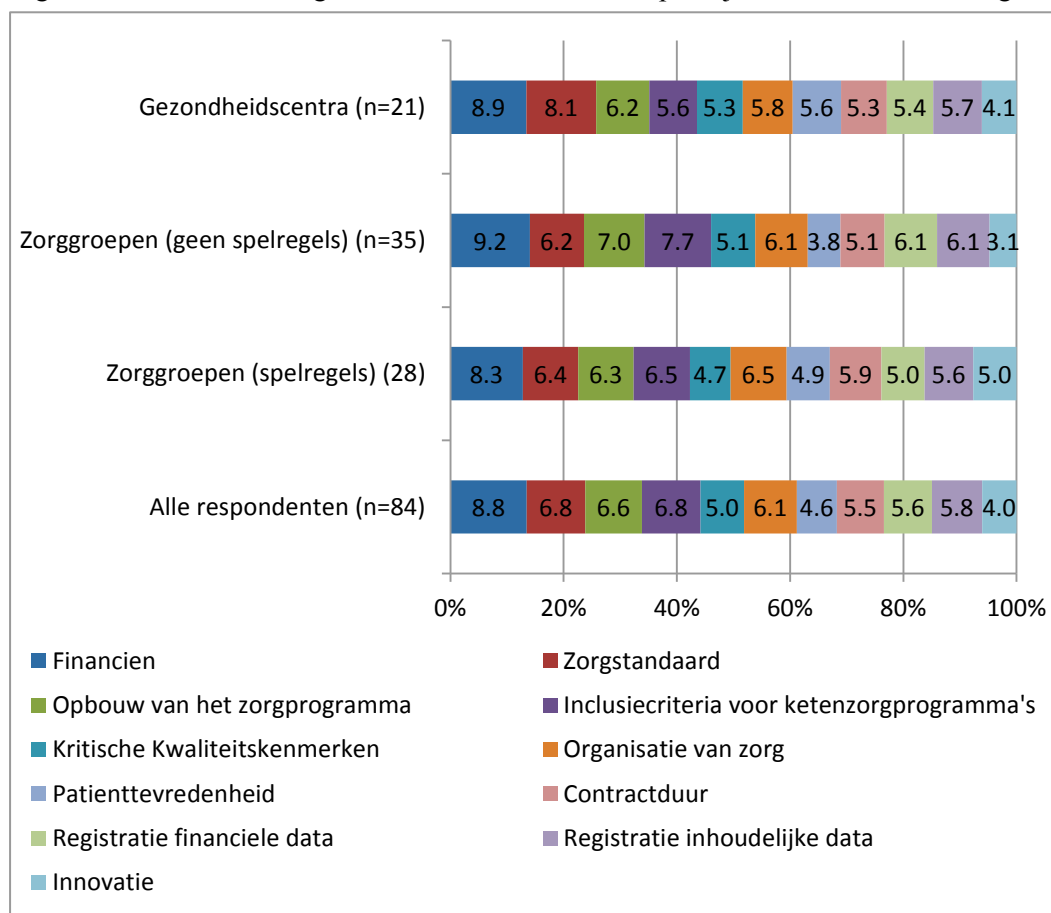
Het lijkt erop dat “om de tafel zitten” niet altijd inhoudt dat er ruimte is voor onderhandelingen over bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten. In figuur 2.3. is te zien dat respondenten over bijna de helft van de onderhandelingen zegt dat er geen ruimte was om te onderhandelen over bekostigingsafspraken. Van deze groep geeft meer dan 80% aan dat die ruimte er niet was omdat de zorgverzekeraar niet wilde onderhandelen. Het beeld is vergelijkbaar voor zorggroepen en gezondheidscentra (zie bijlage 2, tabel 14). Opvallend is wel dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft, vaker aangeven dat er tijdens de contractering ruimte was om te onderhandelen dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft (zie bijlage 2, tabel 14).

Figuur 2.3. Was er ruimte om te onderhandelen over bekostigingsafspraken? (N=109)



2.3 Inhoud van onderhandelingen

Figuur 2.4. Het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen

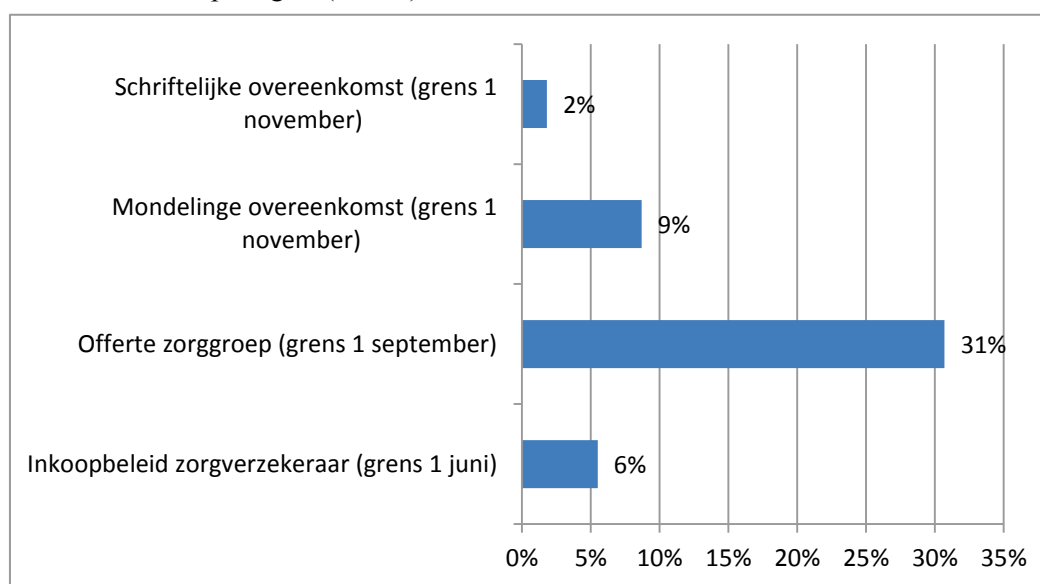


Over het algemeen zijn financiën het belangrijkste onderwerp tijdens onderhandelingen. Dit geldt zowel voor zorggroepen als voor gezondheidscentra (zie figuur 2.4). Financiën zijn relatief het belangrijkste in de onderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraars die de spelregels van InEen niet ondertekend hebben. Net als in de enquête vorig jaar zijn patiënttevredenheid en de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen relatief onbelangrijk tijdens de onderhandelingen. Opvallend is dat in de onderhandelingen tussen gezondheidscentra en zorgverzekeraars patiënttevredenheid belangrijker is dan in de onderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraars.

2.4 Tijdigheid

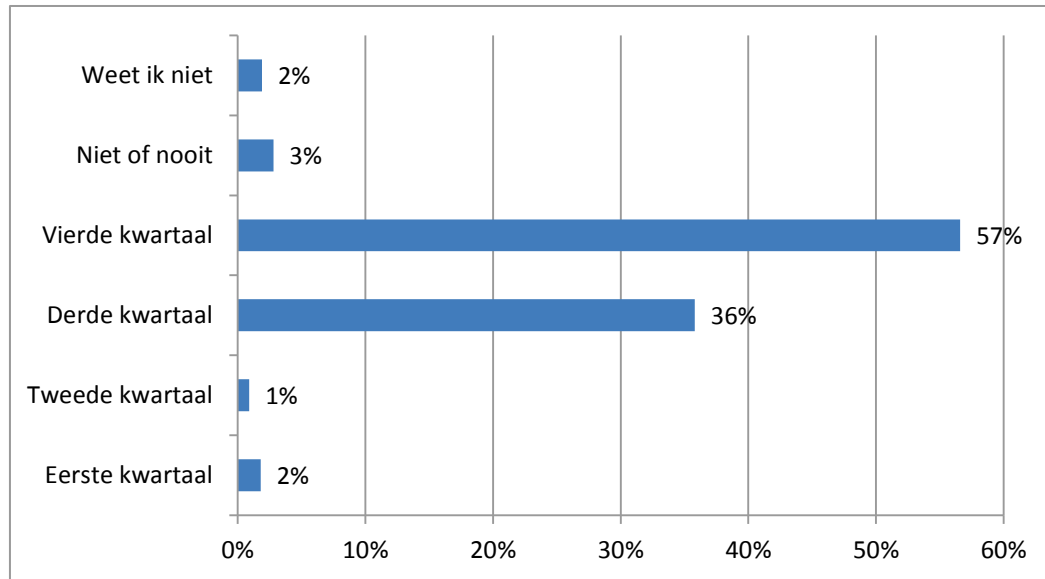
De contractering voor de contracten in 2015 is minder tijdig verlopen dan de contractering voor de contracten in 2014. De spelregels van InEen stellen 1 november als streefdatum voor het tekenen van ketenzorgcontracten (zie bijlage 1). Ongeveer 15% van de contracten voor 2014 werd voor 1 november 2013 getekend. Van de contracten voor 2015 is maar ongeveer 2% voor 1 november 2014 getekend (zie figuur 2.5). Dit kan een verklaring zijn voor waarom zorggroepen en gezondheidscentra relatief ontevreden zijn over de tijdigheid van contractering (zie paragraaf 2.1.).

Figuur 2.5 Percentage contracteringsprocessen waarin de stappen van het contracteringsproces gezet zijn vóór de datum die genoemd wordt in de spelregels (n=106)



Voor wanneer onderhandelingen zouden moeten starten is geen streefdatum opgenomen in de spelregels. Daarom is de start van deze stap in het contracteringsproces per kwartaal weergegeven. Meer dan de helft van de onderhandelingen voor de ketenzorgcontracten voor 2015 startte in het vierde kwartaal van 2014 (zie figuur 2.6). In vergelijking met vorig jaar zijn de onderhandelingen later gestart. Toen startten de meeste onderhandelingen namelijk in het derde kwartaal. Deze resultaten zijn vergelijkbaar voor zorggroepen en gezondheidscentra.

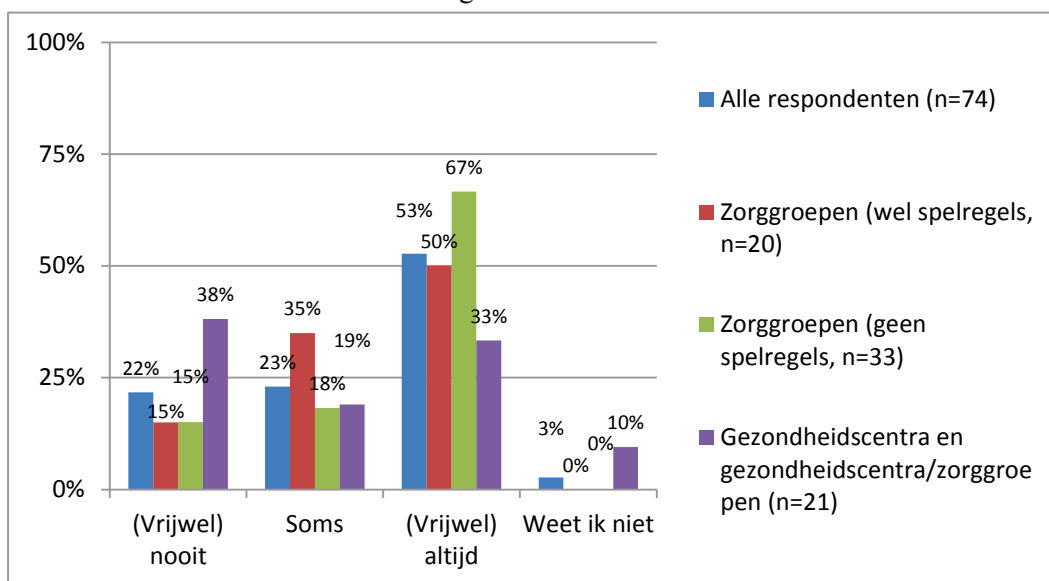
Figuur 2.6 Wanneer startten de onderhandelingen voor de contracten voor de ketenzorgprogramma's?



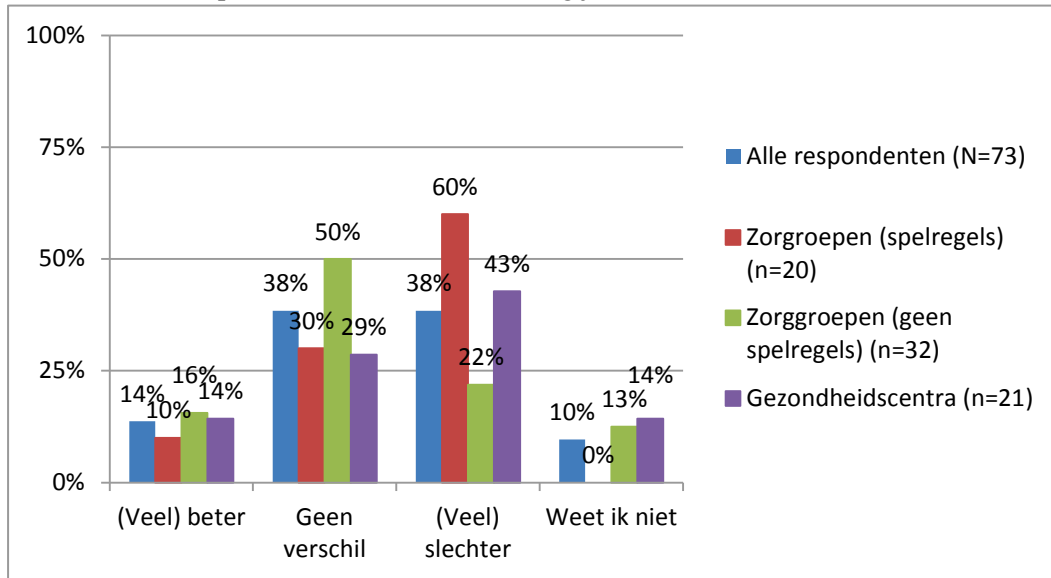
2.5 Communicatie

De spelregels geven aan dat zorgverzekeraars en zorggroepen gemotiveerd moeten reageren op elkaars voorstellen (zie bijlage 1). De helft van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar (vrijwel) altijd gemotiveerd reageert op zijn voorstellen (zie figuur 2.7). Dit percentage is onder zorggroepen hoger dan onder gezondheidscentra. Het percentage zorggroepen dat aangeeft dat hun preferente zorgverzekeraar (vrijwel) altijd gemotiveerd reageert is iets hoger dan vorig jaar (toen 55%).

Figuur 2.7 In welke mate reageerde uw preferente zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?



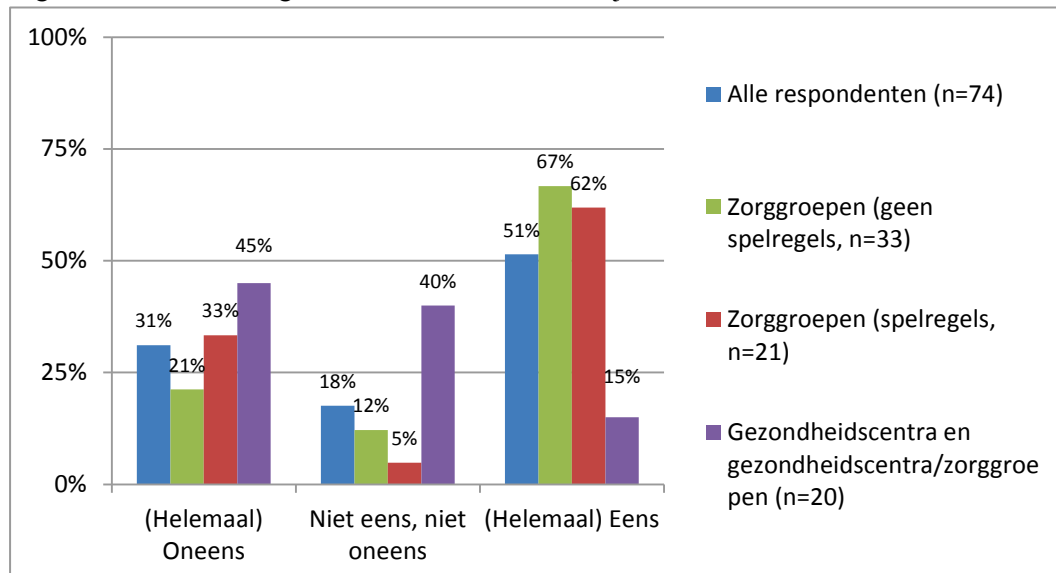
Figuur 2.8 Hoe verhoudt de motivatie van uw preferente zorgverzekeraar zich ten opzichte van de motivatie vorig jaar?



Ruim een derde van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar minder goed gemotiveerd reageert dan vorig jaar (zie figuur 2.8). Dit geldt vooral voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft (60%).

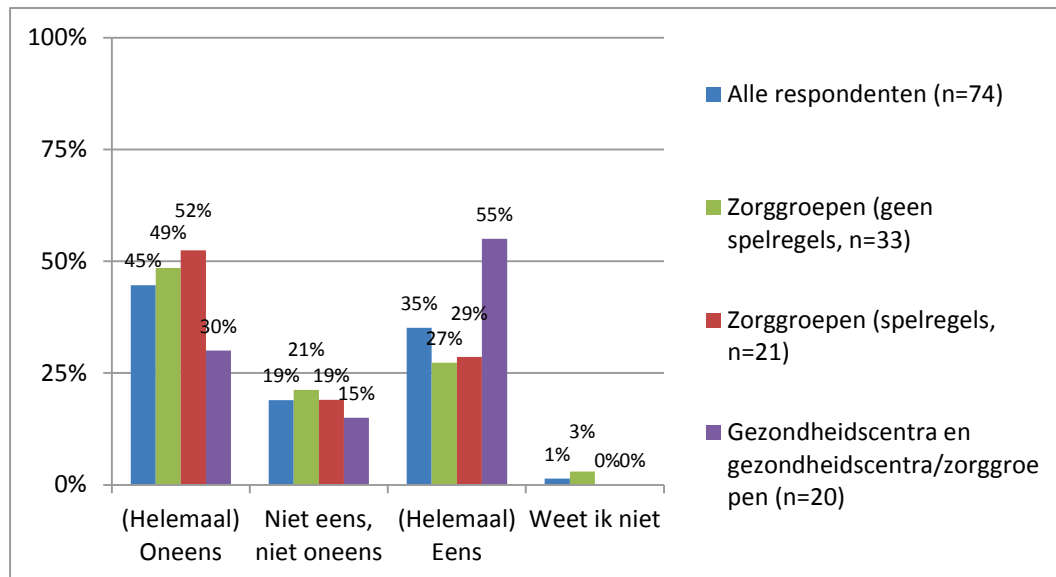
Om meer inzicht te krijgen in de communicatie tijdens het onderhandelingsproces is ook gevraagd naar de mate waarin respondenten ervaren dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert en naar de continuïteit in de contacten.

Figuur 2.9 De zorgverzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen



Van alle respondenten geeft ongeveer de helft aan dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert (zie figuur 2.9). Zorggroepen geven vaker aan dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert dan gezondheidscentra en gezondheidscentra/zorggroepen. Grote zorggroepen geven vaker aan dat de preferente zorgverzekeraar naar hen luistert dan kleine zorggroepen. Het percentage zorggroepen dat aangeeft dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert ligt iets hoger dan vorig jaar.

Figuur 2.10 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar

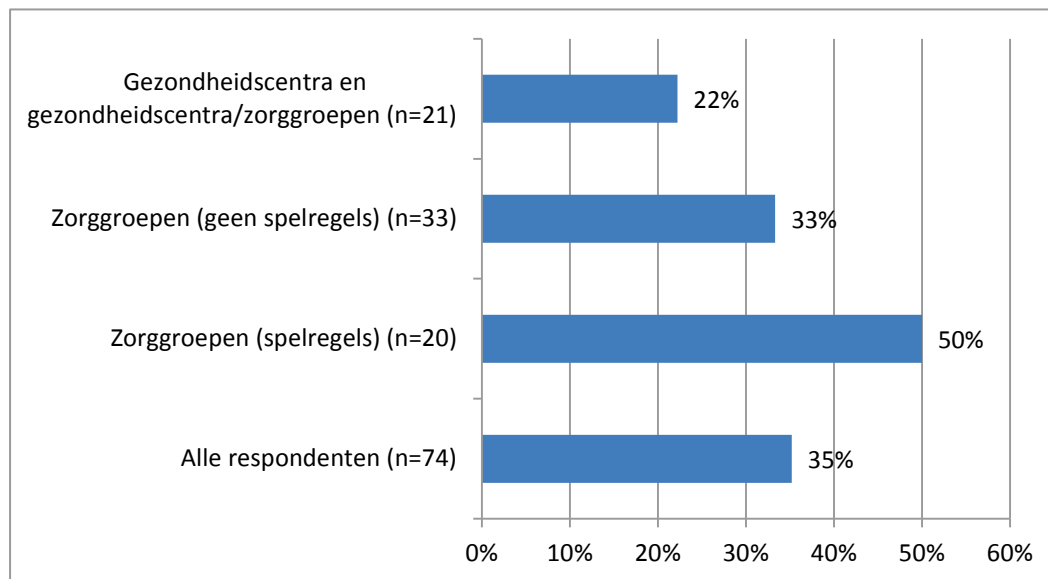


Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar te missen (zie figuur 2.10). Dit percentage is veel lager bij zorggroepen dan bij gezondheidscentra en gezondheidscentra/zorggroepen. Dit jaar missen iets minder zorggroepen continuïteit in de contacten met zorgverzekeraars dan vorig jaar.

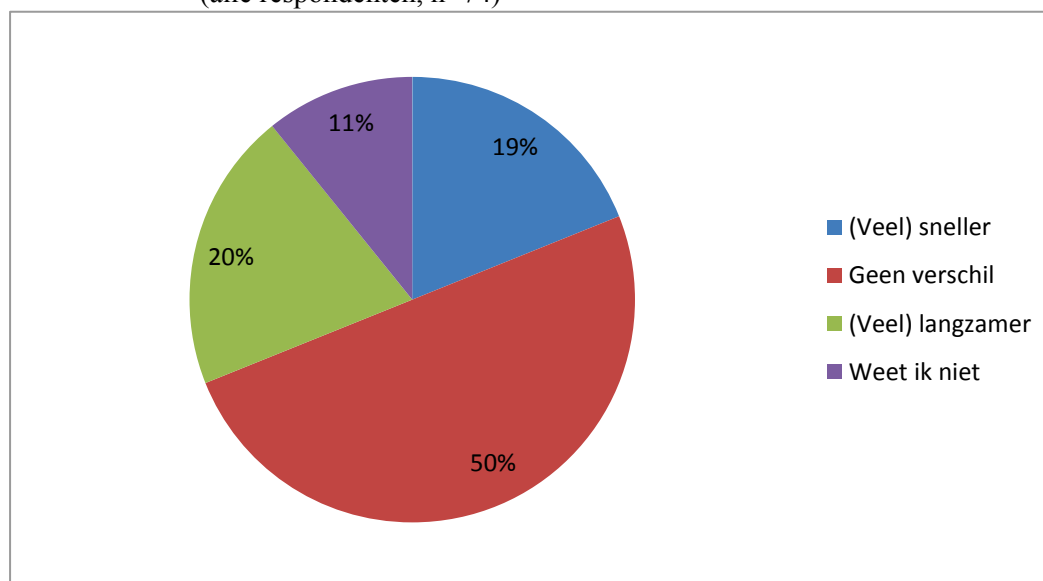
Naast de inhoud van reacties geven de spelregels ook een richtlijn voor de tijdigheid van reacties: zorgverzekeraars en zorggroepen dienen binnen twee weken op elkaars voorstellen te reageren. Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar over het algemeen binnen twee weken reageert op zijn voorstellen (zie figuur 2.11). Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft, geven relatief het vaakst aan dat hun preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert.

In vergelijking met het onderzoek vorig jaar is het percentage zorggroepen dat aangeeft dat hun preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert gedaald van 50% naar 40% (zie tabel 4 in bijlage 2). Dit is opvallend, omdat uit figuur 2.12 blijkt dat het percentage respondenten dat aangeeft dat zijn preferente zorgverzekeraar dit jaar minder snel reageert ongeveer even groot als het percentage dat aangeeft dat zijn verzekeraar juist sneller reageert. Het overgrote deel geeft aan geen verschil ervaren te hebben tussen de contractering voor 2015 en de contractering voor 2014. Hierin is nauwelijks een verschil te zien tussen zorggroepen en gezondheidscentra.

Figuur 2.11 Percentage respondentent dat aangeeft dat zijn preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert op zijn voorstellen



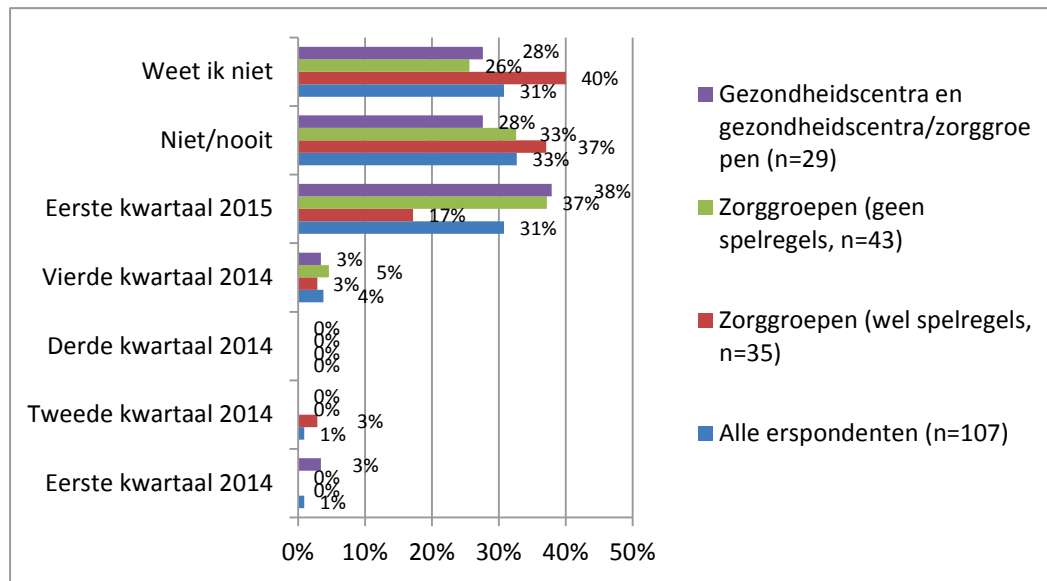
Figuur 2.12 In welke mate verschilde de tijdigheid van de zorgverzekeraar voor de contractering in 2015 met de tijdigheid voor de contractering in 2014? (alle respondentent, n=74)



2.6 Volgen door verre verzekeraars

In de spelregels wordt gesteld dat zorgverzekeraars die het contract met de preferente zorgverzekeraar willen volgen, dit voor 15 december moeten laten weten aan de betreffende zorggroep.

Figuur 2.13 Niet-preferente zorgverzekeraars lieten weten het contract met de preferente zorgverzekeraar te zullen volgen



In 3% van de contracteringsprocessen hebben verre verzekeraars in het vierde kwartaal van 2014 laten weten het contract met de preferente zorgverzekeraar te volgen (zie figuur 2.13). In een derde van de contracteringsprocessen gebeurde dit in het eerste kwartaal van 2015, in nog eens een derde van de processen gebeurde dit niet of nooit. Dit is niet vreemd, aangezien slechts 2% van de contracten voor de grens van 1 november afgesloten was (zie figuur 2.5). In de periode waarin de vragenlijst is ingevuld, februari 2015, was er voor een groot deel van de zorggroepen en gezondheidscentra dus nog onduidelijkheid over het volgebeleid van hun verre verzekeraars.

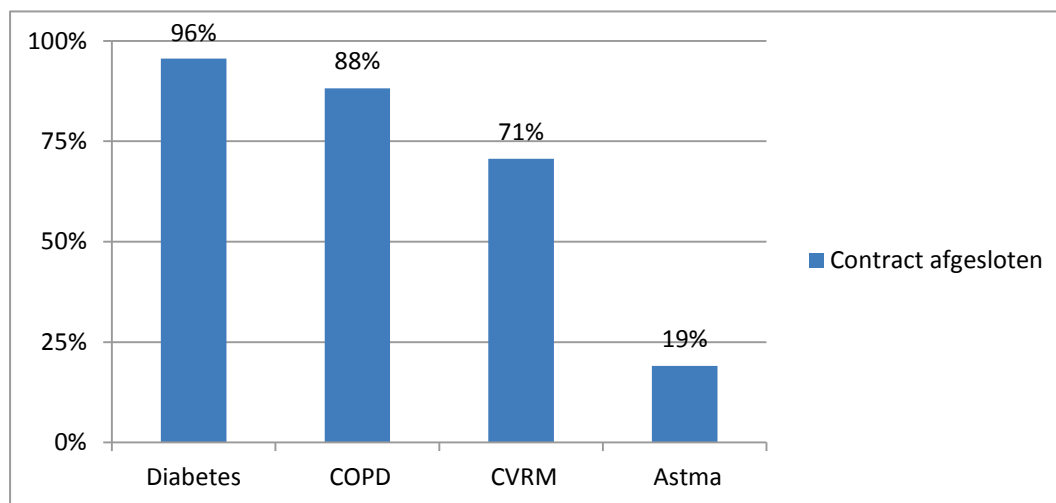
3 De inhoud van contracten

Het meest afgesloten ketenzorgcontract is voor diabeteszorg. Zorggroepen en gezondheidscentra zijn echter over het algemeen het meest tevreden over het contract voor astmazorg. Vrijwel alle gezondheidscentra hebben een contract voor samenwerking, een zogenaamd GEZ-contract, afgesloten. De tevredenheid over het GEZ-contract is lager dan de tevredenheid over de ketenzorgcontracten. De afgesproken tarieven in de ketenzorgcontracten zijn vaak lager dan de afgesproken tarieven van vorig jaar. Daarnaast zijn ze vaker gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraars dan vorig jaar. Deze stijging is vooral veroorzaakt doordat de afgesproken tarieven in de contracten tussen zorggroepen en zorgverzekeraars die de spelregels *wel* ondertekend hebben vaker op rekenmodellen van de zorgverzekeraar gebaseerd zijn dan vorig jaar.

3.1 Ketenzorgcontracten

Van de respondenten die aangeven een ketenzorgcontract gesloten te hebben (n=67) heeft ongeveer 96% een contract voor diabeteszorg (zie figuur 3.1.). Het percentage respondenten met een contract voor COPD of CVRM is ook hoog, 88% en 71% respectievelijk. Eén vijfde van de respondenten heeft een contract voor astmazorg.

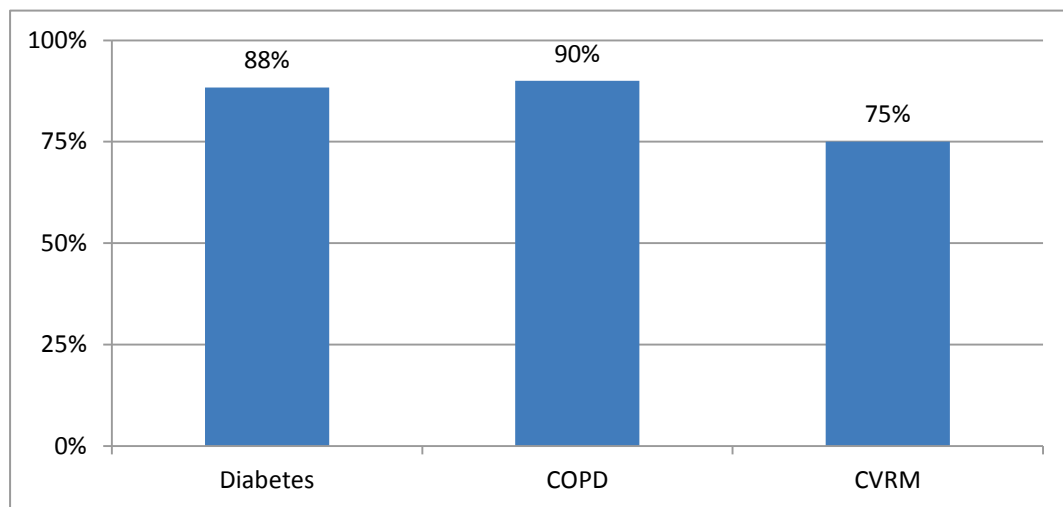
Figuur 3.1. Percentage respondenten dat een contract heeft afgesloten voor diabetes-, COPD-, CVRM- of Astma-zorgprogramma.



Bij een deel van de respondenten die een bepaald ketenzorgcontract wilde afsluiten is dit niet gebeurd. Dit speelt vooral bij astma: 19 respondenten gaven aan wel een contract voor astmazorg te willen, maar niet afgesloten te hebben. Voor CVRM geldt dat zes respondenten aangaven wel een contact te willen, maar niet afgesloten te hebben. Bij diabetes en COPD speelt dit bij respectievelijk geen van de respondenten en één respondent.

We hebben zorggroepen en gezondheidscentra en zorggroepen ook gevraagd op welk moment het ketenzorgcontract *schriftelijk* overeengekomen is. Van de respondenten die aangeven dat het contract voor diabeteszorg voor hen het belangrijkste contract is, geeft bijna 90% van de respondenten aan dat het contract voor maart 2015 schriftelijk overeengekomen is (zie figuur 3.2). Voor contracten voor COPD-zorg ligt dit percentage op precies 90% en voor contracten voor CVRM-zorg op 75%. Voor het contract voor astmazorg zijn hierover geen gegevens, omdat geen van de respondenten aan heeft gegeven dat dit contract voor zijn organisatie het belangrijkste contract was.

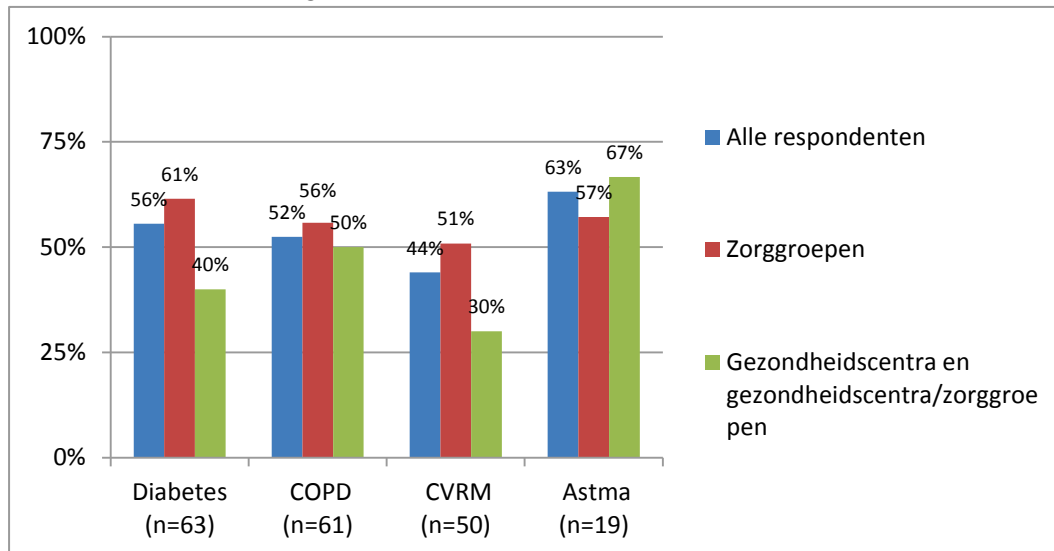
Figuur 3.2. Percentage ketenzorgcontracten dat voor maart 2015 *schriftelijk* is overeengekomen (n=60, 10, 36).



3.1.1 Tevredenheid

Voor elk van de ketenzorgprogramma's is gevraagd hoe tevreden zorggroepen en gezondheidscentra zijn over het contract. Over het algemeen is men het minst tevreden over de CVRM-contracten (zie figuur 3.3). Ongeveer 45% van de respondenten geeft aan over het algemeen tevreden te zijn het CVRM-contract. De tevredenheid is het grootst over astma-contracten: ruim 60% zegt over het algemeen tevreden te zijn met dit contract.

Figuur 3.3. Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken in het ketenzorgcontract*



* (percentage (helemaal) eens, exclusief 'weet ik niet')

De relatief lage tevredenheid over contracten voor CVRM-zorg is mogelijk te verklaren doordat zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds het niet altijd eens worden over preventieafspraken in het contract. Preventie speelt een minder grote rol bij de andere drie ketenzorgcontracten.

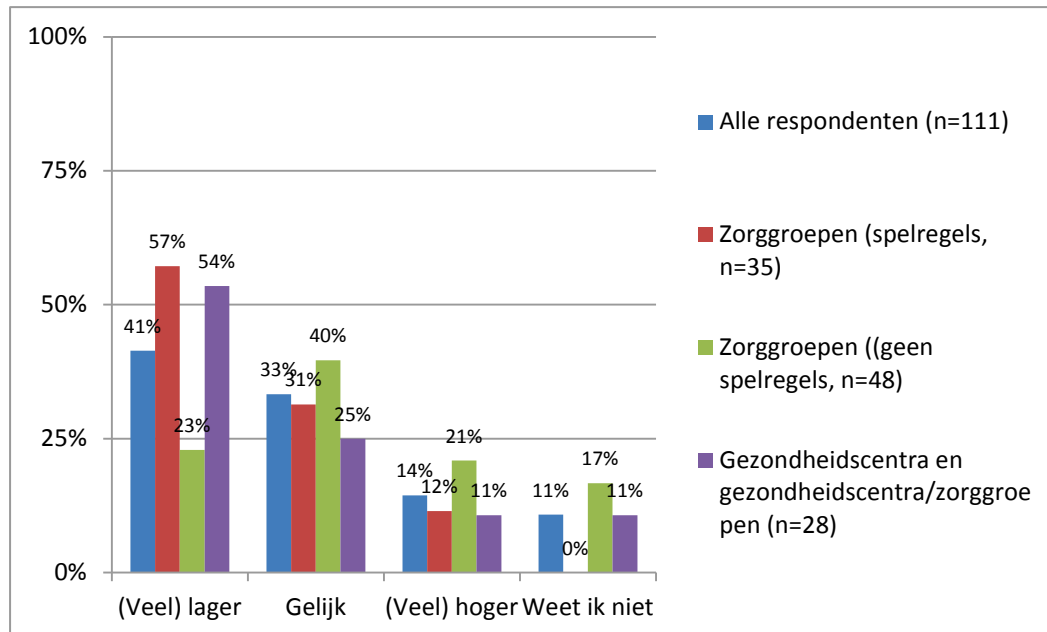
Gezondheidscentra zijn over het algemeen minder tevreden met de contracten voor ketenzorgprogramma's dan zorggroepen (zie figuur 3.3). Een uitzondering zijn de astma-contracten, waarover gezondheidscentra juist meer tevreden zijn. Grote zorggroepen zijn iets meer tevreden over de inhoud van het contract voor diabeteszorg dan kleine zorggroepen. Voor de overige contracten is geen verschil gevonden tussen grote en kleine zorggroepen.

Naast algemene tevredenheid is ook gevraagd naar de tevredenheid met tarieven, volumes en kwaliteitsafspraken in de contracten voor ketenzorgprogramma's. Over het algemeen zijn de respondenten iets tevredener over de afspraken over volumes dan over tarieven en afspraken over kwaliteit. De tevredenheid over afgesproken tarieven en over afspraken over kwaliteit is ongeveer even hoog als de algemene tevredenheid (zie bijlage 2, tabel 30-45).

3.1.2 Tarieven en volumes

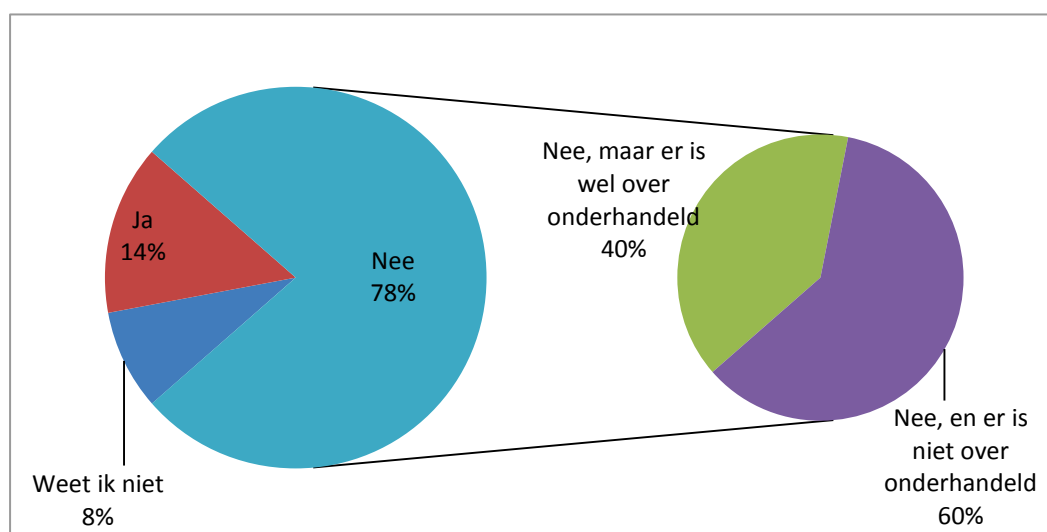
In ruim 40% van de contracten voor 2015 liggen de tarieven volgens zorggroepen en gezondheidscentra lager dan de tarieven in de contracten voor 2014 (zie figuur 3.4). Zorggroepen waarvan de preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft geven vaker aan dat de tarieven lager liggen in de contracten dan zorggroepen van wie de preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Ook geven zorggroepen van wie de preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft vaker aan dat de afgesproken tarieven niet aansluiten bij de zorg die geleverd wordt (zie figuur 3.7).

Figuur 3.4. Hoe verhouden zich de tarieven in de contracten voor 2015 zich met de tarieven in de contracten voor 2014?

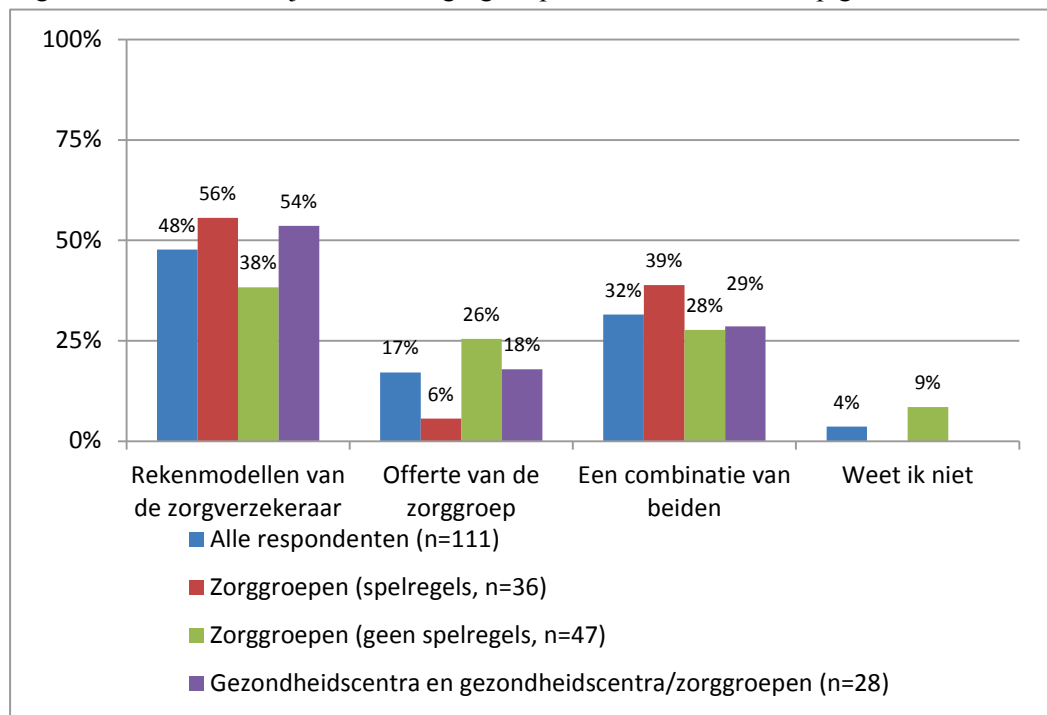


In 14% van de contracten is een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven (zie figuur 3.5). In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat er ruimte moet zijn voor indexering van het budgettaire kader huisartsenzorg van 2,5% (waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning). Deze indexering lijkt dus niet bij alle zorggroepen en gezondheidscentra toegepast te worden. Het is mogelijk dat de indexering wel op macro-niveau plaatsvindt. Een andere mogelijkheid is dat de budgettaire groei van 2,5% niet verwezenlijkt is via een verhoging van de tarieven, maar via een verhoging van de volumes. In dat geval is er strikt gesproken geen sprake van indexering.

Figuur 3.5. Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven? (n=118)



Figuur 3.6. Waar zijn de bekostigingsafspraken in het contract op gebaseerd?



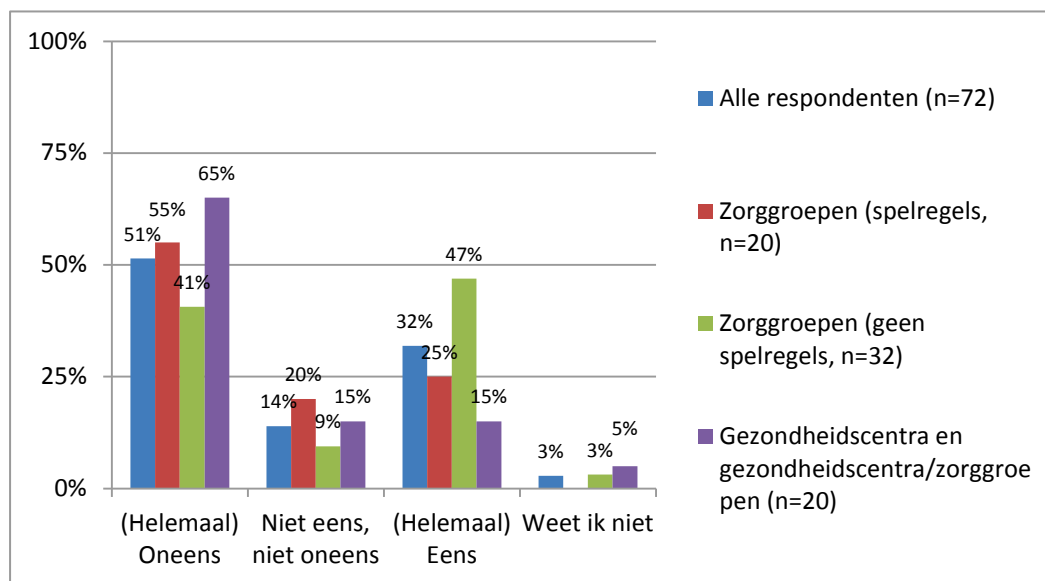
In figuur 3.6 is te zien dat de bekostigingsafspraken in bijna de helft van de contracten gebaseerd zijn op een rekenmodel van de zorgverzekeraar. In bijna een derde van de contracten zijn de bekostigingsafspraken gebaseerd op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie.

Ten opzichte van vorig jaar is het percentage contracten waarin de bekostigingsafspraken alleen gebaseerd zijn op rekenmodellen van zorgverzekeraars toegenomen (van 34% naar 46%, zie tabel 48 in bijlage 2). Het percentage contracten waarin de bekostigingsafspraken gebaseerd zijn op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie is juist afgenomen (van 48% naar 33%, zie tabel 48 in bijlage 2).

In contracten van zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft, zijn bekostigingsafspraken minder vaak alleen gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar. Dit wijkt af van de bevinding van vorig jaar. Toen werd namelijk gevonden dat de bekostigingsafspraken in contracten van zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft juist vaker alleen gebaseerd waren op rekenmodellen van de zorgverzekeraar.

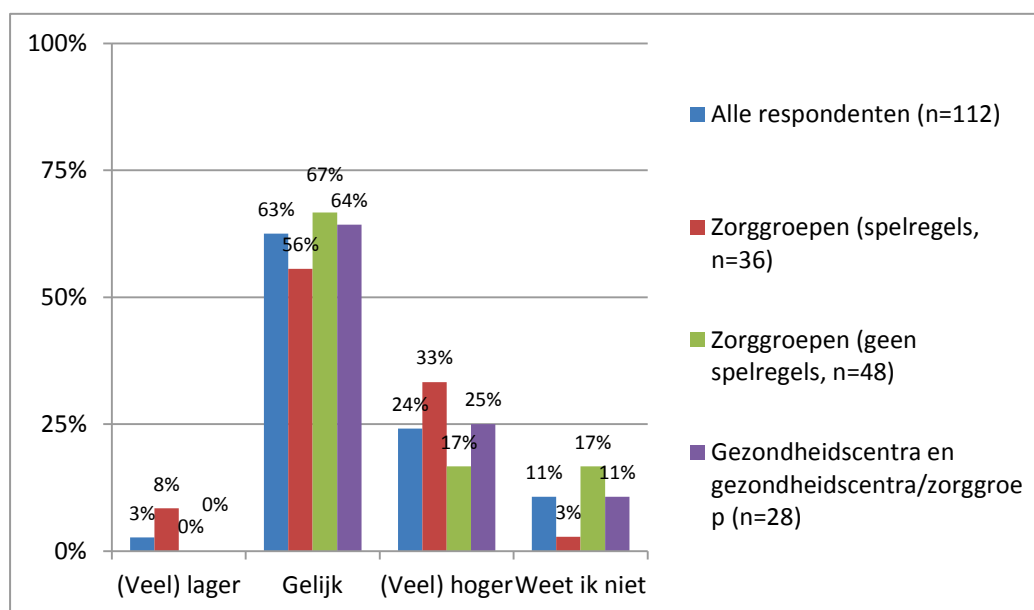
Figuur 3.7. laat zien in welke mate de afgesproken prijzen volgens zorggroepen en gezondheidscentra aansluiten bij de zorg die zij leveren. Ongeveer één derde van alle respondenten geeft aan dat de afspraken over prijzen aansluiten bij de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt (zie figuur 3.7). Dit percentage is het hoogst voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (47%). Van de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft geeft een kwart (25%) aan dat de afgesproken prijzen goed aansluiten bij de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt.

Figuur 3.7 De afspraken over prijzen sluiten goed aan bij de kosten van zorg die geleverd wordt



De afgesproken volumes in de contracten voor 2015 zijn in een meerderheid van de contracten gelijk aan de afgesproken volumes voor de contracten over 2014 (zie figuur 3.8). Dit geldt zowel voor zorggroepen als voor gezondheidscentra. Voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels heeft ondertekend liggen de afgesproken volumes in de contracten vaker hoger (33%) dan voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft (17%).

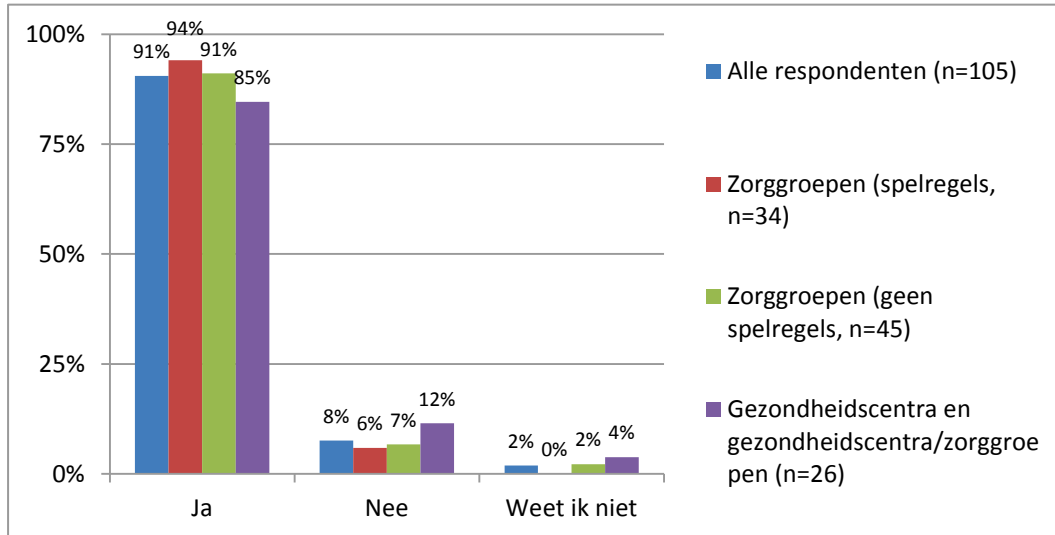
Figuur 3.8. Hoe verhouden zich de volumes in de contracten voor 2015 zich met de volumes in de contracten voor 2014



3.1.3 Kwaliteit

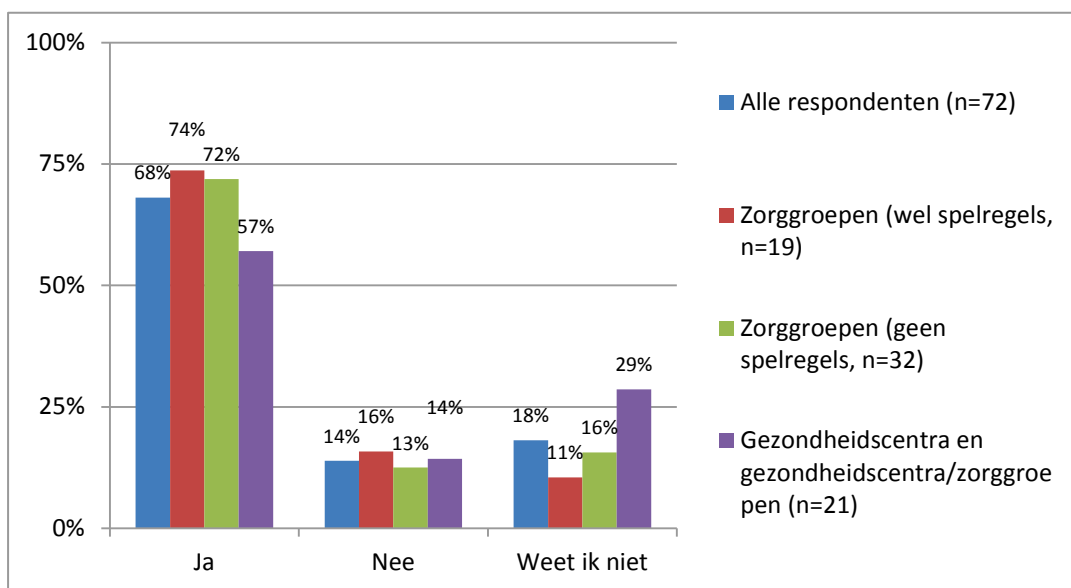
In de spelregels wordt genoemd dat de zorg die door zorggroepen leveren, volgens de Zorgstandaard geleverd moet worden.

Figuur 3.9. In het contract is afgesproken dat zorg volgens de Zorgstandaard wordt geleverd



In vrijwel alle contracten is afgesproken dat zorg wordt geleverd volgens de Zorgstandaard (zie figuur 3.9). Het percentage ligt dit jaar iets lager (92%, zie tabel 46 in bijlage 2) dan vorig jaar (95%). Zorgstandaarden beschrijven vanuit patiëntenperspectief de norm waaraan multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten moet voldoen. Er zijn Zorgstandaarden voor verschillende chronische ziekten. In Zorgstandaarden staat niet wie de zorg aan chronisch zieke patiënten moet geven, maar wel hoe deze zorg gegeven moet worden (Lammers & Te Vaarwerk, 2012).

Figuur 3.10. De afspraken over kwaliteit in de contracten sluiten aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen

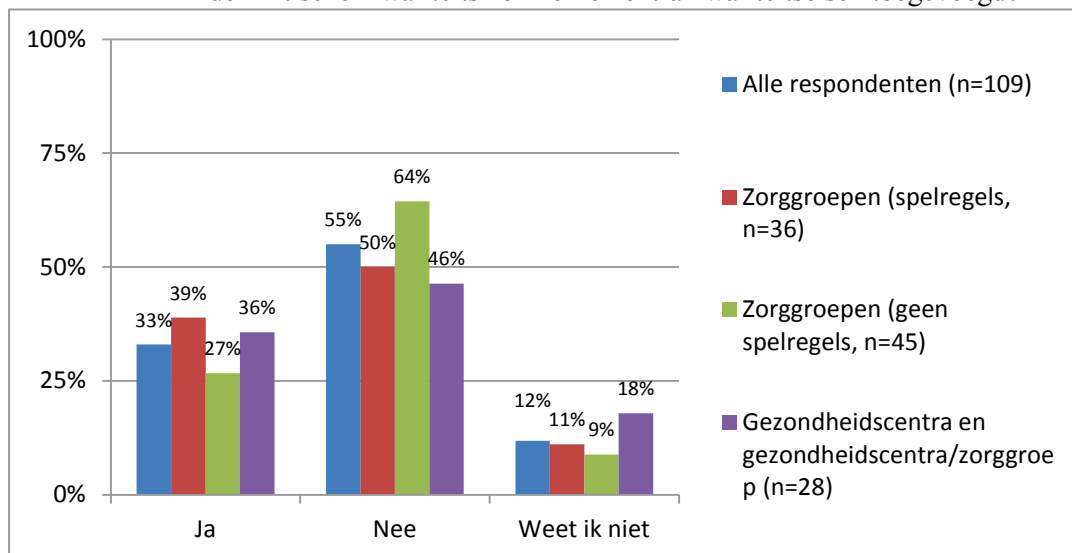


Naast de Zorgstandaarden, die richtlijnen bieden op het gebied van kwaliteit van zorg, zijn er de Kritische KwaliteitsKenmerken, ontwikkeld door InEen. Volgens de spelregels moeten afspraken over kwaliteit in de contracten aansluiten bij deze Kritische KwaliteitsKenmerken. Een meerderheid van de respondenten geeft aan dat dit ook het geval is (zie figuur 3.10). In vergelijking met vorig jaar geven nu meer zorggroepen aan dat de gemaakte afspraken aansluiten bij de Kritische KwaliteitsKenmerken (73% (zie tabel 21 in bijlage 2) en 53% respectievelijk).

De resultaten laten voor de verschillende groepen respondenten een vergelijkbaar beeld zien, met de uitzondering dat een relatief groot percentage gezondheidscentra niet weet of de gemaakte afspraken aansluiten bij de Kritische KwaliteitsKenmerken. Een mogelijke verklaring is dat de Kritische KwaliteitsKenmerken gericht zijn op zorggroepen en niet op gezondheidscentra.

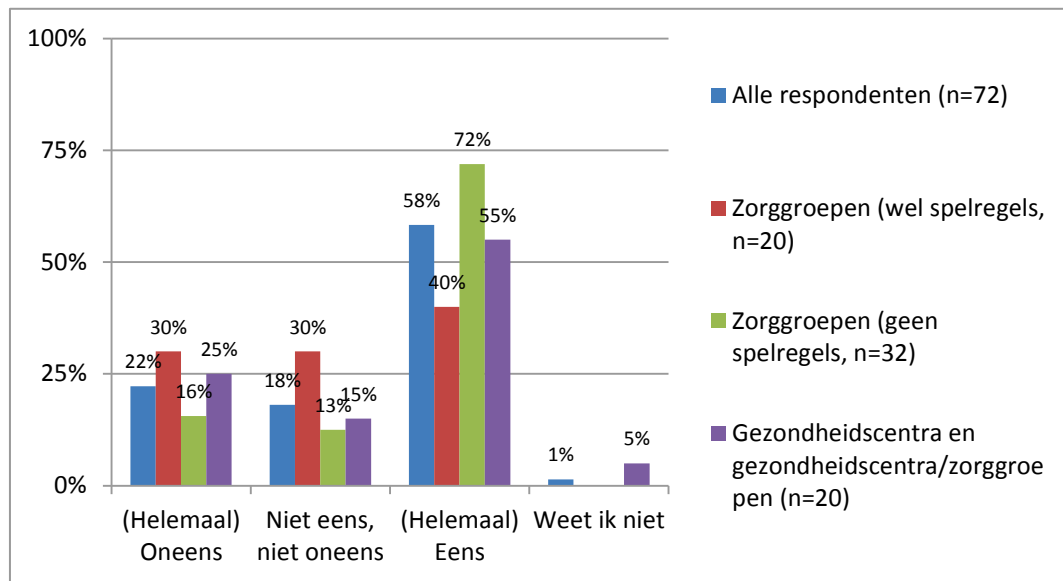
Dit jaar is ook gevraagd of zorgverzekeraars aanvullende kwaliteitseisen stellen. Dit is in een derde van de contracten gebeurd (zie figuur 3.11.). Dit percentage is iets hoger voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft (39%).

Figuur 3.11 Werden er door de zorgverzekeraar in aanvulling op de Zorgstandaard en de Kritische KwaliteitsKenmerken extra kwaliteitseisen toegevoegd?



Ruim de helft van de respondenten geeft aan dat de afgesproken kwaliteitseisen ook daadwerkelijk bijdragen aan het leveren van betere zorg (zie figuur 3.12). Dit percentage is ongeveer gelijk aan het percentage vorig jaar.

Figuur 3.12. De kwaliteitseisen die zijn afgesproken dragen bij aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door mijn organisatie

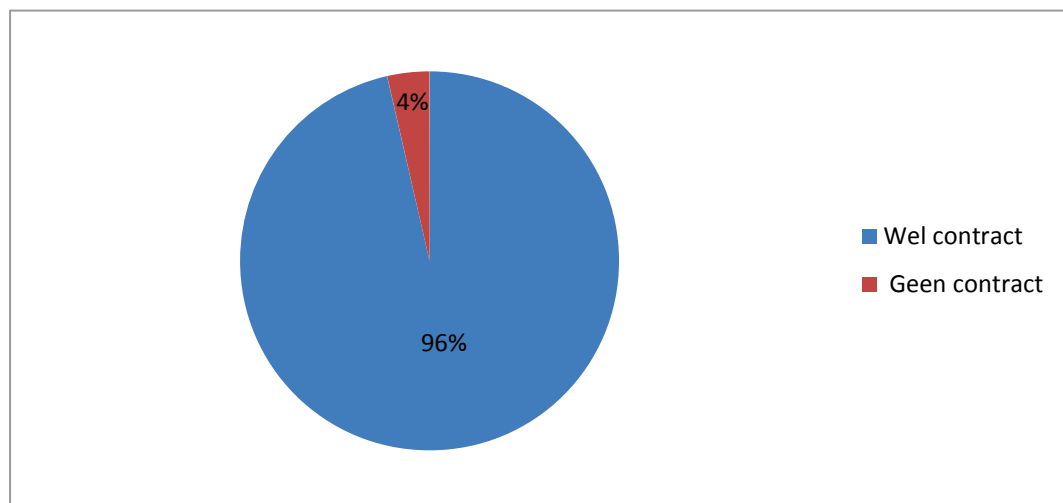


Als we kijken naar antwoorden van zorggroepen dan zien we dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft vaker aangeven dat de afspraken bijdragen aan betere kwaliteit van zorg (72%) dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels wel ondertekend heeft (40%). Dit verschil werd vorig jaar niet gevonden.

3.2 GEZ-modules

Gezondheidscentra kunnen ook GEZ-modules afsluiten met zorgverzekeraars. Van de gezondheidscentra die deelnamen aan dit onderzoek heeft ruim 95% een contract voor de zogenaamde GEZ-module (zie figuur 3.13.).

Figuur 3.13. Heeft uw gezondheidscentrum een contract voor een GEZ-module? (n=43)

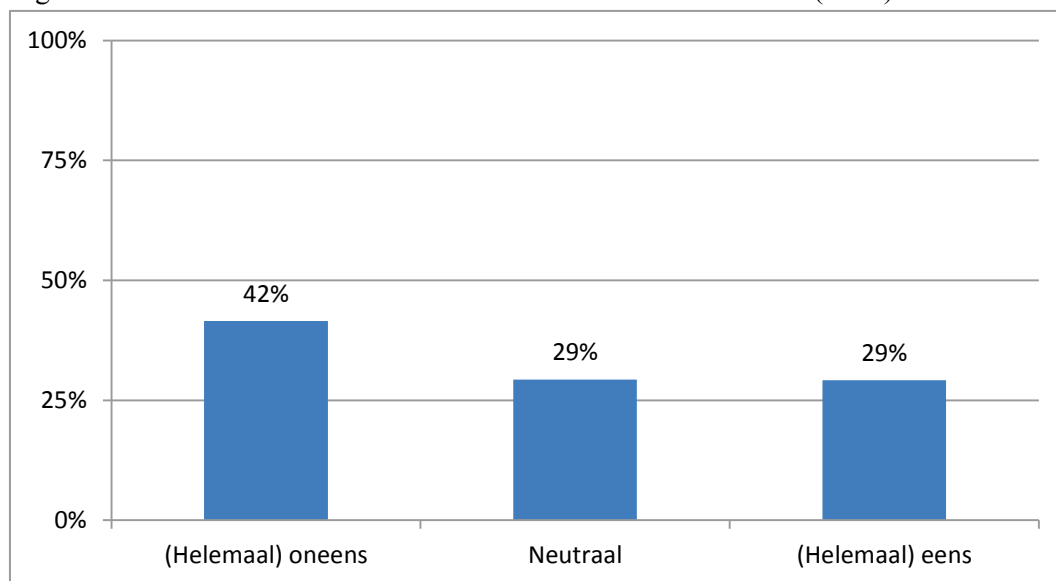


De vragen over de GEZ-modules zijn alleen aan gezondheidscentra gesteld en niet aan zorggroepen.

3.2.1 *Tevredenheid*

Aan gezondheidscentra is gevraagd in welke mate ze tevreden zijn met de tarieven die in de GEZ-modules worden afgesproken. Ongeveer 30% van de gezondheidscentra geeft aan tevreden te zijn met deze tarieven (zie figuur 3.14). Dit percentage ligt lager dan de tevredenheid met de tarieven in de ketenzorgcontracten (ongeveer 50% is tevreden, bijlage 2, tabel 30, 34, 38 en 42). Ruim 40% van de gezondheidscentra is ontevreden.

Figuur 3.14. Ik ben tevreden over de tarieven in de GEZ-module (n=41)

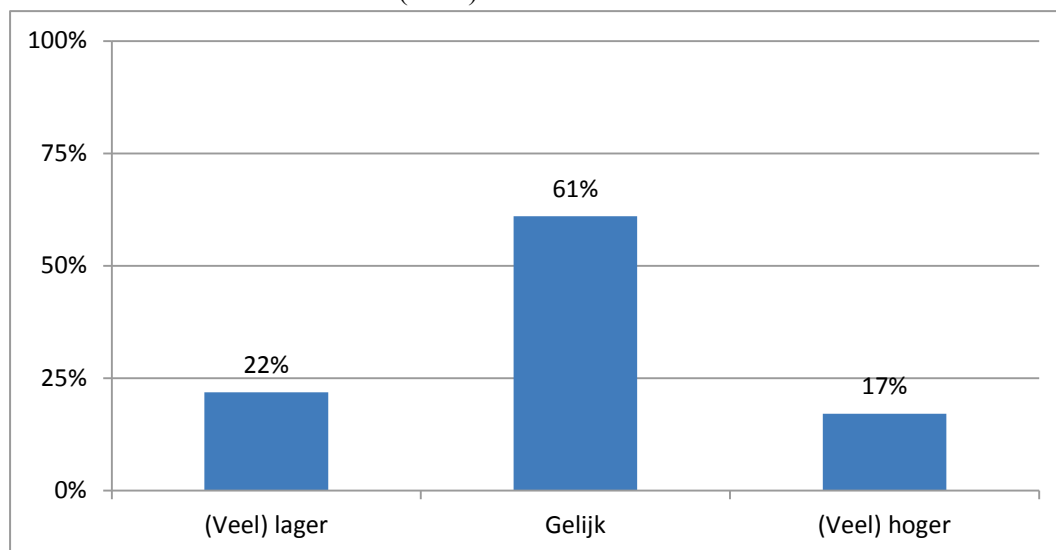


3.2.2 *Tarieven en volumes*

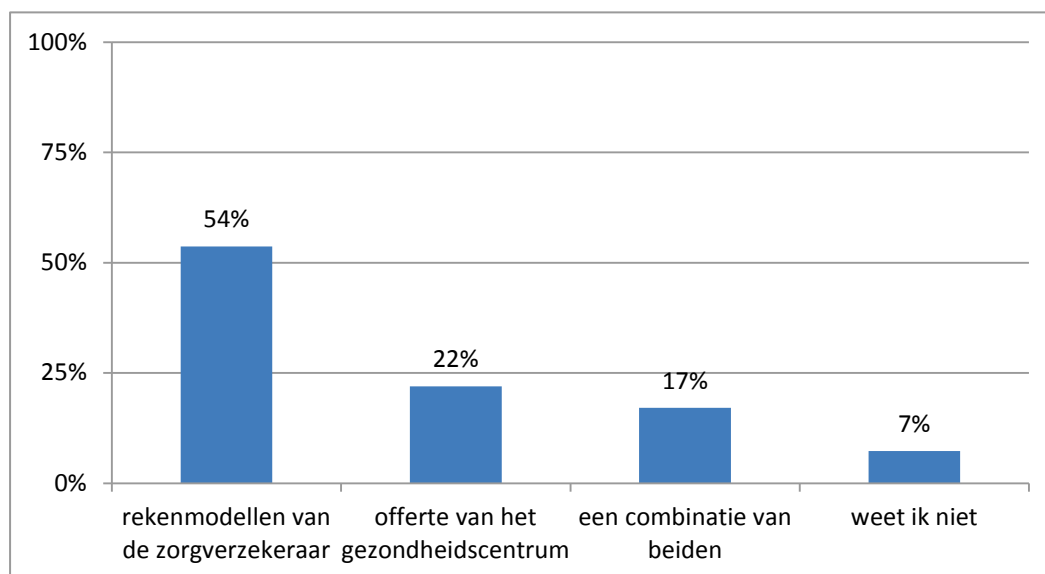
Voor veel gezondheidscentra zijn de tarieven en de volumes in de GEZ-modules ongeveer gelijk aan de tarieven en volumes vorig jaar. Dit wijkt af van de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de tarieven in de ketenzorgcontracten. Hier vonden we namelijk dat zij ervoeren dat de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2015 lager liggen dan de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2014.

In figuur 3.15. is te zien dat ruim 60% van de gezondheidscentra aangeeft dat de afgesproken tarieven in de GEZ-module voor 2015 gelijk is aan de afgesproken tarieven voor 2014. Ruim 15% geeft aan dat de tarieven dit jaar hoger zijn dan vorig jaar en ruim 20% dat ze lager zijn.

Figuur 3.15. Hoe verhouden zich de tarieven in de GEZ-module voor 2015 tot de tarieven in 2014 (n=41)



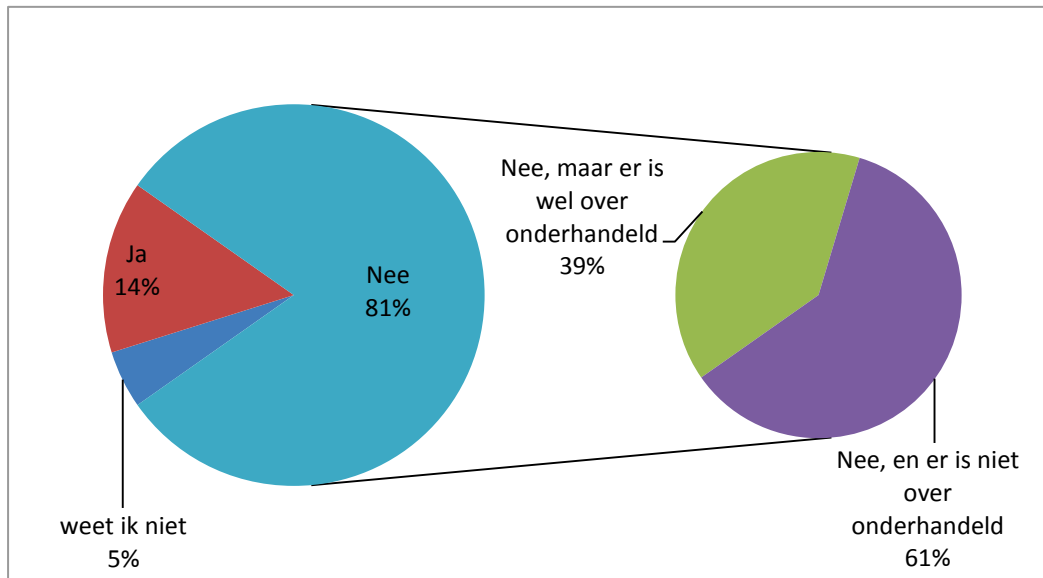
Figuur 3.16 Waar zijn de bekostigingsafspraken in de GEZ-module op gebaseerd? (n=41)



In ruim de helft van de contracten voor een GEZ-module zijn de bekostigingsafspraken alleen gebaseerd op de rekenmodellen van de zorgverzekeraar (zie figuur 3.16). We zagen hetzelfde bij de ketenzorgcontracten.

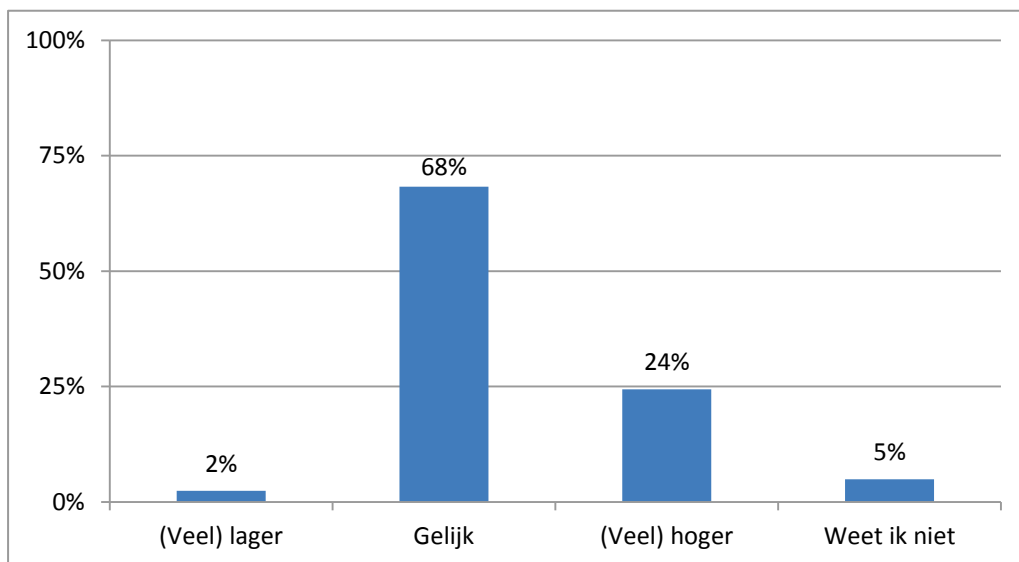
In ongeveer 15% van de GEZ-contracten is een vergoeding voor indexering overeengekomen (zie figuur 3.17). Dit percentage is gelijk aan het percentage ketenzorgcontracten waarin een vergoeding voor indexering overeengekomen is.

Figuur 3.17. Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven in de GEZ-module? (n=41)



In figuur 3.18. is te zien dat in ongeveer 70% van de contracten de volumes in de GEZ-module voor 2015 ongeveer gelijk zijn aan de volumes in 2014. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage ketenzorgcontracten waarin de volumes gelijk zijn aan de volumes vorig jaar.

Figuur 3.18. Hoe verhouden zich de volumes in de GEZ-module voor 2015 tot de volumes in 2014 (n=41)

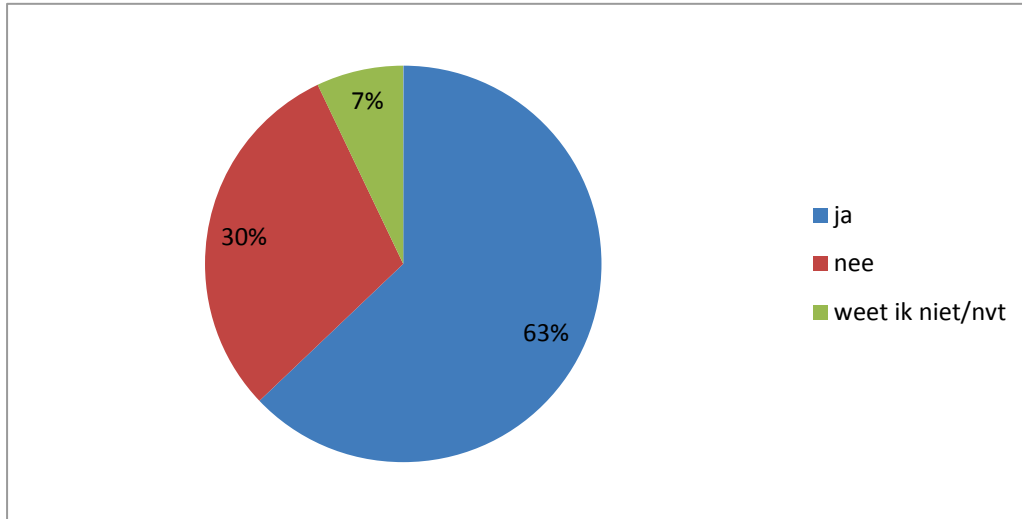


3.3 Belonen van uitkomsten

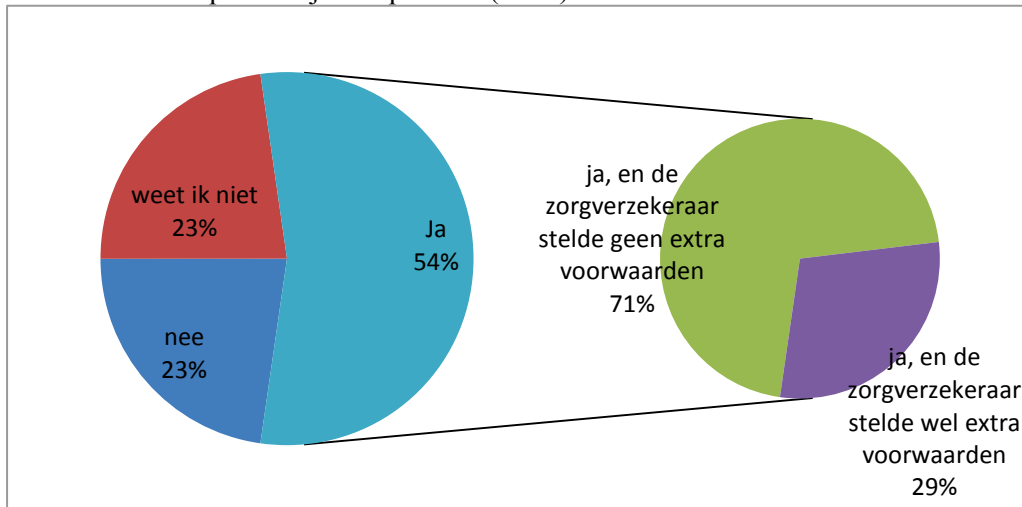
Sinds 1 januari is er een nieuw systeem van financiering voor de huisartsenzorg. Dit systeem bestaat uit drie segmenten. Segment 3 bestaat uit vergoedingen voor het belonen van uitkomsten en het belonen van innovatie en zorg vernieuwing. In de volgende

paragrafen gaan we in op de inhoud van contracten wat betreft segment 3. In deze paragraaf komt het belonen van uitkomsten aan bod.

Figuur 3.19 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over het belonen van uitkomsten? (n=70)



Figuur 3.20 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op landelijke afspraken? (n=44)



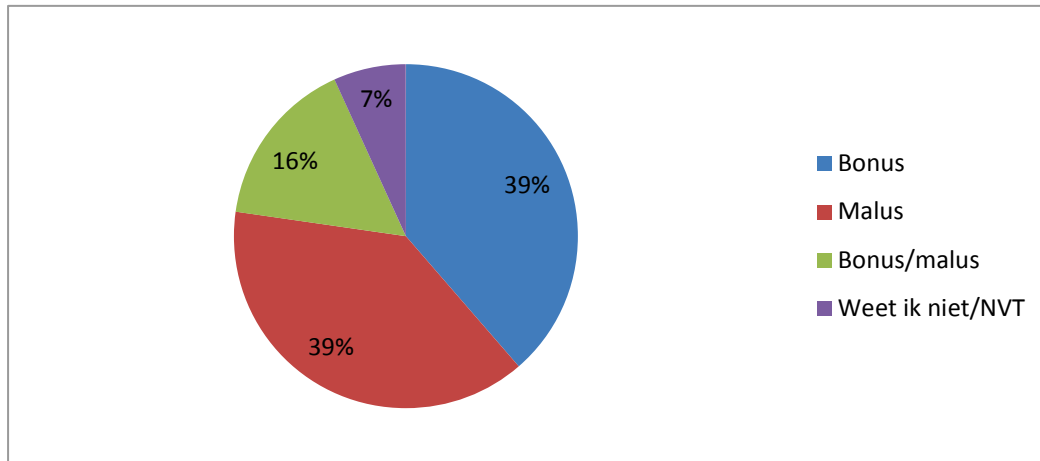
Bijna twee derde van de respondenten heeft afspraken gemaakt met zijn preferente zorgverzekeraar over het belonen van uitkomsten (zie figuur 3.19). Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd zijn op landelijke afspraken (zie figuur 3.20). Van deze respondenten geeft ongeveer 30% aan dat de zorgverzekeraar aanvullende eisen stelde.

3.3.1 Tarieven en volumes

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. In een

malussysteem volgt een boete als er niet aan de streefwaarde voldaan wordt. Van de respondenten geeft 39% aan dat de afspraken in hun contract gebaseerd zijn op een bonussysteem (zie figuur 3.22). Ook 39% geeft aan dat de afspraken gebaseerd zijn op een malussysteem. Ongeveer 15% geeft aan dat de afspraken gebaseerd zijn op zowel een bonus- als een malussysteem.

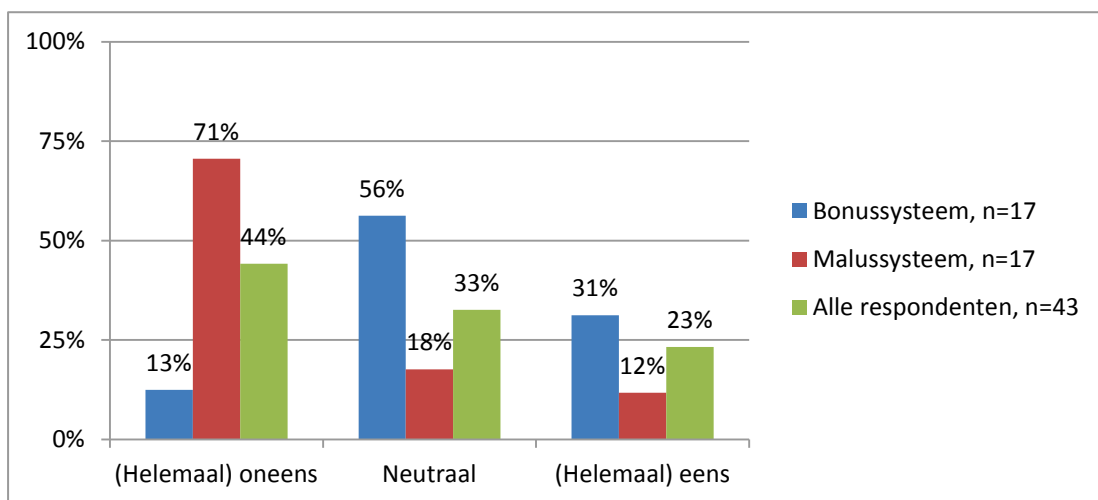
Figuur 3.22. Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op een bonus-, malus-, of bonus- en malussysteem? (n=44)



3.3.2 Tevredenheid

Ongeveer een kwart van de respondenten is tevreden over de hoogte van de beloningen op basis van uitkomsten (zie figuur 3.21). Bijna 45% is juist ontevreden. Dit percentage is iets lager dan het percentage respondenten dat tevreden is over de tarieven in de ketenzorgcontracten. Respondenten met een malussysteem zijn veel vaker ontevreden dan respondenten met een bonussysteem. Over het algemeen zijn kleine zorggroepen meer tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten dan grote zorggroepen.

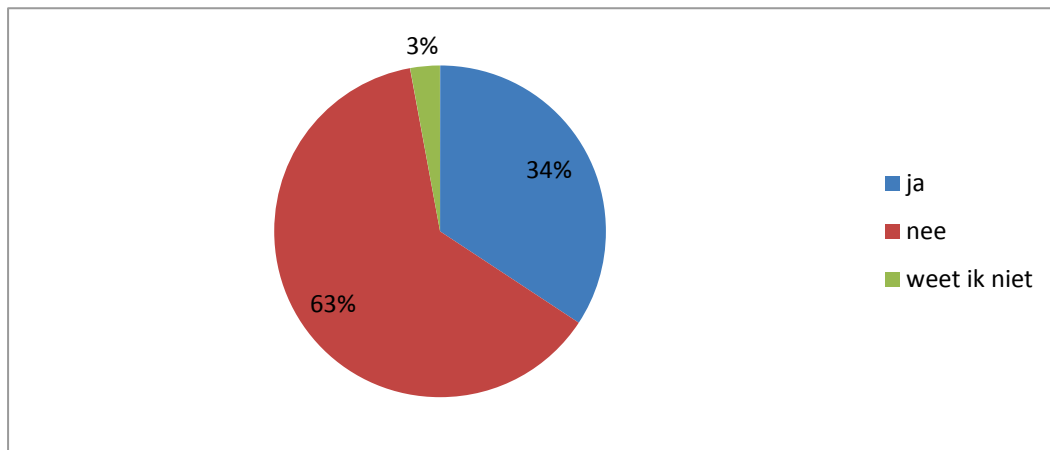
Figuur 3.21. Ik ben tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten (n=43)



3.4 Innovatie en zorgvernieuwing

Ongeveer een derde van de zorggroepen en gezondheidscentra heeft afspraken gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing (zie figuur 3.23). Uit een inventarisatie van de innovatieve projecten die zorggroepen en gezondheidscentra aangevraagd hebben bij zorgverzekeraars blijkt dat een meerderheid van de aangevraagde projecten door zorgverzekeraars gehonoreerd wordt.

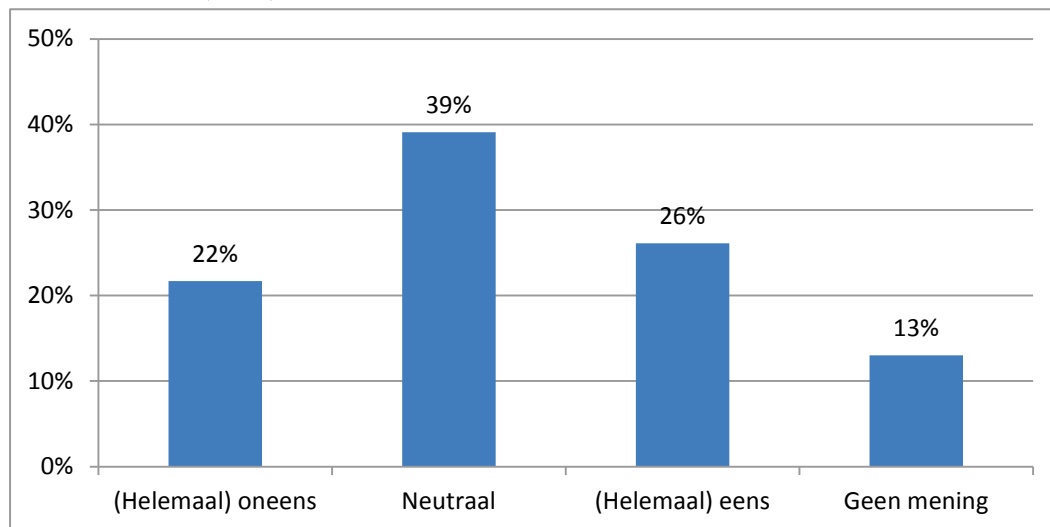
Figuur 3.23. Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing? (n=70)



3.4.1 Tevredenheid

Ruim één op de vijf respondenten is ontevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie (zie figuur 3.24). De ontevredenheid over de tarieven voor zorgvernieuwing is dus veel kleiner dan de ontevredenheid over de tarieven voor uitkomstbeloning. Het percentage respondenten dat tevreden is over de tarieven voor zorgvernieuwing is vergelijkbaar met het percentage respondenten dat tevreden is over de tarieven voor het belonen van uitkomsten (beiden ongeveer 25%).

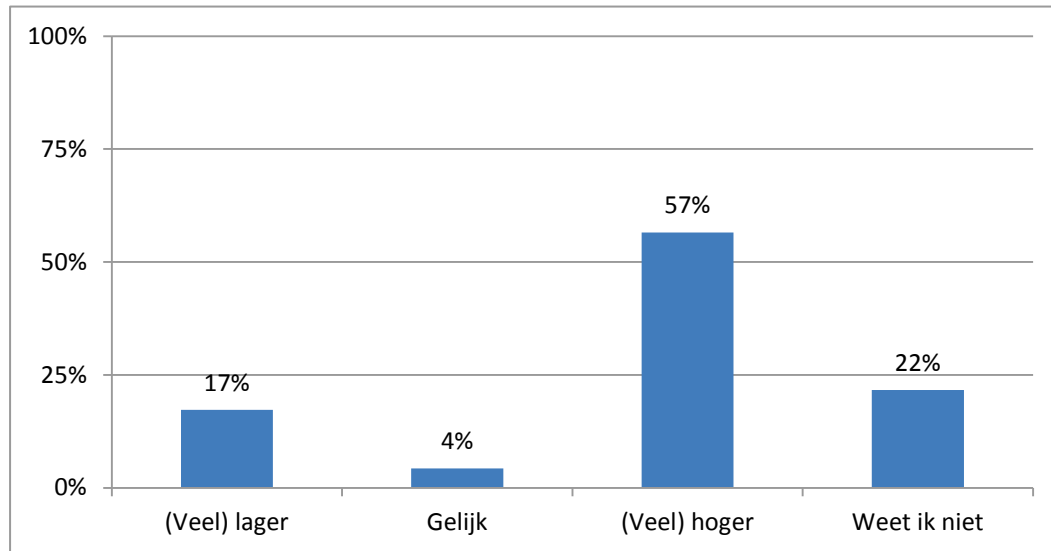
Figuur 3.24 Ik ben tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie (n=23)



3.4.2 Tarieven en volumes

Een mogelijke verklaring voor het relatief lage percentage respondenten dat ontevreden is over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie is dat de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing volgens meer dan de helft van de respondenten toegenomen is (zie figuur 3.25).

Figuur 3.25 Hoe verhoudt de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing voor 2015 zich met de omvang ervan vorig jaar? (n=23)



4 De financiële aspecten van contractering

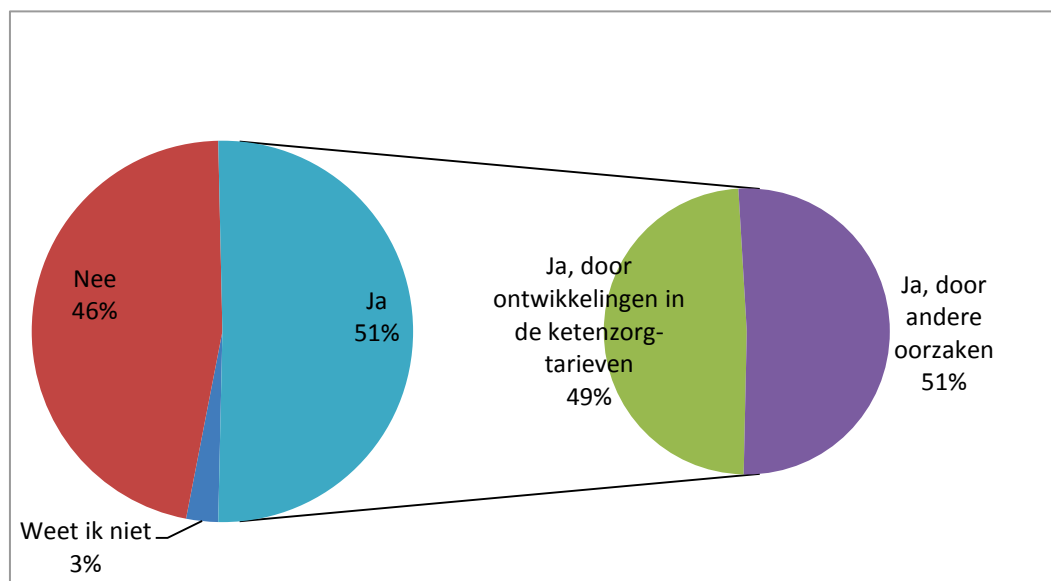
Zorggroepen hebben betere ervaringen met de financiële aspecten van contractering dan gezondheidscentra. Zo geven zorggroepen minder vaak aan dat zij zich zorgen maken over het voortbestaan van hun organisatie. Daarnaast laten de tarieven die zorggroepen afspreken met zorgverzekeraars meer ruimte om reserves op te bouwen dan de tarieven die gezondheidscentra afspreken. Ook geven zorggroepen vaker aan dat hun reserves hen in staat stellen risico's te dekken en te innoveren. In vergelijking met vorig jaar lijken de financiële aspecten van contractering voor zorggroepen wel iets verslechterd. Een uitzondering is de contractduur. De gemiddelde contractduur is in 2015 namelijk iets langer dan in 2014. De aandacht voor substitutie in de contracten tussen zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds lijkt niet te zijn toe- of afgenomen ten opzichte van vorig jaar.

4.1 Zorgen om voortbestaan

Van de ketenzorgorganisaties maakt ongeveer de helft zich zorgen over hun voortbestaan. Van de gezondheidscentra maakt maar liefst 80% zich zorgen over het voortbestaan.

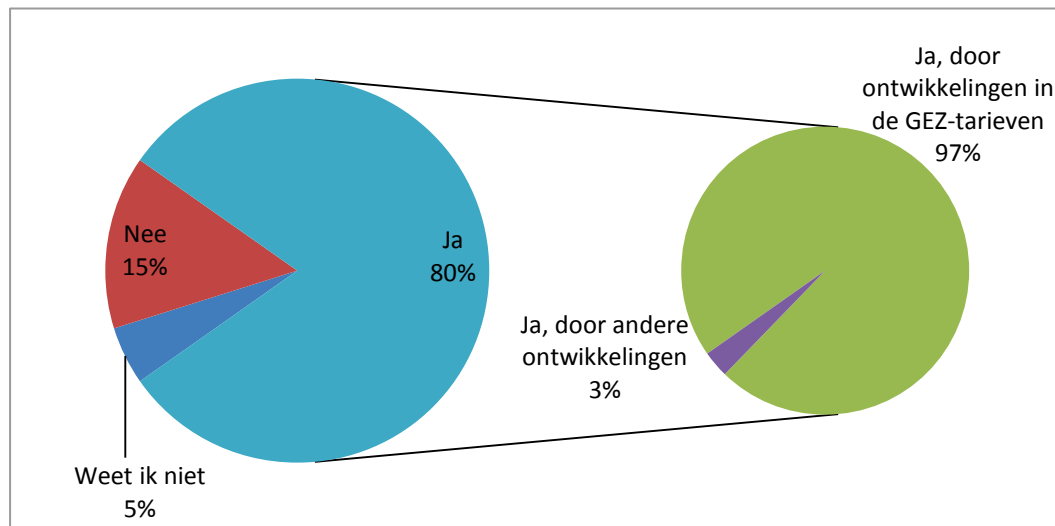
In figuur 4.1. is te zien dat ongeveer de helft van de ketenzorgorganisaties (zorggroepen of gezondheidscentra die ketenzorgcontracten afsluiten) aangeven zich zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie. Ongeveer de helft van deze respondenten geeft aan dat deze zorgen zijn ontstaan door ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven. De andere helft geeft aan dat er andere oorzaken ten grondslag liggen aan deze zorgen.

Figuur 4.1. Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw ketenzorgorganisatie? (Alle respondenten, n=73)



Vrijwel alle gezondheidscentra die aangeven zich zorgen te maken zegt dat dit komt door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven (zie figuur 4.2.). Dit komt overeen met het beeld dat de tevredenheid over de hoogte van de GEZ-tarieven lager is dan de tevredenheid over de hoogte van de ketenzorgtarieven (zie hoofdstuk 3).

Figuur 4.2. Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw gezondheidscentrum?
(Alle respondenten, n=41)

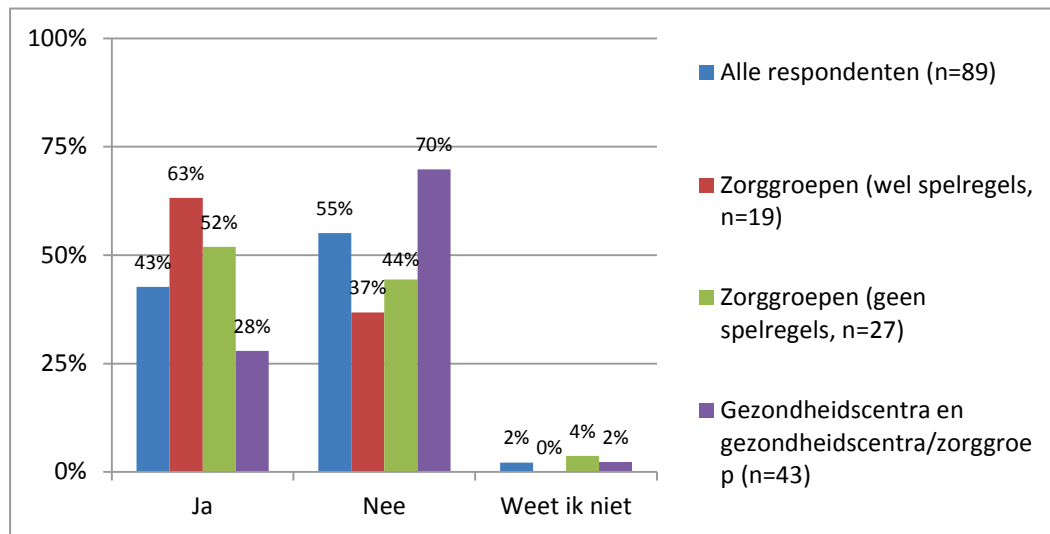


4.2 Financiële transparantie

Ten opzichte van vorig jaar is het percentage zorggroepen dat financiële verantwoording heeft afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format toegenomen. In 2013 bedroeg dit percentage 38%, in 2014 bijna 60% (zie tabel 69 in bijlage 2).

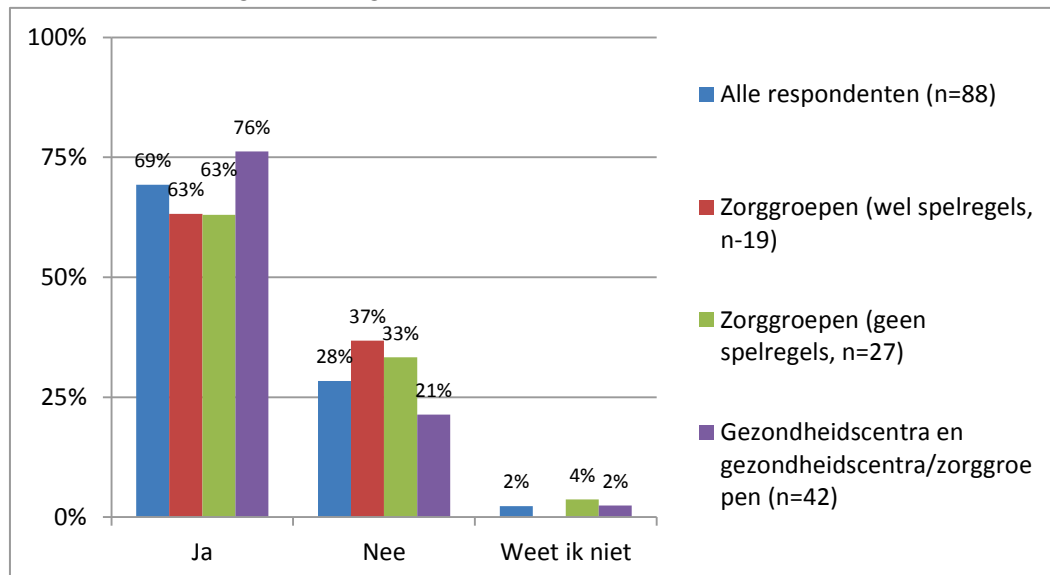
In figuur 4.3. zijn zorggroepen uitgesplitst naar zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft en zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels niet ondertekend heeft. Het percentage zorggroepen dat financiële verantwoording heeft afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format is het hoogst in de groep waarvan de preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft. Vorig jaar zagen we het omgekeerde, toen was het percentage lager bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend had.

Figuur 4.3. Heeft uw organisatie over 2013 financiële verantwoording afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format?



Het percentage zorggroepen dat financiële verantwoording afgelegd heeft volgens een eigen format (63%, zie figuur 4.4) is ongeveer gelijk is gebleven in vergelijking met vorig jaar. Dit is opvallend omdat het percentage zorggroepen dat financiële verantwoording heeft afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format gestegen is. Als gevolg hiervan heeft bijna een kwart van de respondenten zowel volgens een eigen format als volgens een format van de zorgverzekeraar financiële verantwoording afgelegd.

Figuur 4.4. Heeft uw organisatie over 2013 financiële verantwoording afgelegd volgens een eigen format?



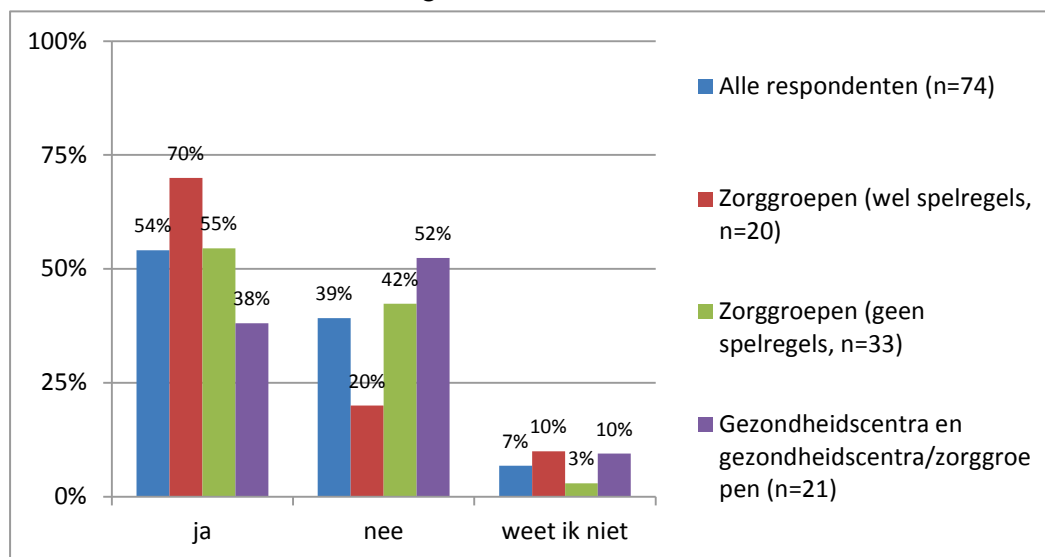
4.3 Reserves

In vergelijking met vorig jaar hebben meer zorggroepen afspraken gemaakt over het vormen en borgen van financiële reserves (42% vorig jaar en 57% dit jaar, zie tabel 22 in bijlage 2). Tegelijkertijd geven ook meer zorggroepen aan dat zij niet de reserves hebben om risico's te dekken en te kunnen innoveren. Dit is mogelijk te verklaren doordat de afgesproken tarieven niet de mogelijkheid bieden daadwerkelijk een reserve op te bouwen.

Zorggroepen maken vaker afspraken over reserves dan gezondheidscentra en zijn positiever over of hun reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te dekken en te om te kunnen innoveren.

In figuur 4.5. is te zien dat van alle respondenten ongeveer de helft afspraken heeft gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar over het vormen en borgen van financiële reserves. Opvallend is dat dit percentage veel hoger ligt voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft (70%). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage juist veel lager (bijna 40%).

Figuur 4.5. In de contracten is afgesproken dat mijn organisatie financiële reserves kan vormen en borgen

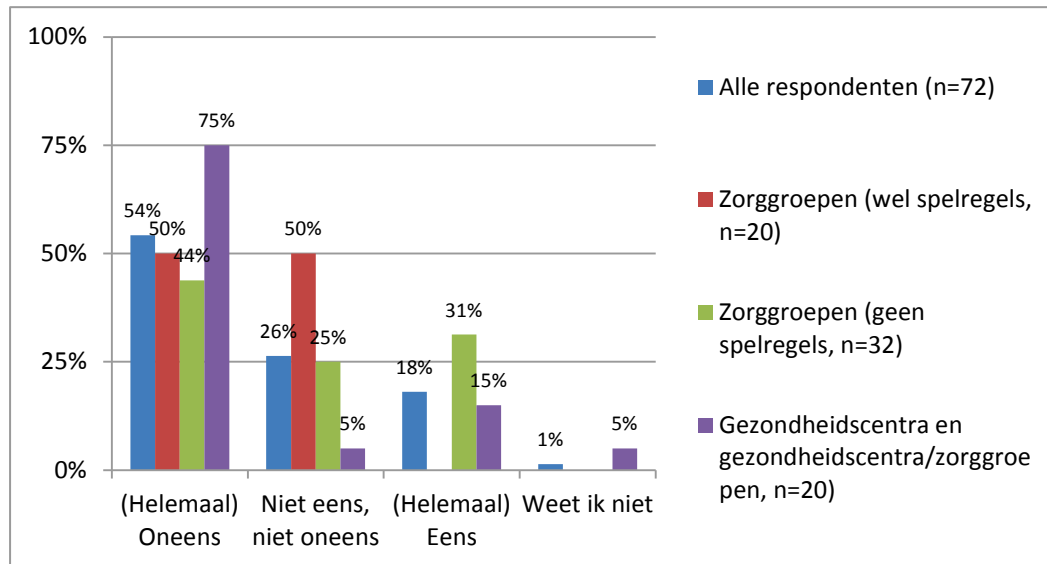


Reserves zijn alleen op te bouwen als de afgesproken tarieven daar de ruimte voor bieden. Van alle respondenten geeft iets meer dan de helft aan dat de afgesproken vergoedingen *geen* ruimte bieden om een financiële reserve op te bouwen (zie figuur 4.6). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage fors hoger (ongeveer 75%).

Het is opvallend dat geen enkele van de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft, aangeeft dat de afgesproken vergoedingen de ruimte bieden om reserves op te bouwen. Van de zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft geeft ongeveer een derde aan dat de afgesproken vergoedingen hoog genoeg zijn om een reserve op te bouwen. Dit sluit aan bij de bevinding in het vorige hoofdstuk dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de

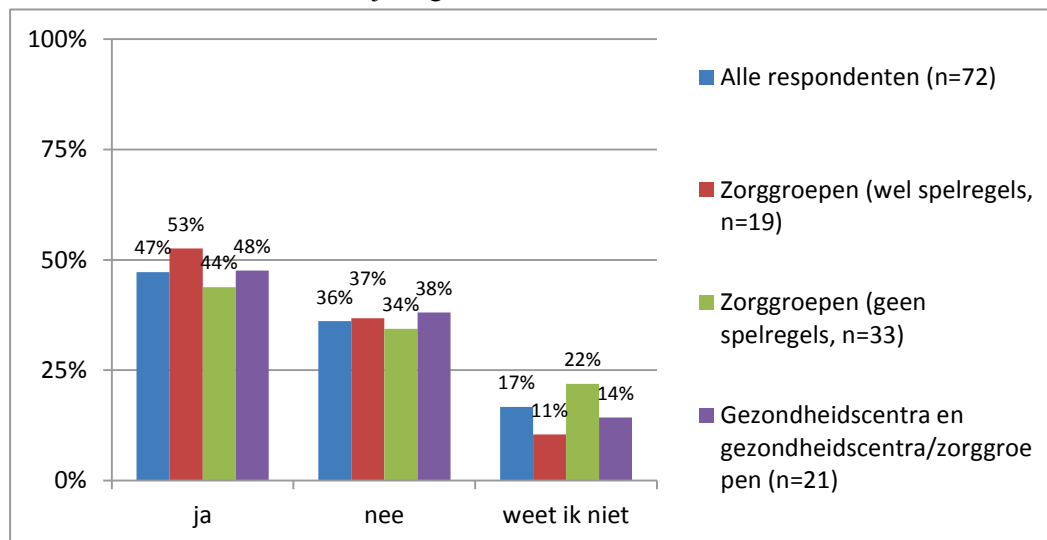
spelregels *wel* ondertekend heeft vaker aangeven dat de afgesproken tarieven dit jaar (veel) lager zijn dan de afgesproken tarieven vorig jaar.

Figuur 4.6 De vergoedingen die in de contracten zijn afgesproken bieden de mogelijkheid om een financiële reserve op te bouwen



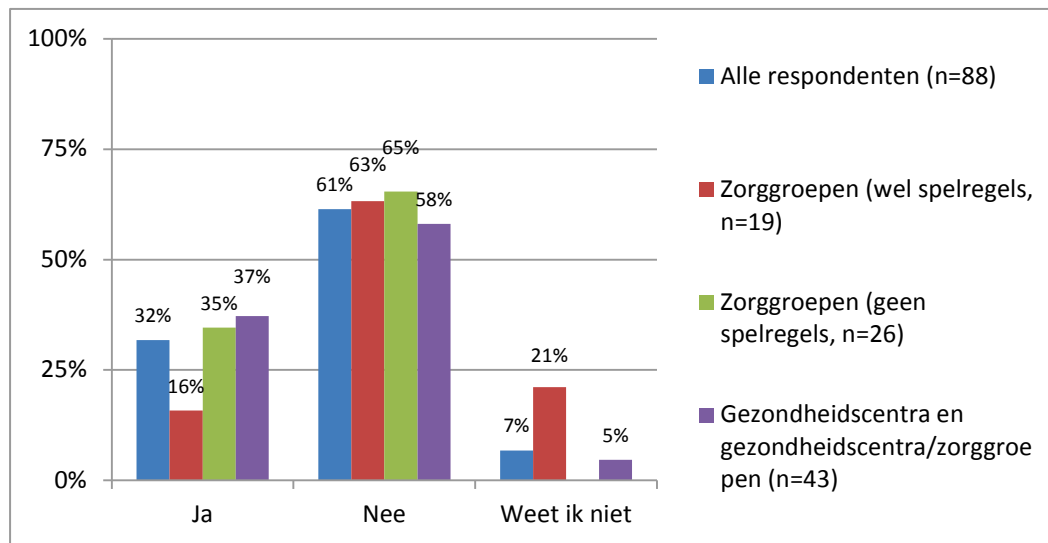
Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat het uitgangspunt voor de afspraken over financiële reserves de risico's van de zorggroep of het gezondheidscentrum was (zie figuur 4.7). Dit is vergelijkbaar voor de verschillende groepen respondenten.

Figuur 4.7. De uitgangspunten voor de afspraken over financiële reserves waren de risico's van mijn organisatie



Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken en om te kunnen innoveren (zie figuur 4.8). Onder zorggroepen is dit percentage lager dan onder gezondheidscentra.

Figuur 4.8 Is de hoogte van de financiële reserves van uw organisatie hoog genoeg om toekomstige risico's te kunnen dekken *en* te kunnen innoveren?

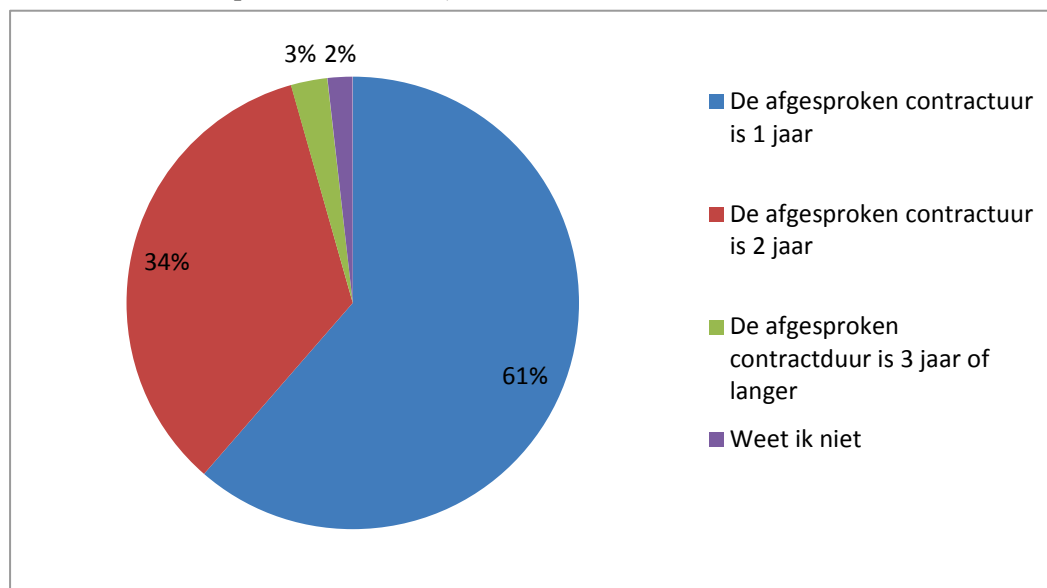


In vergelijking met vorig jaar geven minder zorggroepen aan dat hun financiële reserves hoog genoeg zijn om risico's te kunnen dekken en om te kunnen innoveren (26% dit jaar (zie tabel 71 in bijlage 2) en 41% vorig jaar). Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft, geven minder vaak aan dat hun reserves hoog genoeg zijn dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft. Dit beeld is omgekeerd in vergelijking met het beeld van vorig jaar.

4.4 Contractduur

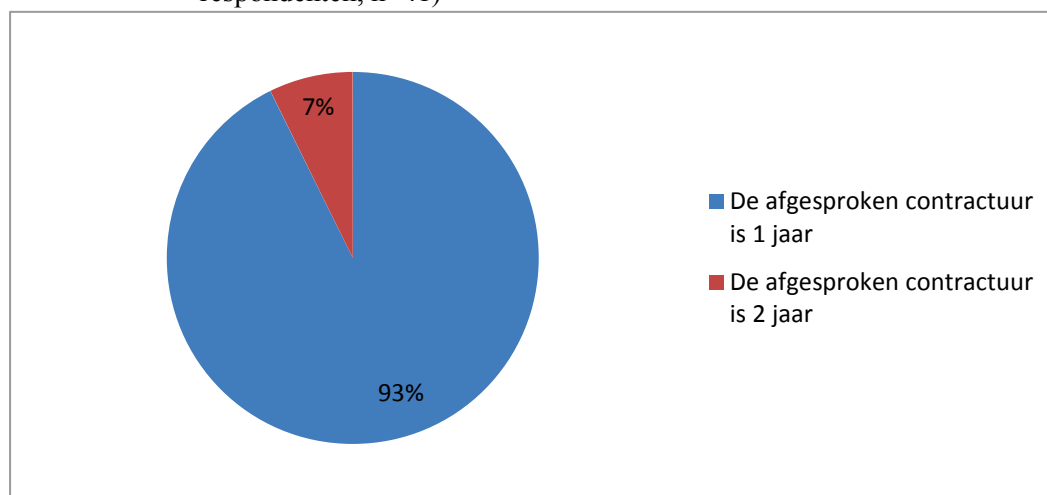
Ongeveer 60% van de afgesloten ketenzorgcontracten heeft een contractuur van 1 jaar (zie figuur 4.9). Een derde van de contracten heeft een duur van 2 jaar en ongeveer 3% heeft een duur van 3 jaar. Dit beeld is vergelijkbaar voor alle groepen respondenten. In vergelijking met vorig jaar lijkt de gemiddelde contractduur iets toegenomen. Toen had nog geen enkel contract een duur van 3 jaar en lag het percentage contracten met een duur van 1 jaar iets hoger dan dit jaar.

Figuur 4.9 Wat is de afgesproken contractduur in het ketenzorgcontract? (Alle respondenten, n=114)



De GEZ-contracten zijn in overgrote meerderheid eenjarige contracten (zie figuur 4.10). Minder dan een tiende van de contracten is tweearig (7%) en er zijn geen driejarige GEZ-contracten afgesloten.

Figuur 4.10 Wat is de afgesproken contractduur in het GEZ-contract? (Alle respondenten, n=41)

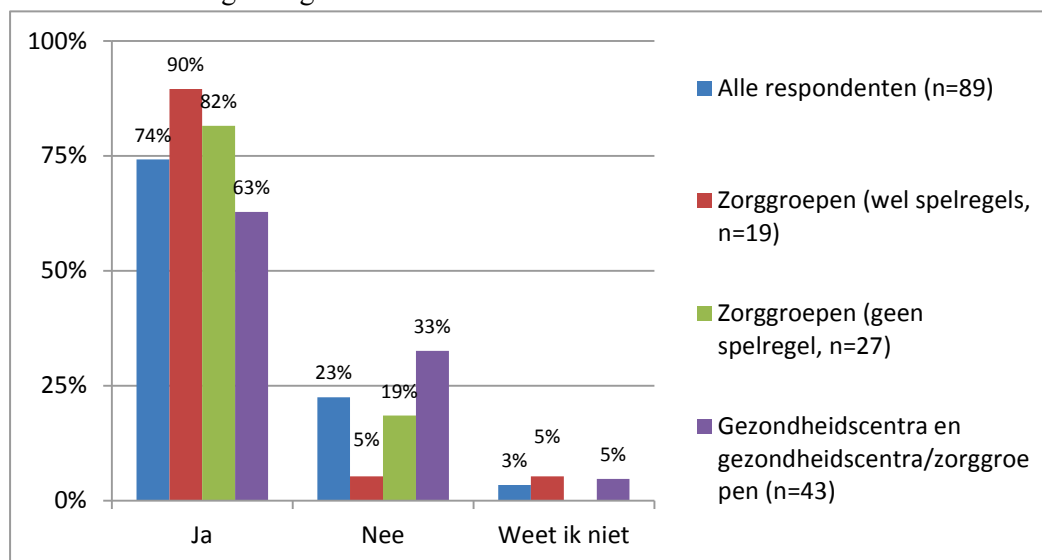


4.5 Dubbelloop en substitutie

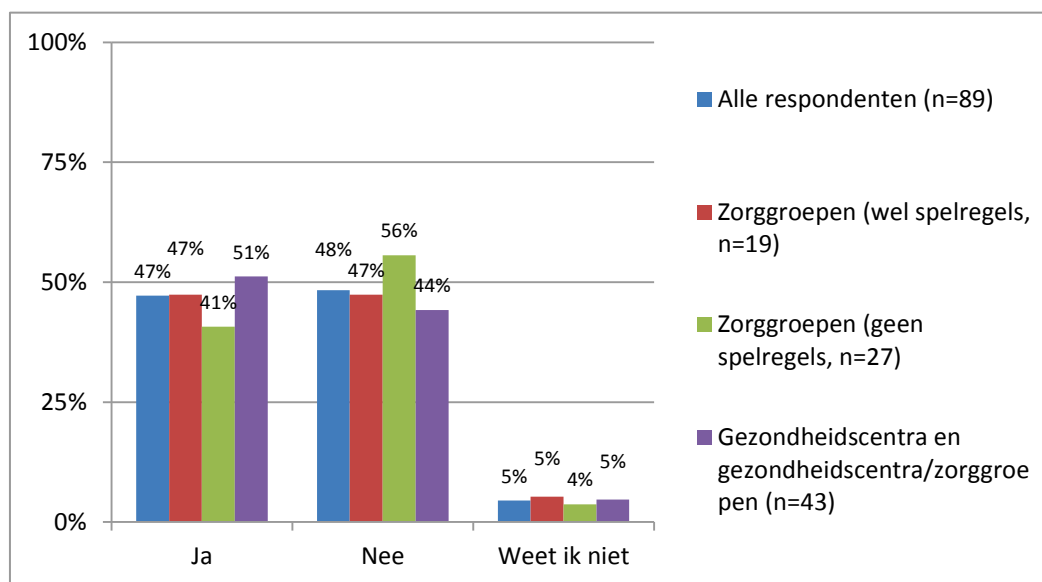
Ongeveer 75% van de respondenten heeft afspraken gemaakt met onderaannemers over het tegengaan van dubbele declaraties. Vooral zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft maken afspraken hierover (bijna 90%). Dit beeld is vergelijkbaar met vorig jaar. Toen gaf 82% van de zorggroepen aan afspraken gemaakt te hebben over het tegengaan van dubbele declaraties (dit jaar 85%, zie tabel 72 in bijlage 2). Het percentage zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels

wel ondertekend heeft dat aangaf dat zij dergelijke afspraken gemaakt had lag toen ook hoger dan het percentage zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft dat dit aangaf.

Figuur 4.11 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?



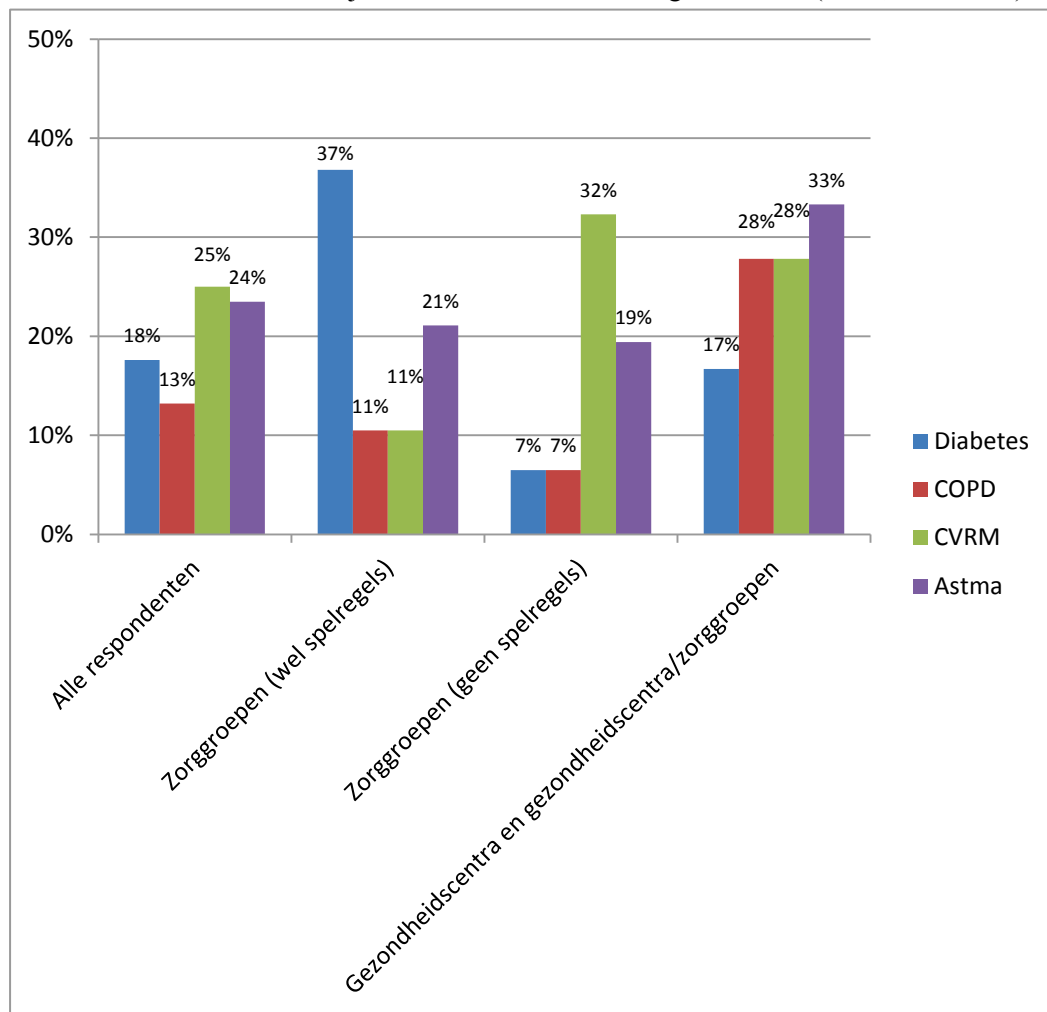
Figuur 4.12 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over substitutie van eerste lijn naar tweede lijn?



Iets minder dan de helft van de respondenten heeft met zijn preferente zorgverzekeraar afspraken gemaakt over substitutie (zie figuur 4.12). Gezondheidscentra maken over het algemeen iets vaker afspraken over substitutie dan zorggroepen. In vergelijking met vorig jaar is het percentage zorggroepen dat aangeeft afspraken over substitutie gemaakt te hebben ongeveer gelijk.

In figuur 4.13 is per ketenzorgcontract te zien welk percentage van de respondenten aangeeft dat de preferente zorgverzekeraar eisen rondom substitutie stelde bij het afsluiten van het contract. Er zijn grote verschillen tussen ketenzorgcontracten en tussen groepen respondenten. Eisen rondom substitutie worden in het algemeen relatief vaak gesteld bij contracten voor CVRM en astma. Bij zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft, worden bij het diabetescontract juist vaak eisen gesteld rondom substitutie. Over het algemeen worden bij contracten met gezondheidscentra en gezondheidscentra/zorggroepen vaker eisen gesteld aan substitutie dan bij zorggroepen. Dit komt overeen met het beeld uit figuur 4.12.

Figuur 4.13 Percentage respondenten bij wie de zorgverzekeraar eisen stelde aan substitutie bij het afsluiten van ketenzorgcontracten (n=68, 19, 31, 18)



5 Conclusie

De vraag die in dit onderzoek centraal stond, was:

“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor de contracten voor 2015 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”

Bij het beantwoorden van deze vraag is nadruk gelegd op ervaringen in het licht van de spelregels zoals opgesteld door InEen en het Bestuurlijke Akkoord.

5.1 Contractering verloopt niet altijd volgens spelregels

De contractering voor de contracten voor 2015 verloopt niet altijd volgens de spelregels. Vooral de tijdigheid van contractering is een knelpunt. In de spelregels worden richtlijnen gegeven voor wanneer bepaalde stappen in het contracteringsproces gezet dienen te worden. In veel contracteringsprocessen worden deze stappen later gezet dan deze richtlijnen aangeven. Ruim de helft van de zorggroepen en gezondheidscentra is ontevreden over de tijdigheid in het contracteringsproces. Een mogelijke oorzaak van dit knelpunt is de verlate publicatie van de beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’ van de NZa. De richtlijn die de spelregels geeft voor de termijn waarop zorgverzekeraars zouden moeten reageren op voorstellen van zorggroepen (binnen twee weken) wordt volgens de helft van de zorggroepen niet gehaald.

Een ander knelpunt in de onderhandelingen is de onderhandelingsruimte. In de spelregels wordt aangegeven dat het contract en de voorwaarden onderdeel zijn van het onderhandel- en contracteertraject. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat zorggroepen en gezondheidscentra van mening zijn dat zorgverzekeraars bereid zijn om de tafel gaan zitten als zorggroepen en gezondheidscentra dit willen, maar dat de ruimte om over de bekostigingsafspraken te onderhandelen beperkt is. De mogelijkheid tot een gesprek is er dus, maar tot daadwerkelijke onderhandelingen komt het volgens zorggroepen en gezondheidscentra vaak niet.

Ook de spelregels op het gebied van het opbouwen van reserves en contractduur worden vaak niet nageleefd. In de spelregels staat dat zorggroepen in staat zouden moeten zijn om een algemene risicoreserve op te bouwen. Ongeveer de helft van de zorggroepen geeft aan dat de afgesproken tarieven niet hoog genoeg zijn om een reserve op te bouwen. Daarnaast geeft ongeveer twee derde aan dat de huidige reserves van de zorggroep niet hoog genoeg zijn om risico's te kunnen dekken en te innoveren. Over de contractduur staat in de spelregels het afsluiten van meerjarige contracten de voorkeur geniet. Uit dit onderzoek blijkt echter dat een ruime meerderheid van de ketenzorgcontracten voor 2015 een eenjarig contract is.

5.2 Contractering is minder tijdig verlopen dan vorig jaar, minder eenjarige contracten

In vergelijking met vorig jaar is een aantal onderdelen van de contractering meer volgens de spelregels verlopen, en een aantal minder. Onderdelen die minder volgens de spelregels zijn verlopen, zijn de tijdigheid van het contracteringsproces en de mogelijkheid van zorggroepen en gezondheidscentra om reserves op te bouwen. Vrijwel alle stappen in het contracteringsproces zijn dit jaar later gezet dan vorig jaar. Zoals gezegd komt dit mogelijk doordat de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dit jaar verlaat is gepubliceerd. Wat betreft de reserves geven meer zorggroepen dit jaar aan dat er in de contracten afspraken over gemaakt zijn. Echter, de afgesproken tarieven zijn minder vaak hoog genoeg om een reserve op te bouwen. Daarnaast geven dit jaar minder zorggroepen aan dat hun reserves hoog genoeg zijn om risico's te dekken en te innoveren dan vorig jaar.

De spelregel die aangeeft dat afspraken over kwaliteit in contracten aan zouden moeten sluiten bij de Kritische Kwaliteitskenmerken is dit jaar beter gevolgd. Ook zijn er dit jaar, in tegenstelling tot vorig jaar, driejarige contracten afgesloten (3% van de contracten). Dit is meer in lijn met de spelregel over contractduur.

Een opvallende bevinding in dit onderzoek is dat de contracten met zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben minder vaak in lijn zijn met de spelregels dan contracten met zorgverzekeraars die de spelregels niet getekend hebben. Hetzelfde geldt voor het contracteringsproces en de financiële aspecten van contractering. Vorig jaar vonden we het tegenovergestelde.

5.3 Bestuurlijk Akkoord biedt ruimte voor interpretatie

In dit onderzoek is in het kader van het Bestuurlijk Akkoord vooral gekeken naar de indexering van budgetten, naar het belonen van uitkomsten en het financieren van zorgvernieuwing en innovatie en naar substitutie.

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat er ruimte is voor een groei van het budgettaire kader voor huisartsenzorg van 2,5%, waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning. In een ruime meerderheid van de ketenzorgcontracten en GEZ-modules is geen sprake van deze indexering. Uit de bijeenkomst met zorgverzekeraars waarin thema's voor de vragenlijst besproken zijn (zie methodologische verantwoording), gaven sommige zorgverzekeraars aan dat indexering op macro-niveau wordt toegepast, en niet op micro-niveau. Met andere woorden, het totale budget voor huisartsenzorg is met 2,5% verhoogd, maar niet het budget van iedere individuele huisarts, zorggroep en gezondheidscentrum. Of de indexering op macro-niveau daadwerkelijk is toegepast valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Daarnaast is het ook mogelijk dat het verhogen van het budgettaire kader heeft plaatsgevonden via het contracteren van hogere volumes. In dat geval is er strikt genomen geen sprake van indexering, omdat er tegenover het hogere budget ook meer verrichtingen staan en het tarief per verrichting niet per se verhoogd hoeft te worden. De volumes zijn in een

meerderheid van de contracten gelijk gebleven en in een kwart van de gevallen gestegen. Voor een deel van de zorggroepen en gezondheidscentra zou dus kunnen gelden dat het verhogen van het budget heeft plaatsgevonden via het verhogen van de volumes.

De nieuwe financiering van huisartsenzorg die in het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken bestaat uit drie segmenten. Via het derde segment worden het belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing gefinancierd. Volgens InEen zou het belonen van uitkomsten gebaseerd moeten zijn op een bonussysteem: zorggroepen en gezondheidscentra die goed presteren zouden extra financiering moeten krijgen. In ongeveer vier op de tien contracten is daadwerkelijke sprake van een dergelijk bonussysteem. In een even groot percentage contracten is er sprake van een malussysteem. In dat geval gaan zorggroepen die niet voldoen aan de prestatie-indicatoren er financieel op achteruit. In de overige 20% van de contracten is sprake van een combinatie van een bonus- en een malussysteem.

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat zij met hun preferente zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage vorig jaar. De aandacht voor substitutie is dit jaar dus niet toegenomen. Volgens ongeveer een vijfde van de respondenten heeft de zorgverzekeraar eisen gesteld rondom substitutie bij het afsluiten van ketenzorgcontracten. Hieruit blijkt dat aan de oproep in het Bestuurlijk Akkoord aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om contractuele afspraken te maken over substitutie niet volgens alle zorggroepen en gezondheidscentra gehoor wordt gegeven.

Tot nu was er weinig inzicht in hoe het Bestuurlijk Akkoord via de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de praktijk gebracht werd. Dit rapport biedt hier een eerste blik op. Het laat zien dat zorggroepen en gezondheidscentra ervaren dat de versterking van de eerste lijn niet in alle facetten van de contractering terugkomt. Voor een gedegen evaluatie van hoe het Bestuurlijk Akkoord in de praktijk gebracht wordt is het belangrijk om ook het perspectief van zorgverzekeraars mee te nemen en te onderzoeken hoe andere zorgaanbieders de contractering ervaren in het licht van het Bestuurlijk Akkoord.

5.4 Zorggroepen zijn over het algemeen meer tevreden dan gezondheidscentra

Zorggroepen zijn over het algemeen meer tevreden met de contractering dan gezondheidscentra. Zo zijn gezondheidscentra vaker ontevreden over het contracteringsproces en is de ontevredenheid over tarieven in de GEZ-module groter dan ontevredenheid over tarieven in de ketenzorgcontracten. Dit is in lijn met de verwachting dat grotere organisaties beter in staat zijn om voor hen gunstige contracten af te sluiten dan kleine organisaties. Grotere organisaties hebben over het algemeen namelijk meer hulpmiddelen voor het afsluiten van contracten.

Om deze verwachting beter te onderzoeken is ook gekeken naar of grote zorggroepen meer tevreden zijn dan kleine zorggroepen. Over het algemeen bleek dat grote zorggroepen inderdaad meer tevreden zijn over het contracteringsproces. Wat betreft de inhoud van contracten werd er nauwelijks een verschil in tevredenheid gevonden tussen grote zorggroepen en kleine zorggroepen. Alleen over de inhoud van het diabetescontract

zijn grote zorggroepen meer tevreden. Er lijkt dus meer van invloed te zijn op tevredenheid dan alleen de omvang van een organisatie. In het geval van gezondheidscentra is het waarschijnlijk dat de onzekerheid over de GEZ-module ook een rol gespeeld heeft. Deze onzekerheid komt tot uitdrukking in het hoge percentage gezondheidscentra dat zich zorgen maakt over het voortbestaan van de organisatie (80%).

5.5 Aandachtspunten

Dit onderzoek laat een aantal opvallende resultaten zien. Voornamelijk de gelijkblijvende aandacht voor substitutie en de mate waarin vooral gezondheidscentra zich zorgen maken over het voortbestaan van de organisatie springen in het oog. Voor deze en een aantal andere resultaten is verdere wetenschappelijke en beleidsmatige aandacht wenselijk. Wat betreft substitutie zou er meer aandacht moeten komen voor waarom zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds niet tot afspraken over substitutie kunnen komen. Substitutie is een belangrijk element in het Bestuurlijke Akkoord, maar dit rapport laat zien dat meer dan de helft van de zorggroepen en gezondheidscentra er geen afspraken maakt. Hoe dit komt is onbekend.

De helft van de zorggroepen en 80% van de gezondheidscentra maakt zich zorgen over het voortbestaan. Het Bestuurlijk Akkoord is mede gebaseerd op het idee dat de eerste lijn versterkt dient te worden. De ontwikkeling van de tarieven baart een deel van de zorggroepen en een groot deel van de gezondheidscentra echter zorgen. Het is de vraag of dit past in het versterken van de eerste lijn. Daarnaast heeft dit mogelijk gevolgen voor de mate waarin zij risico's durven te nemen en innoveren. Investeren in vernieuwing is namelijk niet voor de hand liggend als het voortbestaan een organisatie onzeker is. Er zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden naar het effect van onzekerheid over het voortbestaan onder zorggroepen en gezondheidscentra op de mate waarin zij innovatie uit- of afstellen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de onderhandelingsruimte door zorggroepen en gezondheidscentra als beperkt wordt ervaren. Het is niet bekend wat de oorzaak en het gevolg hiervan is. Mogelijk oorzaken van de beperkte onderhandelingsruimte zijn onder meer marktomstandigheden over ongelijkheid in capaciteiten die nodig zijn in de contractering. Mogelijke gevolgen zijn onder andere een verstoorde relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en verschillen in tarief- en volumeafspraken die niet gebaseerd zijn op verschillen in zorgvraag. Het is echter onbekend of deze gevolgen optreden. Om hier meer inzicht in te krijgen is het belangrijk om onderzoek te doen naar de effecten van beperkte onderhandelingsruimte van zorggroepen en gezondheidscentra.

De tijdigheid tijdens de contractering is net als vorig een knelpunt. Dit jaar is een mogelijke verklaring de verlate publicatie van beleidsregels door de NZa. Het gevolg is dat de contractering in veel gevallen niet voor het eind van 2014 was afgerond. Hierdoor moesten zorggroepen en gezondheidscentra werken zonder (volg)contract. Dit kan leiden tot onzekerheid bij zorggroepen en gezondheidscentra. Het is dus belangrijk dat er blijvend aandacht is voor de tijdigheid van het contracteringsproces.

6 Methodologische verantwoording

6.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst

6.1.1 *Vergelijking met de vragenlijst in 2013-2014*

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 continuïteit ten opzichte van de vragenlijst die in december 2013 en januari 2014 is afgenomen. In die vragenlijst stonden de spelregels voor contractering die InEen ontwikkeld heeft centraal. Deze spelregels vormden ook voor de vragenlijst van 2015 een belangrijke bron van inspiratie.

Tegelijkertijd bestond bij InEen de wens om een aantal nieuwe onderwerpen in de vragenlijst op te nemen. 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.

Daarnaast zijn extra vragen opgenomen die specifiek gericht waren op de ervaringen van gezondheidscentra. Gezondheidscentra verschillen van zorggroepen, onder meer qua omvang. Dit heeft mogelijk een effect op hun onderhandelingsmacht en daardoor op het verloop van de contractering en op hoe zij de contractering ervaren hebben. Om die reden is het interessant om ook gezondheidscentra te bevragen. 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.

Verder bestond bij InEen de wens om meer informatie te hebben over afspraken over innovatie en zorgvernieuwing en over de mate waarin hun leden tevreden zijn over het contracteringsproces en de inhoud van contracten. Over deze onderwerpen zijn dan ook vragen opgenomen in de vragenlijst. Zorgvernieuwing speelt in het Bestuurlijke Akkoord een belangrijke rol. Zo is het derde segment van de nieuwe financiering van eerstelijns zorg onder meer gericht op financieren van vernieuwing. Ook is in het macro-budgettaire kader ruimte opgenomen voor vernieuwing.

6.1.2 *Input van zorgverzekeraars*

De vier grote zorgverzekeraars zijn 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 Achmea aanwezig. Ook waren vertegenwoordigers van InEen en het NIVEL aanwezig. Tijdens de bijeenkomst is aan zorgverzekeraars gevraagd wat zij vonden van de vragenlijst die in

2013-2014 afgenomen is en of er thema's zijn die volgens hen van belang waren voor de vragenlijst in 2015. Zij gaven aan dat zij de vorige 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. 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 een aantal aanvullende vragen. In de vragenlijst voor 2015 wordt onder andere expliciet gevraagd naar waar zorggroepen en gezondheidscentra tevreden over zijn. Ook zijn aanvullende vragen gesteld om na te kunnen gaan in welke mate zorgverzekeraars uitleg hebben gegeven over waarom sommige verzoeken van zorggroepen en gezondheidscentra niet gehonoreerd worden. Hierdoor is inzicht verkregen in de mate waarin zorgverzekeraars de verklaringen voor knelpunten die zij in de bijeenkomst aandroegen, ook naar zorggroepen en gezondheidscentra gecommuniceerd zijn.

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. Er is niet gevraagd naar afgesproken prijzen of andere zaken die aan mededingen gerelateerd kunnen zijn. De vragen over het contracteringsproces hebben betrekking op de contractering voor de contracten in 2015. Voor een aantal onderwerpen is ook gevraagd naar de contractering voor de contracten in 2014, om een vergelijking te kunnen maken.

De vragen over de inhoud van contracten gaan over de contracten die gelden voor 2015, en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2014. Wederom zijn voor een aantal onderwerpen ook vragen gesteld over de inhoud van de contracten die golden in 2014 (en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2013), 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. Zorggroepen en gezondheidscentra is gevraagd naar het aantal zorgprogramma waarvoor zij een contract hebben. Er zijn vier zorgprogramma's waarvoor zij een contract kunnen afsluiten: astma, diabetes, COPD en CVRM. Zorggroepen en gezondheidscentra konden de voor hun twee belangrijkste zorgprogramma's invullen waarover zij vervolgens per zorgprogramma vragen kregen.

6.2 Verzending en respons

De online vragenlijst is op 10 februari 2015 verstuurd naar 78 zorggroepen, 62 gezondheidscentra en 5 organisaties die zowel gezondheidscentrum als zorggroep zijn, in totaal dus 145 organisaties. De indeling in zorggroep, gezondheidscentrum en zorggroep/gezondheidscentrum voor het berekenen van de respons is gemaakt op basis van gegevens van InEen. Op 9 maart is de vragenlijst naar een extra organisatie verstuurd, waarvan

onbekend is of het een zorggroep, gezondheidscentrum of beiden betreft. Er zijn twee herinneringen verstuurd, te weten op 17 februari en op 24 februari. Op 11 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. Voor de zorggroepen geldt dat er ongeveer 25 niet lid zijn van InEen en dus geen vragenlijst ontvangen hebben. Van gezondheidscentra is niet bekend hoeveel er niet lid zijn van InEen.

In totaal hebben 92 respondenten de vragenlijst helemaal ingevuld, waarmee de respons op 63% komt (zie tabel 6.1). De respons is onder gezondheidscentra lager dan onder zorggroepen.

Tabel 6.1 Respons

	Zorggroepen	Gezondheidscentra	Beiden	Onbekend	Totaal
Aantal verzonden	78	62	5	1	146
Niet aangekomen	0	0	0	0	0
Aantal herzonden	0	0	0	0	0
Aantal volledig ingevuld	51	36	4	1	92
Respons	65%	58%	80%	100%	63%

6.3 Analyse

Voor de rapportage is gebruik gemaakt van beschrijvende analyses. Aangezien sommige respondenten voor meerdere zorgprogramma's een contract hebben afgesloten, zijn voor sommige vragen meer antwoorden beschikbaar dan het aantal respondenten. In de analyses zijn alle antwoorden meegenomen, omdat uit eerste analyses bleek dat de antwoorden meer samenhangen met de zorgverzekeraar waarover de vraag gaat, dan met de zorggroep die de vraag ingevuld heeft. Ter illustratie de vraag over de indexering van de tarieven in de ketenzorgcontracten. Deze vraag is door respondenten met twee zorgprogramma's twee keer ingevuld. Hierdoor zijn er 118 antwoorden, terwijl maar 104 respondenten de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld hebben. Bij de tabellen en grafieken zal het aantal antwoorden (de N) vermeld worden, waardoor de lezer weet op hoeveel antwoorden de resultaten gebaseerd zijn.

De vragenlijst is ingevuld door drie verschillende groepen respondenten: 1) zorggroepen; 2) gezondheidscentra; en 3) gezondheidscentra/zorggroepen. Omdat de groep gezondheidscentra en gezondheidscentra/zorggroepen relatief klein is, is er voor gekozen om de antwoorden van deze groepen samen te presenteren. Er is ook voor gekozen om in deze groep respondenten geen onderscheid te maken tussen een groep wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft en een groep wiens preferente zorgverzekeraar dit niet gedaan heeft. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste was de groep te klein om op te splitsen. Ten tweede gelden de spelregels in eerste instantie voor het contracteren zorggroepen en niet voor het contracteren van gezondheidscentra. Daarom was het voor deze groep minder relevant om dit onderscheid te maken.

Bij een aantal analyses is onderscheid gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote zorggroepen. Zorggroepen met minder dan 25 huisarts zijn gecategoriseerd als klein, huisartsen met 25 tot 75 huisartsen als middelgroot en zorggroepen met 76 huisartsen of meer als groot. Door deze indeling te hanteren valt ongeveer een derde van de respondenten in elk van de categorieën (zie tabel 6.3).

6.4 Achtergrondkenmerken van respondenten

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken van de respondenten besproken. We bespreken eerst de achtergrondkenmerken van deelnemende zorggroepen en daarna de achtergrondkenmerken van deelnemende gezondheidscentra. De achtergrondkenmerken van de zorggroepen worden vergeleken met de achtergrondkenmerken van de deelnemende zorggroepen vorig jaar.

6.4.1 Soort organisatie

Van alle respondenten heeft 54% aangegeven dat ze alleen zorggroep zijn. Ongeveer een derde is alleen gezondheidscentrum en 14% is zowel zorggroep als gezondheidscentrum. In de resultaten hoofdstukken zijn de respondenten in de categorieën ‘zorggroep en gezondheidscentrum’ en ‘gezondheidscentrum met ketenzorg’ samengevoegd. Respondenten in de categorie ‘gezondheidscentrum zonder ketenzorg’ hebben alleen de vragen over het GEZ-contract ingevuld.

Tabel 6.2. Achtergrondkenmerken – Soort organisatie

Soort organisatie	(N=104)
Zorggroep	54%
Zorggroep en gezondheidscentrum	14%
Gezondheidscentrum met ketenzorgcontracten	8%
Gezondheidscentrum zonder ketenzorgcontracten	24%

6.4.2 Zorggroepen

In onderstaande tabellen zijn de achtergrondkenmerken van zorggroepen uiteengezet. De omvang van de deelnemende zorggroepen is dit jaar vergelijkbaar met de omvang vorig jaar. Het belangrijkste verschil is dat de categorie ‘minder dan 25 huisartsen’ dit jaar 10 procentpunten groter is dan vorig jaar.

Ook het jaar van oprichting van de deelnemende zorggroepen verschilt dit jaar niet veel van vorig jaar. De grootste afwijking is het percentage zorggroepen dat in 2007 opgericht is: dat ligt dit jaar 10 procentpunten lager dan vorig jaar. Daarentegen geeft 4% van de deelnemende zorggroepen aan in 2014 opgericht te zijn.

Tabel 6.3 Achtergrondkenmerken zorggroepen – omvang en oprichting

	2015	2013-2014
<i>Omvang zorggroep:</i>	<i>(N=68)</i>	<i>(N=68)</i>
minder dan 25 huisartsen	31%	21%
25-50 huisartsen	13%	15%
51-75 huisartsen	15%	13%
76-100 huisartsen	13%	18%
101-125 huisartsen	7%	10%
126-150 huisartsen	7%	7%
151-175 huisartsen	2%	2%
176-200 huisartsen	6%	9%
meer dan 200 huisartsen	6%	6%
<i>Oprichtingsjaar zorggroep</i>	<i>(N=68)</i>	<i>(N=68)</i>
2014	4%	-
2013	2%	-
2012	2%	-
2011	7%	3%
2010	13%	13%
2009	13%	15%
2008	22%	24%
2007	15%	25%
2006	6%	9%
Eerder dan 2006	15%	12%
Weet ik niet	2%	-

Het werkgebied van de deelnemende zorggroepen is dit jaar nagenoeg gelijk aan het werkgebied van deelnemende zorggroepen vorig jaar (zie tabel 6.4). Wederom komt bijna 40% van de deelnemende zorggroepen uit Noord- en Zuid-Holland.

Als we kijken naar de preferente zorgverzekeraars van de deelnemende zorggroepen, dan zien we wel opvallende verschillen (zie tabel 6.4). Hoewel het percentage zorggroepen met één preferente zorgverzekeraar in beide jaren gelijk is (18%), is het percentage zorggroepen met Achmea of CZ als preferente zorgverzekeraar dit jaar hoger. Het percentage zorggroepen met VGZ of Menzis als preferente zorgverzekeraar is dit jaar juist lager.

Tabel 6.4 Achtergrondkenmerken zorggroepen – werkgebied en zorgverzekeraars

	2015	2013-2014
<i>Werkgebied:</i>	<i>(N=68)</i>	<i>(N=68)</i>
Groningen	0%	2%
Friesland	4%	6%
Drenthe	2%	0%
Overijssel	6%	4%
Flevoland	2%	3%
Noord-Holland	15%	16%
Zuid-Holland	22%	21%
Utrecht	10%	7%
Gelderland	11%	16%
Zeeland	6%	3%
Noord-Brabant	18%	16%
Limburg	4%	6%
<i>Preferente zorgverzekeraars (aantal):</i>	<i>(N=68)</i>	<i>(N=68)</i>
Eén	82%	82%
Twee	18%	18%
Drie	0%	0%
<i>Preferente zorgverzekeraar (naam):</i>		
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>	<i>(N=80)</i>	<i>(N=80)</i>
Achmea	29%	25%
Coöperatie VGZ	9%	13%
Menzis	10%	13%
CZ	22%	16%
DSW	-	2%
Zorg en Zekerheid	6%	4%
De Friesland	4%	6%
Anders	2%	3%
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>		
Achmea en Coöperatie VGZ	0%	2%
Achmea en CZ	2%	2%
Coöperatie VGZ en CZ	15%	15%
VGZ en Menzis	2%	0%

We hebben respondenten met twee preferente zorgverzekeraars dit jaar ook gevraagd welke van deze zorgverzekeraars voor hen het belangrijkste is. Het blijkt dat voor vrijwel alle zorggroepen met twee preferente zorgverzekeraars VGZ de belangrijkste zorgverzekeraar is.

6.4.3 Gezondheidscentra

Bijna 40% van de deelnemende gezondheidscentra heeft een omvang van 4-6 huisartsen (zie tabel 6.5). Daarmee zijn gezondheidscentra over het algemeen een stuk kleiner dan zorggroepen. Ook zijn gezondheidscentra over het algemeen eerder opgericht dan zorggroepen. Bijna 80% van de gezondheidscentra geeft aan voor 2006 opgericht te zijn. Dit was te verwachten, aangezien gezondheidscentra al sinds de jaren 1960 opgericht worden.

Tabel 6.5 Achtergrondkenmerken gezondheidscentra – omvang en oprichting

	2015
<i>Omvang gezondheidscentrum:</i>	<i>(N=46)</i>
1-3 huisartsen	9%
4-6 huisartsen	39%
7-9 huisartsen	15%
10-12 huisartsen	11%
13 of meer huisartsen	24%
Weet ik niet	2%
<i>Oprichtingsjaar gezondheidscentrum:</i>	<i>(N=46)</i>
2014	0%
2013	0%
2012	0%
2011	4%
2010	0%
2009	9%
2008	0%
2007	7%
2006	0%
Eerder dan 2006	78%
Weet ik niet	2%

Ten opzichte van de zorggroepen zijn relatief veel gezondheidscentra in Utrecht gevestigd en relatief weinig in Noord-Holland (zie tabel 6.6). Ook blijkt dat er in vergelijking met zorggroepen relatief weinig gezondheidscentra zijn met twee preferente zorgverzekeraars. Dat is waarschijnlijk te verklaren door het lage percentage deelnemende gezondheidscentra dat in Noord-Brabant gevestigd is. Van de zorggroepen met twee preferente zorgverzekeraars heeft namelijk twee derde het grootste deel van zijn werkgebied in die provincie.

Bijna de helft van de deelnemende gezondheidscentra heeft Achmea als preferente zorgverzekeraar (44%, zie tabel 6.6). Dit percentage is fors hoger dan voor zorggroepen. Dit komt mogelijk vanwege het relatief hoge percentage deelnemende gezondheidscentra dat in Utrecht gevestigd is. Van oudsher is Achmea (Agis) de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in deze provincie. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij het vergelijken van de resultaten van zorggroepen met de resultaten van gezondheidscentra.

Tabel 6.6 Achtergrondkenmerken gezondheidscentra – werkgebied en zorgverzekeraars

	2015
<i>Werkgebied:</i>	<i>(N=)</i>
Groningen	2%
Friesland	2%
Drenthe	4%
Overijssel	0%
Flevoland	2%
Noord-Holland	15%
Zuid-Holland	26%
Utrecht	24%
Gelderland	11%
Zeeland	0%
Noord-Brabant	7%
Limburg	7%
<i>Preferente zorgverzekeraars:</i>	<i>(N=45)</i>
Eén	96%
Twee	4%
Drie	0%
<i>Preferente zorgverzekeraar (naam):</i>	<i>(N=47)</i>
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>	
Achmea	44%
Coöperatie VGZ	18%
Menzis	13%
CZ	11%
DSW	0%
Zorg en Zekerheid	7%
De Friesland	2%
Anders	0%
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>	
Achmea en Coöperatie VGZ	0%
Achmea en CZ	2%
Coöperatie VGZ en CZ	2%

6.4.4 Bekendheid met spelregels en bestuurlijk akkoord

Zoals verwacht geeft een veel groter percentage zorggroepen dan gezondheidscentra aan bekend te zijn met de spelregels voor contractering van zorggroepen (respectievelijk 88% en 53% zie tabel 6.7). De bekendheid met de spelregels ligt onder zorggroepen dit jaar iets lager dan vorig jaar.

Tabel 6.7 Bekendheid met spelregels en Bestuurlijk Akkoord

<i>Bent u bekend met de spelregels?</i>	<i>Zorggroepen (N=52)</i>	<i>Gezondheidscentra (N=45)</i>
Ja	88%	53%
Nee	12%	47%
<i>Bent u bekend met het Bestuurlijk Akkoord?</i>	<i>Zorggroepen (N=54)</i>	<i>Gezondheidscentra (N=45)</i>
Ja	93%	87%
Nee	7%	13%

De bekendheid met het Bestuurlijk Akkoord is hoog onder zowel zorggroepen als gezondheidscentra (93% en 89% respectievelijk, zie tabel 6.7).

6.4.5 Rol tijdens onderhandelingen

Van de respondenten die de vragenlijst namens een zorggroep ingevuld hebben geeft ruim 80% aan dat zij onderhandelaar is geweest tijdens de onderhandelingen (zie tabel 6.8). Dit percentage ligt lager bij respondenten namens gezondheidscentra (64%). In vergelijking met vorig jaar is het percentage respondenten namens zorggroepen dat aangeeft onderhandelaar te zijn geweest nagenoeg gelijk.

Tabel 6.8 Rol tijdens onderhandelingen van respondenten

<i>Rol tijdens contractering</i>	<i>Zorggroepen (N=54)</i>	<i>Gezondheidscentra (N=45)</i>
Onderhandelaar	83%	64%
Betrokken bij voorbereiding van de onderhandelingen	13%	13%
Anderszins betrokken bij de onderhandelingen	4%	4%
Niet betrokken bij de onderhandelingen	0%	18%

6.5 Opmerkingen van respondenten over vragenlijst

Een aantal respondenten heeft in de periode dat de vragenlijst openstond contact opgenomen met het NIVEL over de inhoud van de vragenlijst. Uit deze opmerkingen was af te leiden dat sommige vragen niet van toepassing waren op alle respondenten. Aan deze respondenten is het advies te geven om bij dergelijke vragen waar mogelijk 'niet van toepassing' in te vullen of als dat niet mogelijk was, de vraag over te slaan. Ook is deze respondenten gevraagd aan het eind van de vragenlijst in te vullen dat bepaalde vragen niet op hen van toepassing waren, en ook de reden waarom. Met deze opmerkingen is vervolgens rekening gehouden tijdens de interpretatie van de resultaten.

Literatuur

- Ashton, T., Cumming, J., & McLean, J. (2004). Contracting for health services in a public health system: The New Zealand experience. *Health Policy*, 69(1), 21-31.
- Bartholomée, Y., & Maarse, H. (2006). Health insurance reform in the Netherlands. *EUROHEALTH-LONDON*, 12(2), 7.
- Batenburg, R. S., & Kalf, R. R. J. (2010). Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: verschillen, trends en bekostiging.
- Boonen, L. H. H. M., & Schut, F. T. (2010). Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: First experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics Policy and Law*, 6(2), 219.
- Bouwhuis, S., & De Jong, J. (2014). De contracting van zorggroepen in 2013. De ervaring van zorggroepen. Utrecht: Nivel.
- Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12(1), 24-48.
- Ginsberg, C., & Sheridan, S. (2001). Limitations of and barriers to using performance measurement: Purchasers' perspectives. *Health Care Financing Review*, 22(3), 49-57.
- Lammers, E., & Te Vaarwerk, M. (2012). Zorgstandaarden in Nederland. De balans opgemaakt: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
- Light, D. W. (1997). From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience. *Milbank Q.*, 75(3), 297-341.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., & van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: health system review. *Health systems in transition*, 12(1), xxvii-1.
- Schut, F. T., & Van de Ven, W. P. M. M. (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full of half empty? *Health Economics, Policy and Law*, 6, 109-123.
- Til, J. T. v., Wildt, J. E. d., & Struijs, J. N. (2010). Organisatie van Zorggroepen. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM, LVG.
- Van de Ven, W. P. M. M. (1987). The key role of health insurance in a cost-effective health care system. *Health Policy*, 7, 253-272.
- Van Dijk, C. E., Swinkels, I. C. S., Lugt, M., & Korevaar, J. C. (2011). Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10(1), 247-260.
- Willcox, S. (2005). Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2(1).

Bijlagen

Bijlage 1: De spelregels voor contractering van zorggroepen

Tabel 1 De spelregels voor contractering van zorggroepen (Inzet van InEen uit juni 2013)

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

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

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

Bijlage 2: Overzicht van tabellen

Tabel 1 In welke mate reageerde de zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
nooit	4%	2%	0%	3%	10%
vrijwel nooit	18%	13%	15%	12%	29%
soms	23%	25%	35%	18%	19%
vrijwel altijd	31%	36%	40%	33%	19%
altijd	22%	25%	10%	33%	14%
weet ik niet	3%	0%	0%	0%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	20	33	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 2 In welke mate reageerde uw organisatie gemotiveerd op voorstellen van de zorgverzekeraar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
nooit	0%	6%	0%	0%	0%
vrijwel nooit	6%	0%	7%	5%	5%
soms	6%	6%	3%	10%	5%
vrijwel altijd	42%	41%	39%	45%	43%
altijd	43%	47%	52%	40%	33%
weet ik niet	4%	0%	0%	0%	14%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	51	31	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 3 Binnen welke termijn reageerde de zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Binnen twee weken	34%	40%	33%	50%	19%
Binnen twee tot vier weken	46%	49%	52%	45%	38%
Langer dan vier weken	16%	11%	15%	5%	29%
Weet ik niet	4%	0%	0%	0%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	33	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 4 Binnen welke termijn reageerde uw organisatie gemotiveerd op voorstellen van de zorgverzekeraar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Binnen twee weken	50%	51%	52%	50%	48%
Binnen twee tot vier weken	45%	49%	49%	50%	33%
Langer dan vier weken	1%	0%	0%	0%	5%
Weet ik niet	4%	0%	0%	0%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	33	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 5 In welke mate verschilde de motivatie van de zorgverzekeraar van de motivatie vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel beter	0%	0%	0%	0%	0%
Beter	14%	14%	16%	10%	14%
Geen verschil	38%	42%	50%	30%	29%
Slechter	27%	29%	16%	50%	24%
Veel slechter	11%	8%	6%	10%	19%
Weet ik niet	10%	8%	13%	0%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	73	52	32	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 6 In welke mate verschilde de motivatie van uw organisatie van de motivatie vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel beter	1%	2%	3%	0%	0%
Beter	25%	17%	16%	20%	43%
Geen verschil	60%	69%	69%	70%	38%
Slechter	4%	6%	3%	10%	0%
Veel slechter	0%	0%	0%	0%	0%
Weet ik niet	10%	6%	9%	100%	19%
Total	100%	100%	100%	0%	100%
N	73	52	32	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 7 In welke mate verschilde de tijdigheid van de reacties van de zorgverzekeraar van de tijdigheid vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel sneller	3%	2%	0%	5%	5%
Sneller	16%	17%	18%	15%	14%
Geen verschil	50%	59%	52%	70%	29%
Langzamer	12%	9%	12%	5%	19%
Veel langzamer	8%	6%	6%	5%	14%
Weet niet	11%	8%	12%	0%	19%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	33	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 8 In welke mate verschilde de tijdigheid van de reacties van uw organisatie van de tijdigheid vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel sneller	3%	2%	0%	5%	5%
Sneller	11%	8%	9%	5%	19%
Geen verschil	72%	79%	79%	80%	52%
Langzamer	3%	4%	0%	10%	0%
Veel langzamer	0%	0%	0%	0%	0%
Weet niet	12%	8%	12%	0%	24%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	33	20	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 9 De zorgverzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Geen SR	Wel SR	
(Helemaal) Oneens	31%	26%	21%	33%	45%
Niet eens, niet oneens	18%	9%	12%	5%	40%
(Helemaal) Eens	51%	65%	67%	62%	15%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	33	21	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 10 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Geen SR	Wel SR	
(Helemaal) Oneens	45%	50%	49%	52%	30%
Niet eens, niet oneens	19%	20%	21%	19%	15%
(Helemaal) Eens	35%	28%	27%	29%	55%
Weet ik niet	1%	2%	3%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	33	21	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 11 De zorgverzekeraar was bereid om met mijn organisatie om de tafel te zitten als mijn organisatie dat wilde

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	11%	9%	10%	9%	15%
Niet eens, niet oneens	8%	9%	10%	9%	5%
(Helemaal) Eens	77%	78%	76%	79%	75%
Weet ik niet	4%	4%	5%	3%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	21	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 12 Mijn organisatie is tevreden over de tijdigheid van het contracteringsproces

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	54%	48%	67%	36%	70%
Niet eens, niet oneens	15%	15%	5%	21%	15%
(Helemaal) Eens	30%	35%	24%	42%	15%
Weet ik niet	1%	2%	5%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	21	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 13 Mijn organisatie is tevreden over de communicatie met de zorgverzekeraar tijdens het contracteringsproces

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	39%	32%	38%	27%	60%
Niet eens, niet oneens	12%	15%	19%	12%	5%
(Helemaal) Eens	46%	52%	38%	61%	30%
Weet ik niet	3%	2%	5%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	21	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 14 Mijn organisatie is tevreden over de ruimte die er was om met de zorgverzekeraar te onderhandelen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	60%	56%	71%	46%	70%
Niet eens, niet oneens	12%	6%	5%	6%	30%
(Helemaal) Eens	26%	35%	19%	46%	0%
Weet ik niet	3%	4%	5%	3%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	21	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 15 Over het algemeen is mijn organisatie tevreden over het contracteringsproces

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	47%	44%	52%	39%	55%
Niet eens, niet oneens	20%	22%	24%	21%	15%
(Helemaal) Eens	31%	32%	19%	39%	30%
Weet ik niet	1%	2%	5%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	54	21	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 16 De vergoedingen die in de contracten zijn afgesproken bieden de mogelijkheid om een financiële reserve op te bouwen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	54%	46%	50%	44%	75%
Niet eens, niet oneens	26%	35%	50%	25%	5%
(Helemaal) Eens	18%	19%	0%	31%	15%
Weet ik niet	1%	0%	0%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	52	20	32	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 17 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van de zorg die wordt geleverd

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	51%	46%	55%	41%	65%
Niet eens, niet oneens	14%	14%	20%	9%	15%
(Helemaal) Eens	32%	39%	25%	47%	15%
Weet ik niet	3%	2%	0%	3%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	52	20	32	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 18 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van de zorg die mijn organisatie zou willen leveren

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	33%	25%	30%	22%	55%
Niet eens, niet oneens	24%	23%	30%	19%	25%
(Helemaal) Eens	40%	50%	40%	56%	15%
Weet ik niet	3%	2%	0%	3%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	52	20	32	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 19 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken laten voldoende ruimte voor het voeren van eigen beleid door mijn organisatie

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	25%	23%	35%	16%	30%
Niet eens, niet oneens	22%	23%	20%	25%	20%
(Helemaal) Eens	50%	54%	45%	59%	40%
Weet ik niet	3%	0%	0%	0%	10%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	52	20	32	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 20 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken dragen bij aan het realiseren van betere kwaliteit van zorg door mijn organisatie

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	22%	21%	30%	16%	25%
Niet eens, niet oneens	18%	19%	30%	13%	15%
(Helemaal) Eens	58%	60%	40%	72%	55%
Weet ik niet	1%	0%	0%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	52	20	32	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 21 De afspraken over kwaliteit in de contracten sluiten aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	68%	73%	74%	72%	57%
Nee	14%	14%	16%	13%	14%
Weet ik niet	18%	14%	11%	16%	29%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	51	19	32	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 22 In de contracten is afgesproken dat de ketenzorgorganisatie financiële reserves kan vormen en borgen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
ja	54%	60%	70%	55%	38%
nee	39%	34%	20%	42%	52%
weet ik niet	7%	6%	10%	3%	10%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	20	33	21

Tabel 23 De uitgangspunten voor de afspraken over de financiële reserves in de contracten waren de risico's van mijn organisatie

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
ja	47%	47%	53%	44%	48%
nee	36%	35%	37%	34%	38%
weet ik niet	17%	18%	11%	22%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	72	51	19	33	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 24 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw ketenzorgorganisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	47%	57%	50%	61%	20%
Ja, door ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven	25%	21%	20%	21%	35%
Ja, door andere oorzaken	26%	21%	25%	18%	40%
Weet ik niet	3%	2%	5%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	73	53	20	33	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 25 Heeft uw organisatie contracten afgesloten voor ketenzorgprogramma's?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	91%	93%	90%	94%	86%
Nee	8%	6%	5%	6%	14%
Weet ik niet	1%	2%	5%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	74	53	20	33	21

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 26 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het diabetes-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	4%	0%	0%	0%	17%
Ja	96%	100%	100%	100%	83%
Weet ik niet	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	68	50	19	31	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 27 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het COPD-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	12%	6%	5%	7%	28%
Ja	88%	94%	95%	94%	72%
Weet ik niet	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	68	50	19	31	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 28 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het CVRM-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	29%	22%	0%	36%	50%
Ja	71%	78%	100%	65%	50%
Weet ik niet	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	68	50	19	31	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 29 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het astma-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	81%	82%	95%	74%	78%
Ja	19%	18%	5%	26%	22%
Weet ik niet	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	68	50	19	31	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 30 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	26%	23%	42%	10%	35%
Niet eens, niet oneens	26%	25%	11%	35%	29%
(Helemaal) Eens	45%	52%	47%	55%	24%
Weet ik niet	3%	0%	0%	0%	12%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	65	48	19	29	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 31 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	3%	4%	11%	0%	29%
Niet eens, niet oneens	22%	19%	16%	21%	59%
(Helemaal) Eens	63%	65%	63%	66%	12%
Weet ik niet	12%	13%	11%	14%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	65	48	19	29	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 32 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	14%	15%	37%	0%	12%
Niet eens, niet oneens	35%	38%	32%	41%	29%
(Helemaal) Eens	48%	48%	32%	59%	47%
Weet ik niet	3%	0%	0%	0%	12%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	65	48	19	29	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 33 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	16%	13%	32%	0%	24%
Niet eens, niet oneens	28%	28%	32%	25%	29%
(Helemaal) Eens	53%	60%	37%	75%	35%
Weet ik niet	3%	0%	0%	0%	12%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	64	47	19	28	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 34 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	23%	21%	21%	21%	29%
Niet eens, niet oneens	22%	19%	16%	21%	29%
(Helemaal) Eens	50%	60%	63%	57%	24%
Weet ik niet	5%	0%	0%	0%	18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	64	47	19	28	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 35 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	5%	6%	11%	4%	29%
Niet eens, niet oneens	20%	17%	11%	21%	53%
(Helemaal) Eens	63%	66%	74%	61%	18%
Weet ik niet	13%	11%	5%	14%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	64	47	19	28	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 36 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	14%	17%	32%	7%	6%
Niet eens, niet oneens	30%	32%	26%	36%	24%
(Helemaal) Eens	52%	51%	42%	57%	53%
Weet ik niet	5%	0%	0%	0%	18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	64	47	19	28	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 37 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	13%	13%	26%	4%	12%
Niet eens, niet oneens	33%	34%	26%	39%	29%
(Helemaal) Eens	50%	53%	47%	57%	41%
Weet ik niet	5%	0%	0%	0%	18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	64	47	19	28	17

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 38 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	22%	19%	37%	7%	31%
Niet eens, niet oneens	24%	28%	21%	32%	13%
(Helemaal) Eens	29%	34%	42%	29%	13%
Weet ik niet	25%	19%	0%	32%	44%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	63	47	19	28	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 39 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma CRVM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	16%	19%	37%	7%	6%
Niet eens, niet oneens	19%	13%	16%	11%	38%
(Helemaal) Eens	38%	45%	42%	46%	19%
Weet ik niet	27%	23%	5%	36%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	63	47	19	28	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 40 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	16%	15%	26%	7%	19%
Niet eens, niet oneens	22%	23%	32%	18%	19%
(Helemaal) Eens	38%	43%	42%	43%	25%
Weet ik niet	24%	19%	0%	32%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	63	47	19	28	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 41 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	22%	21%	32%	14%	25%
Niet eens, niet oneens	22%	23%	37%	14%	19%
(Helemaal) Eens	35%	40%	32%	46%	19%
Weet ik niet	21%	15%	0%	25%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	63	47	19	28	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 42 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	2%	2%	6%	0%	0%
Niet eens, niet oneens	15%	13%	11%	15%	0,188%
(Helemaal) Eens	16%	16%	6%	22%	0,188%
Weet ik niet	67%	69%	78%	63%	0,625%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	61	45	18	27	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 43 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	2%	2%	6%	0%	0%
Niet eens, niet oneens	10%	9%	6%	11%	13%
(Helemaal) Eens	21%	20%	11%	26%	25%
Weet ik niet	67%	69%	78%	63%	63%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	61	45	18	27	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 44 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	2%	2%	6%	0%	0%
Niet eens, niet oneens	12%	11%	6%	15%	13%
(Helemaal) Eens	20%	18%	11%	22%	27%
Weet ik niet	67%	69%	78%	63%	60%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	60	45	18	27	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 45 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	3%	4%	11%	0%	0%
Niet eens, niet oneens	10%	9%	6%	11%	13%
(Helemaal) Eens	20%	18%	6%	26%	25%
Weet ik niet	67%	69%	78%	63%	63%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	61	45	18	27	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 46 In het ketenzorgcontract is afgesproken dat de ketenzorg via de Zorgstandaard wordt geleverd

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	91%	92%	94%	91%	85%
Nee	76%	6%	6%	7%	12%
Weet ik niet	2%	1%	0%	2%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	105	79	34	45	26

Tabel 47 Werden er door de zorgverzekeraar in aanvulling op de Zorgstandaard en de Kritische KwaliteitsKenmerken extra kwaliteitseisen toegevoegd?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	33%	32%	39%	27%	36%
Nee	55%	58%	50%	64%	46%
Weet ik niet	12%	1%	11%	9%	18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	109	81	36	45	28

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 48 Waar zijn de bekostigingsafspraken in het ketenzorgcontract op gebaseerd?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Rekenmodellen van de zorgverzekeraar	48%	46%	56%	38%	54%
Offerte van de ketenzorgorganisatie	17%	17%	6%	26%	18%
Een combinatie van beiden	32%	33%	39%	28%	29%
Weet ik niet	4%	5%	0%	9%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	111	83	36	47	28

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 49 Was er ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken voor het ketenzorgcontract?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	47%	47%	39%	53%	46%
Nee, de zorgverzekeraar wilde niet onderhandelen	39%	41%	53%	32%	36%
Nee, om een andere reden	9%	6%	9%	4%	18%
Weet ik niet	5%	6%	0%	11%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	109	81	34	47	28

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 50 Hoe verhouden zich de tarieven in het ketenzorgcontract voor 2015 zich tot de tarieven in de ketenzorgcontracten vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De tarieven zijn veel lager	3%	1%	3%	0%	7%
De tarieven zijn lager	39%	36%	54%	23%	46%
De tarieven zijn gelijk	33%	36%	31%	40%	25%
De tarieven zijn hoger	13%	15%	9%	19%	7%
De tarieven zijn veel hoger	2%	1%	3%	2%	4%
Weet niet	11%	11%	0%	17%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	111	83	35	48	28

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 51 Hoe verhouden zich de volumes in het ketenzorgcontract voor 2015 zich tot de volumes in de ketenzorgcontracten vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De volumes zijn veel lager	1%	2%	3%	0%	0%
De volumes zijn lager	2%	2%	6%	0%	0%
De volumes zijn gelijk	63%	62%	56%	67%	64%
De volumes zijn hoger	24%	24%	33%	17%	25%
De volumes zijn veel hoger	0%	0%	0%	0%	0%
Weet niet	11%	11%	3%	17%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	112	84	36	48	28

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 52 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven in het ketenzorgcontract?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	14%	15%	0%	25%	13%
Nee, maar er is wel over onderhandeld	31%	33%	36%	31%	23%
Nee, en er is niet over onderhandeld	47%	48%	64%	37%	43%
Weet ik niet	9%	5%	0%	8%	20%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	118	88	36	52	30

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 53 Heeft de zorgverzekeraar uitgelegd waarom er geen vergoeding voor het indexeren van de tarieven overeengekomen is?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	24%	28%	26%	29%	10%
Nee	66%	61%	63%	59%	85%
Weet ik niet	10%	12%	11%	12%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	89	69	35	34	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 54 Welke afspraken zijn gemaakt over contractduur in het ketenzorgcontract?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De afgesproken contractuur is 1 jaar	61%	61%	59%	62%	63%
De afgesproken contractuur is 2 jaar	34%	37%	41%	34%	27%
De afgesproken contractduur is 3 jaar of langer	3%	2%	0%	4%	3%
Weet ik niet	2%	0%	0%	0%	7%
Total	100%	100%	100	100	100
N	114	84	34	50	30

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 55 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het belonen van uitkomsten?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
ja	63%	70%	70%	70%	45%
nee	30%	22%	15%	27%	50%
weet ik niet/nvt	7%	8%	15%	3%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	70	50	20	30	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 56 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op een bonus- of een malussysteem?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
bonus	39%	43%	50%	38%	22%
malus	39%	40%	21%	52%	33%
bonus/malus	16%	11%	14%	10%	33%
weet ik niet	5%	6%	14%	0%	0%
niet van toepassing	2%	0%	0%	0%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	44	35	14	21	9

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 57 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op landelijke afspraken?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
ja, en de zorgverzekeraar stelde geen extra voorwaarden	39%	34%	21%	43%	56%
ja, en de zorgverzekeraar stelde wel extra voorwaarden	16%	17%	36%	5%	11%
nee	23%	23%	7%	33%	22%
weet ik niet	23%	26%	36%	19%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	44	35	14	21	9

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 58 Ik ben tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
helemaal oneens	12%	12%	15%	10%	11%
oneens	33%	29%	39%	24%	44%
neutraal	33%	38%	31%	43%	11%
eens	21%	21%	15%	24%	22%
helemaal eens	2%	0%	0%	0%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	43	34	13	21	9

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 58 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing?

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
ja	34%	32%	40%
nee	63%	66%	55%
weet ik niet	3%	2%	5%
Total	100%	100%	100%
N	70	50	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 58 Hoe verhoudt de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing zich met de omvang ervan vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
Veel lager	4%	7%	0%
Lager	13%	13%	13%
Gelijk	4%	53%	13%
Hoger	48%	0%	38%
Veel hoger	9%	13%	0%
Weet ik niet/NVT	22%	13%	38%
Total	100%	100%	100%
N	23	15	8

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 58 Ik ben tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
Helemaal oneens	0%	0%	0%
Oneens	22%	27%	13%
Neutraal	39%	33%	50%
Eens	17%	20%	13%
Helemaal eens	9%	13%	0%
Geen mening/niet van toepassing	13%	7%	25%
Total	100%	100%	100%
N	23	15	8

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 59 Heeft uw gezondheidscentrum voor 2015 een contract voor een GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
ja	95%	93%	96%
nee, maar het gezondheidscentrum is er nog wel over in onderhandeling	5%	7%	4%
Total	100%	100%	100%
N	43	15	28

Tabel 60 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw gezondheidscentrum?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
nee	15%	14%	15%
ja, door ontwikkelingen in de gez-tarieven	78%	71%	82%
ja, door andere ontwikkelingen	2%	0%	4%
weet niet	5%	14%	0%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 61 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven voor de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
ja	15%	21%	11%
nee, maar er is wel over onderhandeld	32%	29%	33%
nee, en er is niet over onderhandeld	49%	43%	52%
weet ik niet	5%	7%	4%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 62 Heeft de zorgverzekeraar uitgelegd waarom er geen vergoeding voor het indexeren van de tarieven overeengekomen is?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
ja	12%	20%	9%
nee	88%	80%	91%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>33</i>	<i>10</i>	<i>23</i>

Tabel 63 Waar zijn de bekostigingsafspraken in de GEZ-module op gebaseerd?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
rekenmodellen van de zorgverzekeraar	54%	14%	74%
offerte van het gezondheidscentrum	22%	29%	19%
een combinatie van beiden	17%	36%	7%
weet ik niet	7%	21%	0%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 64 Was het mogelijk om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	24%	43%	15%
Nee, de zorgverzekeraar wilde niet onderhandelen	61%	50%	67%
Nee, om een andere reden	12%	7%	15%
Weet ik niet	2%	0%	4%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 65 Hoe verhouden zich de tarieven in de GEZ-module voor 2015 tot de tarieven in 2014?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De tarieven zijn veel lager	7%	7%	7%
De tarieven zijn lager	15%	14%	15%
De tarieven zijn gelijk	61%	64%	59%
De tarieven zijn hoger	17%	14%	19%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 66 Hoe verhouden de volumes in de GEZ-module voor 2015 zich tot de volumes in 2014?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De volumes zijn veel lager	0%	0%	0%
De volumes zijn lager	2%	7%	0%
De volumes zijn gelijk	68%	79%	63%
De volumes zijn hoger	22%	14%	26%
De volumes zijn veel hoger	2%	0%	4%
Weet niet	5%	0%	7%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 67 Welke afspraken zijn gemaakt over contractduur in de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De afgesproken contractuur is 1 jaar	93%	79%	100%
De afgesproken contractuur is 2 jaar	7%	21%	0%
Total	100%	100%	100%
<i>N</i>	<i>41</i>	<i>14</i>	<i>27</i>

Tabel 68 Ik ben tevreden over de tarieven in de GEZ-module

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Helemaal oneens	9%	14%	7%
Oneens	32%	29%	33%
Neutraal	29%	29%	30%
Eens	27%	21%	30%
Helemaal eens	2%	7%	0%
Total	100%	100%	100%
N	41	14	27

Tabel 69 Heeft uw organisatie financiële verantwoording over 2013 geleverd volgens een door de zorgverzekeraars opgelegd format?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	43%	57%	63%	52%	28%
Nee	55%	41%	37%	44%	70%
Weet ik niet	2%	2%	0%	4%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	89	46	19	27	43

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 70 Heeft uw organisatie financiële verantwoording over 2013 geleverd volgens een eigen format?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	69%	63%	63%	63%	76%
Nee	28%	35%	37%	33%	21%
Weet ik niet	2%	2%	0%	4%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	46	19	27	42

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 71 Is de hoogte van de financiële reserves van de ketenzorgorganisatie hoog genoeg om toekomstige risico's te kunnen dekken *en* te innoveren?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	32%	27%	16%	35%	37%
Nee	61%	64%	63%	65%	58%
Weet ik niet	7%	9%	21%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	45	19	26	43

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 72 Heeft uw organisatie afspraken met onderaannemers gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	74%	85%	90%	82%	63%
Nee	23%	13%	5%	19%	33%
Weet ik niet	3%	2%	5%	0%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	89	46	19	27	43

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn

Tabel 73 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over substitutie van tweede naar eerste lijn?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	47%	44%	47%	41%	51%
Nee	48%	52%	47%	56%	44%
Weet ik niet	5%	4%	5%	4%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	89	46	19	27	43

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die zowel zorggroep zijn