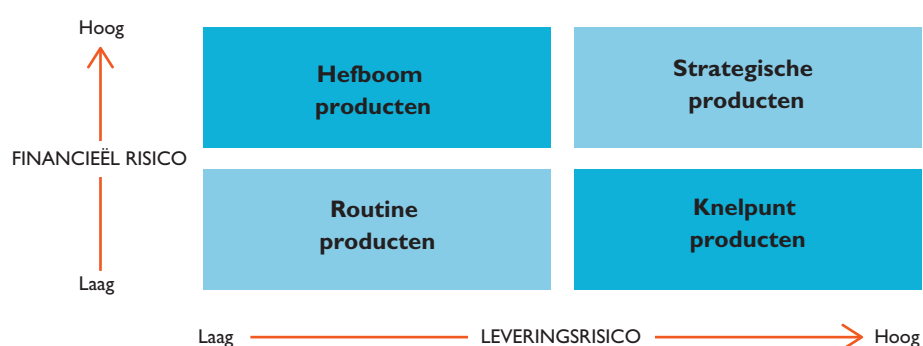


# Meerjarencontracten onder de loep

Het ministerie van VWS geeft in een brief aan de Tweede Kamer (juni 2016) de stand van zaken op het gebied van meerjarencontracten in de gezondheidszorg. De Eerstelijns combineert de uitkomst met onderzoek van NIVEL onder eerstelijnsorganisaties en praktijkervaringen.

Er is geen definitie van een meerjarencontract. Van Dale beschrijft onder contract 'een schriftelijk vastgelegde overeenkomst tussen minimaal twee partijen'. Bij een meerjarencontract zal het contract dus over tenminste twee jaar gaan. Het contract zelf is vormvrij. Partijen mogen vastleggen wat ze willen. Soms zijn er voorwaarden die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn opgelegd in beleidsregels.

Figuur 1: Kraljic-matrix



VWS geeft aan dat er bij de meeste contracten een bandbreedte is van twee tot vier jaar, maar zonder specificatie per deelsector. NIVEL constateert bij zorggroepen en gezondheidscentra (n=89) dat er vooral tweejarige contracten zijn gesloten. Dit wordt als positief ervaren, omdat meerjarencontracten de administratieve lasten beperken, duidelijkheid kunnen geven aan verzekeren als zorgverzekeraars ze publiceren, meer ruimte scheppen voor

de inclusie, worden er omzetplafonds gehanteerd, is er geen ruimte voor innovatie of zorgvernieuwing, wordt slechts in beperkte mate indexering toegepast voor bijvoorbeeld CAO-loonstijgingen en worden geen afspraken gemaakt over 'geld volgt zorg' bij substitutie. Ook de spelregels zoals enkele jaren geleden opgesteld door de Landelijke Organisatie Ketenzorg<sup>1</sup> met zorgverzekeraars, worden niet of nauwelijks meer toegepast. Toch

Voorwaarden voor meerjarencontracten Zoals bij elke overeenkomst moeten partijen overeenstemming hebben over de inhoud, de vorm en de voorwaarden. Aangezien het voor zorgverzekeraars niet doenlijk is om voor elke organisatie met een eigen contract te werken, kan dit worden opgelost door een standaardovereenkomst te voorzien van een addendum waarin de specifieke voorwaarden of uitzonderingen worden vastgelegd. Hiervoor is het noodzakelijk dat de zorgaanbieders voldoende volume hebben om interessant genoeg te zijn voor de zorgverzekeraar. Het wederzijds vertrouwen kan daarbij worden versterkt als de communicatie voldoende aandacht krijgt en er een transparant toegankelijk rekenmodel door beide partijen wordt gebruikt. Bij goede kostprijsberekeningsmodellen worden de onderhandelingen op zorginhoudelijke argumenten en benchmarks gebaseerd. Wanneer er geen overeenstemming wordt bereikt over de prijs kan een *Trusted Third Party* (TTP) of zorgmakelaar uitkomst bieden om de juistheid van de uitgangspunten over en weer te toetsen. Voor het afsluiten van meerjarencontracten is het wel van belang dat

*Bij vijftig procent van de respondenten legt de zorgverzekeraar het rekenmodel op dat bij de onderhandelingen wordt gehanteerd*

visie- en zorginhoudelijke gesprekken en het ondernemersrisico voor investeringen en de aanneming van personeel verkleinen. Toch is er ook kritiek. Het rekenmodel dat wordt gebruikt bij de onderhandelingen is bij vijftig procent van de respondenten opgelegd door de zorgverzekeraar. Vaak zijn contractuele beperkingen opgelegd aan

vinden de meeste organisaties meerjarencontracten aantrekkelijker dan een eenjarig contract, omdat het rust geeft. Dat geldt ook voor zorgverzekeraars die met steeds minder zorginkopers het werk moeten uitvoeren. Meerjarencontracten en standaardisatie met portalen zijn een mogelijkheid om de eigen kosten te beperken.

er geen grote wijzigingen in pakket, bekostiging of beleidsregels worden verwacht, want dan moet het meerjarencontract op te veel punten worden aangepast. In vrijwel elk meerjarencontract worden wijzigingen in wet-/regelgeving als ontbindende voorwaarde opgenomen. Toch is het van belang om het aantal voorwaarden voor aanpassingen te beperken, omdat er anders feitelijk geen meerjarige overeenkomst is.

Ook is het van belang dat de zorgverzekeraar zich richt op integraal en regionaal afgestemde zorginkoop. Afspraken

over substitutie, doelmatigheidsafspraken, innovatie of zorgvernieuwing hebben vaak een uitstraling naar andere deelgebieden, zoals ziekenhuizen, GGZ, farmacie of diagnostiek. Als daar geen rekening mee wordt gehouden, faalt het inkoopbeleid. De zorgverzekeraar maakt per deelmarkt vaak gebruik van de Kraljic-matrix (zie figuur 1).

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars bezien: in kwadrant 1 (hefboom producten) is er sprake van voldoende alternatieve leveranciers, die beschikbaar zijn en waardoor de zorginkoop

kan wisselen. Hier is concurrentie met kortdurende contracten het uitgangspunt. In kwadrant 2 (strategische producten) is het moeilijk om van leverancier te wisselen en is de inkoop kritisch voor de kostprijs en de leveringsbetrouwbaarheid. Daar wordt gestreefd naar samenwerking en is meer sprake van een gelijkwaardige relatie. In kwadrant 3 (routine producten) is er een groot aanbod met een grote diversiteit aan zorgproducten, waardoor de inkoop bewerkelijk is. De strategie van de zorgverzekeraar is er dan op gericht om het aantal producten en leveranciers te beperken en het inkoopproces te standaardiseren. In kwadrant 4 (knelpunt producten) is het aantal leveranciers beperkt en komen er niet snel alternatieven, ondanks de functionele omschrijving in de Zorgverzekeringswet. In deze situatie moet de zorgverzekeraar contracten sluiten om de zorgplicht te borgen. Er bestaat een omgekeerde afhankelijkheid. Om dit te verminderen gaat de zorgverzekeraar op zoek naar alternatieven.

Het is als zorgaanbieder aan te bevelen om een inschatting te maken van hoe de aard van de zorg wordt gepercipieerd door de zorgverzekeraar, omdat dit zicht geeft op de onderhandelingspositie en daarmee de mogelijkheid om te komen tot meerjarencontracten. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns  
Lex Geerts, Eldermans|Geerts zorgmakelaar  
Foto: Thinkstock

| rechtsvoorganger van InEen 2013

