

Rapport

Good Contracting Practices 2014

Zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
2. Totstandkoming Good Contracting Practices	15
3. De Good Contracting Practices	17
4. Samenwerken bij het contracteren	23
5. Collectief onderhandelen	27
Bijlage	31

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.

In 2010 heeft de NZa voor het eerst een versie van de Good Contracting Practices gepubliceerd. Sinds de eerste publicatie van de Good Contracting Practices in 2010 is het contracteerproces op een aantal punten verbeterd. Tijdens de evaluatie van de Good Contracting Practices in 2013 bleek echter dat partijen nog steeds behoefte hebben aan ondersteuning bij het contracteerproces. Deze vernieuwde versie is bedoeld om aan deze behoefte tegemoet te komen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

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.

Dit document 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 2010 zijn de Good Contracting Practices opgesteld en gepubliceerd op basis van twee brede consultatiebijeenkomsten met (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en diverse groepen vrije beroepsbeoefenaren. Het contracteerproces is sindsdien op een aantal punten verbeterd. In 2013 zijn de Good Contracting Practices geëvalueerd. In dat kader zijn er toch een aantal aanhoudende of nieuwe knelpunten gesignaleerd. Op basis van de evaluatie zijn in deze vernieuwde versie van de Good Contracting Practices een aantal punten toegevoegd.

Tijdens de evaluatie bleek daarnaast dat veel klachten van zorgaanbieders zien op de inhoud van de zorginkoop. Er bestaat bijvoorbeeld veel onvrede over de hoogte van het geboden tarief, de contractvoorwaarden en het feit dat er soms geen contract gesloten kan worden.

Ten aanzien van deze klachten over de inhoud van de contracten benadrukt de NZa dat zij hecht aan de contracteervrijheid van partijen en hier in principe niet in wil interveniëren. De zorgverzekeraar kan zich namelijk door middel van de zorginkoop onderscheiden van concurrenten. Zo kan een zorgverzekeraar er voor kiezen zich te richten op de prijs om zo een scherpe premie neer te zetten of door juist een hogere kwaliteit van gecontracteerde zorg aan te bieden aan verzekerden.¹ Dat wil overigens niet zeggen dat er geen tegenwicht is voor de inkoopmacht van zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar te weinig zorgaanbieders contracteert, kan de zorgplicht van de zorgverzekeraars in het geding zijn. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. De Good Contracting Practices vormen geen basis voor handhaving door de NZa. Het is uiteindelijk aan de civiele rechter om het contracteerbeleid te toetsen aan de in de precontractuele fase geldende maatstaven van redelijkheid en billijkheid. De Good Contracting Practices kunnen in deze civiele procedures wel een rol spelen bij de beoordeling van wat redelijk en billijk is.

In dit document wordt tot slot kort ingegaan op de door de ACM en NZa opgestelde visie op inkoopmacht en collectief onderhandelen. Daarbij

¹ NZa, 'Toelichting op de beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg', september 2010, te raadplegen via www.nza.nl.

wordt een praktische handreiking geboden ten aanzien van de ruimte die de Mededingingswet biedt voor vrije beroepsbeoefenaren om bij het contracteerproces samen te werken.

De Good Contracting Practices zijn weergegeven in de tabel op de volgende bladzijde. Deze practices 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 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.

Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren	
	Thema Zorginkoop
Nr. 1	Communiceer tijdens het contracteerproces expliciet welke zorg gecontracteerd wordt en leg dit duidelijk vast.
Nr. 2	De zorgverzekeraar neemt in een code of protocol op in welke gevallen de zorgverzekeraar op welke wijze communiceert en bereikbaar is.
Nr. 3	De zorgverzekeraar spant zich in om tijdens de periode waarin de contracten gesloten worden voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen.
Nr. 4	Verken de mogelijkheden om bij het inkoopproces een zorgmakelaar in te schakelen.
Nr. 5	De zorgverzekeraar betreft tijdig een (para)medicus bij het inkoopproces.
Nr. 6	De zorgverzekeraar publiceert bijtijds een toetsingskader voor aanvragen voor innovatieve projecten en stelt een adviescommissie ter beoordeling daarvan in.
Nr. 7	De zorgverzekeraar voorziet in een goede overdracht van dossiers bij personeelwisselingen onder de zorginkopers.
Nr. 8	De brancheorganisatie en zorgverzekeraars hebben geregeld contact en er vindt evaluatie van het (voorgaande) contracteerproces plaats.
	Thema Transparantie
Nr. 9	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.
Nr. 10	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.
Nr. 11	De zorgverzekeraar communiceert bij het contracteren bijtijds dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen.
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
Nr. 13	Om de duidelijkheid van de contracten te vergroten kan er worden gewerkt met opleggers, waarop kort wordt aangegeven waarin het aangeboden contract verschilt met vorige jaren.
	Thema Timing
Nr. 14	De zorgverzekeraar stemt het tijdsplan van het procesverloop vooraf af met (vertegenwoordigers van) de beroepsgroep en maak het tijdsplan vroegtijdig bekend.
Nr. 15	Stem het tijdsplan van het contracteerproces zodanig af dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen.
Nr. 16	De zorgverzekeraar stelt bijtijds informatie beschikbaar over welke nieuwe of gewijzigde criteria gehanteerd worden bij het contracteerproces.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

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 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 de (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en de vrije beroepsbeoefenaren in de praktijk hiertoe ook weten over te gaan. De NZa voelt zich hierin gesterkt doordat steeds vaker het initiatief voor het opstellen van spelregels rond de contractering door marktpartijen wordt genomen.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van de NZa met publicatie van de Good Contracting is om de dialoog tussen partijen die bij het contracteerproces steevast tegenover elkaar staan te bevorderen. Hiermee wordt bereikt dat zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren van elkaar vernemen wat (de oorzaken van) de voornaamste knelpunten bij het contracteren zijn. Tijdens het opstellen en tijdens de evaluatie van de Good Contracting Practices zijn bijeenkomsten georganiseerd waar partijen met elkaar konden spreken. 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.

1.3 Positie van de zorgverzekeraar in de contractering

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 Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de NZa geklaagd over de

gepercipieerde afhankelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars. Het grote aantal klachten over de wijze van contractering en de macht van de zorgverzekeraar is opvallend en persistent.

De klachten zien 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 ACM toegelicht dat de Mededingingswet niet dwingt tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar een economische machtspositie zou hebben.² Dit standpunt is inzet geweest van bestuursrechtelijke procedures waarbij ACM in het gelijk is gesteld.³ Samengevat geldt dat ook een zorgverzekeraar met een economische machtspositie in beginsel vrij is om te kiezen met wie hij een overeenkomst aangaat.⁴

De NZa is van mening dat onderhandelingsmacht bij de zorgverzekeraar niet bezwaarlijk is zolang het voordeel wat hier door de zorgverzekeraar wordt bereikt naar de consument wordt doorgeleid bijvoorbeeld door lagere premies. Er is contractvrijheid en daarmee ook geen verplichting voor zorgverzekeraars met elke individuele zorgaanbieder tot compromissen te komen over de contractvoorwaarden.

Daarnaast staat het zorgaanbieders vrij om zelf te besluiten om wel of niet akkoord te gaan met het voorgelegde contract. Indien dat er toe leidt dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd, kan de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoen. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht naleeft.

1.4 Wijzigingen ten opzichte van de vorige editie

Ten opzichte van de vorige editie van de Good Contracting Practices zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- Er zijn vier Good Contracting Practices aan de lijst toegevoegd, namelijk nummer 1, 3, 13 en 15.
- In hoofdstuk 2 wordt de evaluatie van Good Contracting Practices in 2013 beschreven.
- Bij de bespreking van de knelpunten in de contractering in hoofdstuk 3 is extra aandacht besteed aan ontwikkelingen tussen 2010 en 2014.
- De informatie in hoofdstukken 4 en 5 is waar nodig aangepast om de actuele wet en regelgeving weer te geven.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt kort de totstandkoming van de Good Contracting Practices toegelicht. Daarop volgt hoofdstuk 3 waarin de Good Contracting Practices zelf worden toegelicht. Hoofdstuk 4 bevat een korte uiteenzetting over de (on)mogelijkheden om tijdens het

² Besluit van de Raad van Bestuur van de NMa in zaak 5166, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten vs. Menzis, 13 juli 2006.

³ 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.

⁴ Zie voor een nadere toelichting, NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, te raadplegen via www.acm.nl.

contracteerproces samen te werken. Hierop volgt een toelichting op de visie van zowel de ACM als de NZa op collectief contracteren in hoofdstuk 5. In de bijlage zijn de gespreksverslagen te vinden van de bijeenkomsten die de basis hebben gevormd voor het formuleren van de Good Contracting Practices in 2010.

2. Totstandkoming Good Contracting Practices

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet welke stappen zijn gezet om te komen tot deze Good Contracting Practices.

2.1 Bijeenkomsten 2010

Om een proces te faciliteren waarbij zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in onderling overleg tot Good Contracting Practices komen, heeft de NZa in 2010 diverse bijeenkomsten met (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars georganiseerd. Een overzicht van de geraadpleegde partijen en de daar besproken zaken is opgenomen in de bijlage.

Ter voorbereiding op deze bijeenkomsten heeft de NZa geïnventariseerd wat de voornaamste gesignaleerde knelpunten bij het contracteerproces zijn en actief de deelnemende partijen geraadpleegd. 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.

2.2 Evaluatie in 2013

In 2013 heeft de NZa onderzocht of er nog knelpunten worden ervaren wat betreft het contracteerproces. Hiervoor zijn de signalen geanalyseerd die de afgelopen jaren (2011- zomer 2013) over het contracteerproces bij de NZa zijn binnengekomen en zijn diverse verkennende gesprekken met betrokken partijen gevoerd. Als onderdeel van deze evaluatie heeft de NZa daarnaast een bijeenkomst georganiseerd waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars de gelegenheid hebben gehad om samen de belangrijkste knelpunten in het contracteerproces te bespreken. Uit deze bijeenkomst, die op 12 december 2013 heeft plaatsgevonden, zijn enkele concrete verbetervoorstellen gekomen. Deze voorstellen zijn als nieuwe Good Contracting Practice in dit document opgenomen

3. De Good Contracting Practices

3.1 Inleiding

In het schema op de volgende bladzijde zijn de Good Contracting Practices weergegeven. In de lijst staan een aantal 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. Ten opzichte van 2010 zijn een viertal Good Contracting Practices toegevoegd. Het gaat om nummer 1, 3, 13 en 15.

Zoals 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.

De Good Contracting Practices zijn geen juridisch bindend instrument, maar dienen als handvat voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het contracteerproces onderling verder vorm te geven. De NZa kan zorgaanbieders en zorgverzekeraars dus niet dwingen om de GCP's na te leven.

De NZa ontving in de periode 2010-2013 veel signalen van zorgaanbieders over de contractering. De klachten die in deze signalen worden benoemd hebben veelal betrekking op de *inhoud* van de zorginkoop. Bijvoorbeeld de hoogte van het geboden tarief, de contractvoorwaarden, geen contract kunnen sluiten, de (on)mogelijkheid tot onderhandelen, etcetera. In de beleving van de zorgaanbieders lijken proces en inhoud sterk verweven te zijn. Zorgaanbieders tonen zich ontevreden over hoe de zorgverzekeraar zich opstelt, zowel als het gaat om de inhoud, als in de bejegening tijdens de contracteerperiode. Zij voelen zich vaak niet gehoord door de zorgverzekeraars wanneer zij hun klachten met de verzekeraar willen bespreken.

De klachten over het *proces* van contracteren waren minder talrijk. De grootste knelpunten in het contracteerproces die de partijen signaleren, concentreren zich rond de volgende thema's: de zorginkoop, de transparantie en de timing. In de rest van dit hoofdstuk wordt per thema beschreven wat de meest voorname knelpunten zijn die door partijen zijn gesignaleerd.

De Good Contracting Practices zijn bedoeld als handreiking om het *proces* van contracteren vorm te geven. Voor meer informatie over inhoudelijke aspecten van de zorginkoop wordt verwezen naar de Monitor Zorginkoop 2014.⁵

⁵ NZa, 'Monitor Zorginkoop', maart 2014, te raadplegen via www.nza.nl.

Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren	
	Thema Zorginkoop
Nr. 1	Communiceer tijdens het contracteerproces expliciet welke zorg gecontracteerd wordt en leg dit duidelijk vast.
Nr. 2	De zorgverzekeraar neemt in een code of protocol op in welke gevallen de zorgverzekeraar op welke wijze communiceert en bereikbaar is.
Nr. 3	De zorgverzekeraar spant zich in om tijdens de periode waarin de contracten gesloten worden voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen.
Nr. 4	Verken de mogelijkheden om bij het inkoopproces een zorgmakelaar in te schakelen.
Nr. 5	De zorgverzekeraar betreft tijdig een (para)medicus bij het inkoopproces.
Nr. 6	De zorgverzekeraar publiceert bijtijds een toetsingskader voor aanvragen voor innovatieve projecten en stelt een adviescommissie ter beoordeling daarvan in.
Nr. 7	De zorgverzekeraar voorziet in een goede overdracht van dossiers bij personeelwisselingen onder de zorginkopers.
Nr. 8	De brancheorganisatie en zorgverzekeraars hebben geregeld contact en er vindt evaluatie van het (voorgaande) contracteerproces plaats.
	Thema Transparantie
Nr. 9	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.
Nr. 10	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.
Nr. 11	De zorgverzekeraar communiceert bij het contracteren bijtijds dat zaken niet meer mogelijk zijn, of anders gaan lopen.
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
Nr. 13	Om de duidelijkheid van de contracten te vergroten kan er worden gewerkt met opleggers, waarop kort wordt aangegeven waarin het aangeboden contract verschilt met vorige jaren.
	Thema Timing
Nr. 14	De zorgverzekeraar stemt het tijdsplan van het procesverloop vooraf af met (vertegenwoordigers van) de beroepsgroep en maak het tijdsplan vroegtijdig bekend.
Nr. 15	Stem het tijdsplan van het contracteerproces zodanig af dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen.
Nr. 16	De zorgverzekeraar stelt bijtijds informatie beschikbaar over welke nieuwe of gewijzigde criteria gehanteerd worden bij het contracteerproces.

3.2 Thema Zorginkoop

De knelpunten die zijn samengenomen bij het thema zorginkoop komen voort uit de organisatie van het contracteerproces. Het gaat onder andere om het gemis aan communicatiemogelijkheden en het (inhoudelijk) onvoldoende spreken van elkaars taal bij het contracteerproces. In 2010 was ook het verloop onder de zorginkopers voor sommige partijen een punt van zorg. Op dit gebied lijken verbeteringen te zijn geboekt, aangezien er tijdens de evaluatie nauwelijks klachten over zijn ontvangen.

Uit de bijeenkomsten in 2010 bleek 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. Ook in 2013 is dit een regelmatig gehoorde klacht. 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.

In 2013 heeft de NZa enkele signalen onderzocht waaruit bleek dat apothekers en zorgverzekeraars het –na het sluiten- van het contract oneens bleken te zijn over welke zorgverlening wel en niet gecontracteerd zou zijn.⁶ Dit zou erop duiden dat tijdens het onderhandelingsproces of het aanbieden van een standaardcontract niet duidelijk is welke dienstverlening richting de cliënten onder de gecontracteerde zorg valt. Aangezien dit een onwenselijke situatie is, is de volgende Good Contracting Practice opgenomen: 'Communiqueer tijdens het contracteerproces expliciet welke zorgverlening gecontracteerd wordt en leg dit duidelijk vast.'

Om het begrip bij zorgaanbieders van de contracten en het inkoopbeleid te vergroten organiseren sommige zorgverzekeraars informatiebijeenkomsten om het inkoopbeleid aan zorgaanbieders toe te lichten. Daarnaast informeren zij zorgaanbieders via websites en e-mailcontact. De telefonische helpdeskfuncties lijken in sommige gevallen minder goed bereikbaar te zijn. Dit laatste wordt bevestigd door de klachten die aanbieders hebben over de bereikbaarheid van de zorgverzekeraars tijdens de contracteerperiode. Ook tijdens de bijeenkomst in december 2013 werden situaties genoemd waarin antwoorden op vragen niet binnen de reactietermijn van het voorgelegde contract werden beantwoord. Om deze situatie zo veel mogelijk te voorkomen is de volgende Good Contracting Practice geformuleerd: 'De zorgverzekeraar spant zich in om tijdens de periode waarin de contracten gesloten worden voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen'.

3.3 Thema transparantie

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 kwaliteitscriteria 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.

Tijdens de bijeenkomsten in 2010 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

6

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/apotheekzorg/actueel/902739/>.

van (kwaliteits)criteria ten behoeve van de zorginkoop verrichten. Anno 2014 zijn dit nog steeds punten van zorg voor vele zorgaanbieders.

Een recenter en veel voorkomend signaal over transparantie is dat aanbieders menen dat zij op het moment dat de contracten ter tekening worden aangeboden te weinig informatie ter beschikking hebben om het contractvoorstel goed te kunnen beoordelen. Zorgaanbieders in de eerste lijn geven aan dat zij graag inzicht willen in de polisvoorwaarden zoals de aanspraak op zorg in de aanvullende verzekeringen en de restitutietarieven. Volgens deze aanbieders is het ontbreken van deze informatie een belemmering in de afweging of ze een overeenkomst willen sluiten met een zorgverzekeraar. De polisvoorwaarden (waaronder ook de restitutietarieven horen) zijn echter een aangelegenheid tussen verzekeraars en verzekerden. De verzekerde moet tijdig op de hoogte worden van de polisvoorwaarden, maar voor de zorgaanbieder geldt dit niet. Daarnaast hebben de resultaten van het contracteerproces invloed op de polisvoorwaarden, waaronder restitutietarieven en de premie. De zorgverzekeraar kan deze polisvoorwaarden dus pas goed vaststellen nadat zij de zorg hebben ingekocht. Om die reden is op dit vlak geen Good Contracting Practice opgenomen.

Tijdens de bijeenkomst in december 2013 droeg een brancheorganisatie een idee aan om de transparantie tijdens het contracteren te verbeteren. Om de duidelijkheid van de contracten te vergroten kan er gewerkt worden met opleggers, waarin kort wordt weergegeven waarin het aangeboden contract verschilt met dat van vorig jaar. Aanwezigen vonden dit een goed idee en om die reden is het als Good Contracting Practice opgenomen.

3.4 Thema timing

Bij het thema timing staan de knelpunten centraal die zien op het tijdsplan en het verloop van het contracteerproces. Hierbij gaat het onder andere om de beperkte reactietijd op voorgelegde contracten en de timing van het doorvoeren van wijzigingen bij het inkoopbeleid.

De aard van de ervaren knelpunten is sinds 2010 enigszins gewijzigd. Uit de onderhandelingen in 2011 en 2012 zijn situaties bekend waarin verzekeraars pas laat in het jaar overgingen tot het aanbieden van contracten. De zorginkoop voor 2014 is echter significant vervroegd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgverzekeraars zijn in alle zorgmarkten eerder begonnen met de onderhandelingen en het aanbieden van contracten. Het vervroegen van de contractering wordt zowel door zorgaanbieders als door zorgverzekeraars in zijn algemeenheid als positief ervaren.

Om de contractering vóór 19 november 2013 rond te krijgen hebben verzekeraars de contracten niet alleen eerder verstuurd, maar is volgens een aantal zorgaanbieders ook de reactietermijn sterk ingekort. Sinds de zomer en het najaar van 2013 ontvangt de NZa hier ook signalen over. De zorgaanbieders en hun vertegenwoordigers vinden dat zij te weinig tijd hebben om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen aan de verzekeraar. Deze korte reactietermijn blijkt dusdanig struikelblok te zijn tijdens de contractering dat de volgende Good Contracting Practice is toegevoegd: 'Stem het tijdsplan van het contracteerproces zodanig af dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen'.

Een knelpunt dat ook in de jaren na 2010 steeds vaker is gesignaleerd is de onzekerheid over de bestuurlijke beleidscyclus. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat zij onzekerheid over het beleid als knelpunt ervaren in de contractering. Verzekeraars willen graag de laatste stand van zaken rond tarieven, prestaties en beleidsregels meenemen in de contractering. Nu komt het wel eens voor dat deze zaken ná 1 juli nog wijzigen, terwijl zorgverzekeraars op dat moment hun aanbiedingen hebben uitgewerkt en het inkoopbeleid vastgesteld. Wijzigingen in het beleid na deze datum zorgen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor onzekerheid. De NZa heeft inmiddels haar ambitie aangekondigd om haar eigen beleidscyclus volgend jaar vóór 1 juli af te ronden. Branchepartijen hebben positief gereageerd op het voornemen van de NZa om de eigen beleidscyclus te vervroegen.

4. Samenwerken 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.

Waar toepasselijk wordt verwezen naar concrete voorbeelden uit richtsnoeren die ACM en NZa in 2010 hebben gepubliceerd. In 2010 heeft ACM de Richtsnoeren voor de Zorgsector gepubliceerd.⁷ In aanvulling daarop hebben ACM en NZa gezamenlijk ook de Richtsnoeren Zorggroepen uitgebracht.⁸ In deze richtsnoeren wordt, met behulp van concrete voorbeelden, de toepassing van het mededingingsrechtelijke kader toegelicht.

4.1 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 eerder 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.⁹ Het basisidee hier is dat concurrentie in de zorgsector beter tot haar recht komt indien kwaliteit goed te meten is.¹⁰ 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.¹¹ ACM licht in haar Visiedocument collectief onderhandelen toe dat een systeem van kwaliteitsindicatoren dat op deze manier door collectief overleg tot stand komt concurrentiebevorderend en niet concurrentiebeperkend is. De zorgverzekeraars kunnen hierdoor betere keuzes maken bij het inkopen van zorg voor hun verzekerden.¹²

⁷ NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010, te raadplegen via www.acm.nl.

⁸ De NMa en NZa 'Richtsnoeren Zorggroepen', augustus 2010, te raadplegen via www.nza.nl.

⁹ NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 5.

¹⁰ NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 45.

¹¹ 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.

¹² NMa persbericht, 'NMa juicht collectief overleg toe om kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken', 28 januari 2010, te raadplegen via www.acm.nl.

4.2 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.¹³

4.3 De coöperatie

In een recente informele zienswijze¹⁴ heeft ACM bepaald dat wat haar betreft geen sprake is van mededingingsbeperkingen als niet-concurrerende zorgaanbieders een coöperatie vormen die gezamenlijk onderhandelt. Hier moeten wel waterdichte regels aan ten grondslag liggen om te bepalen dat inderdaad geen sprake is van concurrenten. Overigens mogen wel concurrerende zorgaanbieders (die dus niet aan de regels voor lidmaatschap voldoen) zich uiteindelijk wel aansluiten bij het met de verzekeraars bereikte onderhandelingsresultaat. Van belang is hierbij dat de verzekeraars zelf kunnen bepalen of zij erin meegaan of niet dat concurrenten van een coöperatie zich alsnog aansluiten.

4.4 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-

¹³ 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.

¹⁴ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/11633/Informe-Zienswijze-beoordeling-concurrentie-tussen-apotheken/>.

indicatoren.¹⁵ 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.

4.5 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 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. ACM 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 ACM en NZa in 2010 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.¹⁶ 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.¹⁷ 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.

¹⁵ Zie paragraaf 6.3.5. e.v. van de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010.

¹⁶ De NMa en NZa 'Richtsnoeren Zorggroepen', augustus 2010, te raadplegen via www.nza.nl.

¹⁷ Zie paragraaf 6.3.4.2. van de NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector, maart 2010.

5. Collectief onderhandelen

ACM en NZa hebben, 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 het kort worden toegelicht, komen vanuit een eigen invalshoek tot een vergelijkbare conclusie, namelijk dat collectief overleg om kwaliteit inzichtelijk te maken de concurrentie kan bevorderen. Collectieve onderhandelingen over bijvoorbeeld prijzen en de lokale invulling van kwaliteitsnormen tussen vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars daarentegen beperken de concurrentie.

5.1 Visie van ACM op collectief onderhandelen

De uitkomst van het hierboven genoemde onderzoek licht ACM toe in haar Visiedocument Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars.¹⁸

Ten aanzien van de prijs geeft ACM aan dat het onder geen beding nodig is, laat staan toegestaan moet worden, dat vrije beroepsbeoefenaren buiten de bagatelregeling om collectief moeten kunnen onderhandelen. ACM 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 ACM 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. Er zijn daarbij echter geen aanwijzingen voor onwenselijke economische effecten, of in het verlengde daarvan van mededingingsrechtelijke problemen.

Ten aanzien van kwaliteit licht ACM 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. De invulling van een bepaald kwaliteitsniveau bij een zorgaanbod dat verder gaat dan zuiver medisch inhoudelijke en op wetenschappelijk bewijs gestoelde standaarden, beschouwt ACM wel als een belangrijke concurrentieparameter. Dergelijke kwaliteit, waarbij gedacht kan worden aan de duur van een consult, extra service of het aanbieden van een avondsprekuur, mag dan ook niet collectief worden afgestemd.¹⁹

5.2 Visie van de NZa collectief onderhandelen

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.²⁰ Gebaseerd op dit

¹⁸ NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, te raadplegen via www.acm.nl.

¹⁹ NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009, p. 5.

²⁰ In dat kader heeft de NZa in de zomer van 2009 onderzoek laten doen naar inkoopmacht en collectief onderhandelen, zie RBB Economics, Freshfields Bruckhaus

onderzoek heeft de NZa in januari 2010 haar Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen de verhoudingen op de zorginkoopmarkt gepubliceerd.²¹ 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 haar visiedocument licht de NZa ook toe dat het van belang is dat vrije beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij collectief overleg over kwaliteit voornamelijk over de vormgeving en invulling van kwaliteitsindicatoren overleggen. Collectief onderhandelen over kwaliteitsniveaus en bijbehorende prijzen vindt de NZa niet wenselijk.

5.3 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

.Deringer, 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector', een rapport voor de NZa, 18 november 2009, te raadplegen via www.nza.nl.

²¹ NZa, 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen de verhoudingen op de zorginkoopmarkt', januari 2010, te raadplegen via www.nza.nl.

onderhandelen wanneer het gezamenlijk marktaandeel van de betrokken vrije beroepsbeoefenaren op de relevante markt lager is dan 10%.

Artikel 7, lid 2 Mededingingswet luidt als volgt:

Onverminderd 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:

- 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 10%, en
- b. de overeenkomst, het besluit of de onderling afgestemde feitelijke gedraging de handel tussen lidstaten niet op merkbare wijze ongunstig kan beïnvloeden.

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.²²

²² 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.

Bijlage

In deze bijlage wordt per thema nader toegelicht hoe de discussie tijdens de bijeenkomsten in 2010 is verlopen. Deze bijeenkomsten zijn de basis voor de Good Contracting Practices geweest en in onderstaand verslag is goed te zien dat de Good Contracting Practices een product zijn van vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars zelf.

– Thema Zorginkoop

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. Zorgverzekeraars 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-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.

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 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.²³ 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 contractering²⁴ 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 inkoop situaties met vrije beroepsbeoefenaren te betrekken.

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.²⁵ 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

²³ 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.

²⁴ 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.

²⁵

daarvan is het instellen van een Paritaire Commissie Businesscases.²⁶ 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 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.

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 relativiseren. 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.

²⁶ 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.

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.

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.

– Thema Transparantie

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.²⁷ 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 consumenten²⁸ en de beroepsgroep²⁹ 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.

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.

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.³⁰ Ook geven zij aan dat criteria opgesteld door zorgverzekeraars niet, of niet voldoende aansluiten bij de beroepsspecifieke ontwikkelingen.

²⁷ 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.

²⁸ Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

²⁹ KNGF.

³⁰ 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.

De VvOCM licht toe dit jaar vanuit de beroepsgroep een kwaliteitssymposium te hebben georganiseerd.³¹ 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 doen³², 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 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.

De slagingskans van projecten

Vrije beroepsbeoefenaren, zoals een apotheker, hebben aangegeven 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.

– Thema Timing

De reactietijd

De NVD heeft aangegeven dat in het contracteerproces de zorgverzekeraars de concept (standaard)contracten ter commentariëring voorleggen aan de beroepsverenigingen.³³ Het is daarbij de ervaring van de NVD dat de reactietermijn daarbij geregeld dermate kort zijn dat van een weldoordachte reactie nauwelijks sprake 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

³¹ De VvOCM licht in haar jaarverslag 2009 te raadplegen via 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."

³² 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.

³³ Opgemerkt dient te worden dat de beroepsvereniging zich in haar reactie dient te beperken tot niet-concurrentiële aspecten in het contract.

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.

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 VECOZO³⁴ nu nog lastig is. Daar zal dus een oplossing voor dienen te worden gevonden.

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

³⁴ Zorgverzekeraars gebruiken deze webportal voor het aanbieden van contracten.

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.³⁵ Dit in de verwachting dat het contracteren met deze 'verre zorgverzekeraar(s)' vervolgens vlotter verloopt.³⁶ 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.

– Aanwezig tijdens de bijeenkomst

In onderstaande tabel worden de aanwezigen bij de bijeenkomst in 2010 vermeld. 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.

³⁵ Dit is ook mogelijk voor meerdere zorgaanbieders tegelijk als zij onder de grens van bagatelregeling van artikel 7 Mededingingswet vallen.

³⁶ 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.

Aanwezigen

Beroepsgroep	Brancheorganisatie	Individuele vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ³⁷
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

³⁷ 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.