

# ‘Consequenties voorzien en heikele

SEPTEMBER 2014

Het proces van contracteren verloopt jaarlijks volgens een vast patroon. Individuele huisartsen zijn gewend te tekenen wat hen wordt aangeboden. Dat was in het verleden ook minder problematisch. Door de nieuwe huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging per 2015 en het strakke inkoopbeleid van de zorgverzekeraars wordt het contracteerproces steeds lastiger en is oplettendheid geboden, zowel voor zorggroepen als individuele huisartsen.

Het beleid, het Eerstelijns akkoord<sup>1</sup> en de voornemens van alle veldpartijen zijn gericht op versterking van de eerstelijnszorg en substitutie van de tweede naar de eerste lijn. De uitvoering in de praktijk is weerbarstiger en leidt tot frustratie bij eerstelijns organisaties.

De nieuwe bekostiging zorgt voor veel onduidelijkheid. Want de systematiek verandert van inschrijftarieven, consulten en modules naar segmenten. Tegelijk is het norminkomen van de praktijkhoudende huisarts aangepast naar € 125.237. Bij de berekening van de vergoeding dient er rekening mee te worden gehouden dat de huisarts 23 procent van zijn inkomsten haalt uit S2 en S3.

## Specifieke contractafspraken

Als gevolg van de gewijzigde systematiek mogen huisartsen bovendien alleen bepaalde prestaties die vallen in S1 in rekening brengen indien dat als zodanig met de verzekeraar is gecontracteerd. Dat betekent dat hierover specifiek een afspraak in het contract met de verzekeraar moet staan, anders mogen zij dit niet declareren, ook niet rechtstreeks bij de patiënt. Het is dus niet afdoende om een contract met de verzekeraar te hebben als dit niet is geregeld. Denk daarbij aan alle prestaties POH-ggz, maar ook aan enkele voormalige M&I prestaties. zoals:

Chirurgie (v.h. 13012, 13047, 13048), Intensieve zorg, dag (v.h. 13034, 13035), Intensieve zorg, ANW (v.h. 13036, 13037), Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (v.h. 13015) en Oogboring (v.h. 13024).

Omdat vanaf 2015 23 procent van de praktijkkosten uit S1 is weggehaald, moet ook dit deel vanuit S2 en S3 verdiend



worden, anders gaat de huisarts erop achteruit. Het is dus van belang dat ook ten aanzien van S2 en S3 overeenstemming wordt bereikt. In S2 en S3 wordt deelname aan multidisciplinaire zorg naast doelmatigheid en innovatie gestimuleerd. Het is belangrijk dat er goede voorlichting plaatsvindt over de overlap tussen S1 en S2 en de interactie tussen deze twee. Het lastige is dat S1 wordt aangeboden en daarover in de praktijk geen onderhandeling plaatsvindt, omdat de huisarts denkt alleen te kunnen kiezen tussen ondertekenen of niet. En de LHV stelt zich na de boetes van de ACM enkele jaren geleden op dit gebied begrijpelijkerwijs terughoudend op.

Nu de huisarts in S1 inkomsten heeft op basis van geregelde maximumtarieven, en daarnaast inkomsten moet genereren uit S2 en S3, is de samenhang voor de huisartsen van cruciaal belang. Want als geen overeenstemming wordt bereikt over ketenzorg in S2, dan mag de huisarts deze zorg ook niet in S1 leveren.

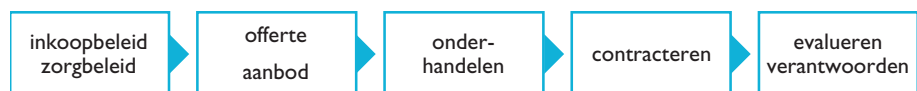
<sup>1</sup> Juli 2013 VWS, ZN, LHV en InEen

# punten aan de orde stellen'



## Nut van onderhandelen

In S2 en S3 hebben zorgverzekeraars de inkoopkaders aangescherpt en de verandering van bekostiging aangegrepen om grip te houden op de zorgkosten. Over S2 en S3 onderhandelen eerstelijns zorgorganisaties als zorggroepen en gezondheidscentra. Het proces ziet er als volgt uit:



Het contracteringsproces verloopt via een vast patroon. Het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar, dat meestal in juli wordt gepresenteerd, beschrijft vooral de visie, positionering en belangen van beide partijen. In de offerte- of aanbiedingsfase (doorgaans september) hebben partijen binnen de op dat moment bekende wettelijke kaders (Zorgverzekeringswet, contractrecht, beleidsregels van de NZa) de vrijheid om zelf vorm en inhoud aan de afspraken te geven.

Het onderhandelen gebeurt op basis van feiten, overtuigen, bluffen, relatie onderhouden, invloed en macht. Een ingewikkeld "spel" waar sommigen plezier aan beleven en anderen slapeloze nachten van hebben. Het contracteren is het eenduidig vastleggen van de afspraken en oplossen van open eindjes. Bijvoorbeeld door een extra toevoeging aan een standaardcontract, waarin specifieke afspraken zijn vastgelegd. En tot slot kan het proces worden afgerond door evaluatie en verantwoording over de geleverde resultaten. De deadline is meestal 1 november. In het nieuwe jaar worden de gegevens verwerkt en vormen deze input voor het zorginkoopbeleid voor de nieuwe ronde. Het is daarmee een cyclisch proces.

## Analogie aankoop nieuwbouwhuis

Als u een huis wilt kopen en een prijs heeft voor het casco, dan vraagt u eerst offertes op voor de keuken, badkamer en aanleg tuin. Pas als u alle offertes binnen heeft en een totaaloverzicht over de consequenties heeft, besluit u wel of niet tot aankoop van het huis.

De ervaring bij andere beroepsgroepen leert dat individueel onderhandelen geen zin heeft. Zorgverzekeraars praten eigenlijk alleen met collectieven, maar de mogelijkheid om collectief te onderhandelen wordt begrensd door de Mededingingswet, die afspraken tussen concurrenten verbiedt. Maar er zijn wel mogelijkheden. Zo mag men onder andere in een groepje van maximaal acht zorgaanbieders en een omzet van < 1,1 miljoen euro gezamenlijk optreden. Bij grotere aantallen is het mogelijk om via een zorgmakelaar de individuele belangen te laten behartigen.

En onderhandelen is wel degelijk zinvol. Hieronder wordt daarop ingegaan.

*Het is belangrijk dat er goede voorlichting plaatsvindt over de overlap tussen S1 en S2 en de interactie tussen deze twee*

## Gebrek aan gelijk speelveld

De ervaring vanaf de start van het zorgprogramma Diabetes, de eerste contracten in 2008, de integrale bekostiging in 2010 en de uitbreiding met de zorgprogramma's COPD en CVRM de jaren daarna, leert dat contractering een professionele aanpak vergt. De inkomsten van onderaannemers zoals huisart-

## Zorgplicht en deadline

Belangrijk uitgangspunt bij het contracteringsproces is dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft en jaarlijks voor 19 november aan haar verzekerden bekend moet maken of en welke zorgaanbieders en -organisaties zijn gecontracteerd. Dan kunnen patiënten die niet of niet langer bij hun zorgaanbieder naar keuze terecht kunnen ervoor kiezen om hun polis te wijzigen in een restitutiepolis of van zorgverzekeraar veranderen voor 31 december. Dit jaar overweegt 14 procent van de verzekerden om over te stappen, zo blijkt uit onderzoek.

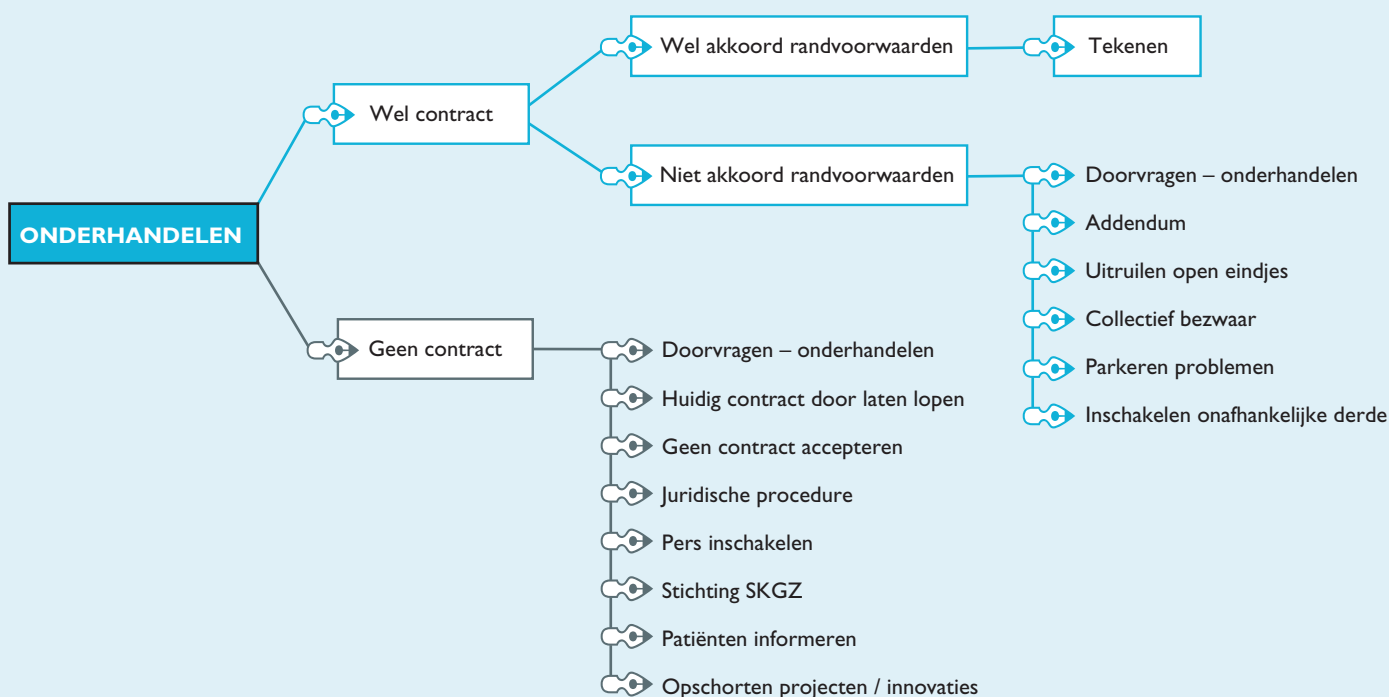
sen, diëtisten en podotherapeuten lopen op tot dertig procent van de praktijkinkomsten. Het zorginkoopbeleid en de voorwaarden in contracten en verantwoording worden sinds 2008

aangescherpt door zorgverzekeraars. Zorggroepen en gezondheidscentra klagen over gebrek aan een gelijk speelveld, administratieve overlast en gebrek aan randvoorwaarden om de torenhoge ambities van de eerstelijnszorg (ouderenzorg, ggz, jeugd en substitutie) waar te kunnen maken.

In geval van twijfel of discussie kiest de NZa doorgaans voor de zorgverzekeraars als representant van de patiënt/verzekerde en laat het ministerie van VWS onder leiding van de liberale minister Schippers het oplossen van problemen aan veldpartijen over.

## Onderhandelingsproces

Het komt uiteindelijk dus op partijen aan om te onderhandelen. In het onderhandelingsproces zijn er diverse mogelijkheden die tot uitdrukking komen in onderstaand schema:



### 1 Wel contract, wel akkoord randvoorwaarden:

Op basis van onderhandelingen, gemeenschappelijke belangen en ter zake doende argumenten besluiten partijen om tot overeenstemming te komen. Als men het eens is met de voorwaarden, kan de overeenkomst gesloten worden.

### 1.2 Wel contract, niet akkoord randvoorwaarden:

Mogelijk zijn partijen het wel over de hoofdlijnen van het contract eens, maar niet met de randvoorwaarden. De meest voorkomende opties zijn dan:

**doorvragen-onderhandelen:** doorvragen en zoeken naar aanknopingspunten om tot overeenstemming te komen;

**bezwaar aantekenen:** aangezien de contracten vaak na de onderhandelingen worden aangeboden, is het noodzakelijk om op basis van inconsistenties met het inkoopbeleid of de inhoud van de gespreksverslagen het bezwaar te onderbouwen;

**addendum:** een addendum bij het contract overeenkomen, waarin partijen vastleggen dat ze over (bepaalde aspecten van) de overeenkomst andere afspraken hebben gemaakt;

- 📌 **uitruilen openstaande eindjes:** beide partijen kunnen op onderdelen nog niet geheel tevreden zijn en men kan besluiten dat men daarom beiden “water bij de wijn doet”: de zorggroep accepteert de voorwaarde in ruil voor een ander onderdeel in de onderhandeling;
- 📌 **collectief bezwaar maken:** zorggroepen reageren naar de brancheorganisatie InEen dat bepaalde voorwaarden in strijd zijn met bijvoorbeeld een landelijk akkoord of spelregels;
- 📌 **parkeren problemen/geschilpunten:** partijen komen overeen dat men op een bepaald onderdeel niet eens is, en leggen vast dat men daar gedurende de looptijd van dit contract verder over in gesprek gaan;
- 📌 **insbakelen onafhankelijke derde:** als het een zwaarwegend onderdeel is van de voorwaarden vragen partijen een onafhankelijk oordeel en spreken van tevoren af welke status dat oordeel heeft.

## 2 Geen contract:

Er komt geen overeenstemming over een contract. Onderscheid dient gemaakt te worden of er eerder wel/geen contract is geweest. Als er in voorgaande jaren wel contracten zijn geweest, liggen de omstandigheden anders dan dat er nog nooit een contract is geweest. Het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars moet transparant, objectief en non-discriminatoire zijn. Als er geen contract tot stand komt, dan moet dit beargumenteerd worden door de zorgverzekeraar.

De opties als er geen contract tot stand komt, zijn:

- 📌 **doorvragen-onderhandelen:** doorvragen en zoeken naar aanknopingspunten om tot overeenstemming te komen;
- 📌 **mediation om tot een vergelijk te komen:** aangezien de belangen van de huisartsenzorg en zorgverzekeraars in elkaars verlengde liggen, is het gewenst dat partijen (onder begeleiding van een onafhankelijk deskundige) zoeken naar een oplossing;
- 📌 **dooronderhandelen:** tot men er wel uit is;
- 📌 **huidig contract onder dezelfde condities voorzetten:** tot er een nieuwe overeenstemming is;
- 📌 **afzien van contract:** accepteren dat men er niet uitkomt en afzien van contract (afhankelijk van de alternatieven om zorg te verlenen en declareren);
- 📌 **juridische procedure starten;**
- 📌 **pers insbakelen:** in Q4 vinden er advertentiecampagnes plaats die verzekerden moeten werven, negatieve PR wordt dan juist als verstorend ervaren. Bij het inschakelen van de pers moet men deugdelijke, feitelijk juiste en objectieve informatie verschaffen;
- 📌 **met de tweede grootste zorgverzekeraar gaan onderhandelen;**
- 📌 **Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering:** indien patiënten benadeeld worden hen wijzen op inschakeling van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl));

- 📌 **patiënten informeren:** wijzen op de noodzaak om alle verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar die bij de zorggroep in behandeling zijn te informeren over de consequenties en de keuzemogelijkheden. Te overwegen valt veiligheidshalve de ACM hierover te informeren en richting de zorgverzekeraar de bereidheid uit te spreken om alsnog door te onderhandelen over een contract;
- 📌 **opschorten van samenwerkingsprojecten.**

## Eerstelijns diagnostiek

Vanaf 2015 komen er twee belangrijke wijzigingen in het contracteren van de eerstelijns diagnostiek. Er komen vrije prijzen en het representatiemodel van de zorgverzekeraars wordt beëindigd. Dat betekent dat aanbieders van eerstelijns diagnostiek met elke zorgverzekeraar afzonderlijk moeten contracteren of verre zorgverzekeraars moeten bereid zijn om de preferente zorgverzekeraar te volgen. In de eerstelijnszorg krijgen de EDC dus ook te maken met bovenstaand contracteringsproces.

## Vormvrij

Contracteren is in Nederland vormvrij: beide partijen mogen voorstellen doen, maar er is pas een overeenkomst als beide partijen op basis van vrijwilligheid besluiten om het contract te tekenen of in te stemmen met de voorwaarden. Bijvoorbeeld: een zorgverzekeraar verlangt van een zorggroep om een bepaald format voor de financiën te hanteren, maar de zorggroep heeft hier ernstige steekhoudende bezwaren tegen. Op grond van de gelijkwaardige positie kan de zorggroep weigeren.

Onderhandelen in S2 en S3 zal vooral met de zorggroepen gebeuren. S1 ligt bij de individuele huisartsen, maar is niet los te zien van S2 en S3, want als zaken in S1 worden vergeten of al geregeld zijn, kan dat bij de onderhandelingen over S2 en S3 niet meer gerepareerd worden. Het hoeft geen betoog dat als een prestatie bij S1 is ingekocht voor een - als gevolg van door de NZa opgelegde maximumtarieven - voor bijvoorbeeld een ECG of 24-uurs bloeddrukmeting met een beperkte vergoeding in S3 (variabele prestatie), het voor een zorggroep erg lastig wordt om een vergoeding voor deze prestatie uit te onderhandelen die hoger is. Want als de zorgverzekeraar geen overeenkomst sluit met de zorggroep, is deze zorg al los ingekocht en bestaat er geen noodzaak voor het maken van afspraken met de zorggroep. S1 is dus niet langer tekenen bij het kruisje, maar goed de consequenties voorzien en heikele punten aan de orde stellen. <<

Mr Lex Geerts, advocatenkantoor Eldermans & Geerts  
Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns