

# Good Contracting Practices

Zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Management samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Leeswijzer	12
<b>2. Voorgeschiedenis</b>	<b>13</b>
2.1 De rondetafelconferenties van NMa en NZa	13
2.2 Het vervolg op de rondetafelconferenties	13
2.2.1 Visie op collectief onderhandelen	14
<b>3. Samenwerken bij het contracteren</b>	<b>17</b>
<b>3. Samenwerken bij het contracteren</b>	<b>17</b>
3.1 De vrije beroepsbeoefenaar	17
3.1.1 De bagatelregeling	18
3.2 De zorgmakelaar	20
3.3 De brancheorganisatie	20
3.4 Ketenzorg	20
<b>4. De Good Contracting Practices</b>	<b>23</b>
4.1 De werkwijze	23
4.1.1 De eerste bijeenkomsten	23
4.1.2 De tweede bijeenkomst	24
4.2 De Good Contracting Practices	24
4.2.1 Thema: De zorginkoop	26
4.2.1.1 De communicatie tussen partijen	26
4.2.1.2 Het spreken van dezelfde taal; de inzet van (para-)medici	27
4.2.1.3 Het spreken van dezelfde taal; innovatieve projecten	28
4.2.1.4 De zorginkopers; personele wisselingen en overdracht	29
4.2.1.5 Het creëren van vertrouwen	30
4.2.2 Thema: Transparantie	31
4.2.2.1 De criteria bij het zorginkoopproces	31
4.2.2.2 Het vaststellen van kwaliteitscriteria	32
4.2.2.3 De slagingskans van projecten	33
4.2.3 Thema: Timing	33
4.2.3.1 De reactietijd	33
4.2.3.2 Wijzigingen bij het inkoopbeleid	34
4.2.3.3 Het verloop en de afronding van het contracteerproces	35
<b>5. Het vervolg</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage 1. Overzicht geraadpleegde partijen</b>	<b>39</b>



## Vooraf

Voor u liggen de Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg. Dit document is een handreiking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bedoeld om ondersteuning te bieden bij het contracteerproces van deze partijen. De Good Contracting Practices moeten eraan bijdragen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.

In deze handreiking zijn ten aanzien van de voornaamste gesignaleerde knelpunten bij het contracteren Good Contracting Practices beschreven. Het gaat niet om Good Contracting Practices die de NZa zelfstandig heeft gecreëerd. Het betreft het resultaat van een door de NZa gefaciliteerd proces waarbij (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren na een uitgebreide consultatie gezamenlijk en met behulp van voorbeelden uit de consultatie hebben gesproken over de voornaamste knelpunten bij het contracteerproces en de (ontwikkeling van) praktijken waarmee de knelpunten het hoofd kunnen worden geboden.

Dat betekent niet dat dit document een uitputtend overzicht van knelpunten en Good Contracting Practices bevat. Dat is ook niet het streven. Het contracteren betreft een proces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. De NZa vertrouwt erop dat binnen dat kader de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren met behulp van deze handreiking, in onderling overleg, in de praktijk ook uitvoering weten te geven aan de Good Contracting Practices en aanvullende of nieuwe Good Contracting Practices weten te ontwikkelen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter



## Management samenvatting

In de transitie van volledige regulering naar gereguleerde marktwerking met vrije prijzen hebben zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg aangegeven verschillende knelpunten te ervaren bij het contracteerproces. Om deze knelpunten weg te nemen, is van belang dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren van elkaar weten wat de oorzaken van de knelpunten zijn en wat daaraan (in onderling overleg) gedaan kan worden. De NZa wenst dat proces te ondersteunen.

De doelstelling van de NZa daarbij is om een proces te faciliteren waarbij zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de gelegenheid worden gesteld op een gestructureerde wijze gezamenlijk te spreken over de voornaamste knelpunten bij het contracteren en (ontwikkeling van) praktijken die als Good Contracting Practices kwalificeren om die knelpunten het hoofd te bieden. Dit document biedt het resultaat van dit proces en is een handreiking van de NZa aan zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg. De handreiking moet eraan bijdragen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.

In dit document wordt eerst kort ingegaan op de relevante voorgeschiedenis van de eerder door de NMa en NZa gezamenlijk georganiseerde rondetafelconferenties en de visie op inkoopmacht en collectief onderhandelen. Daarna wordt een praktische handreiking geboden ten aanzien van de ruimte die de Mededingingswet biedt voor vrije beroepsbeoefenaren om bij het contracteerproces samen te werken. Deze punten worden in de leeswijzer, die hierna in paragraaf 1.3. is opgenomen, nader toegelicht. Vervolgens komt het proces aan bod dat door de NZa is gefaciliteerd en waarbij (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren met elkaar naast de knelpunten bij het contracteren gesproken hebben over Good Contracting Practices ter voorkoming van die knelpunten.

De Good Contracting Practices opgenomen in dit document zijn gebaseerd op de inbreng die de NZa heeft verkregen tijdens een brede consultatie van (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars<sup>1</sup> en diverse groepen vrije beroepsbeoefenaren<sup>2</sup>. Aan dit proces hebben bij het merendeel van de beroepsgroepen ook individuele vrije beroepsbeoefenaren deelgenomen.<sup>3</sup> Met deze geraadpleegde partijen heeft de NZa twee rondes bijeenkomsten gehouden.

Bij de eerste ronde heeft de NZa (vertegenwoordigers) van vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars apart gesproken. Daarbij zijn de voornaamste knelpunten bij het contracteerproces en (ontwikkelingen van) praktijken die als oplossingen daarvoor kunnen gelden aan de orde gekomen. De partijen is gevraagd ter voorbereiding op de tweede plenaire bijeenkomst, waaraan (vertegenwoordigers van de) zorgverzekeraars als vrije beroepsbeoefenaren tegelijk deelnemen, de NZa via een webadres van hun nadere inbreng te voorzien. Dat heeft een grote meerderheid van de partijen gedaan.

---

<sup>1</sup> Agis/Achmea, CZ, Menzis, UVIT en Zorgverzekeraars Nederland.

<sup>2</sup> Apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen, mondhygiënisten, oefentherapeuten en tandartsen.

<sup>3</sup> Zie Bijlage 1.

Ter voorbereiding op de tweede plenaire bijeenkomst heeft de NZa een analyse van de inbreng gemaakt. Daaruit volgt dat de meest voorname knelpunten, zoals die door de geraadpleegde partijen zijn gesignaleerd, zich concentreren rond de volgende thema's: de zorginkoop, de transparantie en de timing. De knelpunten die zijn samengenomen bij het thema zorginkoop hebben gemeen dat zij voortkomen uit de organisatie van het contracteerproces. Het gaat onder andere om de frequente personele wisselingen onder de eerstelijns zorginkopers bij zorgverzekeraars, het gemis aan communicatie(mogelijkheden) en het (inhoudelijk) onvoldoende spreken van elkaars taal bij het contracteerproces. De knelpunten die zien op het gebrek aan transparantie ten aanzien van het contracteerproces en het gebrek aan transparantie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg<sup>4</sup> zijn samengenomen bij het thema transparantie. Hierbij gaat onder andere om de wijze waarop de (kwaliteits)criteria die bij de zorginkoop worden vastgesteld en het gebrek aan transparantie over de slagingskans van inspanningen die vrije beroepsbeoefenaren ondernemen om de (transparantie van de) kwaliteit van hun dienstverlening te vergroten. Bij het thema timing staan de knelpunten centraal die zien op het tijdsplan en het verloop van het contracteerproces. Hierbij gaat onder andere om de beperkte reactietijd op concept contracten en de timing van het doorvoeren van wijzigingen bij het inkoopbeleid.

De (vertegenwoordigers van de) zorgverzekeraars als vrije beroepsbeoefenaren zijn tijdens de tweede plenaire gezamenlijk bijeengekomen. Daarmee is een platform gecreëerd om aan de hand van de drie thema's op gestructureerde wijze bij de meest voorname gesignaleerde knelpunten bij het contracteerproces te komen tot overleg over Good Contracting Practices om die knelpunten weg te nemen. Er zijn op die manier 12 Good Contracting Practices opgenomen in de onderstaande tabel aan de orde gekomen.

In de tabel is aangegeven in welke paragrafen van dit document nadere toelichting is opgenomen. In de paragrafen waar naar wordt verwezen, worden de voornaamste elementen die ten aanzien van de knelpunten en bijbehorende Good Contracting Practices tijdens de tweede plenaire bijeenkomst aan de orde samengevat toegelicht. Daarmee wordt ook voor de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns die niet bij de plenaire bijeenkomst waren inzichtelijk gemaakt wat die visie is en wanneer de Good Contracting Practices uitkomst kunnen bieden.

---

<sup>4</sup> Met name bij raadpleging van de zorgverzekeraars is dit knelpunt naar voren gekomen.

## Good Contracting Practices: plenair besproken op 1 november 2010

Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren (GCP's 1 november 2010)		
Nr. GCP	Thema Zorginkoop	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij de zorginkoop	4.2.1
Nr. 1	De zorgverzekeraar neemt in een code of protocol op in welke gevallen de zorgverzekeraar op welke wijze communiceert en bereikbaar is.	4.2.1.1
Nr. 2	Verken de mogelijkheden om bij het inkoopproces een zorgmakelaar in te schakelen.	4.2.1.1
Nr. 3	De zorgverzekeraar betreft tijdig een (para)medicus bij het inkoopproces.	4.2.1.2
Nr. 4	De zorgverzekeraar publiceert bijtijds een toetsingskader voor aanvragen voor innovatieve projecten en stelt een adviescommissie ter beoordeling daarvan in.	4.2.1.3
Nr. 5	De zorgverzekeraar voorziet in een goede overdracht van dossiers bij personeelwisselingen onder de zorginkopers.	4.2.1.4
Nr. 6	De brancheorganisatie en zorgverzekeraars hebben geregeld contact en er vindt evaluatie van het (voorgaande) contracteerproces plaats.	4.2.1.5
Nr. GCP	Thema Transparantie	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij (verbeteren van) de transparantie.	4.2.2
Nr. 7	De zorgverzekeraar voorziet in een laagdrempelige informatiestroom en maakt daarbij (in samenspraak met de branche(organisatie)) gebruik van de inzet van (digitale) nieuwsbrieven en presentaties over het inkoopbeleid.	4.2.2.1
Nr. 8	Creëer een platform – bijvoorbeeld via de brancheorganisatie – voor overleg over de inzet van beschikbare datasets om te komen tot transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg.	4.2.2.2
Nr. 9	De zorgverzekeraar communiceert bij het contracteren bijtijds dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen.	4.2.2.3
Nr. GCP	Thema Timing	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij de timing van het contracteerproces.	4.2.3
Nr. 10	De zorgverzekeraar stemt het tijdsplan van het procesverloop vooraf af met (vertegenwoordigers van) de beroepsgroep en maak het tijdsplan vroegtijdig bekend.	4.2.3.1
Nr. 11	De zorgverzekeraar stelt bijtijds informatie beschikbaar over welke nieuwe of gewijzigde criteria gehanteerd worden bij het contracteerproces.	4.2.3.2
Nr. 12	Nodig de zorgverzekeraar(s) uit voor een bijeenkomst waarin de aanbieder aan de zorgverzekeraar(s) voorlichting geeft over het zorgaanbod, het beleid en het contract dat men wenst te sluiten	4.2.3.3

Bron: NZa

De Good Contracting Practices opgenomen in de tabel laten de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en de vrije beroepsbeoefenaren bij toepassing in de praktijk de ruimte voor nadere invulling. Ook geldt dat de tabel geen uitputtend overzicht van Good Contracting Practices biedt. Dat is als in het voorwoord van deze handreiking wordt toegelicht ook niet het streven. Het contracteren betreft een proces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. De NZa vertrouwt erop dat binnen dat kader de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren met behulp van deze handreiking, in onderling overleg, in de praktijk uitvoering weten te geven aan de Good Contracting Practices en aanvullende of nieuwe Good Contracting Practices weten te ontwikkelen.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Een aantal zorgmarkten bevindt zich in een overgangsfase van volledige regulering naar gereguleerde marktwerking met vrije prijzen. Doordat de overheid bij een overgang naar vrije prijzen meer naar de achtergrond treedt, dienen marktpartijen hun nieuwe rol in het zorgstelsel op te pakken. Daarbij dienen zij onder meer met elkaar afspraken te maken over kwaliteit en prijs van zorg. Tijdens dit transitieproces hebben vrije beroepsbeoefenaren<sup>5</sup> en zorgverzekeraars aangegeven verschillende knelpunten bij het contracteerproces te ervaren. Om deze knelpunten weg te nemen, is van belang dat vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars van elkaar weten wat de oorzaken van de knelpunten zijn en wat daaraan (in onderling overleg) gedaan kan worden. De NZa wenst dat proces te ondersteunen.

## 1.2 Doelstelling

De doelstelling van de NZa is om een proces te faciliteren waarbij zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de gelegenheid worden gesteld op een gestructureerde wijze gezamenlijk te spreken over de voornaamste knelpunten bij het contracteren en (ontwikkeling van) praktijken die als Good Contracting Practices kwalificeren om die knelpunten het hoofd te bieden.

Met deze aanpak, waarbij de dialoog wordt gezocht tussen partijen die bij het contracteerproces stevast tegenover elkaar staan, worden tegelijkertijd meerdere doelen gediend. Niet alleen wordt bereikt dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren van elkaar vernemen wat (de oorzaken van) de voornaamste knelpunten bij het contracteren zijn. Door tegelijkertijd verschillende groepen vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars gezamenlijk te laten spreken over de knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor, kunnen de partijen van elkaar leren. Zo kunnen (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren uit de ene branche lering trekken uit (de ontwikkeling van) praktijken waarmee vrije beroepsbeoefenaren uit een andere branche inmiddels een knelpunt hebben weten weg te nemen.

Het contracteren betreft een proces van zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren onderling. Er is daarbij sprake van een dynamisch proces. Zo is, als gevolg van de transitie die in paragraaf 1.1. wordt beschreven, het contracteerproces voortdurend in beweging. Tegen deze achtergrond geldt dat niet wordt gestreefd om in het door de NZa gefaciliteerde proces te komen tot een uitputtende lijst met Good Contracting Practices. Om rekening te houden met het dynamische karakter van het contracteerproces, waarbij zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren naast verantwoordelijkheden ook vrijheden hebben, laten de Good Contracting Practices partijen de ruimte voor eigen invulling en het verder ontwikkelen van aanvullende of nieuwe practices.

---

<sup>5</sup> Waar in dit document wordt gerefereerd aan vrije beroepsbeoefenaren betreft het vrije beroepsbeoefenaren die actief zijn op het gebied van eerstelijnszorg.

### **1.3 Leeswijzer**

De opzet van deze handreiking is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt kort ingegaan op de relevante voorgeschiedenis. Daarbij komen de eerder door de NMa en NZa gezamenlijk georganiseerde rondetafelconferenties (2.1) en de visie op inkoopmacht en collectief onderhandelen (2.2) aan bod.

Bij de bijeenkomsten die in het kader van de ontwikkeling van de Good Contracting Practices zijn georganiseerd, bleek een zekere mate van onduidelijkheid te bestaan over de grenzen die de Mededingingswet stelt aan mogelijkheden om samen te werken bij het contracteren. Teneinde ook op dit punt in dit document een praktische handreiking te bieden, wordt in hoofdstuk 3 aandacht aan besteed aan de ruimte die de Mededingingswet biedt om bij het contracteren samen te werken. In hoofdstuk 3 wordt daarbij ingegaan op de individuele vrije beroepsbeoefenaar (3.1), de zorgmakelaar (3.2) de brancheorganisatie (3.3) en de eerstelijns ketenzorg (3.4).

In hoofdstuk 4 worden de Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren beschreven en toegelicht (4.2). Daaraan voorafgaand (4.1) wordt uiteengezet welke stappen zijn gezet om te komen tot de Good Contracting Practices. In hoofdstuk 4.2. wordt per thema; de zorginkoop (4.2.1.), transparantie (4.2.1.) en timing (4.2.3) toegelicht wat de voornaamste gesignaleerde knelpunten bij ieder thema zijn en wordt toegelicht welke Good Contracting Practices ter voorkoming van die knelpunten tijdens de plenaire bijeenkomst door zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren zijn besproken. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het vervolg op deze handreiking.

## 2. Voorgeschiedenis

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 hebben de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg een centralere rol gekregen. Bij de ontwikkeling daarvan is door vrije beroepsbeoefenaren als fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen, huisartsen en apothekers bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en NZa geklaagd over de gepercipieerde afhankelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars. De klachten zagen onder meer op het hanteren van onredelijke tarieven of andere contractvoorwaarden en op de weigering van zorgverzekeraars om met individuele vrije beroepsbeoefenaren te onderhandelen. Op dat laatste punt heeft de NMa toegelicht dat de Mededingingswet niet dwingt tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar een economische machtspositie zou hebben.<sup>6</sup> Dit standpunt is inzet geweest van bestuursrechtelijke procedures waarbij de NMa in het gelijk is gesteld.<sup>7</sup> Samengevat geldt dat ook een zorgverzekeraar met een economische machtspositie in beginsel vrij is om te kiezen met wie hij een overeenkomst aangaat.<sup>8</sup>

### 2.1 De rondetafelconferenties van NMa en NZa

Om de klachten nader te bestuderen hebben de NMa en de NZa in november 2008 en januari 2009 gezamenlijk een aantal rondetafelconferenties georganiseerd met fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen, psychiaters en zorgverzekeraars. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de NMa en NZa met de direct betrokkenen van gedachten gewisseld over het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren. Daarbij zijn partijen in de gelegenheid gesteld op gestructureerde wijze hun stellingen en standpunten over het inkoopproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar naar voren te brengen.<sup>9</sup> Tijdens deze rondetafelconferenties hebben vrije beroepsbeoefenaren gepleit voor ruimere mogelijkheden om collectief te mogen onderhandelen met de zorgverzekeraars.

### 2.2 Het vervolg op de rondetafelconferenties

In vervolg op de gezamenlijk georganiseerde rondetafelconferenties hebben de NMa en NZa, ieder vanuit hun eigen expertise, in onderling overleg onderzocht in hoeverre het wenselijk is vormen van collectief onderhandelen toe te staan. Deze onderzoeken die hierna in kort in paragraaf 2.2.1. worden toegelicht komen vanuit een eigen invalshoek tot een vergelijkbare conclusie, namelijk dat collectief overleg om kwaliteit inzichtelijk te maken de concurrentie kan bevorderen.

<sup>6</sup> Besluit van de Raad van Bestuur van de NMa in zaak 5166, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten vs. Menzis, 13 juli 2006.

<sup>7</sup> Uitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven op het hoger beroep van de Raad van Bestuur van de NMa en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten; 24 november 2009 en de uitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven op het hoger beroep van de Raad van Bestuur van de NMa en Van der Werff; 24 november 2009.

<sup>8</sup> Zie voor een nadere toelichting, NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, te raadplegen via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

<sup>9</sup> De verslagen van deze bijeenkomsten zijn te raadplegen via [www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Markten/Zorg/Rondetafelconferenties\\_individuele\\_zorgaanbieders.asp](http://www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Markten/Zorg/Rondetafelconferenties_individuele_zorgaanbieders.asp).

Collectieve onderhandelingen over bijvoorbeeld prijzen en de lokale invulling van kwaliteitsnormen tussen vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars daarentegen beperken de concurrentie.

### 2.2.1 Visie op collectief onderhandelen

De NMa heeft in haar onderzoek geanalyseerd of en zo ja in welke gevallen collectief onderhandelen wenselijk zou kunnen zijn (voordelen oplevert voor de patiënt of verzekerde), welke risico's daaraan verbonden zijn en welke ruimte de Mededingingswet daarbij biedt. Ook is aandacht besteed aan de mogelijke gevolgen en risico's van inkoopmacht bij de zorgverzekeraars.

De uitkomst van dit onderzoek licht de NMa toe in haar Visiedocument Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars.<sup>10</sup> Daarbij gaat de NMa bij de beantwoording van de vraag in hoeverre het wenselijk is vormen van collectief overleg toe te staan, in op de mogelijkheden ten aanzien van de prijs en de kwaliteit.

Ten aanzien van de prijs geeft de NMa aan dat het onder geen beding nodig is, laat staan toegestaan moet worden, dat vrije beroepsbeoefenaren buiten de bagatelregeling<sup>11</sup> om collectief moeten kunnen onderhandelen. De NMa geeft in dat kader aan dat zorgverzekeraars er belang bij hebben zorg scherp in te kopen en lagere prijzen voor een belangrijk deel in de vorm van lagere premies kunnen worden doorgegeven aan de patiënt/verzekerde. Voor zover de klachten van de vrije beroepsbeoefenaren terug te voeren zijn op te lage prijzen die zij voor hun diensten vergoed krijgen, is dit volgens de NMa voor een groot deel te verklaren uit het feit dat de zorgaanbieders tot voor kort geen sterke partij aan de vraagkant gewend waren en daardoor vooral moeten wennen aan het proces van onderhandelingen. Een aantal van de gepercipieerde problemen kan volgens de NMa als transitieprobleem worden getypeerd en wordt vooral door een aantal individuele zorgaanbieders als sterk problematisch gepercipieerd. Er zijn daarbij echter geen aanwijzingen voor onwenselijke economische effecten, of in het verlengde daarvan van mededingingsrechtelijke problemen.

Ten aanzien van kwaliteit licht de NMa toe dat er vanuit het mededingingsrecht geen bezwaren zijn om ten aanzien van het vaststellen van kwaliteitsindicatoren (dat wil zeggen het inzichtelijk maken van kwaliteit) zorgaanbieders als collectief te laten opereren. Dit verlaagt de transactiekosten en op deze wijze wordt de relevante informatie die bij de beroepsgroep leeft op een efficiënte wijze in het proces betrokken. De NMa geeft daarbij aan dat één van de belangrijkste belemmeringen voor het goed functioneren van het concurrentieproces in de zorg is dat er nog te weinig duidelijkheid is ten aanzien van de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit. Indien collectief opereren van zorgaanbieders ertoe kan bijdragen dat er een systeem van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld wordt dat de meetbaarheid van de kwaliteit van geleverde zorg kan verduidelijken, is dat een welkome verbetering.<sup>12</sup> De invulling van een bepaald kwaliteitsniveau bij een zorgaanbod dat verder gaat dan zuiver medisch inhoudelijke en op wetenschappelijk bewijs gestoelde standaarden, beschouwt de NMa wel

<sup>10</sup> NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, te raadplegen via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

<sup>11</sup> De bagatelregeling wordt in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

<sup>12</sup> NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 44.

als een belangrijke concurrentieparameter. Dergelijke kwaliteit, waarbij gedacht kan worden aan de duur van een consult, extra service of het aanbieden van een avondspreekuur, mag dan ook niet collectief worden afgestemd.<sup>13</sup>

De NZa is bij haar onderzoek ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van inkoopmacht en collectief onderhandelen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.<sup>14</sup> Gebaseerd op dit onderzoek heeft de NZa in januari 2010 haar Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen de verhoudingen op de zorginkoopmarkt gepubliceerd.<sup>15</sup> Daarin wordt toegelicht dat vanuit algemene mededingingsoptiek collectief onderhandelen niet positief is voor de prijs/kwaliteitverhouding. Collectief onderhandelen beperkt het onderscheidend vermogen van partijen, terwijl concurrentie juist doelmatige of kwalitatief hoogstaande partijen een prikkel geeft om zich van anderen te onderscheiden door lage prijzen, hoge kwaliteit en/of innovatieve producten aan te bieden. In sommige gevallen, bijvoorbeeld als zorgverzekeraars verschillende kwaliteitsindicatoren hanteren, of standaardcontracten gebruiken waarbinnen weinig ruimte is voor differentiatie op kwaliteit, kan collectief overleg door vrije beroepsbeoefenaren de kwaliteit van zorg bevorderen. Wanneer door collectief overleg gemakkelijker overeenstemming wordt bereikt over kwaliteitsindicatoren, wordt de kwaliteit van zorg in positieve zin beïnvloed. In haar visiedocument licht de NZa ook toe dat het van belang is dat vrije beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij het collectief overleg voornamelijk over de vormgeving en invulling van kwaliteitsindicatoren overleggen. Collectief onderhandelen over kwaliteitsniveaus en bijbehorende prijzen vindt de NZa niet wenselijk.

---

<sup>13</sup> NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 5.

<sup>14</sup> In dat kader heeft de NZa in de zomer van 2009 onderzoek laten doen naar inkoopmacht en collectief onderhandelen, zie RBB Economics, Freshfields Bruckhaus Deringer, 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector', een rapport voor de NZa, 18 november 2009, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>15</sup> NZa, 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen de verhoudingen op de zorginkoopmarkt', januari 2010, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



### 3. Samenwerken bij het contracteren

Eerder dit jaar heeft de NMa de Richtsnoeren voor de Zorgsector gepubliceerd.<sup>16</sup> In aanvulling daarop hebben de NMa en NZa gezamenlijk ook de Richtsnoeren Zorggroepen uitgebracht.<sup>17</sup> In deze richtsnoeren wordt, met behulp van concrete voorbeelden, de toepassing van het mededingingsrechtelijke kader toegelicht. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de (on)mogelijkheden om samen te werken bij het contracteren.

Tijdens de bijeenkomsten die in het kader van de ontwikkeling van de Good Contracting Practices zijn gehouden, bleek een zekere mate van onduidelijkheid te bestaan over de grenzen die de Mededingingswet stelt aan mogelijkheden voor zorgaanbieders om samen te werken bij het contracteerproces. Om in dit document ook op dit punt een praktische handreiking te bieden, wordt in dit hoofdstuk op hoofdlijnen uiteengezet wat de (on)mogelijkheden zijn om samen te werken bij het contracteerproces. Daarbij wordt eerst aandacht besteed aan de positie van de vrije beroepsbeoefenaar. Vervolgens wordt ingegaan op de positie van de zorgmakelaar, de brancheorganisatie en wordt ingegaan op de ketenzorg. Daarbij zijn ook verwijzingen opgenomen naar de concrete voorbeelden uit richtsnoeren die de NMa en NZa eerder dit jaar hebben gepubliceerd.

#### 3.1 De vrije beroepsbeoefenaar

De Mededingingswet verbiedt samenwerking tussen concurrerende vrije beroepsbeoefenaren niet per definitie. Veel samenwerkingsvormen zijn, misschien wel juist in de zorg, vanuit kwaliteits- of doelmatigheidsoogpunt zeer wenselijk. Zolang gedragingen van – en in het bijzonder samenwerking tussen – vrije beroepsbeoefenaren de concurrentie niet belemmeren, zullen deze ook niet in strijd met de Mededingingswet zijn. Zoals ook in hoofdstuk 2 is aangegeven, is voor het goed functioneren van het concurrentieproces in de zorg van belang dat duidelijkheid bestaat ten aanzien van de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit. Collectief overleg door vrije beroepsbeoefenaren dat leidt tot vergroting van de meetbaarheid van de kwaliteit van de geleverde zorg is dan ook wenselijk.<sup>18</sup> Het basisidee hier is dat concurrentie in de zorgsector beter tot haar recht komt indien kwaliteit goed te meten is.<sup>19</sup> Ook wordt het als positief gezien als vrije beroepsbeoefenaren op landelijk niveau collectief met elkaar en zorgverzekeraars overleggen om kwaliteitseisen vast te leggen in wetenschappelijk gefundeerde professionele standaarden en daarbij kwaliteitsindicatoren benoemen.<sup>20</sup> De NMa licht in haar Visiedocument collectief onderhandelen toe dat een systeem van kwaliteitsindicatoren dat op deze manier door collectief overleg tot stand komt

<sup>16</sup> NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010, te raadplegen via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

<sup>17</sup> De NMa en NZa 'Richtsnoeren Zorggroepen', augustus 2010, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>18</sup> NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 5

<sup>19</sup> NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 45.

<sup>20</sup> Ook licht de NMa toe waar de grens ligt; wanneer de invulling van een bepaald kwaliteitsniveau bij een zorgaanbod verder gaat dan bepaalde standaarden, dan beschouwt de NMa dat wel als een belangrijke concurrentieparameter. Dergelijke kwaliteit mag dan ook niet collectief worden afgestemd. Zie ook paragraaf 2.2.1.

concurrentiebevorderend en niet concurrentiebeperkend is. De zorgverzekeraars kunnen hierdoor betere keuzes maken bij het inkopen van zorg voor hun verzekerden.<sup>21</sup>

### 3.1.1 De bagatelregeling

Ook buiten het voorgaande kader geldt dat bepaalde samenwerkingsafspraken tussen concurrerende vrije beroepsbeoefenaren, vanwege hun geringe impact op de mededinging, toegestaan kunnen zijn. Dat is het geval wanneer deze afspraken voldoen aan de criteria van de zogenaamde bagatelregeling. De belangrijkste overweging die aan de bagatelregeling ten grondslag ligt, is dat samenwerking (bijvoorbeeld gezamenlijk onderhandelen) weliswaar een effect op de mededinging kan hebben, maar het effect daarvan zo gering is dat zij van de werking van het kartelverbod uit artikel 6 Mededingingswet zijn uitgezonderd. De bagatelregeling uit artikel 7 Mededingingswet, opgenomen in het onderstaande kader, biedt de ruimte om met acht of minder vrije beroepsbeoefenaren met een gezamenlijke omzet van maximaal € 1,1 miljoen gezamenlijk over volumes en tarieven te onderhandelen met de zorgverzekeraar.

Artikel 7, lid 1 Mededingingswet luidt als volgt:

Artikel 6, eerste lid, geldt niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen als bedoeld in dat artikel indien:

- a. bij de desbetreffende overeenkomst of onderling afgestemde feitelijke gedraging niet meer dan acht ondernemingen betrokken zijn, dan wel bij de desbetreffende ondernemersvereniging niet meer dan acht ondernemingen betrokken zijn, en
- b. de gezamenlijke omzet in het voorafgaande kalenderjaar van de bij de desbetreffende overeenkomst of onderling afgestemde feitelijke gedraging betrokken ondernemingen dan wel de gezamenlijke omzet van de bij de desbetreffende ondernemersvereniging betrokken ondernemingen niet hoger is dan:
  1. € 5.500.000, indien daarbij uitsluitend ondernemingen zijn betrokken wier activiteiten zich in de hoofdzaak richten op het leveren van goederen;
  2. € 1.100.000, in alle andere gevallen.

De bagatelregeling biedt vrije beroepsbeoefenaren eveneens ruimte gezamenlijk over volumes en tarieven met de zorgverzekeraar te onderhandelen wanneer het gezamenlijk marktaandeel van de betrokken vrije beroepsbeoefenaren op de relevante markt lager is dan 5% en de totale omzet lager is dan € 40 miljoen.<sup>22</sup>

Artikel 7, lid 2 Mededingingswet:

Onverminderd het bepaalde in het eerste lid, geldt artikel 6, eerste lid, voorts niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen als bedoeld in dat artikel voor zover daarbij ondernemingen of ondernemersverenigingen betrokken zijn die daadwerkelijke of potentiële concurrenten zijn op een of meer van de

<sup>21</sup> NMa persbericht, 'NMa juicht collectief overleg toe om kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken', 28 januari 2010, te raadplegen via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

<sup>22</sup> In de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010, zijn concrete voorbeelden opgenomen waarmee de toepassing van de bagatelbepaling nader wordt toegelicht, zie p. 61 van deze Richtsnoeren, te raadplegen via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

relevante markten, indien:

- a. het gezamenlijke marktaandeel van de bij de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging betrokken ondernemingen of ondernemersverenigingen op geen van de relevante markten waarop de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging van invloed is, groter is dan 5%, en
- b. de gezamenlijke omzet in het voorafgaande kalenderjaar van de bij de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging betrokken ondernemingen of ondernemersverenigingen voor de onder de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging vallende goederen of diensten niet hoger is dan € 40.000.000.

Om te kunnen beoordelen of aan het marktaandeelcriterium wordt voldaan, dient de relevante markt te worden bepaald. Vervolgens zal het aandeel van de betrokken onderneming ten opzichte van de andere ondernemingen op die markt worden bepaald. Voor de berekening van de omzet telt de totale netto-omzet van de onderneming mee.<sup>23</sup>

Eerder dit jaar is een initiatiefwetsvoorstel aangenomen waarmee wordt voorzien in een verruiming van de bagatelbepaling.<sup>24</sup> Het voorstel behelst dat de marktaandeelgrens wordt verhoogd naar 10% en de omzetgrens vervalt.<sup>25</sup> De Minister van Economische Zaken heeft de Tweede Kamer eerder dit jaar gemeld dat bij de Europese Commissie geïnformeerd wordt of zij het initiatiefwetsvoorstel verenigbaar acht met het Europese recht.<sup>26</sup> Afhankelijk van de reactie van de Europese Commissie wordt bezien of al dan niet tot bekrachtiging van het wetsvoorstel over wordt gegaan.<sup>27</sup>

Behalve de ruimte die de bagatelregeling biedt om gezamenlijk te onderhandelen, kunnen vrije beroepsbeoefenaren ook op andere manieren collectief met de zorgverzekeraar onderhandelen of afspraken maken over het inkooptraject. Daarbij kan gedacht worden aan de zorgmakelaar en de vertegenwoordiging via een brancheorganisatie. Hierna wordt toegelicht wat daarbij vanuit mededingingsrechtelijk perspectief de (on)mogelijkheden zijn.

<sup>23</sup> Een toelichting op de berekening van de omzet en marktaandelen en voorbeelden van de toepassing van de bagatelbepaling zijn opgenomen in de NMa Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 60 en 61.

<sup>24</sup> Handelingen TK 2008-2009, 4897 en Handelingen EK 2009-2010, 32.

<sup>25</sup> Artikel 7. lid 2, Mededingingswet luidt daarbij als volgt: "Onverminderd het bepaalde in het eerste lid, geldt artikel 6, eerste lid, voorts niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen als bedoeld in dat artikel voor zover daarbij ondernemingen of ondernemersverenigingen betrokken zijn die daadwerkelijke of potentiële concurrenten zijn op een of meer van de relevante markten, indien het gezamenlijke marktaandeel van de bij de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging betrokken ondernemingen of ondernemersverenigingen op geen van de relevante markten waarop de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging van invloed is, groter is dan 10%."

<sup>26</sup> TK, vergaderjaar 2009-2010, 31531, nr. 17.

<sup>27</sup> Zie voetnoot 26.

### 3.2 De zorgmakelaar

Een zorgmakelaar treedt op als bemiddelaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Vrije beroepsbeoefenaren kunnen hun onderhandelingen met de zorgverzekeraar(s) uitbesteden aan een zorgmakelaar. Dit kan in het algemeen efficiëntievoordelen hebben. Vaak onderhandelen meerdere zorgaanbieders met behulp van dezelfde zorgmakelaar. Als dat niet-concurrerende zorgaanbieders betreft, bijvoorbeeld huisartsen en fysiotherapeuten, vormt onderhandelen via een zorgmakelaar geen probleem. Dat geldt ook als zorgaanbieders van dezelfde discipline in verschillende geografische markten actief zijn. Daarnaast geldt dat een zorgmakelaar gebruik mag maken van een zogenaamde 'klankbordgroep', die meestal uit een door de zorgmakelaar samengestelde groep zorgaanbieders bestaat. Door middel van de klankbordgroep kan de zorgmakelaar zich laten informeren over zorginhoudelijke of beroepstechnische aangelegenheden. Een klankbordgroep is in beginsel toelaatbaar onder de Mededingingswet. Dat is anders wanneer de klankbordgroep wordt gebruikt als forum om concurrentiegevoelige informatie te bespreken en/of gedrag af te stemmen, nu het daarmee een platform zou bieden voor een verkapt kartel. Daarnaast geldt dat wanneer concurrerende zorgaanbieders gezamenlijk een zorgmakelaar inschakelen met het doel om gezamenlijk te onderhandelen, of als concurrentiegevoelige informatie uitgewisseld wordt dat in strijd is met het kartelverbod van artikel 6 Mededingingswet. Ook mag de zorgmakelaar de betrokken concurrerende zorgaanbieders niet adviseren om allen hetzelfde tarief te hanteren.<sup>28</sup>

### 3.3 De brancheorganisatie

Het uitgangspunt is dat iedere ondernemer zelf zijn commerciële beleid en prijzen moet vaststellen zonder het voorgenomen marktgedrag af te stemmen met zijn concurrenten. Het lidmaatschap van een brancheorganisatie maakt dat niet anders. Een brancheorganisatie mag dan ook niet namens de aangesloten leden collectieve onderhandelingen voeren over factoren, zoals tarieven, die de concurrentie beïnvloeden. Een brancheorganisatie mag wel adviseren over zuiver medisch inhoudelijke en op wetenschappelijk gestoelde standaarden en prestatie-indicatoren.<sup>29</sup> Waar het advies over de kwaliteit van zorg verder gaat dan professionele standaarden en prestatie-indicatoren is dat niet toegestaan (vanwege onnodige beperking van keuzemogelijkheden). Daarnaast mag een brancheorganisatie haar leden in algemene zin vertegenwoordigen, bijvoorbeeld als het gaat om het bij de zorgverzekeraar aangeven van bepaalde knelpunten in de zorgvraag of in het aanbod bij een zorgverzekeraar.

### 3.4 Ketenzorg

Met name bij de eerstelijnszorg is een ontwikkeling gaande dat zorgaanbieders uit verschillende disciplines nauw samenwerken om gespecialiseerde zorg te organiseren in zorgketens. Het gaat om bijvoorbeeld de zorg voor de aandoeningen diabetes, COPD, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement, astma, obesitas, en depressie. Door

---

<sup>28</sup> Zie paragraaf 6.3.3. van de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010, waarin aan de hand van een aantal concrete voorbeelden wordt toegelicht wanneer onderhandelen via een zorgmakelaar al dan niet is toegestaan.

<sup>29</sup> Zie paragraaf 6.3.5. e.v. van de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010.

multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kan de doorstroom van patiënten van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener soepeler verlopen. Daarnaast kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd door bijvoorbeeld afspraken te maken over het behandeltraject van een patiënt. De NMa en NZa zijn voorstander van ketenzorg: samenwerkingsvormen tussen verschillende disciplines (multidisciplinaire samenwerking) om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zijn dan ook toegestaan. Pas bij 'verdikking' van de keten, namelijk wanneer de samenwerking ook plaatsvindt tussen zorgaanbieders binnen dezelfde discipline (monodisciplinaire samenwerking), ontstaan er mogelijk mededingingsbeperkende problemen. In de Richtsnoeren Zorggroepen die NMa en NZa eerder dit jaar hebben vastgesteld, wordt aan de hand van concrete voorbeelden toegelicht hoe het mededingingsrechtelijke kader wordt toegepast op verschillende vormen van samenwerking bij het aanbieden van ketenzorg.<sup>30</sup> Zorgaanbieders die in een zorgketen zijn georganiseerd en geen potentiële of daadwerkelijke concurrent van elkaar zijn, mogen gezamenlijk onderhandelen met zorgverzekeraars. Hiertegen bestaan in principe geen mededingingsrechtelijke bezwaren.<sup>31</sup> Dit geldt ook als deze zorgaanbieders onderling onderhandelen over relevante concurrentieparameters, zoals prijs, omvang en de patiënten, van de ketenzorg. Zorggroepen kunnen op uiteenlopende manieren worden georganiseerd. Om te bepalen wat de mogelijkheden bij zorginkoop zijn dient acht te worden geslagen op de organisatievorm van de zorggroep. In de Richtsnoeren Zorggroepen wordt voor de meest voorkomende organisatievormen aangegeven waar bij de inkoop van zorg vanuit mededingingsrechtelijk perspectief rekening mee dient te worden gehouden.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> De NMa en NZa 'Richtsnoeren Zorggroepen', augustus 2010, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>31</sup> Zie paragraaf 6.3.4.2. van de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010.

<sup>32</sup> Zie bijvoorbeeld de NMa en NZa Richtsnoeren Zorggroepen, augustus 2010, p. 32, voorbeeld 4 en p. 33, voorbeeld 5.



## 4. De Good Contracting Practices

In dit hoofdstuk worden de Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren beschreven en toegelicht. Daaraan voorafgaand wordt uiteengezet welke stappen zijn gezet om te komen tot deze Good Contracting Practices.

### 4.1 De werkwijze

Om een proces te faciliteren waarbij zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in onderling overleg tot Good Contracting Practices komen, heeft de NZa diverse bijeenkomsten met (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars georganiseerd. Daarbij zijn aan de zijde van de zorgverzekeraars de vier grote zorgverzekeraars (Agis/Achmea, CZ, Menzis en UVIT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitgenodigd. Aan de zijde van vrije beroepsbeoefenaren zijn diverse (branche)vertegenwoordigers van de volgende beroepsgroepen uitgenodigd: apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen, mondhygiënisten, oefentherapeuten en tandartsen. Daarnaast zijn bij het merendeel van de beroepsgroepen naast vertegenwoordigers van de brancheorganisaties ook individuele vrije beroepsbeoefenaren geraadpleegd. Een overzicht van de geraadpleegde partijen is opgenomen in bijlage 1.

De bijeenkomsten die de NZa met de geraadpleegde partijen heeft gehouden, zijn verdeeld over twee rondes. Tijdens de eerste ronde, die in september en oktober jongstleden heeft plaatsgevonden, heeft de NZa aparte bijeenkomsten gehouden met (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren en met (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars. Deze eerste bijeenkomsten vormden de opmaat naar een plenaire tweede bijeenkomst. Aan deze plenaire bijeenkomst, die op 1 november jongstleden heeft plaatsgevonden, hebben de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en de (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren gezamenlijk deelgenomen. In paragraaf 4.1.1 en 4.1.2 wordt nader ingegaan op respectievelijk de eerste bijeenkomsten en de tweede plenaire bijeenkomst.

#### 4.1.1 De eerste bijeenkomsten

Ter voorbereiding op de eerste bijeenkomsten heeft de NZa, mede aan de hand van signalen en klachten die bij de NMa<sup>33</sup> of NZa zijn gemeld, geïnventariseerd wat de voornaamste gesignaleerde knelpunten bij het contracteerproces zijn. Uit de inventarisatie volgt dat veel van de knelpunten bij verschillende beroepsgroepen spelen. Tijdens de eerste bijeenkomst is aan de geraadpleegde partijen gevraagd aan te geven of de inventarisatie van de voornaamste knelpunten actueel en compleet is. In bepaalde gevallen is aangegeven dat dit niet helemaal het geval is.<sup>34</sup> Ook is gesproken over de ontwikkelingen die, al dan niet als Good Contracting Practice, een oplossing voor de knelpunten zouden kunnen bieden. Aan het einde van de eerste bijeenkomst zijn de partijen verzocht ter voorbereiding op de tweede bijeenkomst na te gaan of bij

<sup>33</sup> NMa, Visiedocument 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', december 2009.

<sup>34</sup> Zo tekende het Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) aan dat zogenaamde "slikken of slikken contracten" inmiddels goeddeels als een historisch knelpunt kan worden beschouwd.

het contracteerproces nog meer knelpunten bestaan. Ook is gevraagd aan te geven welke (ontwikkelingen van) praktijken of oplossingen, als Good Contracting Practices, voor de gesignaleerde knelpunten zouden gelden. De geraadpleegde partijen is verzocht hun inbreng voorafgaand aan de tweede bijeenkomst via een NZa-webadres te verschaffen. Dat heeft een grote meerderheid van de geraadpleegde partijen gedaan.

#### **4.1.2 De tweede bijeenkomst**

Ieder van geraadpleegde partijen opgenomen in tabel 1 zijn uitgenodigd deel te nemen aan de tweede plenaire bijeenkomst. De partijen hebben op grote schaal gevolg gegeven aan deze uitnodiging. Op die manier hebben zowel de (vertegenwoordigers van) de zorgverzekeraars als de diverse beroepsgroepen uit paragraaf 4.1.1. deelgenomen aan de tweede plenaire bijeenkomst.

Ter voorbereiding op deze bijeenkomst heeft de NZa een analyse gemaakt van de informatie die door de geraadpleegde partijen tijdens de eerste bijeenkomsten en via het webadres is verstrekt. Dit met het doel de volgende twee punten in kaart te brengen: wat zijn de voornaamste gesignaleerde knelpunten en wat zijn voorbeelden van (de ontwikkeling van) praktijken en (voorgestelde) oplossingen die als Good Contracting Practices ter voorkoming van deze knelpunten zouden kunnen kwalificeren. Teneinde deze punten op een gestructureerde wijze plenair aan de orde te laten komen, is een indeling aan de hand van drie thema's gemaakt. Dat is mogelijk omdat, zoals nader wordt toegelicht in paragraaf 4.2., de gesignaleerde knelpunten bij het contracteren zich concentreren rond een beperkt aantal thema's.

## **4.2 De Good Contracting Practices**

De meest voorname knelpunten, zoals die door partijen zijn gesignaleerd, concentreren zich rond de volgende thema's: de zorginkoop, de transparantie en de timing. De knelpunten die zijn samengenomen bij het thema zorginkoop hebben gemeen dat zij voortkomen uit de organisatie van het contracteerproces. Het gaat onder andere om de frequente personele wisselingen onder de eerstelijns zorginkopers bij zorgverzekeraars, het gemis aan communicatie(mogelijkheden) en het (inhoudelijk) onvoldoende spreken van elkaars taal bij het contracteerproces. De knelpunten die zien op het gebrek aan transparantie ten aanzien van het contracteerproces en het gebrek aan transparantie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg zijn samengenomen bij het thema transparantie. Hierbij gaat onder andere om de wijze waarop de (kwaliteits)criteria die bij de zorginkoop worden vastgesteld en het gebrek aan transparantie over de slagingskans van inspanningen die vrije beroepsbeoefenaren ondernemen om de (transparantie van de) kwaliteit van hun dienstverlening te vergroten. Bij het thema timing staan de knelpunten centraal die zien op het tijdsplan en het verloop van het contracteerproces. Hierbij gaat onder andere om de beperkte reactietijd op concept contracten en de timing van het doorvoeren van wijzigingen bij het inkoopbeleid.

Door gebruik te maken van deze drie thema's, is mogelijk gemaakt op gestructureerde wijze de voornaamste gesignaleerde knelpunten tijdens de plenaire bijeenkomst aan de orde gekomen. Daarbij is per thema aan de hand van concrete inbreng van de geraadpleegde partijen gesproken over Good Contracting Practices waarmee de knelpunten kunnen worden voorkomen. In het onderstaande schema is per thema opgenomen welke Good Contracting Practices aan de orde zijn gekomen tijdens de tweede

plenaire bijeenkomst. Het gaat daarbij zowel om practices waarbij de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars of vrije beroepsbeoefenaren een eerste stap dienen te zetten. Ook zijn er practices waarbij het initiatief door ieder van deze partijen of gezamenlijk kan worden genomen.

### Good Contracting Practices: plenair besproken op 1 november 2010

Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren (GCP's 1 november 2010)		
Nr. GCP	Thema Zorginkoop	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij de zorginkoop	4.2.1
Nr. 1	De zorgverzekeraar neemt in een code of protocol op in welke gevallen de zorgverzekeraar op welke wijze communiceert en bereikbaar is.	4.2.1.1
Nr. 2	Verken de mogelijkheden om bij het inkoopproces een zorgmakelaar in te schakelen.	4.2.1.1
Nr. 3	De zorgverzekeraar betreft tijdig een (para)medicus bij het inkoopproces.	4.2.1.2
Nr. 4	De zorgverzekeraar publiceert bijtijds een toetsingskader voor aanvragen voor innovatieve projecten en stelt een adviescommissie ter beoordeling daarvan in.	4.2.1.3
Nr. 5	De zorgverzekeraar voorziet in een goede overdracht van dossiers bij personeelwisselingen onder de zorginkopers.	4.2.1.4
Nr. 6	De brancheorganisatie en zorgverzekeraars hebben geregeld contact en er vindt evaluatie van het (voorgaande) contracteerproces plaats.	4.2.1.5
Nr. GCP	Thema Transparantie	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij (verbeteren van) de transparantie.	4.2.2
Nr. 7	De zorgverzekeraar voorziet in een laagdrempelige informatiestroom en maakt daarbij (in samenspraak met de branche(organisatie)) gebruik van de inzet van (digitale) nieuwsbrieven en presentaties over het inkoopbeleid.	4.2.2.1
Nr. 8	Creëer een platform – bijvoorbeeld via de brancheorganisatie – voor overleg over de inzet van beschikbare datasets om te komen tot transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg.	4.2.2.2
Nr. 9	De zorgverzekeraar communiceert bij het contracteren bijtijds dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen.	4.2.2.3
Nr. GCP	Thema Timing	Paragraaf
	Toelichting op gesignaleerde voornaamste knelpunten bij de timing van het contracteerproces.	4.2.3
Nr. 10	De zorgverzekeraar stemt het tijdsplan van het procesverloop vooraf af met (vertegenwoordigers van) de beroepsgroep en maak het tijdsplan vroegtijdig bekend.	4.2.3.1
Nr. 11	De zorgverzekeraar stelt bijtijds informatie beschikbaar over welke nieuwe of gewijzigde criteria gehanteerd worden bij het contracteerproces.	4.2.3.2
Nr. 12	Nodig de zorgverzekeraar(s) uit voor een bijeenkomst waarin de aanbieder aan de zorgverzekeraar(s) voorlichting geeft over het zorgaanbod, het beleid en het contract dat men wenst te sluiten	4.2.3.3

Bron: NZa

Als eerder toegelicht is het contracteren een dynamisch proces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. De practices zoals opgenomen in de tabel laten om die reden aan (de vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren ruimte om, in onderling overleg, bij toepassing in de praktijk nadere invulling aan de practices te geven.

In de navolgende paragrafen wordt per thema beschreven wat de meest voornaamste knelpunten zijn die door partijen zijn gesignaleerd. Daarbij

wordt per knelpunt ingegaan op de voornaamste elementen die tijdens de plenaire bijeenkomst in het kader van de bovenstaande Good Contracting Practices aan de orde is gekomen. Op die manier wordt duidelijk wat de visie van de (vertegenwoordigers van de) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren ten aanzien van de Good Contracting Practices uit de tabel is. Daarbij wordt ook ingegaan op voorstellen die partijen tijdens de plenaire bijeenkomst hebben gedaan om nadere invulling of aanvullingen te geven op deze practices uit de tabel. Daarmee wordt ook voor de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns die niet bij de plenaire bijeenkomst waren inzichtelijk gemaakt wat die visie is en wanneer de Good Contracting Practices uitkomst kunnen bieden.

#### **4.2.1 Thema: De zorginkoop**

Tijdens de eerste bijeenkomsten hebben vrije beroepsbeoefenaren aangegeven dat een bepaalde mate van vertrouwen bij het contracteerproces tussen zorgverzekeraar en vrije beroepsbeoefenaren noodzakelijk is voor het goede verloop van dit proces. Het ontbreekt geregeld aan dit vertrouwen. Daarbij spelen de volgende punten een voorname rol:

- de communicatie tussen vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars;
- het spreken van dezelfde taal;
- het verloop onder de zorginkopers en
- het creëren van vertrouwen.

Aan de hand van de inbreng van de geconsulteerde partijen, zijn deze vier samenhangende punten tijdens de tweede bijeenkomst besproken. Hierna worden de voornaamste elementen die daarbij aan de orde zijn gekomen in paragrafen 4.2.1.1. tot en met 4.2.1.5. samengevat toegelicht.

##### *4.2.1.1 De communicatie tussen partijen*

Diverse vrije beroepsbeoefenaren hebben tijdens de eerste bijeenkomsten aangegeven dat de communicatie tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren voor verbetering vatbaar is. Zo geeft een oefentherapeute aan dat het haar niet lukt om in contact te komen met een zorgverzekeraar en dat dit ook geldt voor andere oefentherapeuten. Ook de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) geeft aan bij haar achterban geluiden te horen dat het contact met zorgverzekeraars moeizaam verloopt. De NVD geeft aan graag te zien dat zorgverzekeraars een duidelijke communicatielijns volgen. Volgens de NVD zouden zorgverzekeraars in een protocol of een code kunnen opnemen in welke gevallen zij op welke wijze communiceren en bereikbaar zijn.

Aan de aanwezigen is gevraagd of het voorstel van de NVD kwalificeert als Good Contracting Practice. In hun reacties geven de zorgverzekeraars aan dat zij op het moment al op verschillende manieren met de vrije beroepsbeoefenaren communiceren in het kader van het contracteerproces. Zo lichten zorgverzekeraars toe, mede gezien de omvang van de doelgroep, internet als communicatiemiddel in te zetten. Dit wordt bijvoorbeeld gebruikt om periodieke elektronische nieuwsbrieven met informatie over het (contracteer-) beleid door middel van mailings breed te verspreiden. Zorgverzekeraar geven aan dit bijvoorbeeld voor oefentherapeuten en apothekers te doen. Navraag leert dat niet voor ieder van de verschillende beroepsgroepen dezelfde aanpak wordt gevolgd.

Een zorgverzekeraar benadrukt dat het versturen van elektronische nieuwsbrieven absoluut noodzakelijk is om op efficiënte wijze de grote groepen vrije beroepsbeoefenaren te blijven informeren. De vrije beroepsbeoefenaren geven aan hier begrip voor te hebben en de inzet van nieuwsbrieven en mailings ook te waarderen. Daarbij geldt wel, zo lichten de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de KNGF toe, dat het beste resultaat wordt behaald als naast de elektronische communicatie ook de mogelijkheid voor persoonlijk contact aanwezig is.

Er wordt vastgesteld dat voor de optimale werking van elektronische communicatie zorgverzekeraars via Vektis naast de e-mailadressen van de individuele vrije beroepsbeoefenaren ook kunnen beschikken over de e-mailadressen van de organisaties waar zij hun praktijk uitoefenen. Omdat dit nu niet altijd het geval is, kunnen na personele wisselingen onder vrije beroepsbeoefenaren de betrokken organisaties verstoken blijven van mailings. Uit de discussie die volgt, komt naar voren dat dit verholpen kan worden door gebruik te maken van de zogenaamde AGB<sup>35</sup>-codes.

Zorgverzekeraars lichten toe, naast mailings ook tijdens voorlichtingsbijeenkomsten presentaties te geven aan groepen van vrije beroepsbeoefenaren. Een zorgverzekeraar beschrijft de wijze waarop zij dit jaar door middel van een presentatie aan paramedici het contracteerproces heeft toegelicht. In die presentatie staat waar de vrije beroepsbeoefenaar met aanvullende vragen terecht kan en staat dat de zorgverzekeraar binnen vijf werkdagen zal reageren. De zorgverzekeraar erkent desgevraagd dat dit helaas in perioden van grote drukte nog niet altijd wordt gehaald. Door vrije beroepsbeoefenaren wordt de kritische noot gekraakt dat een reactie binnen vijf dagen niet altijd betekent dat ook een inhoudelijke zinvolle antwoord op een vraag wordt verkregen. De zorgverzekeraars hebben kennis van de kritische noot genomen. Een zorgverzekeraar licht toe dat (individuele) vragen en bijbehorende antwoorden ook vaak hun weg vinden naar de webpagina met 'veel gestelde vragen' die de zorgverzekeraar bij de zorginkoop gebruikt.

Een andere zorgverzekeraar licht toe dat bij de inkoop van farmaceutische zorg al geregeld zorgmakelaars worden ingezet. De zorgverzekeraar heeft daarmee inmiddels positieve ervaringen opgedaan. De zorgverzekeraar licht toe het verkennen van de mogelijkheden om een zorgmakelaar in te schakelen als een Good Contracting Practice te beschouwen.

Samengevat is de conclusie dat zorgverzekeraars op dit moment geen toegevoegde waarde zien in de Good Contracting Practice (nr. 1): 'De zorgverzekeraar neemt in een code of protocol op in welke gevallen de zorgverzekeraar op welke wijze communiceert en bereikbaar is'. Wel is duidelijk dat de zorgverzekeraars willen inzetten op het verbeteren van de bestaande communicatiemethoden. Daarbij is door vertegenwoordigers van vrije beroepsbeoefenaren aangegeven dat de combinatie van elektronische communicatie en (de mogelijkheid van) persoonlijk contact erg wordt gewaardeerd. Daarnaast is door een zorgverzekeraar als Good Contracting Practice (nr. 2) aangedragen: 'Verken de mogelijkheden om een zorgmakelaar in te schakelen'.

#### *4.2.1.2 Het spreken van dezelfde taal; de inzet van (para-)medici*

Tijdens de eerste bijeenkomsten is door verschillende (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren aangegeven dat het niveau van de zorginkopers wisselend is. Ook is aangegeven dat het

<sup>35</sup> Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners.

inkoopproces moeizaam verloopt wanneer aan de zijde van de zorgverzekeraar onvoldoende (medische) kennis aanwezig is. Tegelijk is de ervaring van diverse vrije beroepsbeoefenaren dat het contracteerproces beter verloopt als namens de zorgverzekeraar bijtijds (ook) een (para)medicus wordt betrokken.<sup>36</sup> Een zorgverzekeraar geeft aan al te proberen in deze behoefte te voorzien door waar zorginhoudelijk wordt gesproken met vrije beroepsbeoefenaren zoveel mogelijk een (para)medicus bij het inkoopproces te betrekken. Andere zorgverzekeraars geven aan het nut van deze ontwikkeling te zien. Het Meldpunt contractering<sup>37</sup> steunt de suggestie om meer (para)medici bij de zorginkoop te betrekken, maar tempert de verwachtingen. Zo zal het volgens het Meldpunt in de praktijk voor de zorgverzekeraars niet haalbaar zal zijn om een (para)medicus bij alle inkoopsituaties met vrije beroepsbeoefenaren te betrekken.

Samengevat is de conclusie dat door de aanwezigheid de Good Contracting Practice (nr. 3): 'De zorgverzekeraar betreft tijdig een (para)medicus bij het inkoopproces' als nuttig wordt gezien.

#### 4.2.1.3 Het spreken van dezelfde taal: innovatieve projecten

Uit de eerste bijeenkomsten en de inbreng via het webadres volgt dat het 'niet spreken van dezelfde taal' zich in het bijzonder laat voelen bij innovatieve projecten. Daarbij geldt dat voor vrije beroepsbeoefenaren zowel de eisen als gronden voor afwijzing van (aanvragen voor) innovatieve projecten lang niet altijd duidelijk en voorspelbaar zijn. Dit knelpunt is bij zorgverzekeraars bekend. Dat volgt ook uit de informatie die een zorgverzekeraar over het indienen van een business case voor huisartsen op zijn website vermeldt.<sup>38</sup> De zorgverzekeraar licht daarbij toe welke stappen zijn gezet om eerder gesignaleerde knelpunten bij het indienen en beoordelen van een business case weg te nemen. Onderdeel daarvan is het instellen van een Paritaire Commissie Businesscases.<sup>39</sup> Die commissie adviseert de zorgverzekeraar over de ingediende businesscases. De Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) geeft aan dat de intenties van deze aanpak goed zijn, maar dat in de praktijk nog werk verzet dient te worden om het tot een succes te maken.

De NVD geeft aan dat het vooral gaat om het maken van een verantwoorde afweging bij de vraag of een innovatie of innovatief project door de zorgverzekeraar wordt goed- of afgekeurd. Die afweging ontbreekt nu geregeld. Een zorgverzekeraar merkt op positieve ervaringen te hebben opgedaan bij de inkoop van farmaceutische zorg door het toetsingskader dat wordt gebruikt van tevoren kenbaar te maken via zijn website.

De LHV geeft aan dat de mogelijkheden voor vrije beroepsbeoefenaren om direct contact met een zorgverzekeraar te hebben, zeker bij

---

<sup>36</sup> Daarbij geldt dat bij bepaalde beroepsgroepen dit eerder regel dan uitzondering is. Zo gaf de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) bij de eerste bijeenkomst aan dat het 'niet spreken van dezelfde taal' bij het inkoopproces niet zozeer speelt nu daarbij namens de zorgverzekeraar vaak (voormalig) apothekers betrokken zijn.

<sup>37</sup> Dit meldpunt waarin de LHV en de Adviesgroep Ketenzorg zijn vertegenwoordigd inventariseert klachten over het contracteerproces in de ketenzorg met de zorgverzekeraars, zie ook [www.meldpuntcontractering.nl](http://www.meldpuntcontractering.nl).

<sup>38</sup>

[www.achmeazorg.nl/huisartsen/Huisartsen/Zorginkoop/Pages/Achmeabusinescasesnieuwewerkwijzeenprocedure.aspx](http://www.achmeazorg.nl/huisartsen/Huisartsen/Zorginkoop/Pages/Achmeabusinescasesnieuwewerkwijzeenprocedure.aspx).

<sup>39</sup> In deze commissie, die onder leiding staat van een onafhankelijke voorzitter, nemen naast twee leden namens de zorgverzekeraar ook twee huisartsen namens de Landelijke Huisartsen Vereniging deel.

innovatieve projecten, van groot belang is. De LHV geeft aan dat het zou helpen als zorgverzekeraars er voor zorgen dat bij de zorginkoop voldoende capaciteit en expertise beschikbaar wordt gemaakt.

Samengevat is de conclusie dat de vrije beroepsbeoefenaren graag zien dat vooraf zoveel mogelijk helder wordt gemaakt waar een aanvraag in het kader van innovatieve projecten aan dient te voldoen en dat bij toetsing daarvan ook een verantwoorde afweging wordt gemaakt. Dat binnen dit kader als Good Contracting Practices kunnen gelden (nr. 4): 'De zorgverzekeraar publiceert bijtijds een toetsingskader voor aanvragen voor innovatieve projecten en stelt een adviescommissie ter beoordeling daarvan in', wordt door de aanwezigen niet weersproken.

#### 4.2.1.4 De zorginkopers; personele wisselingen en overdracht

Door diverse vrije beroepsbeoefenaren is tijdens de eerste bijeenkomsten aangegeven dat het hoge verloop onder zorginkopers bij de zorgverzekeraars als een knelpunt wordt ervaren. Een zorgverzekeraar probeert dit beeld te relativeren. Zij geeft aan dat het verloop onder zorginkopers niet wezenlijk anders is dan in andere sectoren. Dat betekent niet dat het in veel gevallen door vrije beroepsbeoefenaren niet als knelpunt wordt ervaren. Zo licht een collectief van tandartsen, Tandboog, de rol die het heeft gespeeld in het traject om met een zorgverzekeraar een meerjarencontract te sluiten. Door de personele wisselingen onder de zorginkopers moesten verschillende personen bij de zorgverzekeraar geregeld opnieuw door Tandboog worden benaderd en overtuigd. Hierdoor waren de personele wisselingen er volgens Tandboog mede debet aan dat er meerdere jaren nodig waren alvorens het contract met de zorgverzekeraar werd gesloten.

Een zorgverzekeraar licht toe te verwachten dat personele wisselingen minder frequent voor zullen komen. Dit omdat bij deze zorgverzekeraar de inkopers binnen de eerstelijnszorginkoop, maar ook tussen eerste- en tweedelijnszorginkoop in toenemende mate gelijk worden ingeschaald. Ook benadrukt deze zorgverzekeraar dat het in ieder geval essentieel is dat de overdracht van dossiers tussen oude en nieuwe inkoper goed wordt geregeld. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat het knelpunt een 'eyeopener' is. Op het moment is er bij deze zorgverzekeraar geen specifiek beleid op dit punt en de zorgverzekeraar geeft aan dat wanneer dit tot problemen leidt, dit verbeterd dient te worden.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft desgevraagd aan bij haar leden tot nu toe geen aandacht voor dit knelpunt te hebben gevraagd. Dit omdat iedere zorgverzekeraar zijn eigen inkoopbeleid heeft en daarbij eigen regels opstelt. ZN merkt vervolgens op de komende jaren wel te willen kijken hoe met inachtneming van wet- en regelgeving enige overstijgende afstemming aangaande zorginkoop kan worden bereikt. De klachten over personele wisselingen zijn gehoord en worden meegenomen.

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) signaleert dat ook de tussentijdse wisseling van beleid tijdens het contracteerproces als knelpunt wordt ervaren.

Een zorgverzekeraar geeft aan het zowel het geluid over de personele wisselingen en (tussentijdse) wijzigingen bij het inkoopbeleid te herkennen. Deze zorgverzekeraar geeft daarbij aan dat de overdracht door zijn inkopers goed wordt geregeld. Ook wordt bij overleg met zorgaanbieders er vaak voor gekozen dit met twee personen te doen. De

tweede persoon betreft vaak een paramedicus. Daarnaast geeft deze zorgverzekeraar aan dat ook een interne discussie is gestart om te komen tot een toekomstbestendige zorginkoopstructuur.

Samengevat is de conclusie dat ter borging van de continuïteit bij zorginkoop als Good Contracting Practice (nr. 5) onder de aanwezigen breed wordt gedragen: 'De zorgverzekeraar voorziet in een goede overdracht van dossiers bij personeelwisselingen onder de zorginkopers'.

#### 4.2.1.5 Het creëren van vertrouwen

Dat het creëren van een bepaalde mate van vertrouwen voor het zorginkoopproces van groot belang is, is zowel tijdens de eerste bijeenkomsten als via de inbreng via het webadres door vrije beroepsbeoefenaren toegelicht. Zo geeft een oefentherapeut aan dat zij het gevoel heeft dat zorgverzekeraars bij de onderhandelingen niet voldoende open spreken en dit de onderhandelingen bemoeilijkt. Ook is door (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren aangegeven dat door de vele fusies bij zorgverzekeraars het inkoopbeleid vaak verandert. Dit doet afbreuk aan het vertrouwen bij de onderhandelingen en maakt dat het contracteerproces moeizaam verloopt. In dit kader is de meerwaarde van regelmatig contact tussen de brancheorganisatie en de zorgverzekeraars en het evalueren van het (voorgaande) contracteerproces aan de orde gekomen.

De NVvP licht toe dat een goede organisatie van de beroepsgroep van groot belang is, omdat dit bijdraagt aan de mogelijkheden om effectief te overleggen met zorgverzekeraars. De NVvP geeft aan tevreden te zijn over de wijze waarop de zorginkoop nu loopt. Afspraken met zorgverzekeraars worden steeds eerder gemaakt en er vindt overleg plaats in zowel de eerste als tweede helft van het jaar.

Een zorgverzekeraar bevestigt goede ervaringen te hebben met het vroegtijdig starten met onderhandelen en daarbij betrekken van de (vertegenwoordigers van de) beroepsgroep. In dat kader vindt geregeld evaluatie met individuele vrije beroepsbeoefenaren via klankbordgroepen plaats. Tijdens deze klankbordbijeenkomsten worden knelpunten besproken. De vrije beroepsbeoefenaren die deelnemen aan de klankbordgroep worden in overleg met de beroepsgroep gekozen. Een andere zorgverzekeraar vult hierop aan dat voor hem in grote lijnen hetzelfde geldt. Deze zorgverzekeraar licht toe in de zomer panelbijeenkomsten te organiseren om (vertegenwoordigers van de) fysiotherapeuten mee te laten praten over het inkoopbeleid. Ook vindt er geregeld overleg met de beroepsvereniging plaats.

Samengevat is de conclusie dat de aanwezigen zich kunnen vinden in de Good Contracting Practice (nr. 6): 'De brancheorganisatie en zorgverzekeraars hebben geregeld contact en er vindt evaluatie van het (voorgaande) contracteerproces plaats'.

#### 4.2.2 Thema: Transparantie

Tijdens de eerste bijeenkomsten hebben vrije beroepsbeoefenaren aangegeven dat het opstellen van kwaliteitscriteria in veel gevallen (te) eenzijdig en weinig transparant geschiedt door de zorgverzekeraars. Ook merken zij op bij het inkoopproces (tussentijds) te worden geconfronteerd met nieuwe of onbekende criteria, terwijl ook gewerkt kan worden met criteria die de beroepsgroep zelf al heeft ontwikkeld. Daarnaast lichten (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren toe de koppeling te missen tussen de criteria die een zorgverzekeraar bij de zorginkoop wil hanteren en hetgeen de zorgverzekeraar over de gecontracteerde zorg bekend maakt aan zijn klanten. Een andere bron van zorg onder vrije beroepsbeoefenaren is het gebrek aan transparantie over de slagingskans van inspanningen die zij ten aanzien van het ontwikkelen van (kwaliteits)criteria ten behoeve van de zorginkoop verrichten. Samengevat hangen de voornaamste knelpunten die vrije beroepsbeoefenaren ten aanzien transparantie hebben gesignaleerd, samen met de volgende punten:

- de criteria bij zorginkoop;
- de vaststelling van kwaliteitscriteria en
- de slagingskans van inspanningen die vrije beroepsbeoefenaren ten behoeve van de vorige twee punten verrichten.

Aan de hand van de inbreng van de geconsulteerde partijen, zijn deze punten tijdens de tweede bijeenkomst besproken. Hierna worden de voornaamste elementen die daarbij aan de orde zijn gekomen in paragrafen 4.2.2.1. tot en met 4.2.2.3. samengevat toegelicht.

##### 4.2.2.1 De criteria bij het zorginkoopproces

Door diverse vrije beroepsbeoefenaren is bij de eerste bijeenkomsten aangegeven dat zorgverzekeraars onvoldoende transparant zijn over het contracteerbeleid en met name over de criteria die zij daarbij inzetten.

In dit kader is aan de orde gekomen wat de mogelijkheden zijn om een laagdrempelige informatiestroom ten aanzien van het contracteerbeleid te creëren. Bijvoorbeeld door, in samenspraak met de branche(organisatie), gebruik te maken van de inzet van digitale nieuwsbrieven en e-mail, maar ook het geven van presentaties ten aanzien van het contracteerbeleid. Een zorgverzekeraar licht hierbij toe hoe hij eerder dit jaar een presentatie heeft gegeven over het zorginkoopproces.<sup>40</sup> In die presentatie wordt aangegeven hoe het beleid en het proces ten aanzien van de inkoop van fysiotherapeutische zorg in overleg met de vertegenwoordigers van consumenten<sup>41</sup> en de beroepsgroep<sup>42</sup> tot stand is gebracht. De zorgverzekeraar geeft aan deze aanpak ook bij oefentherapeuten te hebben gevolgd en dat wordt onderzocht of het als 'voorbeeld inkooptraject' ook voor andere paramedische beroepen kan gaan dienen. Een vrije beroepsbeoefenaar (farmacie) geeft aan dat zeker behoefte bestaat aan een dergelijke aanpak. Dit omdat hiermee eerder duidelijk wordt wat in de contracten zal belanden. Dit voorkomt verrassingen en dat is gewenst.

De NVD, het Meldpunt contractering en ZN geven aan dat ook VWS en de NZa tijdig moeten communiceren over voorgenomen beleidswijzigingen, zodat zorgverzekeraars en de vrije beroepsbeoefenaren daar bij het contracteren bijtijds rekening mee kunnen houden.

<sup>40</sup> Daarbij geeft de zorgverzekeraar aan alle fysiotherapeuten waarvan een e-mailadres bij de zorgverzekeraar bekend is, voor de presentatie te hebben uitgenodigd en te hebben voorzien van een digitale brochure.

<sup>41</sup> Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

<sup>42</sup> KNGF.

De NvVP stelt de zorgverzekeraars de vraag of bij het evalueren van het contracteerproces ook vrije beroepsbeoefenaren worden betrokken die géén contract met de zorgverzekeraar zijn aangegaan. De NvVP geeft daarbij aan dat juist de redenen waarom niet wordt gecontracteerd voor de zorgverzekeraars interessant zou zijn. De zorgverzekeraars kunnen niet direct bevestigen of dit al gebeurt. Een zorgverzekeraar geeft aan dat het een interessant punt is dat in ieder geval mee naar 'huis' wordt genomen.

Een collectief van tandartsen, Tandboog, draagt als mogelijke Good Contracting Practice aan dat wordt gewerkt naar contracten die meerdere jaren kunnen gelden. Tandboog licht toe dat het meerjarencontract dat zij met een zorgverzekeraar heeft jaarlijks wordt geëvalueerd en indien gewenst kan worden aangepast. Er is onder de aanwezigen bijval voor deze aanpak.

Samengevat is de conclusie dat de aanwezigen positief zijn over de Good Contracting Practice (nr. 7): 'De zorgverzekeraar voorziet in een laagdrempelige informatiestroom en maakt daarbij (in samenspraak met de branche(organisatie)) gebruik van de inzet van (digitale) nieuwsbrieven en presentaties over het inkoopbeleid'. Daarnaast is ook het voorstel om niet gecontracteerde vrije beroepsbeoefenaren bij de evaluatie van het contracteerproces te betrekken en de ontwikkeling van meerjarencontracten aan de orde gekomen.

#### 4.2.2.2 Het vaststellen van kwaliteitscriteria

Diverse (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren hebben aangegeven dat veel informatie over kwaliteitsindicatoren beschikbaar is, maar die informatie nog niet of niet in voldoende mate wordt gebruikt door zorgverzekeraars.<sup>43</sup> Ook geven zij aan dat criteria opgesteld door zorgverzekeraars niet, of niet voldoende aansluiten bij de beroepsspecifieke ontwikkelingen.

De VvOCM licht toe dit jaar vanuit de beroepsgroep een kwaliteitssymposium te hebben georganiseerd.<sup>44</sup> Het intensieve overleg met de zorgverzekeraars over kwaliteitsindicatoren dat daarop is gevolgd, is heel lonend gebleken aldus de VvOCM. In vervolg op de toelichting van de VvOCM is aan de orde gekomen of deze aanpak ook elders te gebruiken is om te komen tot meer transparantie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. Een huisarts vindt dit een goed idee, maar benadrukt dat er bij de zorgverzekeraars ook voldoende bereidheid moet zijn er iets mee te doen. De huisarts geeft aan dat sommige zorgverzekeraars dit wel al doen<sup>45</sup>, maar het is eerder uitzondering dan regel.

De KNGF licht toe dat haar leden ervaren dat zorgverzekeraars ieder hun eigen idee hebben over kwaliteit. De KNGF vraagt zich dan ook af of dit wordt opgelost door met iedere zorgverzekeraar apart te overleggen. De VvOCM licht toe dat het toch is gelukt om op die manier met veel zorgverzekeraars overeenstemming over de kwaliteitindicatoren te

<sup>43</sup> Zo is door een huisarts aangegeven dat bij het contracteren van huisartsenzorg geput kan worden uit bestaande indicatoren, zoals de mate waarin een huisarts doorverwijst naar de tweede lijn.

<sup>44</sup> De VvOCM licht in haar jaarverslag 2009 te raadplegen via [www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl) toe: "Ook is gewerkt aan het ontwikkelen van een eigen set kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de kwaliteitsinstrumenten van de VvOCM. Op het kwaliteitscongres van 27 januari 2010 is deze set gepresenteerd."

<sup>45</sup> Zo is er een zorgverzekeraar die in gesprek gaat met huisartsen over de beschikbare data mede om na te gaan hoe de data bij de zorginkoop zou kunnen worden gebruikt.

bereiken. Het gegeven dat de beroepsgroep zelf hele heldere keuzes over kwaliteitsindicatoren heeft gemaakt en wat daarbij transparant dient te worden gemaakt, heeft daar sterk aan bijgedragen. Daarnaast loont het volgens de VvOCM ook om duidelijk en geregeld over deze punten met de zorgverzekeraars te communiceren.

Samengevat is de conclusie dat de Good Contracting Practice (nr. 8): 'Creëer een platform – bijvoorbeeld via de brancheorganisatie – voor overleg ten aanzien de inzet van beschikbare datasets om te komen tot transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg', door verschillende aanwezigen wordt gedragen.

#### 4.2.2.3 De slagingskans van projecten

Vrije beroepsbeoefenaren, zoals een apotheker, hebben aangeven teleurgesteld te raken wanneer nadat zij veel stappen hebben ondernomen om de (transparantie van de) kwaliteit van hun dienstverlening te vergroten, zij hier niet voor worden beloond. Bijvoorbeeld omdat, hoewel aan de eisen wordt voldaan, er uiteindelijk toch geen budget meer voor is bij de zorgverzekeraar. In dit kader wordt de Good Contracting Practice om bijtijds te communiceren dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen besproken. Een zorgverzekeraar licht toe dat hij een innovatiefonds heeft waarmee initiatieven gestimuleerd en gefinancierd worden. Daarbij is het mogelijk dat een project om inhoudelijke of financiële redenen uiteindelijk niet door kan gaan, maar daarover wordt zo is de ervaring van deze zorgverzekeraar ook vroegtijdig gecommuniceerd. Een andere zorgverzekeraar bevestigt dat bijtijds communiceren in dergelijke gevallen gewenst is.

Samengevat is de conclusie dat de aanwezigen de meerwaarde van de Good Contracting Practice (nr. 9): 'De zorgverzekeraar communiceert bij het contracteren bijtijds dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen' onderschrijven.

#### 4.2.3 Thema: Timing

De (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren hebben tijdens de eerste bijeenkomsten ook een aantal knelpunten naar voren gebracht die betrekking hebben op de timing van processen bij het contracteren. De voornaamste knelpunten die vrije beroepsbeoefenaren daarbij hebben gesignaleerd, zien op de volgende punten:

- de beperkte reactietijd op concept contracten;
- de timing van bekendmaking van criteria en het doorvoeren van wijzigingen bij het inkoopbeleid en
- het trage verloop van afronding van het contracteerproces.

Aan de hand van de inbreng van de geconsulteerde partijen, zijn deze punten tijdens de tweede bijeenkomst besproken. Hierna worden de voornaamste elementen die daarbij aan de orde zijn gekomen in paragrafen 4.2.3.1. tot en met 4.2.3.3. samengevat toegelicht.

##### 4.2.3.1 De reactietijd

De NVD heeft aangegeven dat in het contracteerproces de zorgverzekeraars de concept (standaard)contracten ter becommentariëring voorleggen aan de beroepsverenigingen.<sup>46</sup> Het is daarbij de ervaring van de NVD dat de reactietermijn daarbij geregeld dermate kort zijn dat van een weldoordachte reactie nauwelijks sprake

<sup>46</sup> Opgemerkt dient te worden dat de beroepsvereniging zich in haar reactie dient te beperken tot niet-concurrentiële aspecten in het contract.

kan zijn. Signalen als deze zijn bekend, zo geeft een zorgverzekeraar aan en dit punt wordt in de praktijk zeker meegenomen. Dat er sprake zou zijn van te korte tijd voor het tekenen van het contract, herkent deze zorgverzekeraar niet. De termijnen tussen het voorleggen van het concept en uiterste tekendatum zijn volgens deze zorgverzekeraar vaak twee tot drie maanden.

Een andere zorgverzekeraar vult hierop aan dat hij in zijn presentaties aan vrije beroepsbeoefenaren een helder tijdspad laat zien. Die aanpak zou zeker helpen, bevestigt een vrije beroepsbeoefenaar. Een andere zorgverzekeraar geeft aan het belang te zien van deze aanpak. Een vrije beroepsbeoefenaar geeft aan dat het ook helder zou moeten zijn wat er gebeurt als de zorgverzekeraar het geplande tijdspad niet haalt en vraagt of er bijvoorbeeld sancties aan kunnen worden verbonden. Een zorgverzekeraar geeft aan sancties onnodig zwaar te vinden en geeft aan dat in dit soort situaties beter samen naar oplossingen kan worden gezocht. Een andere zorgverzekeraar vult aan hoe zij vorig jaar is omgegaan met opmerkingen van vrije beroepsbeoefenaren over contracten die hij in de vakantieperiode heeft aangeboden. Dit jaar is daar rekening mee gehouden en is dit aangepast.

Een zorgverzekeraar oppert dat een oplossing voor de 'contracteerdrukke' die aan het einde van het jaar ontstaat, kan worden gevonden in het contracteren door het jaar heen. Deze zorgverzekeraar geeft aan dat te willen ontwikkelen en ook te werken aan de ontwikkeling van meerjarencontracten. De zorgverzekeraar meent dat hieraan bij de vrije beroepsbeoefenaren behoefte bestaat. Dat blijkt het geval en ook andere zorgverzekeraars geven aan dat dit uitkomst kan bieden.

Samengevat is de conclusie dat de aanwezigen zich kunnen vinden in de Good Contracting Practice (nr. 10): 'De zorgverzekeraar stemt het tijdspad van het procesverloop vooraf af met (vertegenwoordigers van) de beroepsgroep en maak het tijdspad vroegtijdig bekend'. Ook de ontwikkeling waarbij door het jaar heen gecontracteerd kan worden en het werken met meerjarencontracten is aan de orde gekomen en kan op bijval rekenen.

#### 4.2.3.2 Wijzigingen bij het inkoopbeleid

Vrije beroepsbeoefenaren hebben aangegeven dat de timing van het bekendmaken en doorvoeren van wijzigingen bij het inkoopbeleid door zorgverzekeraars geregeld een knelpunt vormt. In dit kader is gesproken over hoe bijtijds informatie beschikbaar komt over de nieuwe of gewijzigde criteria die bij het contracteerproces worden gehanteerd. In dat verband geven (vertegenwoordigers van) van vrije beroepsbeoefenaren aan het prettig te vinden als de zorgverzekeraar de wijzigingen ten opzichte van het voorgaande jaar in één oogopslag zichtbaar zouden maken. Dat zou veel werk en tijd schelen, als dus een vrije beroepsbeoefenaar. Een zorgverzekeraar licht toe nu al een aanbiedingsbrief te gebruiken waarin de wijzigingen ten opzichte van het voorgaande jaar worden toegelicht. Een andere zorgverzekeraar vindt het punt dat door de vrije beroepsbeoefenaren wordt genoemd een goed idee en geeft aan dit mee te nemen. Ten aanzien van het elektronisch aanbieden van documenten waarmee in één oogopslag de wijzigingen zichtbaar zijn, wordt door zorgverzekeraars opgemerkt dat dit vanwege de technische mogelijkheden van VECOZO<sup>47</sup> nu nog lastig is. Daar zal dus een oplossing voor dienen te worden gevonden.

<sup>47</sup> Zorgverzekeraars gebruiken deze webportal voor het aanbieden van contracten.

Samengevat wordt geconcludeerd dat de aanwezigen zich kunnen vinden in de Good Contracting Practice (nr. 11): 'De zorgverzekeraar stelt bijtijds informatie beschikbaar over welke nieuwe of gewijzigde criteria gehanteerd worden bij het contracteerproces'. De concrete aanvulling van vrije beroepsbeoefenaren om in dat verband ook een document te verschaffen waarmee in één oogopslag inzichtelijk wordt wat de wijzigingen zijn ten opzichte van vorig jaar zijn, wordt door zorgverzekeraars positief ontvangen.

#### 4.2.3.3 Het verloop en de afronding van het contracteerproces

Het Meldpunt contractering geeft aan dat het contracteerproces voor (nieuwe) zorggroepen in bepaalde gevallen te lang duurt. De LHV licht toe dat daarbij sprake is van te trage reacties van de 'niet-dominante' zorgverzekeraars op toegestuurde contracten. Hierdoor kunnen systemen niet op tijd worden aangepast, ontbreekt een betaaltitel voor declaraties hetgeen liquiditeitsproblemen voor de betrokken zorgaanbieder(s) veroorzaakt.

Een zorgverzekeraar licht toe dat het in het verleden gebruikelijk was om nadat de dominante zorgverzekeraar een contract had gesloten de niet-dominante of 'verre zorgverzekeraars' volgden. Die praktijk is niet meer. Ook 'verre zorgverzekeraars' willen nu apart onderhandelen en dat levert voor de zorggroep inderdaad extra transactietijd op. Uit de discussie die volgt, blijkt dat een zorggroep er voor kiest nadat met de dominante zorgverzekeraar een contract is afgesloten een bijeenkomst te organiseren om andere zorgverzekeraars voor te lichten.<sup>48</sup> Dit in de verwachting dat het contracteren met deze 'verre zorgverzekeraar(s)' vervolgens vlotter verloopt.<sup>49</sup> Bij die bijeenkomst volgt een toelichting op het zorgaanbod, het beleid en het contract dat men wil gaan sluiten. Het Meldpunt contractering geeft aan dat met deze aanpak al enige positieve ervaringen zijn opgedaan. Een zorgverzekeraar geeft aan dit een nuttige ontwikkeling te vinden. De LHV voegt toe dat wel harde afspraken met de 'verre zorgverzekeraar(s)' moeten kunnen worden gemaakt over de reactietermijn, omdat het knelpunt anders onvoldoende wordt verholpen.

Samengevat is de conclusie dat de Good Contracting Practice (nr. 12): 'Nodig de zorgverzekeraar(s) uit voor een bijeenkomst waarin de aanbieder aan de zorgverzekeraar(s) voorlichting geeft over het zorgaanbod, het beleid en het contract dat men wenst te sluiten' bij kan dragen aan het voorkomen van langlopende contracteertrajecten.

<sup>48</sup> Dit is ook mogelijk voor meerdere zorgaanbieders tegelijk als zij onder de grens van bagatelregeling van artikel 7 Mededingingswet vallen. Zie voor een toelichting op de bagatelregeling paragraaf 3.1.1.

<sup>49</sup> Uiteraard is het hierbij van belang dat dit er niet toe leidt dat zorgverzekeraars het kartelverbod van artikel 6 van de Mededingingswet overtreden en zich vervolgens niet meer van elkaar kunnen onderscheiden.



## 5. Het vervolg

Dit document is een handreiking van de NZa die eraan moet bijdragen dat de onderlinge verwachtingen van (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren bij het contracteerproces meer gelijk zijn en deze partijen op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen. Dit document is het resultaat van een door de NZa gefaciliteerd proces waarbij de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op gestructureerde wijze gezamenlijk inzicht hebben verworven in (de oorzaken van) de voornaamste knelpunten bij het contracteerproces en gezamenlijk hebben gesproken over Good Contracting Practices waarmee die knelpunten kunnen worden voorkomen.

Bij contracteren is sprake van een dynamisch proces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. Tegen deze achtergrond roept de NZa, zoals tijdens de tweede plenaire bijeenkomst ook bij de geraadpleegde partijen is gedaan, de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op deze handreiking ter hand te nemen en de knelpunten bij het contracteerproces (in onderling overleg) op te lossen of weg te nemen.

De NZa vertrouwt erop dat, als ook toegelicht tijdens de plenaire bijeenkomst, de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en de vrije beroepsbeoefenaren in de praktijk hiertoe ook weten over te gaan. De NZa ziet zich daarbij gesterkt door het feit dat, als in hoofdstuk 4 is beschreven, tijdens de plenaire bijeenkomst de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en de vrije beroepsbeoefenaren de bereidwilligheid hebben getoond met elkaar de dialoog aan te gaan over de (oorzaken van de) knelpunten en oplossingen daarvoor en daarbij ten aanzien van diverse Good Contracting Practices ook al hebben gesproken over concrete nadere in- of aanvulling van die Good Contracting Practices.

In het licht van het voorgaande spreekt de NZa de verwachting uit dat signalen of klachten over knelpunten bij het contracteerproces -en in het bijzonder zij die met de Good Contracting Practices het hoofd kunnen worden geboden- af zullen nemen en in de toekomst uit zullen blijven.

Mocht in de toekomst onverhoopt blijken dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren er niet in slagen mede met behulp van deze handreiking (in onderling overleg) de knelpunten bij het contracteren in voldoende mate weten weg te nemen, dan kan de NZa mogelijk nadere regels opstellen ten aanzien van het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns die verplicht kunnen worden gesteld.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Artikel 45 Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) biedt de NZa de mogelijkheid om: "met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten." Zie voor meer informatie over de toepassing van art. 45 Wmg: [www.nza.nl/104107/138040/Rapport-toepassing-artikel-45-Wmg.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport-toepassing-artikel-45-Wmg.pdf).



## Bijlage 1. Overzicht geraadpleegde partijen

### Geraadpleegde partijen

Beroepsgroep	Brancheorganisatie	Individuele vrijgevestigde beroepsbeoefenaren <sup>51</sup>
Apothekers	KNMP	dhr. O. Mehrani, mw. M. van den Berg en mw. P.E. de Jong
Diëtisten	NVD	
Fysiotherapeuten	KNGF	dhr. H. de Weerd en dhr. P. Griffioen
Geestelijke gezondheidszorg	GGZ Nederland	
	LVE	mw. M. Vermeulen*
	NIP	
	NVvP	
	NVVP*	
Huisartsen	LHV	dhr. Leemhuis
	VHN	
Mondhygiënist	NVM	
Oefentherapeuten	VVOCM	mw. C. Mutsears, mw. A. Weijers* en mw. L. van den Hil*
Tandartsen	NMT	dhr. P. van Griensven, dhr. J. Pels, dhr. M. Burger en dhr. L. van Lier (allen: Tandboog)
Eerstelijnsketenzorg	Meldpunt contractering	
<i>* Enkel schriftelijke inbreng geleverd.</i>		
Zorgverzekeraars	Brancheorganisatie	Zorgverzekeraars
Zorgverzekeraars	ZN	Agis/Achmea
		CZ
		Menzis
		UVIT

Bron: NZa

<sup>51</sup> De individuele vrije beroepsbeoefenaren opgenomen in de tabel hebben naast de vertegenwoordiging vanuit de brancheorganisaties deelgenomen aan de bijeenkomsten die de NZa heeft georganiseerd om te komen tot de Good Contracting Practices. Waar als zodanig aangegeven is enkel sprake geweest van het leveren van schriftelijke inbreng.