

Consultatiedocument

Contracteerproces eerstelijnszorg

Regels en overzicht contractvormen

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanpak	8
1.2 Leeswijzer	8
2. Verbeteren van het contracteerproces	9
2.1 Good Contracting Practices	9
2.2 Nadere regel transparantie	9
3. Contractvormen	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Meerjarige contracten	11
3.3 Pluscontracten	12
3.4 Modulaire contracten	13
3.5 Combinatie meerjarige, modulaire-en pluscontracten	14
3.6 Ketenccontracten	15
3.7 Gedifferentieerde contracten	16
4. Toezicht op de zorginkoop	19
4.1 Inleiding	19
4.2 De NZa houdt toezicht op voorwaarden voor het contracteerproces	19
4.3 De NZa volgt de werking van de (eerstelijns) zorgmarkten	20

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument 'Contracteerproces eerstelijns zorg'. In dit document gaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in op verschillende onderwerpen die relevant zijn voor de zorginkoop in de eerstelijns. Er wordt onder andere uiteen gezet welke regels de NZa vanaf 2016 stelt aan het contracteerproces en meer in het algemeen welke rol zij heeft in het contracteerproces.

Daarnaast geven we een overzicht van verschillende contractvormen waarin meer ruimte is voor specifieke onderwerpen en omstandigheden dan in standaardcontracten. Deze inventarisatie is tot stand gekomen op basis van input uit bijeenkomsten met zorgaanbieders en hun vertegenwoordigers die wij dit jaar hebben georganiseerd en gesprekken met zorgverzekeraars.

We nodigen u uit om te reageren op de volgende vragen:

- Bieden de omschreven contractvormen volgens u nieuwe handvatten om de contractering beter te laten verlopen?
- Zijn de contractvormen in dit document duidelijk en volledig beschreven?
- Past u momenteel contractvormen toe die (nog) niet zijn omschreven in dit document?
- Welke modellen of vormen zijn er nog meer mogelijk om beter in gesprek te komen met zorgverzekeraars?
- Op welke wijze denkt u dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter met elkaar in gesprek kunnen raken over de contractering om deze zodoende soepeler te laten verlopen. Wie heeft welke rol hierin? Heeft u goed ervaringen of best practices die u graag wilt delen?

de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

1. Inleiding

Een belangrijk instrument om goede en betaalbare zorg te realiseren is het zorginkoopproces waarin afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om dit te bereiken hebben zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een cruciale rol. Zorgaanbieders zorgen voor kwalitatieve goede zorg en ondersteuning en stemmen dit zo goed mogelijk af op de wensen van de cliënt. Zorgverzekeraars kopen onder meer zorg in en letten in het belang van hun verzekerden daarbij op de kwaliteit, toegankelijkheid en op kosten. Door kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een scherpe prijs, kunnen zij zich met hun aanbod onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Bij voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt komen de voordelen die zorgverzekeraars behalen met de zorginkoop uiteindelijk ten goede aan de verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt het belangrijk dat het zorginkoopproces soepel verloopt. Als ondersteuning van het proces heeft de NZa in 2010 Good Contracting Practices (GCP's) uitgebracht met daarin richtlijnen voor de contractering. In 2014 zijn deze richtlijnen herzien.¹

De NZa ontvangt regelmatig klachten van eerstelijns zorgaanbieders die het contracteerproces onevenwichtig vinden verlopen. Zij geven aan er grote moeite mee te hebben dat ze met zorgverzekeraars weinig kunnen spreken over de kwaliteit die zij leveren, de plannen die ze hebben of de specifieke omstandigheden die op hen van toepassing zijn. Ze vinden dat er naar hun gevoel onvoldoende contact is en geen dialoog plaatsvindt met zorgverzekeraars. Ook geven zorgaanbieders aan dat ze zich als professional soms niet gewaardeerd voelen. Zij zouden graag met zorgverzekeraars in gesprek gaan over de inhoud van de contracten voordat deze aan hen worden voorgelegd. Daarnaast geven eerstelijnszorgaanbieders aan grote behoefte te hebben aan contracten die meer op maat zijn gesneden en dus rekening houden met de omstandigheden die van toepassing zijn op een individuele aanbieder. Te denken valt bijvoorbeeld aan de specifieke omstandigheden van een regio waarin een zorgaanbieder actief is. Ook zouden enkele zorgaanbieders graag zien dat de NZa de GCP's handhaaft.

Met dit document wil de NZa het zorginkoopproces faciliteren door toe te lichten welke instrumenten zij heeft om het contracteerproces beter te laten verlopen. In hoofdstuk 3 van dit document staat een overzicht van verschillende contractvormen waarbinnen ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service die momenteel in de praktijk worden gebruikt in de eerste lijn. Een contractvorm die in de ene sector of door de ene zorgverzekeraar wordt toegepast wordt soms in andere sectoren of bij andere zorgverzekeraars nog niet toegepast. Het doel van het weergeven van de verschillende contractvormen die worden gebruikt is het verspreiden van ideeën tussen sectoren en/of zorgverzekeraars.

1.1 Aanpak

De NZa heeft in 2015 een aantal stakeholderbijeenkomsten georganiseerd waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar en met de toezichthouder in gesprek konden over de vraag hoe zij elkaar beter kunnen vinden in het contracteerproces. Doel hiervan was om samen te achterhalen wat de problemen in de dagelijkse praktijk zijn,

¹ http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices_2014.pdf.

welke belemmeringen hierbij worden ervaren, welke rol zorgaanbieders en zorgverzekerders hebben en welke rol veldpartijen van de toezichthouders verwachten. Bij deze gesprekken waren ook medewerkers van ACM aanwezig om te luisteren, toelichting te geven en vragen te beantwoorden.

Naast de input van deelnemers bij bijeenkomsten en de signalen die we ontvangen, heeft de NZa ten behoeve van de inventarisatie van contractvormen gesprekken gevoerd met verschillende zorgverzekerders. De voorbeelden zijn gedeeld door de zorgverzekerders die we spraken en zijn ook terug te vinden in hun publicaties.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt toegelicht welke maatregelen de NZa neemt om het contracteerproces te versoepelen. Daarna volgt in hoofdstuk 3 een opsomming van verschillende contractvormen. Tot slot volgt in hoofdstuk 4 een toelichting op de grenzen van het toezicht van de NZa op de zorginkoop.

2. Verbeteren van het contracteerproces

2.1 Good Contracting Practices

De NZa probeert het contracteerproces soepeler te laten verlopen. Zo heeft de NZa in overleg met het veld in 2010 zogeheten Good Contracting Practices (GCP's) voor zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren opgesteld. In 2014 zijn de GCP's geëvalueerd en vernieuwd.² Deze GCP's zijn bedoeld om ondersteuning te bieden bij het contracteerproces. Ze zorgen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen. De GCP's zijn geen vastgestelde regels en zijn niet handhaafbaar.

2.2 Nadere regel transparantie

In de zomer van 2015 heeft de NZa de nadere regel 'Transparantie zorginkoopproces Zorgverzekeringswet'³ opgesteld. In de regeling zijn een aantal procedurele verplichtingen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders vastgelegd. Het doel van deze regeling is de transparantie van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Met deze nadere regel wordt onder meer een aantal GCP's omgezet in een door de NZa handhaafbare regeling en wordt het contracteerproces voor een deel gereguleerd.

Deze nadere regel geldt voor alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering) valt, dus ook voor de eerstelijnszorg die zorgverzekeraars inkopen. Met deze nadere regel worden zorgverzekeraars onder meer verplicht om hun zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop voor 1 april van het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van het contract bekend te maken. Daarnaast moeten zorgverzekeraars in het tijdspad van de contractering een redelijke termijn opnemen voor zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen. In de nadere regel worden zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders verplicht om tijdens de contracteerperiode voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders, respectievelijk zorgverzekeraars. De regeling treedt op 1 januari 2016 in werking. De NZa ziet er op toe dat deze transparantievoorschriften worden nageleefd.

Met deze regels kan de NZa sturen op meer transparantie van het contracteerproces. Naast transparantie hebben zorgaanbieders ook behoefte aan meer aandacht voor hun specifieke omstandigheden en aan dialoog tijdens de zorginkoop. In het volgende hoofdstuk worden verschillende contractvormen omschreven die hier wellicht meer ruimte voor bieden. Alhoewel de NZa er voorstander van is wanneer zorgverzekeraars (koepels van) zorgaanbieders betrekken bij het opstellen van contracten staat het hen vrij om de contracten uiteindelijk zo in te vullen als zij dat zelf willen. Het staat zorgaanbieders vrij om een aangeboden contract te ondertekenen of niet. In dit proces houdt de NZa toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden en zijn hiervoor afhankelijk van zorgaanbieders.

² http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices_2014.pdf.

³ http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/TH_NR_005__Transparantie_zorginkoopproces_Zvw.

3. Contractvormen

3.1 Inleiding

Uit de signalen van zorgaanbieders en de reacties in de stakeholderbijeenkomsten bleek onder andere dat eenjarige standaardcontracten onvoldoende lijken in te spelen op specifieke onderwerpen of omstandigheden van de geboden zorg. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de brief 'Kwaliteit Loont' van 6 februari 2015⁴ hebben wij geïnventariseerd welke verschillende typen contracten er in de eerstelijns worden gesloten waarbinnen er voor eerstelijnszorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service.

We gaan hieronder achtereenvolgens in op meerjarige contracten, pluscontracten, modulaire contracten, ketencontracten en gedifferentieerde contracten. De inventarisatie biedt een overzicht van de verschillende contractvormen die tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gesloten. Hopelijk kunnen de beschreven contractvormen u, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, inspireren om met elkaar in gesprek te gaan over de manier waarop contracten kunnen worden vormgegeven zodat er meer ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service van de zorg.

De hieronder beschreven contractvormen geven aan wat er mogelijk is maar de inventarisatie is niet limitatief. Zolang u zich houdt aan wet- en regelgeving zijn er mogelijk nog (vele) andere varianten die uitgewerkt kunnen worden. Het is aan u om hier gezamenlijk invulling aan te geven. Voor de NZa is het niet mogelijk om een zorgverzekeraar of zorgaanbieder te dwingen gebruik te maken van een specifieke contractvorm.

3.2 Meerjarige contracten

Traditioneel sluiten veel zorgverzekeraars ieder jaar een nieuw contract af met zorgaanbieders over de te leveren zorg. Tegenwoordig worden echter in toenemende mate contracten gesloten met een looptijd langer dan één jaar, dit zijn de zogenoemde meerjarige contracten. Contracten hebben dan vaak een looptijd van twee of drie jaar.

Er zijn verschillen te zien in het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien van meerjarige contracten. Zo bieden niet alle zorgverzekeraars in dezelfde sectoren meerjarige contracten aan. Veel zorgverzekeraars stellen, in aanvulling op de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een eenjarig contract, extra eisen om in aanmerking te komen voor een meerjarig contract. Deze voorwaarden verschillen per sector en per zorgverzekeraar. Voorbeelden zijn ruimere openingstijden, vastgelegde samenwerkingsverbanden of auditcertificaten.

In het algemeen worden meerjarencontracten vaker gesloten met zorgaanbieders die volgens zorgverzekeraars goede en doelmatige zorg leveren. Een aantal zorgverzekeraars onderzoekt of er in de toekomst meerjarencontracten mogelijk zijn daar waar dat nu nog niet gebeurt. Bijvoorbeeld in de mondzorg. In sectoren waar de

⁴ Kenmerk 723296-133115-Z.

bekostigingssystematiek onlangs is veranderd (zoals de wijkverpleging), of mogelijk gaat veranderen, vinden zorgverzekeraars het minder aantrekkelijk om meerjarige contracten aan te gaan. Zo geeft een zorgverzekeraar in haar inkoopbeleid 2016 aan voor eerstelijns paramedische zorg enkel meerjarencontracten aan te bieden in de fysiotherapie en de logopedie. Voor alle andere eerstelijns paramedische zorg worden eenjarige contracten aangeboden. Als reden voor het niet sluiten van meerjarige contracten in deze sectoren wordt de veranderingen in de wijze van bekostigen van deze zorg genoemd.

Logopedist A heeft een meerjarig contract afgesloten met een zorgverzekeraar voor een periode van drie jaar. De zorgverzekeraar biedt een twee- of driejarig contract aan, afhankelijk van het profiel van de logopedist. Het verschil tussen de profielen voor een twee- of driejarig contract bepaalt deze zorgverzekeraar op basis van service (in termen van ruimere openingstijden, schriftelijke vastlegging van structurele samenwerkingsverbanden en een actuele website met praktijkinformatie) en controle (bezit van een auditcertificaat). Afgelopen jaar heeft logopedist A een audit laten uitvoeren en komt hiermee volgens de voorwaarden van de zorgverzekeraar in aanmerking voor meerjarig contract.

Wanneer u als zorgaanbieder een meerjarencontract wilt afsluiten, maar vindt dat het contract op onderdelen wel ieder jaar aan de actualiteit aangepast moet worden, is dat soms mogelijk. In uw contract komt dan een vast deel (standaarddeel) te staan dat wordt afgesloten voor meerdere jaren en een variabel deel waarover jaarlijks opnieuw onderhandeld wordt. Deze manier van werken vereist wel goede afstemming met de zorgverzekeraar over welke delen van het contract aangepast kunnen worden.

Meerjarige contracten bieden zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars meer zekerheid. De zorgaanbieder ervaart vaak meer mogelijkheden om te investeringen, er is namelijk een langere terugverdientijd. Voor beide partijen worden administratieve lasten sterk verminderd doordat er niet meer elk jaar een nieuw hoeft te worden afgesloten.

3.3 Pluscontracten

Zoals gebruikelijk bij het sluiten van contracten moeten zorgaanbieders aan bepaalde voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Wat pluscontracten onderscheidt van andere contracten is dat wanneer u als zorgaanbieder voldoet aan een set aanvullende eisen bovenop de basisvoorwaarden, u een extra vergoeding ontvangt bovenop de vergoeding die u krijgt voor het sluiten van een basiscontract. Sommige zorgverzekeraars bouwen verschillende 'stappen' in, waardoor de zorgaanbieder met iedere set extra voorwaarden waar ze aan voldoen bijvoorbeeld een hogere vergoeding ontvangen.

Wanneer zorgverzekeraars werken met pluscontracten kunt u als zorgaanbieder vaak in een digitaal portal aangeven voor welke aanvullende voorwaarde(n) u in aanmerking komt (of denkt te komen). U moet dan zelf inschatten of u extra inspanningen moet plegen om aan de aanvullende eisen te kunnen voldoen en de afweging maken of u eventuele extra inspanningen op vindt wegen tegen de voordelen. Het kan overigens ook voorkomen dat aanvullende voorwaarden worden gesteld die niet direct door de zorgaanbieder zijn te beïnvloeden. Voorbeelden zijn een minimum aantal patiënten dat ingeschreven moet

staan bij een praktijk of een minimaal percentage van patiënten dat bij de betreffende zorgverzekeraar is verzekerd.

De voorwaarden die door zorgverzekeraars worden gesteld kunnen inhoudelijk gaan over verschillende dingen. U kunt denken aan:

- service en bereikbaarheid zoals ruime openingstijden, het hebben van een informatieve website of de mogelijkheid bieden aan patiënten om digitaal een afspraak te maken;
- kwaliteit, bijvoorbeeld het meewerken aan het maken van ketenafspraken of het structureel behalen van een kwaliteitsscore;
- de declaratiemethodiek zoals het beschikken over een auditcertificaat.

Bij de contractering voor 2015 biedt een zorgverzekeraar aanbieders van kraamzorg drie verschillende typen contracten aan. Het onderscheid in contracttype wordt bepaald door de mate waarin uw organisatie deelneemt in en samenwerkt met andere disciplines binnen de keten geboortezorg. De zorgverzekeraar heeft vijf criteria voor ketensamenwerking geformuleerd. Het type contract dat u kunt afsluiten hangt af van de mate waarin aan deze criteria wordt voldaan. Kraamorganisatie A voldoet aan geen van de criteria en komt daarmee alleen in aanmerking voor het basiscontract. Hier ontvangen zij 95% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor 2015. Kraamorganisatie B en C voldoen aan respectievelijk twee en drie van deze criteria, komen daarmee in aanmerking voor een 'intensief contract' en ontvangen 97 respectievelijk 98% van het door de NZa vastgestelde maximum tarief voor 2015. Wanneer aan vier of vijf van deze criteria wordt voldaan, komt de kraamzorgorganisatie in aanmerking voor een pluscontract en ontvangt zij 99 respectievelijk 100% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor 2015.

Voordelen van pluscontracten zijn dat zorgverzekeraars zorgaanbieders die ten opzichte van andere zorgaanbieders iets extra's bieden hiervoor belonen. Dit kan de kwaliteit van de zorg en de service ten goede komen.

3.4 Modulaire contracten

Een andere manier om onderscheid te maken in de beloning aan zorgaanbieders die ten opzichte van andere zorgaanbieders iets extra's bieden is door te werken met modules. Als zorgverzekeraar biedt u dan aan zorgaanbieders, naast een basiscontract, meerdere modules aan die zij al dan niet leveren. Net als bij het plusmodel kan de zorgverzekeraar voorwaarden verbinden aan het in aanmerking komen voor een module en de daarbij behorende vergoeding. Het verschil met het plusmodel is dat verschillende modules onafhankelijk van elkaar naast het basiscontract afgesloten kunnen worden terwijl bij pluscontracten de extra vergoeding pas wordt verleend als aan een vastgestelde set van voorwaarden wordt voldaan.

In de mondzorg worden bijvoorbeeld verschillende prestaties modulair gecontracteerd. Deze modules kunnen los van het standaardcontract in de mondzorg worden gecontracteerd. Aan het uitvoeren van bovenstaande verrichtingen zijn door de zorgverzekeraar voorwaarden verbonden, bijvoorbeeld het uitvoeren van een minimum aantal behandelingen.

Zorgaanbieders kunnen door het werken met modules aangemoedigd worden om naast het basiscontract aanvullende zorg of service (bijvoorbeeld ruimere openingstijden) te leveren. Deze aanmoediging

kan worden versterkt door een 'bonus' te geven wanneer een zorgaanbieder alle modules levert.

Zorgverzekeraar Y voert in de farmaceutische zorg een kwaliteitsbeleid met drie verschillende modules om kwaliteit te stimuleren. Per behaalde module biedt de zorgverzekeraar 1% opslag op alle prestaties. Als een zorgaanbieder alle drie modules haalt, krijgt hij 4,5% opslag op alle prestaties. Dat is dus 1,5% bovenop de 3 maal 1% opslag die behaald kan worden met de drie modules. Vergelijkbare modulaire contracten worden ook in de huisartsenzorg en de fysiotherapeutische zorg toegepast.

Zorgverzekeraars kunnen ook modules ontwikkelen voor specifieke doelgroepen. Zo bestaat in de geboortezorg een module waarin aanbieders een opslag kunnen krijgen voor het aanbieden van zorg in achterstandswijken. Een ander voorbeeld is het onder contractvoorwaarde hanteren van het zogenaamde max-max-tarief voor behandelingen van jeugd in de mondzorg.

Voor de module Jeugd max-max geldt dat tandartsen met een zorgverzekeraar zorginhoudelijke afspraken kunnen maken op basis waarvan alle behandelingen voor jeugdige verzekerden die regulier voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen tegen een 105% tarief worden gedeclareerd. Tandarts A die deze module biedt is daarmee gebonden aan bepaalde zorginhoudelijke afspraken. Zo moet ze verzekerden die niet zelfstandig een controleafspraak maken ten minste eenmaal per jaar voor controle oproepen.

Voor zorgaanbieders zijn modulaire contracten de mogelijkheid om, als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen, ervoor te kiezen om aanvullende diensten te verrichten en hier ook extra voor betaald te krijgen. U kunt er als zorgaanbieder ook voor kiezen een bepaald deel van de zorg niet te leveren, zonder dat dit betekent dat u helemaal geen contract meer kunt sluiten met de zorgverzekeraar.

3.5 Combinatie meerjarige, modulaire-en pluscontracten

De hierboven beschreven varianten waarop contracten zijn gebaseerd (meerjaren- of pluscontracten, modules) kunnen ook in combinatie met elkaar worden toegepast. Zo kunnen zorgverzekeraars modules loskoppelen van het basiscontract en wordt het bijvoorbeeld mogelijk om voor het basiscontract een contract voor meerdere jaren te sluiten en voor de modules ieder jaar weer met elkaar om tafel te gaan. Ook pluscontracten kunnen voor meerdere jaren worden gesloten.

Fysiotherapeuten kunnen bij zorgverzekeraar X in aanmerking komen voor drie verschillende typen contracten, de profielen 1,2 en 3. Voor de verschillende profielen geldt dat hoe uitgebreider de kwaliteitseisen zijn, hoe langer de duur van het contract is. Zo geldt voor profiel 1 een contractduur van een jaar, voor profiel 2 geldt een tweejarig contract en voor profiel 3 wordt een driejarig contract aangeboden. Voor deze profielen geldt daarnaast ook dat hoe hoger de kwaliteitseisen zijn, hoe hoger het tarief is dat in rekening kan worden gebracht voor een reguliere zitting. De opslag die wordt verkregen op het standaardcontract bij profiel 3 betreft ruim 30%, waarbij ook nog eens geldt dat hiervoor een driejarig contract kan worden gesloten.

Los van meerjarige (plus)contracten, contracteren sommige zorgverzekeraars ook specifieke prestaties voor meer dan één jaar. In de huisartsenzorg zijn ook voorbeelden van specifieke prestaties die meerjarig worden gecontracteerd. Eén zorgverzekeraar contracteert prestaties met betrekking tot substitutie, zorgvernieuwing (bijvoorbeeld e-health) en wijkgerichte zorg voor meerdere jaren los van het standaardgedeelte van de contracten die in de huisartsenzorg worden overeengekomen.

3.6 Ketencontracten

Bij het sluiten van ketencontracten gaat het om het contracteren van integrale zorg die over het algemeen verleend wordt door zorgaanbieders uit verschillende disciplines die nauw samenwerken om de benodigde zorg te verlenen. Uitgangspunt kan de zorgvraag zijn maar ook een groep verzekerden. Klassieke voorbeelden zijn de zorg rond chronische aandoeningen zoals diabeteszorg en COPD. Ook kan gedacht worden aan ouderenzorg, dementie, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement, astma, obesitas en depressie. De coördinatie van de behandeling van dit type chronische aandoeningen en de verlening van de benodigde zorg wordt in veel gevallen gerealiseerd door een zorggroep. Een zorgverzekeraar sluit in dat geval een contract met een zorggroep.

Er zijn ook zorgaanbieders die geen zorggroep vormen, maar wel samenwerken in een keten om de zorg voor bijvoorbeeld chronische aandoeningen of ouderen integraal te leveren. U kunt als zorgaanbieder overwegen om in zo'n geval in gesprek te gaan met de andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars of er mogelijkheden zijn om als gezamenlijk gecontracteerd te worden.

Zorgverzekeraar X werkt met een zorgaanbodplan. De samenwerkende zorgaanbieders stellen dit plan gezamenlijk op en voorzien het van een begroting. Het doel hiervan is de samenwerking in de wijk tussen multidisciplinaire zorgaanbieders beter te organiseren en vast te leggen. Dit kan voor de zorgverzekeraar ook financieel aantrekkelijk zijn. De verzekeraar schrijft een format voor en stelt bepaalde eisen qua omvang van het samenwerkingsverband, maar de zorgaanbieders schrijven het plan zelf.

In de VS werken sommige zorgverzekeraars en zorgaanbieders met zorgbrede Alternative Quality Contracts (AQC). Met deze AQC's sluit een zorgverzekeraar een vijfjarig modulair contract met groepen zorgaanbieders. AQC's zijn contracten die parallel aan de bestaande inkoopcontracten worden aangeboden. Het gaat om een extra contract dat gesloten wordt met een groep zorgaanbieders, die allemaal uit de eerste lijn afkomstig zijn of bestaat uit een combinatie van eerste- en tweedelijns aanbieders. Op basis van het extra contract accepteert de groep zorgaanbieders de verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit als de kosten van het hele zorgspectrum van haar populatie oftewel haar ingeschrevenen, die moet bestaan uit een minimaal aantal patiënten die verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar die het contract sluit. De groep verzekerden blijft vrij te kiezen om naar zorgaanbieders te gaan buiten het samenwerkingsverband maar slechts met verwijzing van de huisarts.

De bekostiging van dit model bestaat uit drie componenten: het virtueel budget (kosten per verzekerde), het tweezijdig risico ('shared savings'⁵) en de prestatiebeloning (bonus voor kwaliteit).

Een ketencontract stimuleert multidisciplinaire samenwerking die gericht is op het verlenen van integrale zorg. Dit is in het voordeel van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De kwaliteit van de zorg verbetert door bijvoorbeeld afspraken te maken over het behandeltraject van een patiënt. Bovendien kunnen de contracten meer toegespitst worden op de situatie van het specifieke samenwerkingsverband.

3.7 Gedifferentieerde contracten

Met een gedifferentieerd contract bedoelen we een standaardcontract dat geldt voor een specifiek gedeelte van een sector. Denk aan contracten die regionaal zijn ingestoken maar ook aan contracten die zijn toegespitst op bepaalde subgroepen van zorgaanbieders. Een bekend voorbeeld is het onderscheid tussen stedelijke gebieden en andere regio's. In deze contracten houdt u als zorgverzekeraar rekening met de demografie in het werkgebied en wordt meer recht gedaan aan de specifieke situatie waarin de zorgaanbieders verkeren.

Veel partijen zijn voorstander van een regionale aanpak. Zo geeft een verzekeraar in haar inkoopbeleid bijvoorbeeld duidelijk te kennen dat zij graag in gesprek gaat met de zorgaanbieders in de regio om te onderzoeken of de best practices zich lenen voor bekostiging en contractering. Bij alle andere verzekeraars zijn soortgelijke initiatieven te vinden. Ook de overheid ondersteunt regio-initiatieven (proeftuinen en pilots) die gericht zijn op het geven van een nadere invulling van zorg en ondersteuning in de buurt. Voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders geldt dat er nog extra stappen gezet kunnen worden om de initiatieven naar een hoger plan te tillen, bijvoorbeeld door te onderzoeken of het mogelijk is contracten te differentiëren.

De minister van VWS vindt het belangrijk dat in krimpregio's goede zorg behouden blijft.⁶ Hiertoe worden allerlei initiatieven ontplooid en ondersteund zoals proeftuinen in krimpregio's en in het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is een prestatie voor krimp vormgegeven, zodat met ingang van 2016 in het derde segment afspraken gemaakt kunnen worden over het borgen en verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg in krimpregio's. Ook blijken zorgverzekeraars in krimpregio's met zorgaanbieders regionaal afwijkende afspraken te maken teneinde daardoor ook in zo'n regio eerstelijns zorg op korte afstand van de verzekerden aan te kunnen bieden. Een concreet voorbeeld is het traject "NOG Beter". Hierin werken een zorgverzekeraar, zorgaanbieders, gemeenten, provincie en Zorgbelang samen om te zorgen dat de zorg voor inwoners van Noordoost-Groningen zo dichtbij mogelijk en van goede kwaliteit kan blijven.

⁵ Shared savings is een vorm van uitkomstbekostiging voor integrale zorg. Het kan ervoor zorgen dat verschillende soorten zorgaanbieders zich sneller gezamenlijk achter eenzelfde gezondheidsdoel scharen. De gezamenlijke uitkomsten worden beloond.

⁶ Brief 6 maart 2015 inzake 'Curatieve zorg in krimpregio's', kenmerk 728266-133506-CZ.

Kraamzorgorganisatie Z is in achterstandswijken actief en komt bij zorgverzekeraar Y in aanmerking voor een 'achterstandswijktarief'. De kraamzorgorganisatie voelt hierdoor de erkenning dat voor deze specifieke doelgroep extra vaardigheden nodig zijn. De voorwaarde die de zorgverzekeraar stelt voor toekennen van de opslag is dat de kraamzorgorganisatie een specifiek doelgroepenbeleid heeft voor in ieder geval klanten van niet-Westerse afkomst en/of lage sociaal economische status heeft.

Zorgverzekeraar Z houdt rekening met de grootte van de populatie chronische en oudere patiënten bij de berekening van het tarief voor de module POH-S. Huisarts B heeft in zijn praktijk relatief veel chronische patiënten en ouderen. Door dit contract kan hij een hoger tarief krijgen voor de POH-S dan zijn collega's met een relatief gezonde populatie.

Door met gedifferentieerde contracten te werken wordt meer maatwerk geleverd dan wanneer voor heel Nederland en een hele beroepsgroep zorgaanbieders hetzelfde standaardcontract gebruikt wordt. Er kan op deze manier meer recht worden gedaan aan de specifieke zorgbehoefte van een bepaald verzorgingsgebied. Er is nog steeds sprake van een standaardcontract dat echter voor bepaalde regio's of groepen binnen een sector op maat gemaakt is.

4. Toezicht op de zorginkoop

4.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken geeft de Nza aan verschillende stappen te nemen voor een soepeler contracteerproces. Er zijn verschillende contractvormen beschreven die zorgaanbieders en zorgverzekeraars wellicht nieuwe aanknopingspunten geeft om de contracten anders vorm te geven. De NZa mengt zich niet in de inhoud van de contracten. In dit hoofdstuk leggen we uit wat de grenzen zijn van het toezicht van de NZa op de zorginkoop.

4.2 De NZa houdt toezicht op voorwaarden voor het contracteerproces

De NZa ziet toe op de randvoorwaarden waarbinnen de onderhandelingen in het veld plaats vinden. Zoals de zorgplicht van zorgverzekeraars en de transparantievoorschriften waaraan zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten voldoen. Deze transparantievoorschriften zijn in hoofdstuk 2 aan de orde geweest. De zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars de verplichting hebben ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Een van de instrumenten die zorgverzekeraars ter beschikking staat om aan deze verplichtingen te voldoen is het contracteren van voldoende zorgaanbieders. Dit jaar onderzoekt de NZa of zorgverzekeraars met hun huidige contractering aan de zorgplicht voldoen. In dit onderzoek ligt de nadruk op de sectoren ggz, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie.⁷

De NZa vindt het belangrijk dat er bij de zorginkoop ruimte is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te spreken over de inhoud van de geleverde zorg, bijvoorbeeld welke kwaliteit wordt geleverd. De inhoud van de contracten blijft echter een civielrechtelijke aangelegenheid tussen de twee private partijen. De drempel voor de overheid om zich daarin te mengen is hoog. Het is dus belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling of in het verband van brancheverenigingen door gaan met hun inzet om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken.

In het geval dat een zorgverzekeraar die ten opzichte van een specifieke zorgaanbieder beschikt over aanmerkelijke marktmacht én zich zo gedraagt (bijvoorbeeld in de contractering) dat *consumenten* daar nadeel van ondervinden, dan kan de NZa de zorgverzekeraar een verplichting opleggen om zo het ongewenste gedrag bij te sturen.⁸

⁷ NZa, Rapport 'Zorgcontracten in kaart', juni 2015.
<http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Feitencheck-voldoende-fysiotherapie-logopedie-en-verloskundige-zorg-beschikbaar/>.

⁸ Het is overigens voor de NZa ook mogelijk om aan een zorgaanbieder, die beschikt over aanmerkelijke marktmacht én gedrag vertoont (tegenover andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars) waar consumenten last van hebben, een verplichting op te leggen.

4.3 De NZa volgt de werking van de (eerstelijns) zorgmarkten

De NZa volgt de ontwikkelingen in de wijze waarop contractering plaatsvindt, mede door het uitvoeren van marktscans en marktmonitors. Met name in sectoren waarin transities plaatsvinden volgt de NZa de contractering. Zo zijn de contracten in de eerstelijns sectoren die in transitie zijn onderzocht in de monitor 'Transities Eerstelijnszorg 2015'.⁹

We vinden het belangrijk om te weten wat er in de sector speelt, daardoor kunnen we achterhalen of de klachten die naar boven komen symptomen zijn van mogelijk marktfalen. Een individueel meningsverschil tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar hoeft echter niet te betekenen dat de zorgmarkt niet goed functioneert. In iedere zakelijke onderhandeling kan het immers voorkomen dat een van de partijen andere afspraken had willen maken.

⁹ NZa, Monitor 'Transities eerstelijnszorg. Verkenning van de inhoud van contracten', Juni 2015.
http://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Transities_eerstelijnszorg_2015_met_beleidsbrief.pdf.