



Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars

De resultaten van een enquête over de contractering voor het jaar 2016

Kim E.M. Out
Judith D. de Jong

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

ISBN 978-94-6122-393-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel	9
1.2 Zorggroepen en gezondheidscentra	10
1.3 De contractering van zorggroepen en gezondheidscentra	11
1.4 Ontwikkeling enquête	11
1.5 Doel en hoofdvraag	12
1.6 Leeswijzer	13
2 Het contracteringsproces	15
2.1 Tevredenheid contractering	15
2.2 Ruimte voor onderhandelingen	16
2.3 Inhoud van onderhandelingen	17
2.4 Tijdigheid	18
2.5 Communicatie	19
2.6 Volgen door verre verzekeraars	22
3 De inhoud van contracten	24
3.1 Ketenzorgcontracten	24
3.2 GEZ-modules	32
3.3 Belonen van uitkomsten	34
3.4 Innovatie en zorgvernieuwing	36
4 De financiële aspecten van contractering	39
4.1 Zorgen om voortbestaan	39
4.2 Financiële transparantie	40
4.3 Reserves	41
4.4 Contractduur	43
4.5 Dubbelloop en substitutie	44
5 Conclusie	46
5.1 Ruimte voor verbetering van het contracteringsproces	46
5.2 Stijging contractduur positief	47
5.3 Substitutie en indexering vaak niet toegepast	47
5.4 Zorgen voortbestaan organisatie, weinig ruimte voor innovatie	49
5.5 Aandachtspunten	49
6 Methodologische verantwoording	52
6.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst	52
6.2 Verzending en respons	53
6.3 Analyse	54

6.4	Achtergrondkenmerken van respondenten	55
6.5	Opmerkingen van respondenten over vragenlijst	60
	Literatuur	61
	Bijlagen:	
Bijlage A	De spelregels voor contractering van zorggroepen	62
Bijlage B	Overzicht van tabellen	64

Samenvatting

Zorggroepen en gezondheidscentra zijn over het algemeen ontevreden over het contracteringsproces voor het jaar 2016. Zorggroepen en gezondheidscentra zijn van mening dat zorgverzekeraars bereid zijn om de tafel te gaan zitten als zij dit willen, maar dat de ruimte om over de bekostigingsafspraken te onderhandelen beperkt is. Zorggroepen uiten ook hun onvrede over de tijdigheid van zorgverzekeraars. De meerderheid (ongeveer 60%) geeft aan dat indexering vaak niet wordt toegepast en dat er geen afspraken over substitutie van eerste lijn naar tweede lijn zijn gemaakt. Positief is dat de contractduur voor ketenzorg- en GEZ-contracten ten opzichte van vorig jaar is gestegen, het gaat nu meestal om tweejarige contracten. Eveneens positief is de stijging in het percentage afgesloten contracten voor astmazorg ten opzicht van vorig jaar.

Dit rapport geeft zicht op de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de contractering met zorgverzekeraars voor het jaar 2016. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van InEen. InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg, zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken. InEen kan de resultaten gebruiken om samen met zorgverzekeraars te bekijken hoe de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra beter te laten verlopen. Zorgverzekeraars kunnen het onderzoek gebruiken om meer inzicht te verwerven in hoe zorggroepen en gezondheidscentra de contractering ervaren. Ze kunnen de uitkomsten betrekken bij het verbeteren van het contracteerproces.

Ontevredenheid onder zorggroepen en gezondheidscentra

Zorggroepen en gezondheidscentra zijn ontevreden over het contracteringsproces. Dit jaar geeft een vierde van de zorggroepen aan tevreden te zijn over het contracteringsproces ten opzichte van een derde van de gezondheidscentra. Zorggroepen zijn iets minder tevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2016 dan voor de contracten in 2015, gezondheidscentra zijn iets meer tevreden.

Beperkte onderhandelingsmogelijkheid en tijdigheid is knelpunt

Het lijkt erop dat “om de tafel zitten” volgens zorggroepen en gezondheidscentra niet altijd inhoudt dat er ruimte is voor onderhandelingen over bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten. Bijna de helft van alle respondenten geeft aan dat er geen ruimte was om te onderhandelen over bekostigingsafspraken. Een meerderheid geeft aan dat dit komt doordat de zorgverzekeraar niet bereid was om hierover te onderhandelen. Daarnaast zijn bekostigingsafspraken in bijna de helft van zowel de ketenzorg- als de GEZ-contracten gebaseerd op een rekenmodel van de zorgverzekeraar. Tijdens onderhandelingen zijn financiën belangrijk, maar het blijkt dat ook meer inhoudelijke onderwerpen zoals de inclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's en de zorgstandaard belangrijk zijn in de onderhandelingen. Een deel van de respondenten had een ketenzorgcontract willen afsluiten, maar heeft dit niet gekregen. Dit komt vooral voor bij astmazorg (12 respondenten) en CVRM (8 respondenten). Toch zien we wel een stijging in het percentage zorggroepen met een ketenzorgcontract voor astmazorg. Ook als het gaat om het maken van afspraken met betrekking tot innovatie en zorgvernieuwing lukt het niet altijd om hier uit te komen. Meerdere gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild maar

dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de plannen.

De tijdigheid van het contracteringsproces blijft een knelpunt. Hoewel er een kleine verbetering is te zien in de tijdigheid ten opzicht van vorig jaar, uiten voornamelijk zorggroepen hun onvrede hierover.

Indexering wordt vaak niet toegepast

Indexering wordt bij een meerderheid van de zorggroepen en gezondheidscentra ook dit jaar niet toegepast. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat er ruimte moet zijn voor een jaarlijkse budgettaire groeirimte van 2,5% (waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning). Als de verzekeraar aanvullende afspraken maakt over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, zullen daar aanvullende financiële afspraken over moeten worden gemaakt. De financiële middelen moeten daarbij de gesubstitueerde zorg volgen om te voorkomen dat het macrobudget wordt overschreden.¹ In bijna 30% van de ketenzorgcontracten is een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven. Voor GEZ-contracten ligt dit percentage op bijna 40%. Hoewel deze percentages zijn gestegen ten opzichte van vorig jaar is volgens de meerderheid wederom geen indexering toegepast. Voor 58% van de ketenzorgcontracten en voor 43% van de GEZ-contracten waar geen indexering is toegepast, is hier wel over onderhandeld.

Zorgen over het voortbestaan van de organisatie

Vooral gezondheidscentra maken zich zorgen over hun voortbestaan (77%). De belangrijkste reden hiervoor is de ontwikkeling van de GEZ-tarieven. Van de zorggroepen maakt ongeveer de helft zich zorgen over het voortbestaan. Een derde (30%) van die zorggroepen wijdt dit aan de ontwikkeling van de ketenzorgtarieven.

Bonus-malussysteem wordt vaker toegepast

Het belonen van uitkomsten is twee keer zo vaak als vorig jaar gebaseerd op een bonus-malussysteem (33%). Van alleen een bonussysteem is sprake bij 30% van de respondenten. Hier is sprake van een daling ten opzichte van vorig jaar. Ook alleen een malussysteem komt voor bij 30% van de respondenten. En ook hier is sprake van een daling ten opzichte van vorig jaar. De tevredenheid van respondenten verschilt niet tussen de drie systemen. Nog geen 15% van de respondenten is tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten.

Substitutie vaak niet toegepast

Aan de oproep in het Bestuurlijk Akkoord aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om contractuele afspraken te maken over substitutie, wordt vaak geen gehoor gegeven. Ruim 60% van de respondenten geeft aan dat zij met hun preferente zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt over substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Dit percentage is iets hoger dan vorig jaar.

¹ Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017, 16 juli 2013

Stijging contractduur positief

Positief is dat de gemiddelde contractduur ten opzichte van vorig jaar is toegenomen. Ruim 60% van de afgesloten ketenzorgcontracten heeft een contractuur van 2 jaar. Zorggroepen hebben vaker een contractduur van 2 jaar dan gezondheidscentra. De GEZ-contracten zijn in meer dan de helft van de gevallen eenjarige contracten. Vorig jaar lag dit percentage nog op ruim 90%.

Aandachtspunten

- Zowel zorggroepen als gezondheidscentra ervaren momenteel een beperkte onderhandelingsruimte. Dit betreft vooral de bekostigingsafspraken. Mogelijk zijn er andere punten waar wel over onderhandeld kan worden. Uit dit onderzoek blijkt al dat diverse onderwerpen aan de orde komen tijdens onderhandelingen. Zorggroepen en gezondheidscentra zouden in kunnen zetten op de ruimte die er wel is. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of de condities die aanwezig zijn een productieve interactie toestaan. Daarbij zou zowel de kant van de zorggroepen en gezondheidscentra als de kant van zorgverzekeraars belicht moeten worden.
- Voor het derde opeenvolgende jaar is de tijdigheid van de contractering een knelpunt. Er is wel een verbetering te zien ten opzicht van vorig jaar. Als een contract laat tot stand komt kan dit leiden tot onzekerheid bij zorggroepen en gezondheidscentra over hun financiering. Het blijft dus belangrijk dat er aandacht is voor de tijdigheid van de contractering. Voor volgend jaar (2017) zijn er *Good Contracting Practices* opgesteld. Dit zou tot verbeteringen in het contracteringsproces moeten leiden.
- Er is dit jaar vaker sprake van een bonus-malussysteem. Het percentage respondenten met uitsluitend een bonus- of een malussysteem is iets afgenomen. De tevredenheid van respondenten met elk van deze systemen verschilt niet. Onbekend is of het belonen van uitkomsten bij zorggroepen en gezondheidscentra wel tot betere zorg leidt. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de (on)gewenste effecten van zowel een bonus- als een malussysteem.
- De aandacht voor substitutie is ten opzichte van vorig jaar afgenomen. Hoewel het een belangrijk element is in het Bestuurlijk Akkoord lukt het zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra kennelijk niet daar afspraken over te maken. Onduidelijk is wat de oorzaak hiervan is.
- De spelregels van InEen zijn bedoeld om het contracteringsproces te verbeteren. Verbeteringen die zichtbaar zijn in dit onderzoek hangen niet samen met de spelregels, maar komen kennelijk op een andere manier tot stand. Dit roept de vraag op of het zinvol is om verder te investeren in de spelregels. InEen gaat jaarlijks in gesprek met de zorgverzekeraars over de contractering aan de hand van de resultaten van dit onderzoek. Mogelijk heeft dit meer effect dan de spelregels op zich.
- De helft van de zorggroepen en 77% van de gezondheidscentra maakt zich zorgen over het voortbestaan van de organisatie. Het Bestuurlijk Akkoord is mede gebaseerd op het idee dat de eerste lijn versterkt dient te worden. De ontwikkeling van de tarieven baart een deel van de zorggroepen en een groot deel van de gezondheidscentra echter zorgen. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de mate waarin zij risico's nemen en innoveren. Investeren in vernieuwing is namelijk niet voor de hand liggend als het voortbestaan van een organisatie onzeker is. De helft van alle zorggroepen en gezondheidscentra maakt geen afspraken over innovatie en zorgvernieuwing met hun zorgverzekeraar. Meerdere gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild maar dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de

plannen. De reden hiervoor is ons niet bekend. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het effect van onzekerheid over het voortbestaan onder zorggroepen en gezondheidscentra op de mate waarin zij innovatie uit- of afstellen en in welke mate zorggroepen en gezondheidscentra ondernemend gedrag vertonen om hun voortbestaan veilig te stellen.

De ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra zijn in kaart gebracht in het licht van de spelregels voor contractering van zorggroepen en het Bestuurlijke Akkoord. De spelregels zijn opgesteld door InEen om de contractering van zorggroepen soepeler te laten verlopen. Deze spelregels zijn door twee zorgverzekeraars ondertekend en richten zich op het proces van contractering, de inhoud van contracten en de financiële aspecten van contractering. In het Bestuurlijke Akkoord, dat overeengekomen is door de LHV, InEen (LOK, LVG en VHN), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS, zijn onder meer afspraken gemaakt over de bekostiging van eerstelijnszorg en substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg met versterking van de eerste lijn als doel.

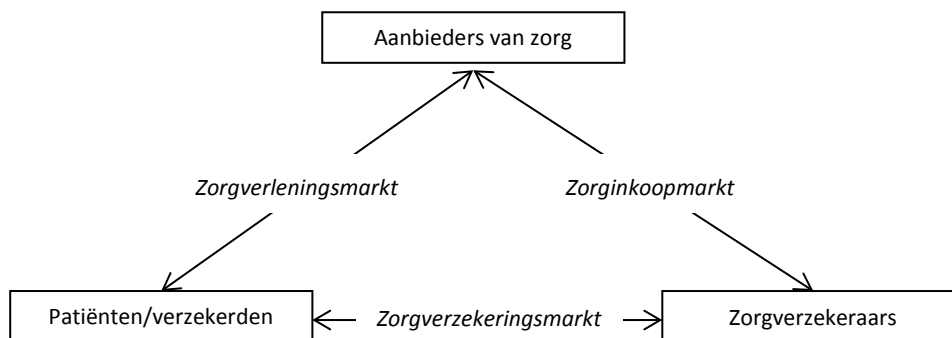
De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een online vragenlijst die tussen 8 maart en 3 april 2016 is ingevuld door 42 zorggroepen, 31 gezondheidscentra en 16 organisaties die beide zijn (respons 62%). Alleen zorggroepen en gezondheidscentra die lid zijn van InEen hebben een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan dit onderzoek. De inhoud van de vragenlijst is in overleg met InEen vastgesteld. De vragenlijst is vrijwel gelijk aan die van vorig jaar. Vorig jaar hebben de vier grootste zorgverzekeraars de mogelijkheid gehad om tijdens een bijeenkomst thema's voor de vragenlijst aan te dragen.

1 Inleiding

1.1 Zorginkoop en contractering in het Nederlandse zorgstelsel

Sinds de jaren '90 vindt er in het Nederlandse zorgstelsel een verschuiving plaats van aanbodsturing naar vraagsturing (Bartholomé en Maarse, 2006; Schäfer et al., 2010; Schut en Van de Ven, 2011). Deze ontwikkeling heeft een impuls gekregen door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006. Door de invoering van de Zvw ontstonden drie markten in het Nederlandse zorgstelsel (zie figuur 1.1). De zorgverzekeringsmarkt, waarop zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekerden. De zorgaanbiedersmarkt, waarop zorgaanbieders met elkaar concurreren om patiënten. De zorginkoopmarkt, waarop zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders.

Figuur 1.1 De drie markten in de Nederlandse gezondheidszorg



Bron: gebaseerd op Memorie van Toelichting Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)

Zorgverzekeraars spelen, als derde partij tussen verzekerden/patiënten en zorgaanbieders een centrale rol (Van de Ven, 1987). Zorgverzekeraars kopen zorg in en kunnen op basis van het ingekochte zorgaanbod polissen aanbieden waarmee ze concurreren om verzekerden. Op de zorginkoopmarkt spelen contracten een belangrijke rol. Sinds de jaren '90 is het verzekeraars in Nederland toegestaan selectief te contracteren (Bartholomé en Maarse, 2006). Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders hoeven te contracteren. Ze mogen een selectie maken op basis van hun eigen criteria, bijvoorbeeld met betrekking tot kostenbeheersing en kwaliteit. Het verwachte effect is dat zorgaanbieders kosten zullen beheersen en hogere kwaliteit zullen leveren, omdat zij geen contracten willen mislopen doordat ze niet aan de criteria van de zorgverzekeraar voldoen (Enthoven, 1993). Verzekeraars kunnen naast de keuze om selectief te contracteren er ook voor kiezen om zorgaanbieders te beïnvloeden door kostenbeheersing en kwaliteit op te nemen in de contracten die zij sluiten met zorgaanbieders, bijvoorbeeld door in het contract gedefinieerde prestaties te koppelen aan de financiële vergoedingen voor zorgaanbieders, zogenaamde *pay-for-performance* (Van Herck et al., 2010).

De onderhandelingspositie van de zorgaanbieder kan kwetsbaar zijn. Dit komt vooral doordat er voor het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) en ketenzorg een contract noodzakelijk is. Een aantal auteurs heeft gewezen op de toegenomen transactiekosten door een sterkere nadruk op contractering, waardoor eventuele kostenbesparingen bij het leveren van zorg teniet worden

gedaan (Ashton et al., 1997; Light, 1997). Daarnaast lijkt een sterkere nadruk op contractering ook de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder druk te zetten.

1.2 Zorggroepen en gezondheidscentra

Zorgverzekeraars sluiten contracten af met verschillende zorgaanbieders, waaronder zorggroepen en gezondheidscentra. Zorggroepen zijn organisaties waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Zij sluiten contracten af met zorgverzekeraars voor de levering van multidisciplinaire en geïntegreerde zorg voor bepaalde aandoeningen in een bepaalde regio (Til et al., 2010). Op hun beurt sluiten zorggroepen contracten met individuele zorgaanbieders, zoals huisartsen, voor de levering van zorg (Til et al., 2010; Van Dijk et al., 2011). Sinds 2005 bestaan er zorggroepen in Nederland. Op dit moment wordt Nederland vrijwel helemaal gedekt door ongeveer 115 zorggroepen die voor minimaal één zorgprogramma een contract afsluiten met de preferente zorgverzekeraar in hun regio. Zorggroepen kunnen contracten afsluiten voor het leveren van diabeteszorg, cardiovasculair risicomangement (CVRM), *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) zorg en zorg voor astma. Zorggroepen sluiten niet alleen ketenzorgcontracten af maar houden zich ook bezig met onder andere innovatieve projecten, ondersteuning van de huisarts en ouderenzorg.

Zorg door een gezondheidscentrum wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (2005) gedefinieerd als “gezondheidszorg zonder overnachting door een instelling of maatschap, waarin verschillende disciplines werkzaam zijn, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en in veel gevallen fysiotherapeuten en apothekers”. Gezondheidscentra kennen een langere geschiedenis dan zorggroepen. De eerste gezondheidscentra zijn in de jaren 1960 opgericht. Vooral in het midden van de jaren 1980 en tussen 2003 en 2008 is het aantal gezondheidscentra gegroeid (Batenburg en Kalf, 2010). Het totaal aantal gezondheidscentra ligt op ongeveer 150.

Voor de invoering van de Zvw in 2006 werden gezondheidscentra gefinancierd via subsidies met als juridische basis de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv). Na 2006 bood de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de juridische basis voor de financiering van gezondheidscentra. Tot en met 2014 werden gezondheidscentra gefinancierd via de GEZ-module die gebaseerd waren op de beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten van de NZa. Per 2015 is deze GEZ-module opgenomen in de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Via de GEZ-module worden de personele inzet, organisatie en infrastructuur bekostigd die nodig is voor multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn. Die inzet, organisatie, infrastructuur en samenwerking richten zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg en op resultaten daaruit op het vlak van kwaliteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid (service) en innovatie. Op dit moment vindt er in opdracht van InEen, de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), onderzoek plaats naar de Organisatie en Infrastructuur. De resultaten van dit onderzoek zullen dienen tot modernisering van de huidige GEZ-module.

1.3 De contractering van zorggroepen en gezondheidscentra

Zorggroepen en gezondheidscentra kunnen contracten afsluiten met zorgverzekeraars. Voor zorggroepen vormen de contracten voor ketenzorg de basis. Zij kunnen contracten afsluiten voor ketenzorg voor diabetes, COPD, CVRM en astma. Gezondheidscentra kunnen ook ketenzorgcontracten afsluiten. Daarnaast kunnen zij een contract afsluiten voor de eerder genoemde GEZ-module.

Sinds 2009 voeren InEen, en haar voorgangers (Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)), enquêtes uit onder zorggroepen naar de contractering van ketenzorg door zorgverzekeraars. InEen is de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg en zet zich in voor de ondersteuning van organisaties voor eerstelijnszorg om daarmee de eerste lijn te versterken.

Om een goed functionerend contracteringsproces te faciliteren heeft de toenmalige LOK, nu InEen, in 2013 spelregels voor contractering opgesteld. Het streven van InEen is om deze spelregels in samenspraak met zorgverzekeraars vast te stellen met als doel het contracteringsproces optimaal te faciliteren en de knelpunten te verminderen. Inmiddels is met twee zorgverzekeraars overeenstemming bereikt over de spelregels.

De spelregels zoals ontwikkeld door InEen zijn gecategoriseerd in drie thema's: proces, inhoud en kwaliteit en financiën (zie bijlage A). Bij 'proces' gaat het om spelregels rondom de tijdigheid van contractering, het volgbesluit van niet-preferente zorgverzekeraars, communicatie tijdens het contracteringsproces en afstemming tussen verzekeraars als een zorggroep met meer dan één preferente zorgverzekeraar te maken heeft. 'Inhoud en kwaliteit' betreft spelregels over het toepassen van de Zorgstandaard door zorggroepen, de registratie van de geleverde zorg en het kwaliteitsbeleid van de zorggroep. Bij 'financiën' gaat het om spelregels over de structuur van de jaarrekening van de zorggroep, de contractduur, de hoogte van de reserves van de zorggroep, beleid om dubbele declaraties te voorkomen en beleid om substitutie van tweede lijn naar eerste lijn te bevorderen. Er zijn geen spelregels over de hoogte van tarieven of reserves.

Vorig jaar gaf 30% van de respondenten aan tevreden te zijn over het contracteringsproces voor de contracten in 2015. De twee grootste knelpunten waren de beperkte onderhandelingsruimte en de tijdigheid.

Een opvallende bevinding in het onderzoek vorig jaar is dat de contracten met zorgverzekeraars die de spelregels wel ondertekend hebben minder vaak in lijn zijn met de spelregels dan contracten met zorgverzekeraars die de spelregels niet getekend hebben. Het zelfde gold voor het contracteringsproces en de financiële aspecten van contractering. Omdat de spelregels kennelijk niet leiden tot een beter contracteringsproces wordt er in dit rapport minder aandacht aan de spelregels besteed.

1.4 Ontwikkeling enquête

Dit onderzoek bouwt voort op de enquêtes die tussen 2009 en 2013 zijn uitgevoerd door InEen en de twee onderzoeken uitgevoerd door het NIVEL in de opvolgende jaren naar de contractering van zorggroepen (en in het laatste jaar ook gezondheidscentra).

In 2013-2014 heeft het NIVEL in opdracht van InEen onderzocht hoe zorggroepen de contractering voor de contracten voor het jaar 2014 hebben ervaren. Uit dit onderzoek bleek dat de contractering van zorggroepen voor het jaar 2014 op verschillende punten afweek van de spelregels zoals opgesteld door InEen (Bouwhuis en De Jong, 2014).

In 2015 heeft het NIVEL opnieuw in opdracht van InEen een vragenlijst uitgezet gebaseerd op de enquête van het jaar ervoor. Het NIVEL heeft in dit jaar op verzoek van InEen ook gezondheidscentra bevraagd over hun ervaringen tijdens de contractering, omdat de verwachting was dat ook gezondheidscentra knelpunten ervoeren. Daarnaast zijn er in dit jaar vragen toegevoegd met betrekking tot de afspraken gemaakt in de Bestuurlijke Akkoorden die in juli 2013 en de zomer van 2014 zijn overeengekomen door de LHV, InEen (LOK, LVG en VHN), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. De akkoorden bevatten afspraken over de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in het licht van de verslechterde overheidsfinanciën en de wens om de eerste lijn verder te versterken en te ontwikkelen. Sinds 1 januari 2015 wordt de bekostiging van eerstelijnszorg geregeld via drie segmenten, op basis van de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord. In het Bestuurlijke Akkoord is substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn ook een belangrijk onderwerp. Een deel van de afgesproken groei van het budgettaire kader huisartsenzorg is ten behoeve van substitutie. Het is volgens het Bestuurlijke Akkoord aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om nadere contractuele afspraken over substitutie te maken. InEen heeft signalen ontvangen dat het maken van deze afspraken moeizaam verloopt. Door het toevoegen van de vragen over het Bestuurlijk Akkoord kan het NIVEL inventariseren of de signalen die InEen ontvangen heeft met betrekking tot de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord breed leven. Aansluitend zijn er vragen gesteld over het belonen van uitkomsten en over substitutie.

Dit jaar (2016) is er één extra vraag toegevoegd voor gezondheidscentra. Deze vraag richt zich op ontwikkelingen in de bekostiging van verschillende disciplines binnen het gezondheidscentrum. Wij zijn benieuwd of deze leiden tot financiële problemen binnen het centrum, en zo ja, welke disciplines dit dan zijn.

1.5 Doel en hoofdvraag

Dit jaar onderzoeken we opnieuw de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met de contractering voor de contracten voor 2016. Het is belangrijk dat meer inzicht verkregen wordt in de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra. In Nederland is nog steeds weinig kennis voor handen over hoe de contractering verloopt. Internationaal is hier meer informatie over, maar deze informatie is vrijwel altijd gebaseerd op ervaringen van inkooporganisaties. Dit onderzoek draagt bij aan kennis over contractering in Nederland en aan kennis over hoe zorgaanbieders contractering ervaren.

Het uitgangspunt voor het onderzoek naar de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra tijdens de contractering voor de contracten voor 2016 was de vragenlijst die verstuurd is in 2015. Deze vragenlijst was gebaseerd op de spelregels voor contractering, zoals deze zijn ontwikkeld door InEen, en de afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord (zie bijlage A). Zowel zorggroepen als gezondheidscentra worden in deze enquête bevraagd.

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra wat betreft de contractering in 2015 voor de contracten in 2016 in kaart te brengen. Met de resultaten van dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de knelpunten die door zorggroepen en gezondheidscentra worden ervaren en op welke spelregels dit betrekking heeft. Daarnaast geven de resultaten inzicht in hoe zorggroepen en gezondheidscentra de contractering ervaren in het licht van de afspraken gemaakt in de Bestuurlijke Akkoorden. Waar mogelijk zal een vergelijking gemaakt worden met de resultaten van voorgaande jaren.

De onderzoeksvraag luidt:

“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor de contracten voor 2016 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”

De contractering kan worden ingedeeld in een drietal thema's, die terugkomen in de spelregels van InEen:

- Proces (tijdig contracteren; het volgen door verre zorgverzekeraars; aangaan en afbreken van onderhandelingen; verschillen in inkoopbeleid; gezamenlijke communicatie richting patiënten; het zorgaanbod).
- Inhoud en kwaliteit (transparantie van ketenzorgprogramma's; kwaliteitsbeleid van de zorggroep).
- Financiën (financiële transparantie; de contractduur; het hanteren van aanvaardbare reserves; voorkomen dubbele declaraties; verzilveren van substitutie; vergoeding kosten aansluiting brancheorganisatie; problemen in bekostiging binnen gezondheidscentra).

Contractering omvat dus niet alleen het proces (de onderhandelingen), maar ook de inhoud van de contracten. De resultaten in dit rapport geven het perspectief van de zorggroepen en gezondheidscentra weer, omdat ze gebaseerd zijn op een vragenlijst die onder hen is afgenomen (zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over de vragenlijst en de respons).

Wij verwachten dat de contractering voor zorggroepen en gezondheidscentra beter zal verlopen dan vorig jaar omdat InEen naar aanleiding van de resultaten van vorig jaar weer in gesprek is gegaan met de zorgverzekeraars over het contracteringsproces. Daarnaast is er inmiddels enige ervaring met de contractering vanuit de verschillende partijen. De verwachting is daarom dat zij ook meer tevreden zijn over het contracteringsproces ten opzichte van vorig jaar.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport bevat tabellen en grafieken. Per grafiek is een korte conclusie geschreven, om de resultaten beter leesbaar en interpreteerbaar te maken. In hoofdstuk 2 bespreken we de resultaten met betrekking tot het contracteringsproces. In hoofdstuk 3 volgt de inhoud van contracten en de rol die kwaliteit daarin speelt. In hoofdstuk 4 komen de resultaten over de financiële aspecten van de contractering aan bod. In hoofdstuk 5 volgt de conclusie. In hoofdstuk 6, ten slotte, bespreken we de gebruikte methoden. In bijlage A is een overzicht van de spelregels opgenomen en in bijlage B wordt een overzicht gegeven van tabellen waarop de grafieken gebaseerd zijn.

In hoofdstuk 2 tot en met 4 wordt waar mogelijk een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van het onderzoek dit jaar en de resultaten van het onderzoek vorig jaar. In sommige figuren in dit rapport zijn de antwoorden uitgesplitst naar zorggroep of gezondheidscentra. In dit rapport vallen gezondheidscentra en respondenten die aangeven dat ze zowel zorggroep als gezondheidscentrum zijn, onder de noemer 'gezondheidscentra' omdat de aantallen te klein waren om deze groepen te splitsen. Tot slot worden opvallende resultaten met betrekking tot het wel of niet navolgen van de spelregels genoemd in de tekst. Deze percentages zijn niet in de figuren terug te vinden maar wel in bijlage B. In bijlage B is onderscheid in de percentages te vinden in of de preferente zorgverzekeraar van een zorggroep deze al dan niet ondertekend heeft.

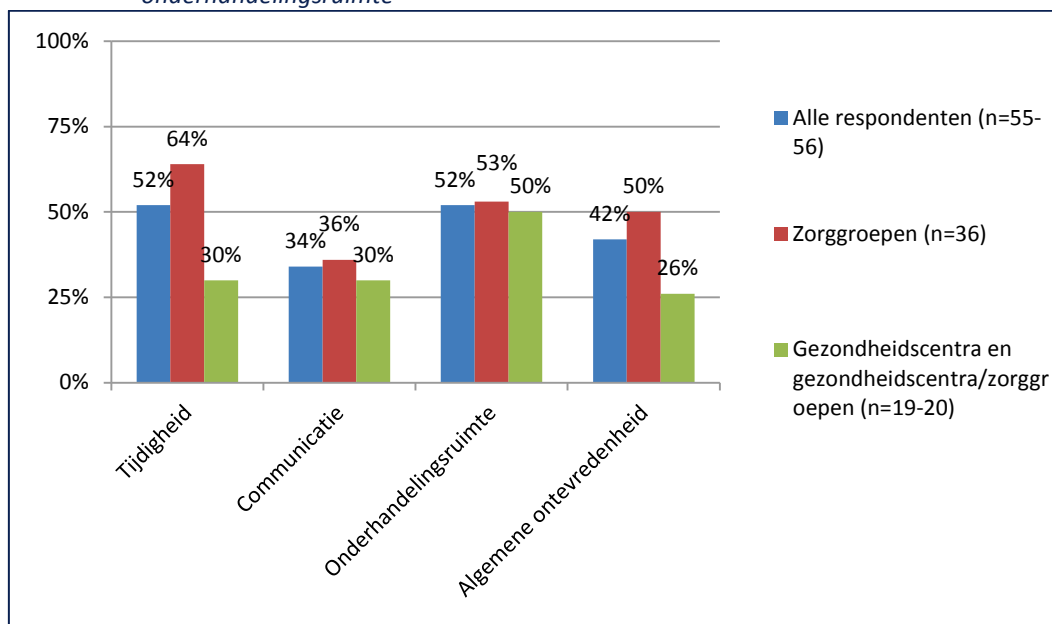
2 Het contracteringsproces

Zorggroepen en gezondheidscentra zijn nog steeds merendeels ontevreden over het contracteringsproces. Dit jaar geeft een vierde van de zorggroepen aan tevreden te zijn over het contracteringsproces ten opzichte van een derde van de gezondheidscentra. Zorggroepen zijn iets minder tevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2016 dan de contracten in 2015, gezondheidscentra zijn iets meer tevreden. De twee grootste knelpunten tijdens de contractering zijn volgens de respondenten de beperkte onderhandelingsruimte en de tijdigheid. In ruim de helft van de contracteringsprocessen was er volgens zorggroepen en gezondheidscentra geen ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in het contract. Dit kwam volgens hen vooral omdat zorgverzekeraars niet wilden onderhandelen. Naast financiën blijken ook meer inhoudelijke onderwerpen belangrijk zijn tijdens de onderhandelingen. De tijdigheid bleek vooral voor zorggroepen een knelpunt. Ondanks dat de streefdatum van bekendmaking van het inkoopbeleid en de mondelinge overeenkomst dit jaar vaker zijn behaald dan vorig jaar, is het contracteringsproces voor de contracten in 2016 later op gang gekomen en afgerond dan volgens de spelregels zou moeten.

2.1 Tevredenheid contractering

Zorggroepen zijn over het algemeen iets meer ontevreden dan vorig jaar. Zorggroepen zijn op alle fronten meer ontevreden over het contracteringsproces dan gezondheidscentra (zie figuur 2.1). Zorggroepen zijn het meest ontevreden over de tijdigheid (64%) en het minst ontevreden over de communicatie (36%, zie figuur 2.1). De grote ontevredenheid over de tijdigheid is opmerkelijk omdat de beleidsregels dit jaar op tijd bekend waren.

Figuur 2.1 Percentage respondenten dat **ontevreden** is met de tijdigheid, communicatie, en onderhandelingsruimte

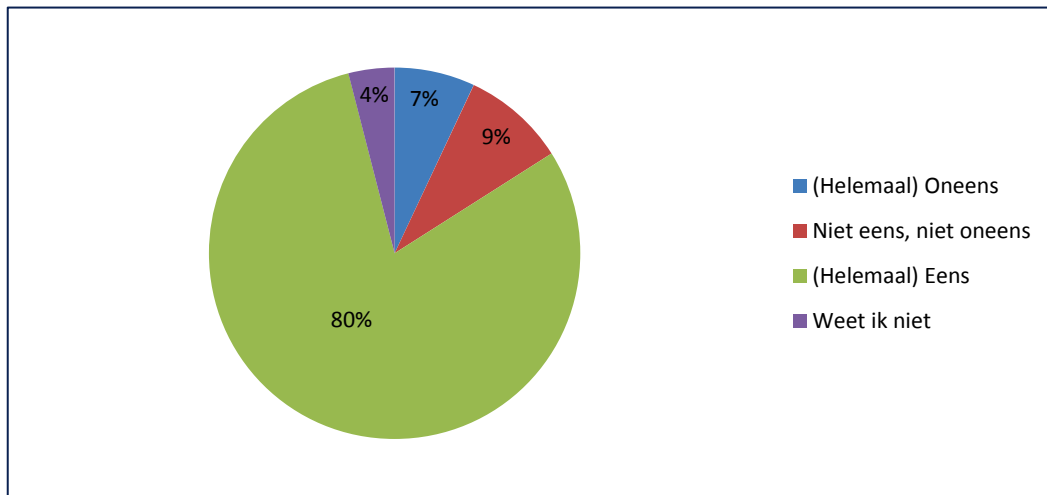


De ontevredenheid onder gezondheidscentra is ruim gedaald in vergelijking met vorig jaar. 30% van de gezondheidscentra zijn ontevreden over de tijdigheid van de contractering, vorig jaar was dit nog 70%. De ontevredenheid over de communicatie onder gezondheidscentra ligt ook op 30% (ten opzichte van 60% vorig jaar) en de algemene ontevredenheid onder gezondheidscentra ligt op 26% (ten opzichte van 55% vorig jaar).

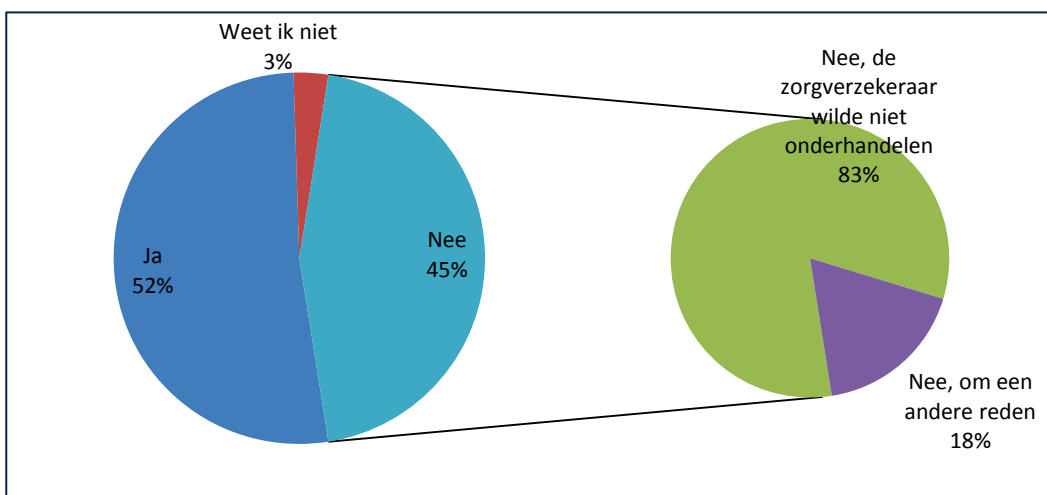
2.2 Ruimte voor onderhandelingen

80% van de respondenten geeft aan dat zijn preferente zorgverzekeraar bereid was om de tafel te gaan zitten als de zorggroep of het gezondheidscentrum daarom vroeg (zie figuur 2.2). Dit percentage is overeenkomstig met het percentage van vorig jaar.

Figuur 2.2 De zorgverzekeraar was bereid om met mijn organisatie om de tafel te zitten als mijn organisatie daarom vroeg (n=56)



Figuur 2.3 Was er ruimte om te onderhandelen over bekostigingsafspraken? (n=87)



Het lijkt erop dat “om de tafel zitten” niet altijd inhoudt dat er ruimte is voor onderhandelingen over bekostigingsafspraken voor ketenzorgcontracten. In figuur 2.3 is te zien dat respondenten

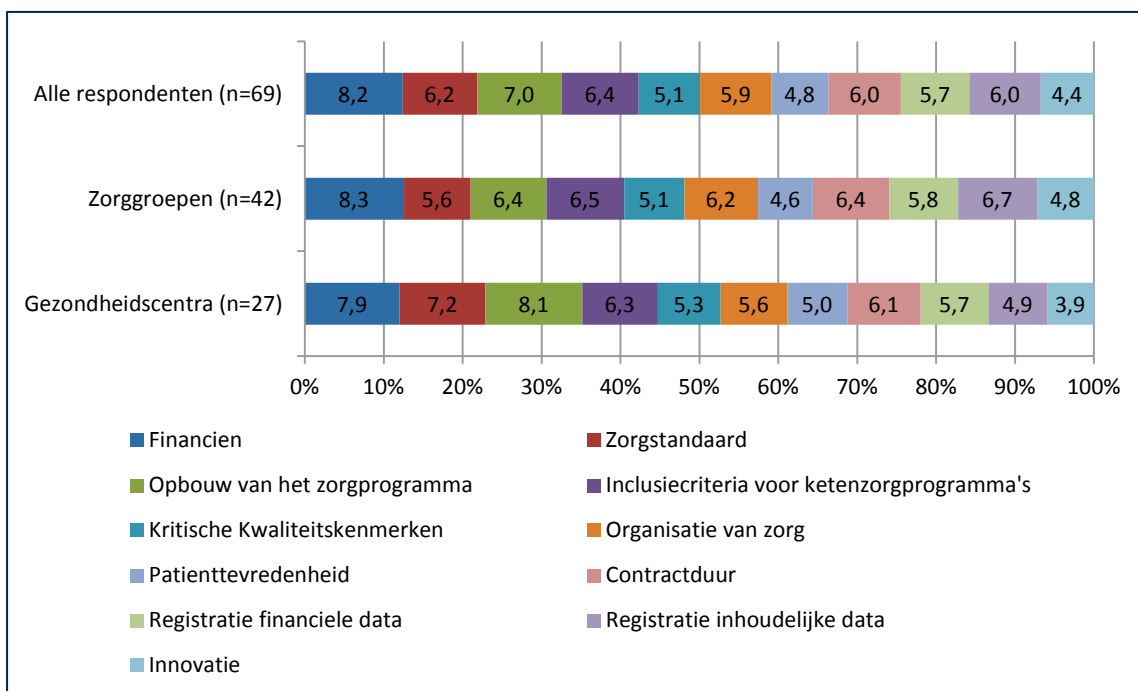
over bijna de helft van de onderhandelingen zegt dat er geen ruimte was om te onderhandelen over bekostigingsafspraken. Van deze groep geeft meer dan 80% aan dat die ruimte er niet was omdat de zorgverzekeraar niet wilde onderhandelen. Het beeld is vergelijkbaar tussen zorggroepen en gezondheidscentra (zie bijlage B, tabel B.49). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten van vorig jaar. Opvallend is wel dat zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft, twee keer zo vaak aangeven dat er tijdens de contractering ruimte was om te onderhandelen dan zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft (zie bijlage B, tabel B.49).

2.3 Inhoud van onderhandelingen

We hebben de respondenten gevraagd naar het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen over het ketenzorgcontract. De resultaten laten zien dat alle bevroegde inhoudelijke onderwerpen aan de orde komen tijdens de onderhandelingen. Zorggroepen geven aan dat na 'financiën', 'registratie inhoudelijke data' en de 'inclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's' belangrijke onderwerpen zijn die aan bod komen (zie figuur 2.4). Bij gezondheidscentra speelt 'de opbouw van het zorgprogramma' de grootste rol, gevolgd door 'financiën' en 'de zorgstandaard'.

Net als in de enquête vorig jaar zijn innovatie, patiënttevredenheid en de Kritische Kwaliteitskenmerken van InEen relatief onbelangrijk tijdens de onderhandelingen. Opvallend is dat 'registratie inhoudelijke data', in tegenstelling tot bij de zorggroepen, onder gezondheidscentra een kleine rol spelen tijdens de onderhandelingen (zie figuur 2.4).

Figuur 2.4 Het belang van verschillende onderwerpen tijdens de onderhandelingen: het gemiddelde cijfer op een schaal van 1 tot 11*



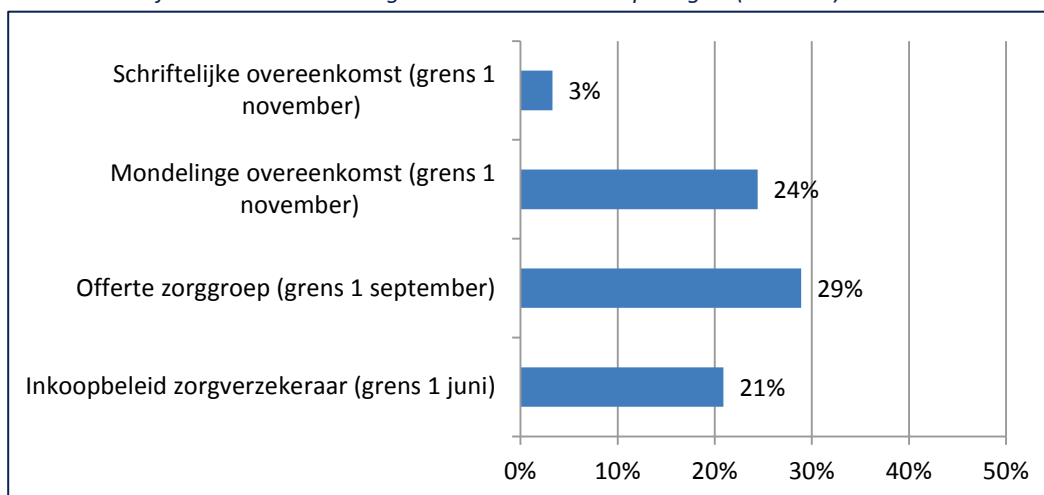
* De respondent is gevraagd de onderwerpen te nummeren van 1 tot 11 op basis van het belang ervan tijdens de onderhandelingen van het ketenzorgcontract, waarbij 1 staat voor minst belangrijk en 11 voor meest belangrijk.

2.4 Tijdigheid

De contractering voor de contracten voor het jaar 2016 is in verschillende opzichten meer tijdig verlopen dan de contractering voor de contracten voor het jaar 2015. De spelregels van InEen stellen 1 juni als streefdatum voor het bekendmaken van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar en 1 november als streefdatum voor het mondeling overeenkomen van het contract. Deze streefdatum is in beide gevallen vaker gehaald dan het jaar hiervoor. 21% van de respondenten geeft aan dat het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar voor de streefdatum is behaald (zie figuur 2.5). Vorig jaar was dit 6%. 24% van de respondenten geeft aan dat de mondelinge overeenkomst voor de streefdatum is behaald, ten opzichte van 9% vorig jaar. Hoewel er verbeteringen in de tijdigheid te zien zijn ten opzichte van vorig jaar is het percentage dat aan de spelregels voldoet nog steeds laag.

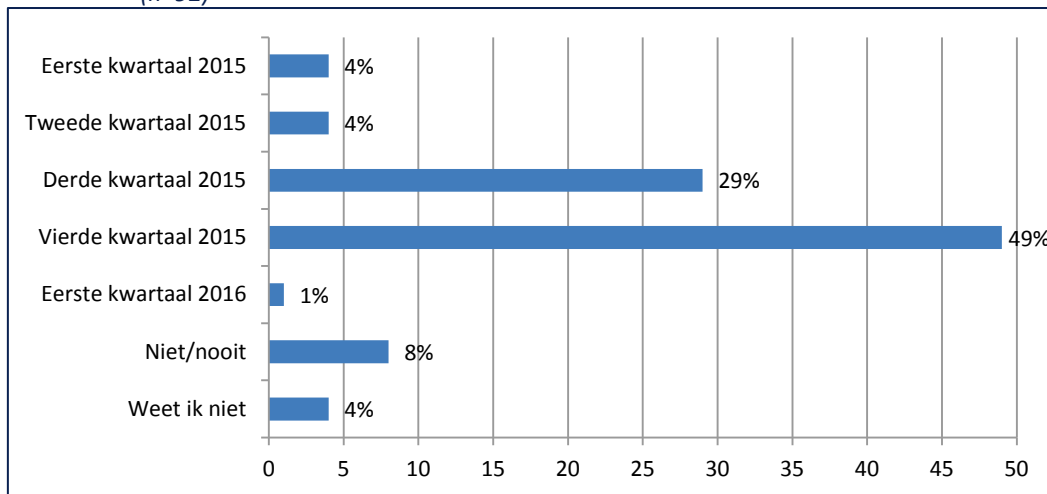
Tot slot blijkt dat maar 3% het contract voor 1 november 2015 getekend heeft (zie figuur 2.5). Dit kan een verklaring zijn voor waarom zorggroepen en gezondheidscentra relatief ontevreden zijn over de tijdigheid van contractering (zie paragraaf 2.1).

Figuur 2.5 Percentage contracteringsprocessen waarin de stappen van het contracteringsproces gezet zijn vóór de datum die genoemd wordt in de spelregels (n=90-92)



Voor wanneer onderhandelingen zouden moeten starten is geen streefdatum opgenomen in de spelregels. Daarom is de start van deze stap in het contracteringsproces per kwartaal weergegeven. De helft van de onderhandelingen voor de ketenzorgcontracten voor 2016 startte in het vierde kwartaal van 2015 (zie figuur 2.6). Er zijn relatief veel respondenten die aangeven dat de onderhandelingen nooit zijn gestart, namelijk 8%. Vorig jaar was dit 3%. Dit percentage ligt voornamelijk hoog onder gezondheidscentra (13%). Tot slot valt op dat de onderhandelingen bij gezondheidscentra merendeels in het vierde kwartaal zijn gestart (66%) en voor zorggroepen zijn deze grotendeels in het derde kwartaal gestart (44%).

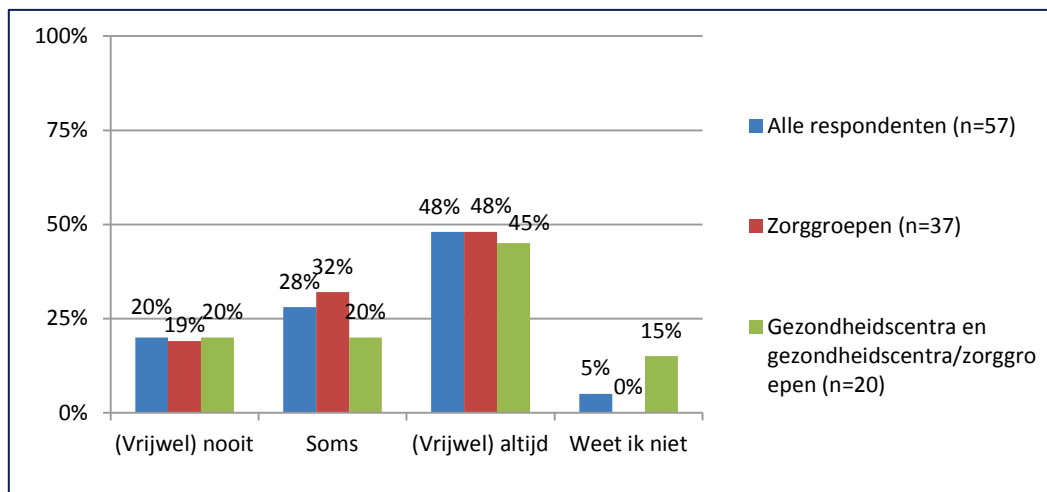
Figuur 2.6 Wanneer startten de onderhandelingen voor de contracten voor de ketenzorgprogramma's? (n=92)



2.5 Communicatie

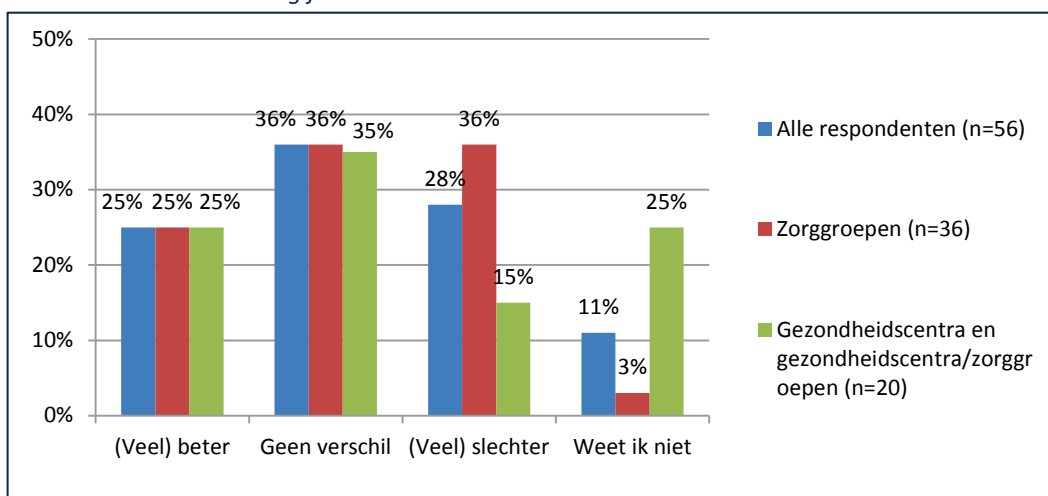
De spelregels geven aan dat zorgverzekeraars en zorggroepen gemotiveerd moeten reageren op elkaars voorstellen (zie bijlage A). Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar (vrijwel) altijd gemotiveerd reageert op zijn voorstellen (zie figuur 2.7). Opvallend is dat dit percentage hoger ligt onder zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* heeft ondertekend (54%) dan onder zorggroepen wiens zorgverzekeraar de spelregels *wel* heeft ondertekend (40%, zie bijlage B, tabel B.1).

Figuur 2.7 In welke mate reageerde uw preferente zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?



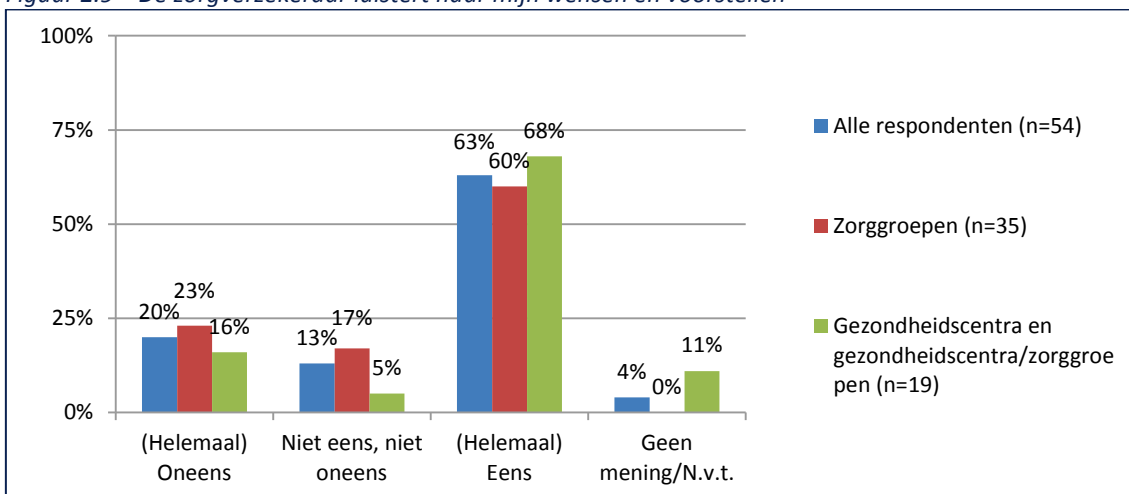
25% van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar beter gemotiveerd reageert dan vorig jaar (zie figuur 2.8). Dit percentage is hoger dan vorig jaar, toen lag het nog op 14%. Opvallend is dat vooral zorggroepen aangeven dat de motivatie van hun preferente zorgverzekeraar slechter is dan vorig jaar (36%, zie figuur 2.8).

Figuur 2.8 Hoe verhoudt de motivatie van uw preferente zorgverzekeraar zich ten opzichte van de motivatie vorig jaar?



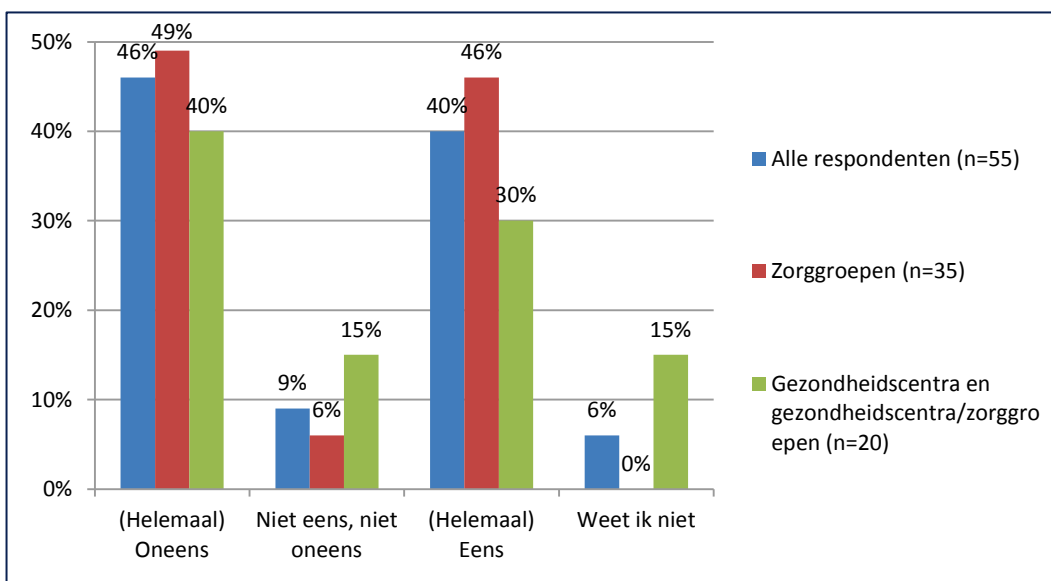
Om meer inzicht te krijgen in de communicatie tijdens het onderhandelingsproces is ook dit jaar gevraagd naar de mate waarin respondenten ervaren dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert en naar de continuïteit in de contacten. Van alle respondenten geeft bijna twee derde aan dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert (zie figuur 2.9). Gezondheidscentra geven vaker aan dat hun preferente zorgverzekeraar naar hen luistert dan zorggroepen (zie figuur 2.9). Vorig jaar was dit juist omgekeerd. Vooral zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* heeft ondertekend, geven aan dat zij vinden dat de zorgverzekeraar niet naar hen luistert (31%; zie bijlage B, tabel B.9). Opvallend is dat het percentage gezondheidscentra dat aangeeft dat de zorgverzekeraar naar hen luistert is gestegen van 15% naar 68% (zie figuur 2.9).

Figuur 2.9 De zorgverzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen



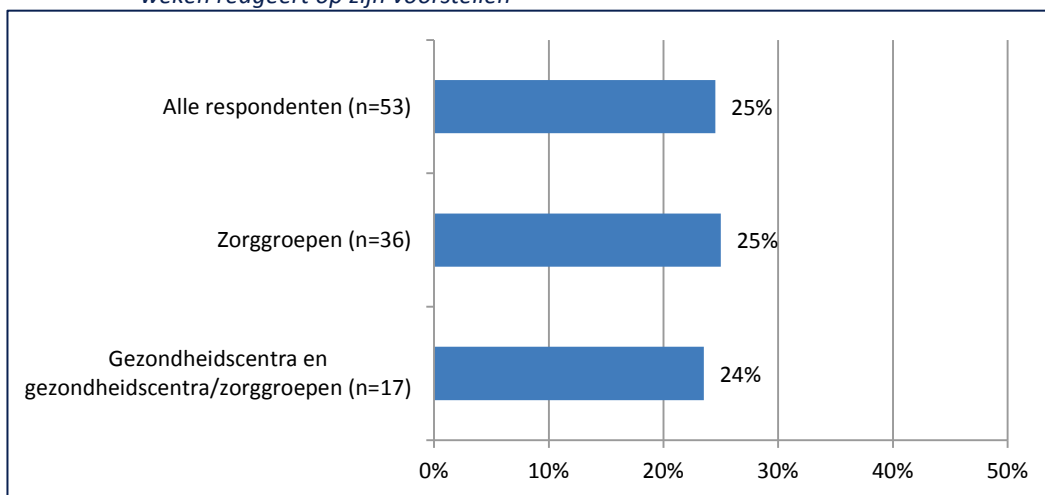
40% van de respondenten geeft aan continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar te missen (zie figuur 2.10). Dit percentage is veel hoger bij zorggroepen dan bij gezondheidscentra. Deze resultaten waren vorig jaar omgekeerd. Dit jaar missen meer zorggroepen continuïteit in de contacten met zorgverzekeraars dan vorig jaar (46% dit jaar ten opzichte van 28% vorig jaar; zie figuur 2.10).

Figuur 2.10 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar



Naast de inhoud van reacties geven de spelregels ook een richtlijn voor de tijdigheid van reacties: zorgverzekeraars en zorggroepen dienen binnen twee weken op elkaars voorstellen te reageren. Ongeveer een vierde van de respondenten geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar over het algemeen binnen twee weken reageert op zijn voorstellen (zie figuur 2.11). Zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft, geven relatief het vaakst aan dat hun preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert (33%, zie bijlage B, tabel B.3).

Figuur 2.11 Percentage respondenten dat aangeeft dat zijn preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert op zijn voorstellen*

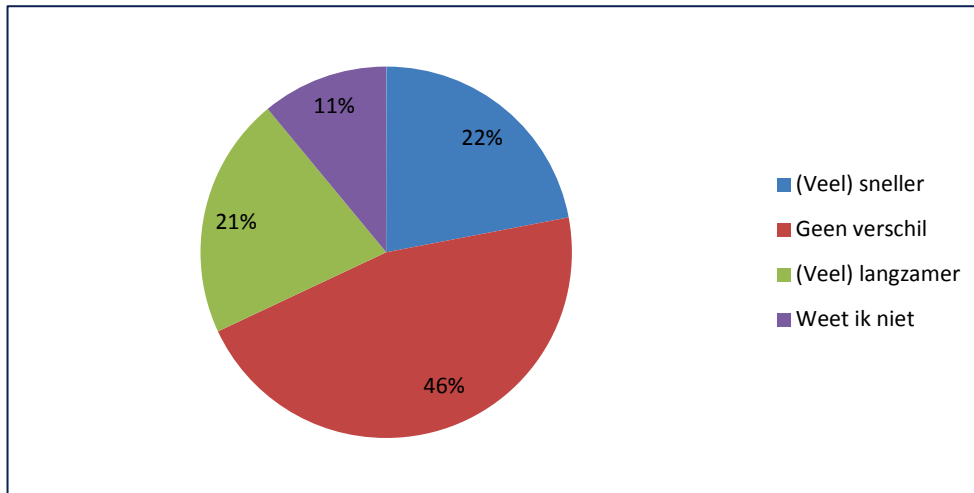


* Exclusief de antwoordcategorie 'weet ik niet'

In vergelijking met het onderzoek tot voorgaande jaren is het percentage zorggroepen dat aangeeft dat hun preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageert gedaald van 50% naar 40% naar 25% (zie figuur 2.11). Dit is opvallend, omdat uit figuur 2.12 blijkt dat het percentage respondenten dat aangeeft dat zijn preferente zorgverzekeraar dit jaar minder snel reageert ongeveer even groot is als het percentage dat aangeeft dat zijn verzekeraar juist sneller reageert. Bijna de helft geeft aan

geen verschil ervaren te hebben tussen de contractering voor 2016 en de contractering voor 2015. Hierin is een verschil te zien tussen zorggroepen en gezondheidscentra. Het percentage zorggroepen dat aangeeft dat de tijdigheid ten opzichte van vorig jaar (veel) langzamer is ligt op 28% en voor gezondheidscentra op 10% (zie bijlage B, tabel B.7).

Figuur 2.12 In welke mate verschilde de tijdigheid van de zorgverzekeraar voor de contractering in 2016 met de tijdigheid voor de contractering in 2015? (alle respondenten, n=53)



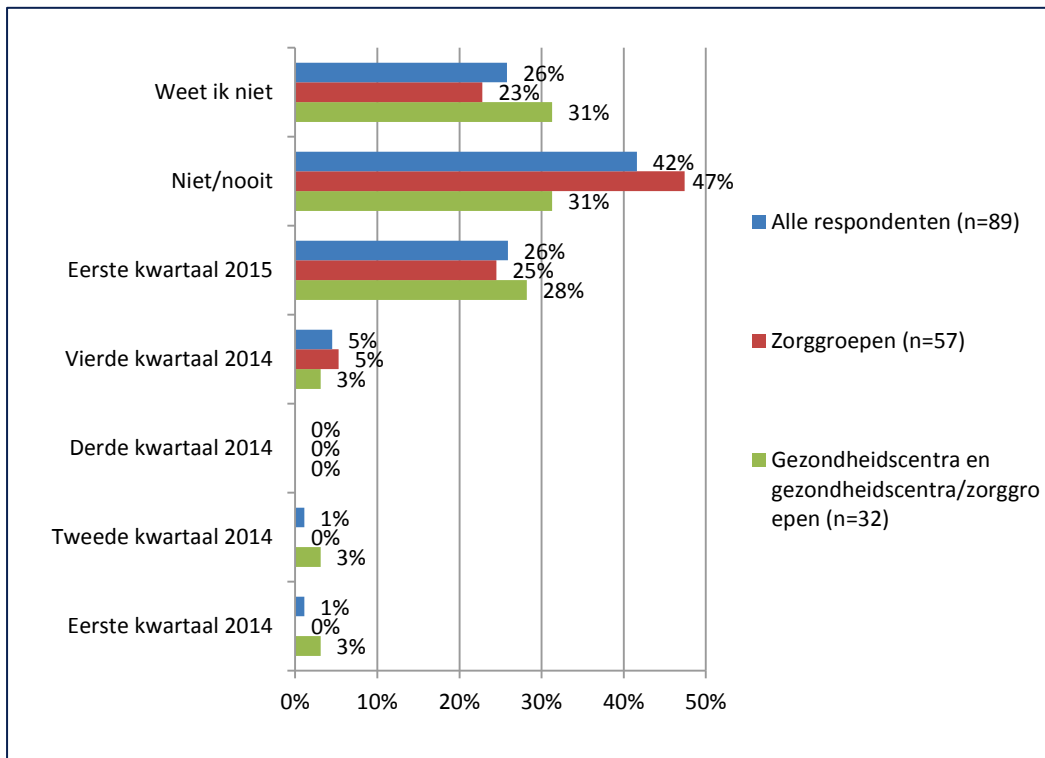
2.6 Volgen door verre verzekeraars

In de spelregels wordt gesteld dat zorgverzekeraars die het contract met de preferente zorgverzekeraar willen volgen, dit voor 15 december moeten laten weten aan de betreffende zorggroep.

In 5% van de contracteringsprocessen hebben verre verzekeraars in het vierde kwartaal van 2015 laten weten het contract met de preferente zorgverzekeraar te volgen (zie figuur 2.13). In 26% van de contracteringsprocessen gebeurde dit in het eerste kwartaal van 2016 en in het merendeel van de processen lieten de verre zorgverzekeraars niet of nooit weten of zij de preferente zorgverzekeraar volgden (42%, zie figuur 2.13). In de periode waarin de vragenlijst is ingevuld, maart 2016, was er voor een groot deel van de zorggroepen en gezondheidscentra dus nog onduidelijkheid over het volgsbeleid van hun verre verzekeraars.

Het percentage verre zorgverzekeraars dat niet of nooit liet weten het contract met de preferente zorgverzekeraar te volgen lag vorig jaar lager, op 33%. Dit is opmerkelijk aangezien dit jaar de vragenlijst een maand later is verstuurd. Voornamelijk zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* hebben ondertekend hebben niets gehoord van verre verzekeraars (63%). Vorig jaar lag dit percentage ruimschoots lager op 37%.

Figuur 2.13 Niet-preferente zorgverzekeraars lieten weten het contract met de preferente zorgverzekeraar te zullen volgen



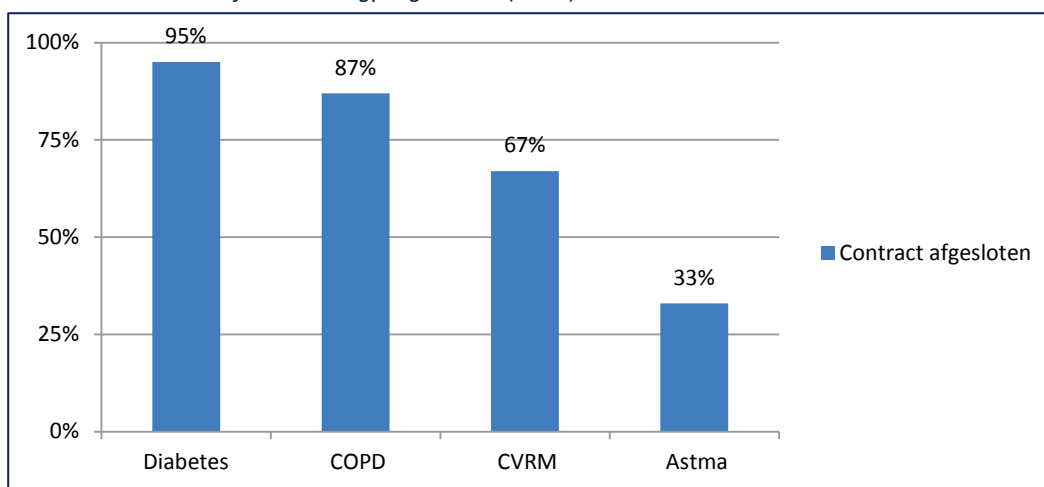
3 De inhoud van contracten

Het meest afgesloten ketenzorgcontract is voor diabeteszorg. Zorggroepen zijn over het algemeen ook het meest tevreden over het contract voor diabeteszorg. Voor gezondheidscentra zijn dit de CVRM-contracten. De tarieven voor de ketenzorgcontracten vallen voor zorggroepen lager uit, waar ze voor gezondheidscentra merendeels gelijk zijn gebleven. Opvallend is dat gezondheidscentra veel minder tevreden zijn over de ketenzorgtarieven dan zorggroepen. Vrijwel alle gezondheidscentra hebben dit jaar een contract voor samenwerking, een zogenaamd GEZ-contract, afgesloten. In tegenstelling tot de tevredenheid over de ketenzorgcontracten, zijn gezondheidscentra meer tevreden over de GEZ-tarieven ten opzichte van vorig jaar. Respondenten geven aan in zowel het geval van ketenzorgcontracten als in het geval van de GEZ-module, dat de volumes gelijk liggen aan de volumes van vorig jaar. Daarnaast zijn bekostigingsafspraken voor het merendeel gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar. De afspraken over het belonen van uitkomsten zijn dit jaar twee keer zo vaak als vorig jaar gebaseerd op een bonus- en malussysteem. Tot slot maakt de helft van alle zorggroepen en gezondheidscentra geen afspraken over innovatie en zorgvernieuwing met hun zorgverzekeraar. Meerdere gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild maar dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de plannen.

3.1 Ketenzorgcontracten

Van de respondenten die aangeven een ketenzorgcontract gesloten te hebben heeft 95% een contract voor diabeteszorg (zie figuur 3.1). Het percentage respondenten met een contract voor COPD of CVRM is ook hoog, 87% en 67% respectievelijk. Deze resultaten zijn overeenkomstig de resultaten van vorig jaar. 33% van de respondenten heeft een contract voor astmazorg, dit is een stijging van bijna 15 procentpunten ten opzichte van vorig jaar.

Figuur 3.1 Percentage respondenten dat een ketenzorgcontract heeft afgesloten voor diabetes-, COPD-, CVRM- of astma-zorgprogramma (n=55)

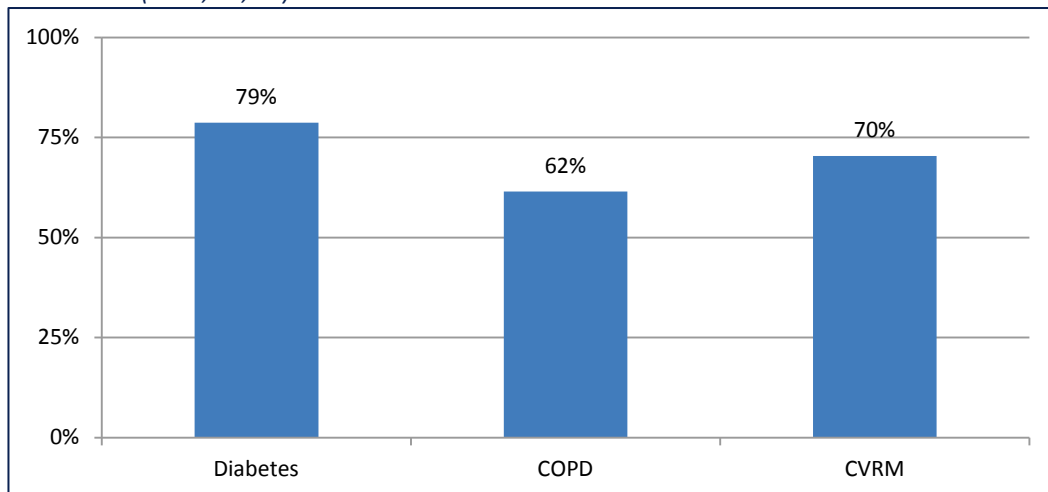


Bij een deel van de respondenten die een bepaald ketenzorgcontract wilde afsluiten is dit niet gebeurd. Dit speelt net als vorig jaar vooral bij astmazorg: 12 respondenten gaven aan wel een ketenzorgcontract voor astmazorg te willen, maar niet afgesloten te hebben. Voor CVRM geldt dat 8 respondenten aangaven wel een ketenzorgcontract te willen, maar niet afgesloten te hebben. Bij COPD en diabetes speelt dit bij respectievelijk twee respondenten en één respondent.

Wanneer respondenten aan hebben gegeven over meerdere ketenzorgprogramma's te beschikken, hebben we gevraagd welke, maximaal twee, programma's het belangrijkste zijn voor hun organisatie. 95% geeft aan dat het diabetesprogramma tot één van de twee belangrijkste programma's behoort. Dit percentage ligt voor CVRM op 65%, voor COPD op 25% en voor de astmazorg op 4%. Alle volgende vragen over ketenzorgcontracten zijn beantwoord over de ketenzorgprogramma's die de respondenten aan hebben gegeven dat het belangrijkste is voor hun organisatie.

We hebben zorggroepen en gezondheidscentra en zorggroepen gevraagd op welk moment het ketenzorgcontract *schriftelijk* overeengekomen is. Van de respondenten die aangeven dat het contract voor diabeteszorg voor hen het belangrijkste contract is, geeft 79% van de respondenten aan dat het contract voor februari 2016 schriftelijk overeengekomen is (zie figuur 3.2). Voor contracten voor COPD-zorg ligt dit percentage op 62% en voor contracten voor CVRM-zorg op 70%. Voor het contract voor astmazorg zijn hierover geen gegevens omdat de twee gezondheidscentra die aan hebben gegeven dat dit contract voor zijn organisatie het belangrijkste contract was, deze vraag niet hebben beantwoord.

Figuur 3.2 Percentage ketenzorgcontracten dat voor februari 2016 schriftelijk is overeengekomen (n=47, 13, 27)

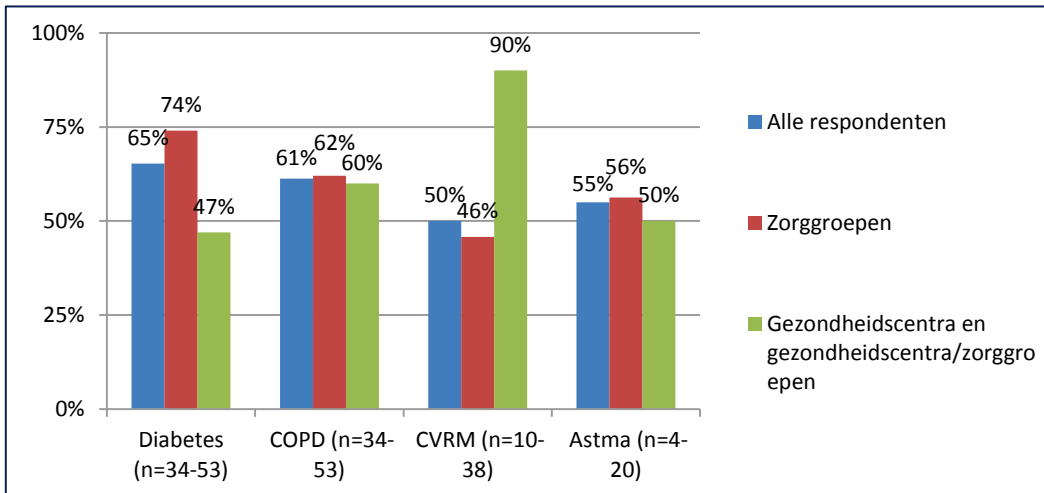


3.1.1 Tevredenheid inhoud ketenzorgcontracten

Voor elk van de ketenzorgprogramma's is gevraagd hoe tevreden zorggroepen en gezondheidscentra zijn over het ketenzorgcontract. Het percentage respondenten dat tevreden is over de afspraken in het ketenzorgcontract is met 50% het laagst voor CVRM (zie figuur 3.3). Dit zagen we vorig jaar ook. Het percentage respondenten dat tevreden is over de afspraken in het ketenzorg is voor diabetescontracten met 65% het hoogst (zie figuur 3.3).

Gezondheidscentra zijn over het algemeen minder tevreden met de ketenzorgcontracten voor ketenzorgprogramma's dan zorggroepen (zie figuur 3.3). Een uitzondering zijn de CVRM-contracten, waarover gezondheidscentra juist erg tevreden zijn. 90% van de gezondheidscentra is tevreden over de afspraken betreffende de CVRM-contracten.

Figuur 3.3 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken in het ketenzorgcontract*



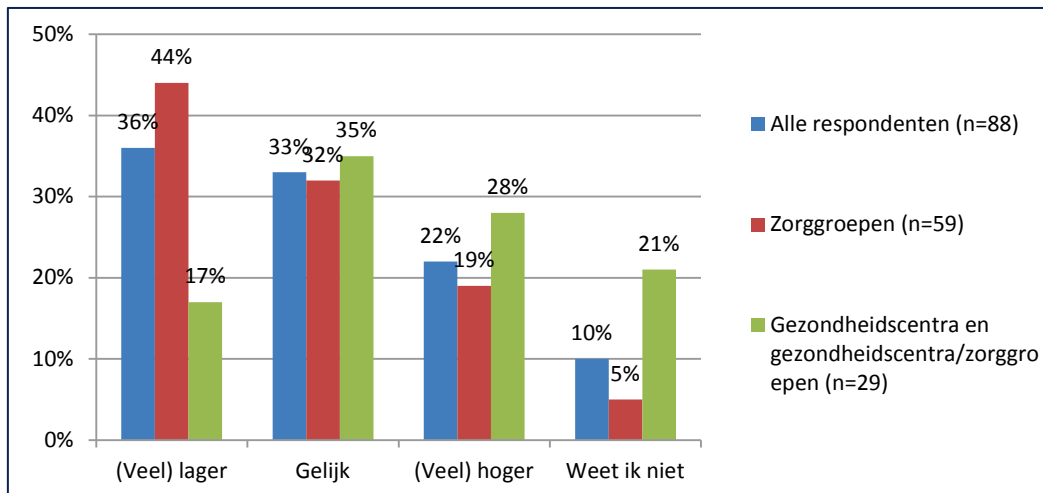
* *percentage (helemaal) eens, exclusief 'weet ik niet'*, let op: de n onder CVRM en astma is erg laag, deze n behoort tot gezondheidscentra

Naast algemene tevredenheid is ook gevraagd naar de tevredenheid met tarieven, volumes en kwaliteitsafspraken in de contracten voor ketenzorgprogramma's. Over het algemeen zijn de respondenten iets tevredener over de afspraken over volumes dan over tarieven en afspraken over kwaliteit. Zorggroepen zijn beduidend meer tevreden over de tarieven dan gezondheidscentra (zie bijlage B, tabellen B.30-B.45).

3.1.2 Tarieven en volumes ketenzorgcontracten

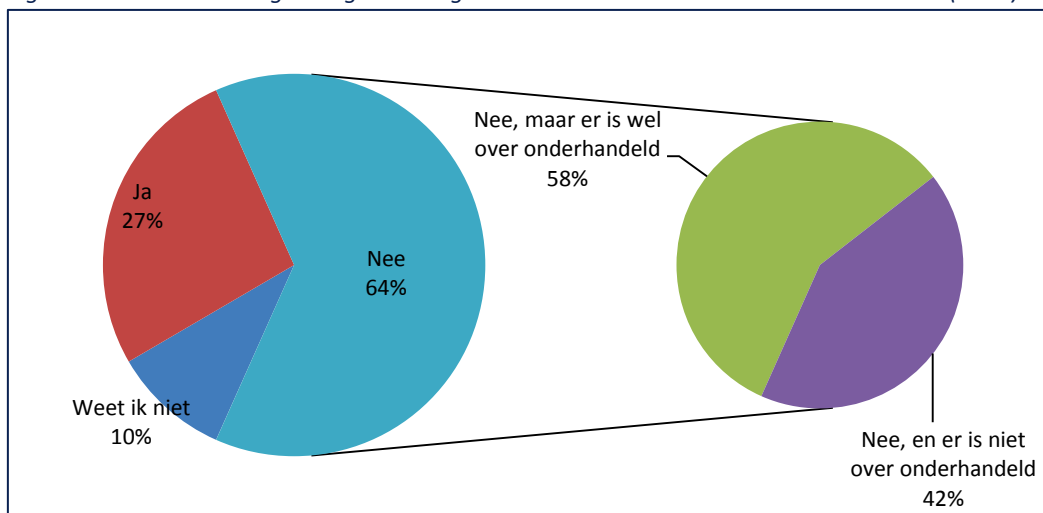
In 36% van de ketenzorgcontracten voor 2016 liggen de tarieven volgens zorggroepen en gezondheidscentra lager dan de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2015 (zie figuur 3.4). Vorig jaar lag dit percentage iets hoger. 44% van de zorggroepen geven aan dat de tarieven (veel) lager liggen dan vorig jaar (zie figuur 3.4). 35% van de gezondheidscentra geeft aan dat de tarieven gelijk liggen in vergelijking met vorig jaar (zie figuur 3.4). Opvallend is dat bijna 30% van de gezondheidscentra aangeven dat de tarieven (veel) hoger liggen in vergelijking met vorig jaar (zie figuur 3.4).

Figuur 3.4 Hoe verhouden zich de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2016 zich met de tarieven in de ketenzorgcontracten voor 2015?



In 27% van de ketenzorgcontracten is een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven (zie figuur 3.5). In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat er ruimte moet zijn voor een jaarlijkse budgettaire groeiruimte van 2,5% (waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning). Als de verzekeraar aanvullende afspraken maakt over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, zullen daar aanvullende financiële afspraken over moeten worden gemaakt. De financiële middelen moeten daarbij de gesubstitueerde zorg volgen om te voorkomen dat het macrobudget wordt overschreden.² Deze indexering is dus in een meerderheid van alle zorggroepen en gezondheidscentra niet toegepast.

Figuur 3.5 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven? (n=94)



² Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Organisatie voor Keten zorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017, 16 juli 2013

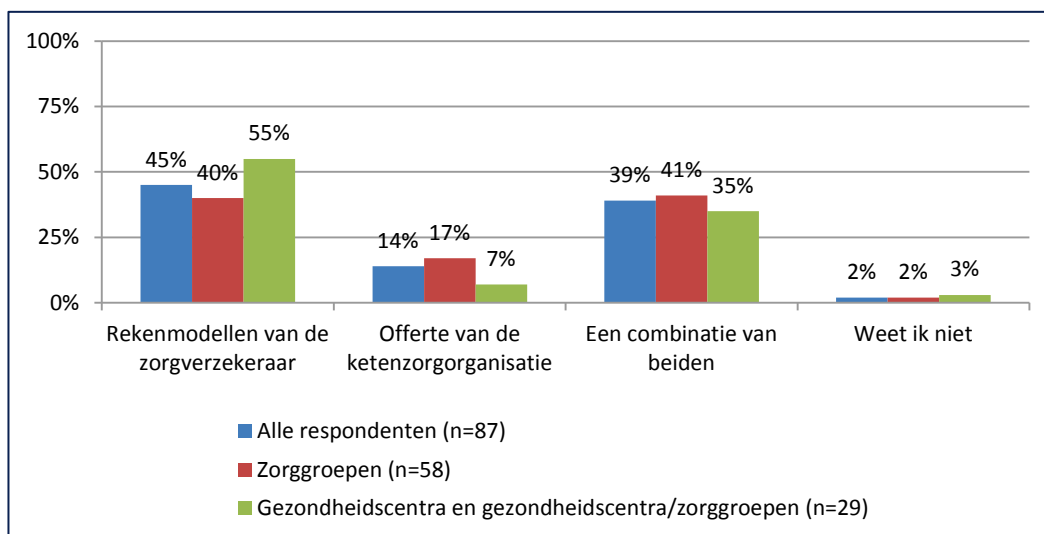
Het percentage ketenzorgcontracten waarbij een vergoeding overeen is gekomen voor het indexeren van de tarieven is ten opzichte van vorig jaar verdubbeld (van 14% vorig jaar naar 27% dit jaar, zie figuur 3.5). Zorggroepen en gezondheidscentra waar geen vergoeding overeen is gekomen voor het indexeren van de tarieven geven in 58% van de gevallen aan dat er wel over is onderhandeld. Vorig jaar lag dit percentage op 40%.

In figuur 3.6 is te zien dat de bekostigingsafspraken in bijna de helft van de ketenzorgcontracten gebaseerd zijn op een rekenmodel van de zorgverzekeraar. Dit geeft aan dat er weinig ruimte voor zorggroepen en gezondheidscentra is om te onderhandelen. In 39% van de contracten zijn de bekostigingsafspraken gebaseerd op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie.

Ten opzichte van vorig jaar is het percentage contracten waarin de bekostigingsafspraken alleen gebaseerd zijn op rekenmodellen van zorgverzekeraars vergelijkbaar. Het percentage contracten waarin de bekostigingsafspraken gebaseerd zijn op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie is toegenomen (van 32% naar 39%, zie figuur 3.6).

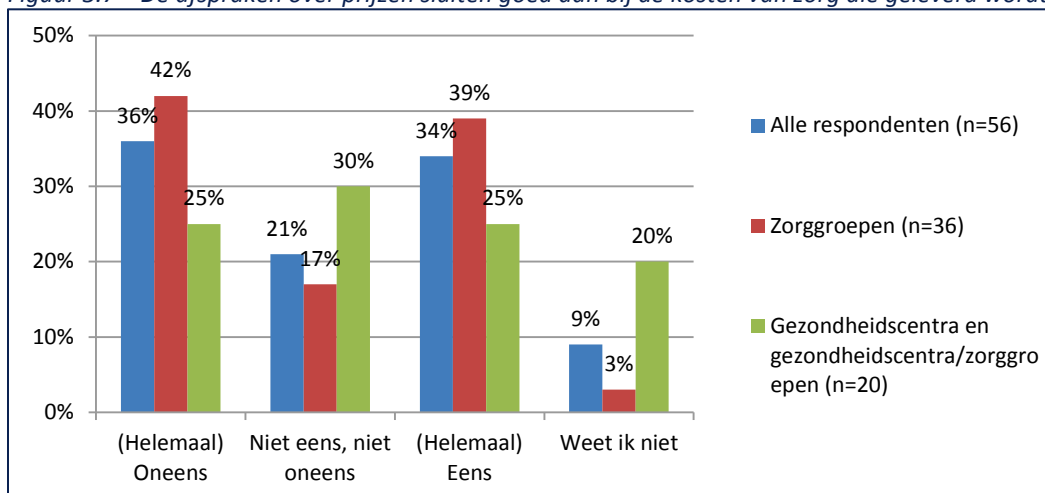
In contracten van zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *niet* ondertekend heeft, zijn bekostigingsafspraken minder vaak alleen gebaseerd op rekenmodellen van de zorgverzekeraar (zie bijlage B, tabel B.48). Dit is in overeenstemming met de bevinding van vorig jaar.

Figuur 3.6 Waar zijn de bekostigingsafspraken in het ketenzorgcontract op gebaseerd?



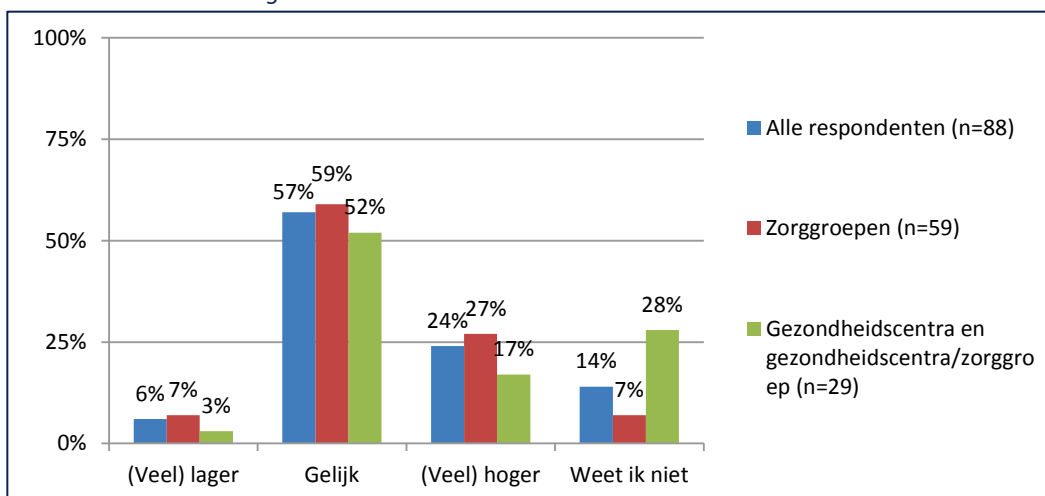
Figuur 3.7 laat zien in welke mate de afgesproken prijzen volgens zorggroepen en gezondheidscentra aansluiten bij de zorg die zij leveren. Net als vorig jaar geeft ongeveer één derde van alle respondenten aan dat de afspraken over prijzen aansluiten bij de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt (zie figuur 3.7). 42% van de zorggroepen geeft aan dat de afgesproken prijzen niet goed aansluiten bij de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt (zie figuur 3.7). Dit percentage ligt voor gezondheidscentra op 25%, waar dit percentage vorig jaar nog op 65% lag.

Figuur 3.7 De afspraken over prijzen sluiten goed aan bij de kosten van zorg die geleverd wordt



De afgesproken volumes in de ketenzorgcontracten voor 2016 zijn in een meerderheid van de contracten gelijk aan de afgesproken volumes voor de ketenzorgcontracten over 2015 (zie figuur 3.8). Dit geldt zowel voor zorggroepen als voor gezondheidscentra. Naar verwachting liggen de afgesproken volumes in de ketenzorgcontracten voor zorggroepen vaker hoger dan voor gezondheidscentra. Mogelijk heeft dit te maken met het aantal huisartsen in een zorggroep, dat veelal hoger is dan het aantal in gezondheidscentra.

Figuur 3.8 Hoe verhouden zich de volumes in de ketenzorgcontracten voor 2016 zich met de volumes in de ketenzorgcontracten voor 2015



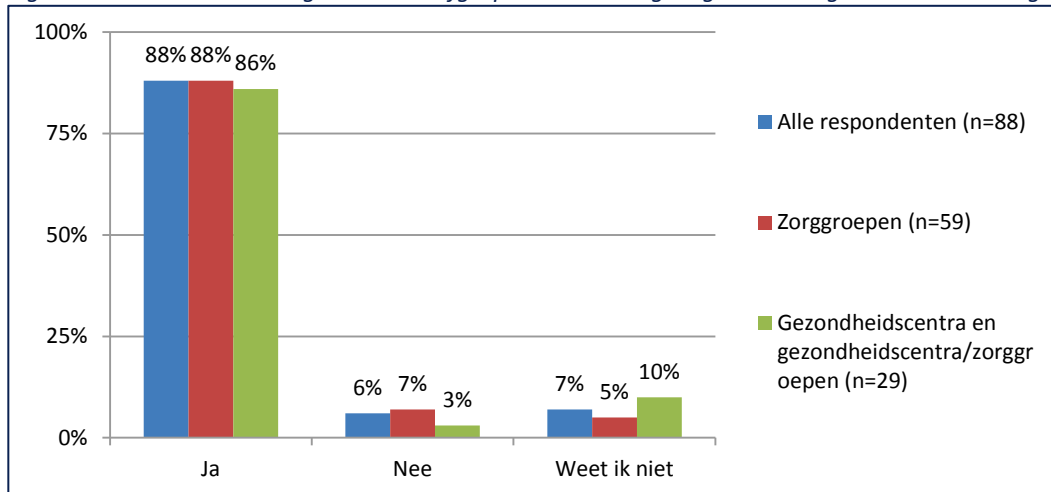
3.1.3 Kwaliteit ketenzorgcontracten

In de spelregels wordt genoemd dat de zorg die zorggroepen en gezondheidscentra leveren, volgens de Zorgstandaard geleverd moet worden.

Zorgstandaarden beschrijven de norm waaraan multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten moet voldoen. Er zijn Zorgstandaarden voor verschillende chronische ziekten. In Zorgstandaarden staat niet wie de zorg aan chronisch zieke patiënten moet geven, maar wel hoe deze zorg gegeven moet worden (Lammers en Te Vaarwerk, 2012).

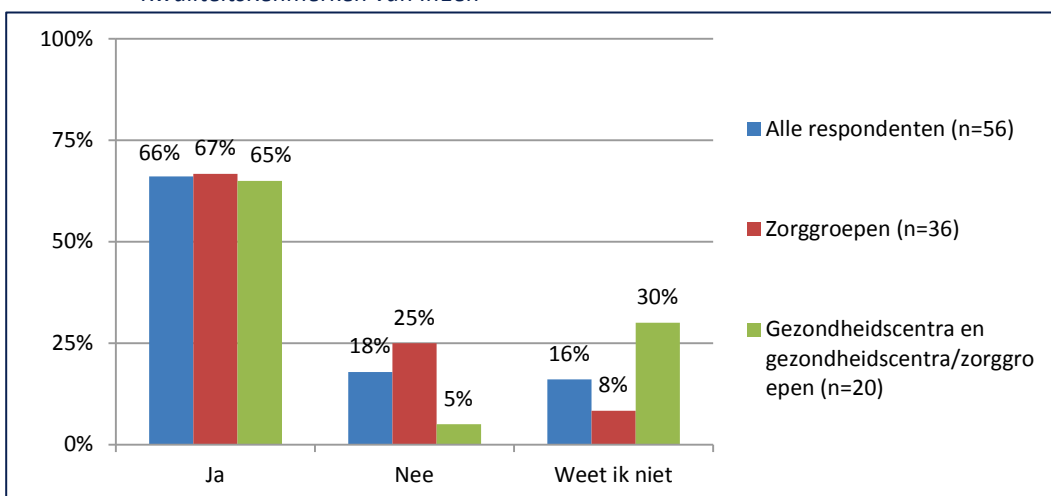
In vrijwel alle ketenzorgcontracten is afgesproken dat zorg wordt geleverd volgens de Zorgstandaard (zie figuur 3.9). Het percentage respondenten dat aangeeft dat in het ketenzorgcontract is afgesproken dat de zorg volgens de Zorgstandaard wordt geleverd, kent ten opzichte van 2014 een licht dalende lijn: het percentage lag in 2014 op 95%, in 2015 op 92% en dit jaar op 88%. De daling ten opzichte van 2015 gaat samen met een stijging van het percentage dat aangeeft het niet te weten (7% dit jaar, zie figuur 3.9 ten opzichte van 2% vorig jaar).

Figuur 3.9 In het ketenzorgcontract is afgesproken dat zorg volgens de Zorgstandaard wordt geleverd



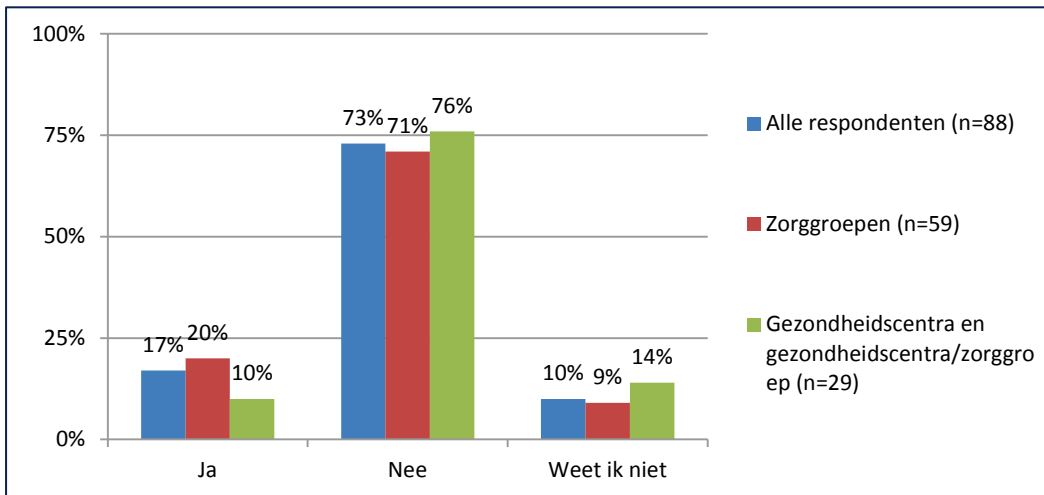
Naast de Zorgstandaarden, die richtlijnen bieden op het gebied van kwaliteit van zorg, zijn er de Kritische KwaliteitsKenmerken ontwikkeld door InEen. Volgens de spelregels moeten afspraken over kwaliteit in de ketenzorgcontracten aansluiten bij deze Kritische KwaliteitsKenmerken. Ongeveer twee derde van de respondenten geeft aan dat dit ook het geval is (zie figuur 3.10). Net als vorig jaar weet een relatief groot percentage gezondheidscentra niet of de gemaakte afspraken aansluiten bij de Kritische KwaliteitsKenmerken. Dit is niet opmerkelijk omdat de Kritische KwaliteitsKenmerken gericht zijn op zorggroepen en niet op gezondheidscentra. De resultaten zijn in overeenkomst met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 3.10 De afspraken over kwaliteit in de ketenzorgcontracten sluiten aan bij de Kritische KwaliteitsKenmerken van InEen



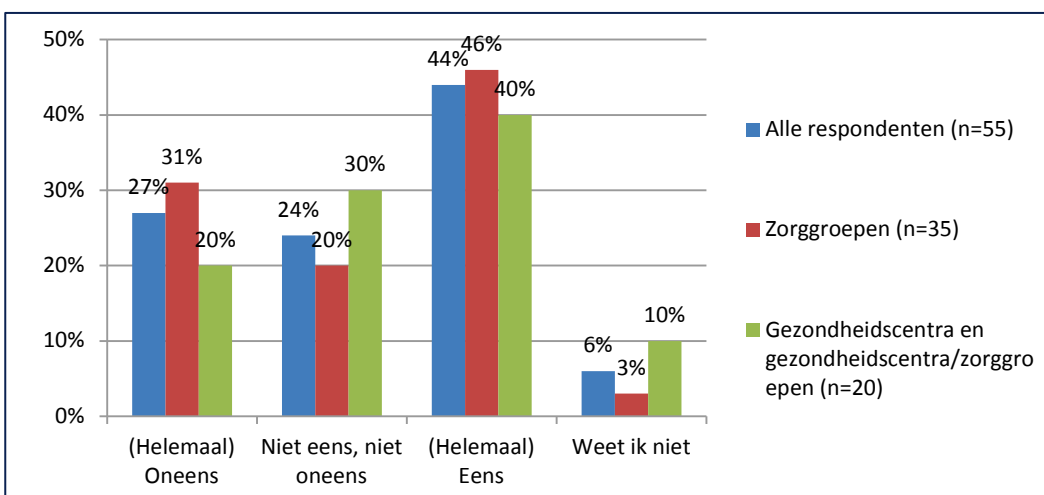
Ook is gevraagd of zorgverzekeraars aanvullende kwaliteitseisen stellen. Dit is in 17% van de ketenzorgcontracten gebeurd (zie figuur 3.11). Het percentage is het hoogst voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels heeft ondertekend (35%, zie bijlage B, tabel B.47). Opvallend is dat het percentage gezondheidscentra, dat aangeeft dat er door de zorgverzekeraar in aanvulling op de Zorgstandaard en de Kritische Kwaliteitskenmerken *geen* extra kwaliteitseisen zijn toegevoegd, is gestegen (van 46% naar 76%, zie figuur 3.11).

Figuur 3.11 Werden er door de zorgverzekeraar in aanvulling op de Zorgstandaard en de Kritische Kwaliteitskenmerken extra kwaliteitseisen toegevoegd?



44% van de respondenten geeft aan dat de afgesproken kwaliteitseisen ook daadwerkelijk bijdragen aan het leveren van betere zorg (zie figuur 3.12). Dit percentage is ruimschoots lager dan het percentage vorig jaar (58%). Vooral het percentage zorggroepen dat aangeeft het (helemaal) oneens te zijn met deze stelling is toegenomen (van 21% naar 31%, zie figuur 3.12).

Figuur 3.12 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken dragen bij aan het realiseren van een betere kwaliteit van zorg door mijn organisatie

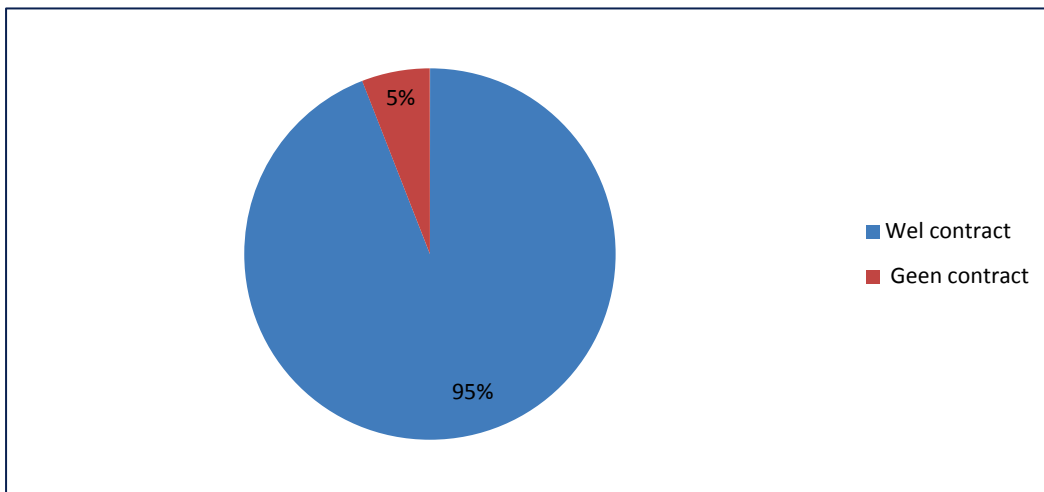


3.2 GEZ-modules

Gezondheidscentra kunnen GEZ-modules afsluiten met zorgverzekeraars. Van de gezondheidscentra die deelnamen aan dit onderzoek heeft 95% een contract voor de zogenaamde GEZ-module (zie figuur 3.13).

De vragen over de GEZ-modules zijn alleen aan gezondheidscentra gesteld en niet aan zorggroepen.

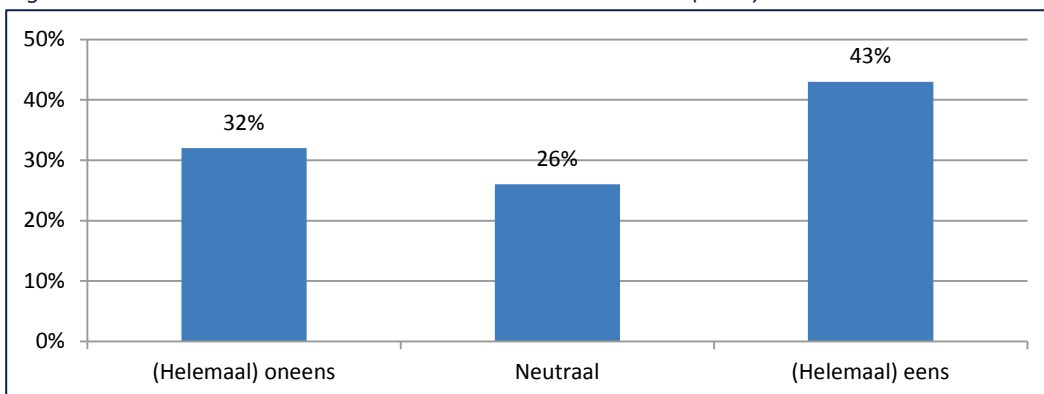
Figuur 3.13 Heeft uw gezondheidscentrum een contract voor een GEZ-module? (n=38)



3.2.1 Tevredenheid tarieven GEZ-modules

Aan gezondheidscentra is gevraagd in welke mate ze tevreden zijn met de tarieven die in de GEZ-modules worden afgesproken. 43% van de gezondheidscentra geeft aan tevreden te zijn met deze tarieven (zie figuur 3.14) ten opzichte van 29% vorig jaar. 32% van de gezondheidscentra is ontevreden.

Figuur 3.14 Ik ben tevreden over de tarieven in de GEZ-module (n=35)

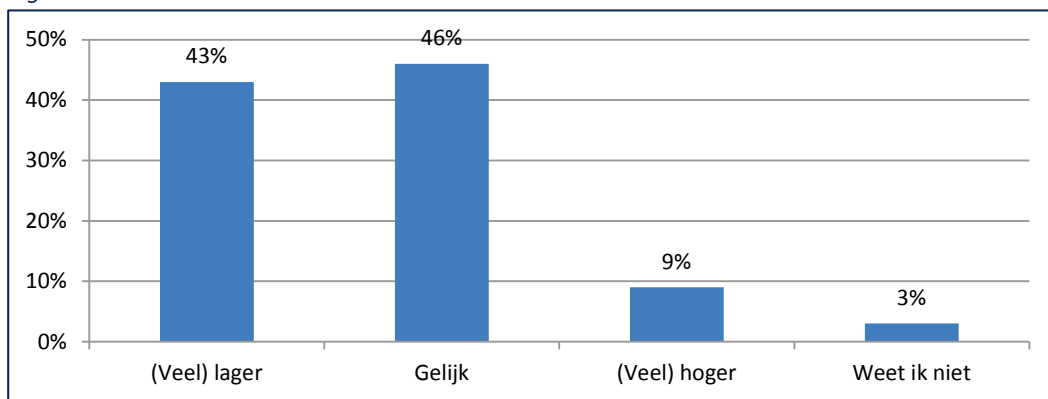


3.2.2 Tarieven en volumes GEZ-modules

Voor veel gezondheidscentra zijn de tarieven en de volumes in de GEZ-modules ongeveer gelijk aan de tarieven en volumes vorig jaar. Dit is niet verwonderlijk, omdat GEZ 2015 voor de meeste zorgverzekeraars gelijkstaat aan GEZ 2016. Deze resultaten komen overeen met de ervaringen van gezondheidscentra met de tarieven in de ketenzorgcontracten.

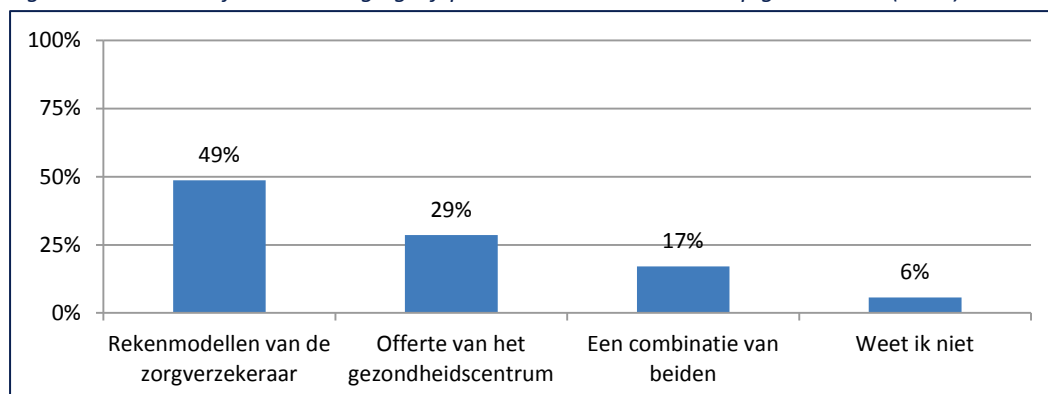
In figuur 3.15 is te zien dat bijna de helft van de gezondheidscentra aangeeft dat de afgesproken tarieven in de GEZ-module voor 2016 gelijk is aan de afgesproken tarieven voor 2015. 43% geeft aan dat de tarieven dit jaar lager liggen dan vorig jaar. Dit percentage lag vorig jaar op 22%. Deze daling is te verklaren doordat het merendeel van de respondenten dat aangeeft dat de tarieven lager liggen dan vorig jaar, een preferente zorgverzekeraar hebben die dit jaar een korting uit het verleden heeft gerealiseerd.

Figuur 3.15 Hoe verhouden zich de tarieven in de GEZ-module voor 2016 tot de tarieven in 2015? (n=35)



In bijna de helft van de contracten voor een GEZ-module zijn de bekostigingsafspraken alleen gebaseerd op de rekenmodellen van de zorgverzekeraar (zie figuur 3.16). We zagen hetzelfde bij de ketenzorgcontracten. Gezondheidscentra maken bij ketenzorgcontracten meer gebruik van een combinatie van beide dan bekostigingsafspraken gebaseerd in de GEZ-module (17%, zie figuur 3.16 ten opzichte van 35%, zie figuur 3.6).

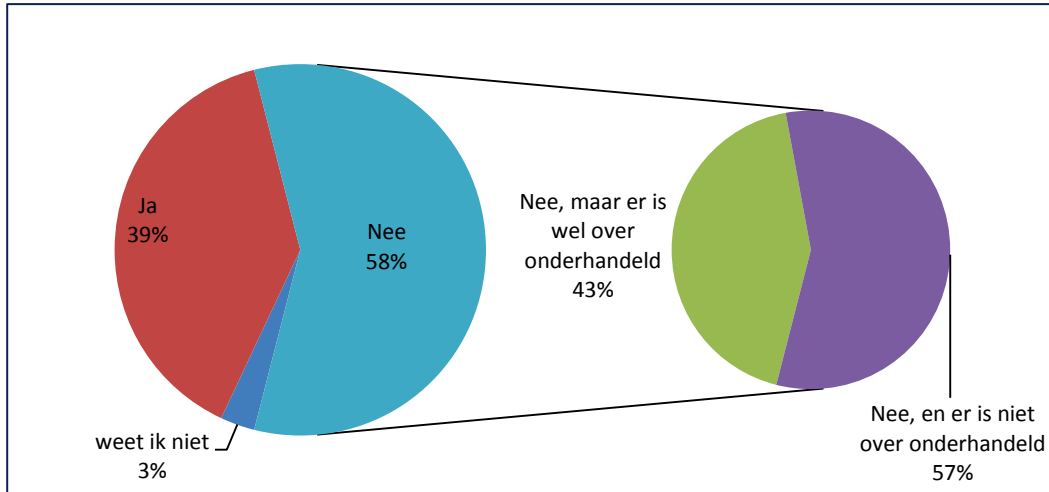
Figuur 3.16 Waar zijn de bekostigingsafspraken in de GEZ-module op gebaseerd? (n=35)



In bijna 40% van de GEZ-contracten is een vergoeding voor indexering overeengekomen (zie figuur 3.17). Vorig jaar was dit 14%. Dit percentage is hoger dan het percentage ketenzorgcontracten

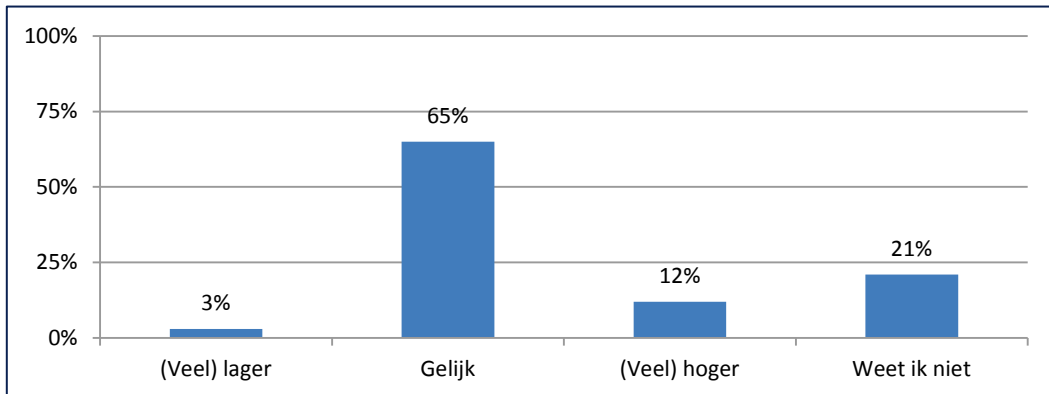
waarin een vergoeding voor indexerend overeen gekomen is, die ligt namelijk op 27% (zie figuur 3.5). Wanneer er geen vergoeding overeen is gekomen voor het indexerend van de tarieven is er wel minder ruimte om te onderhandelen dan in het geval van de ketenzorgcontracten (43%, zie figuur 3.17 ten opzichte van 58%, zie figuur 3.5).

Figuur 3.17 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexerend van de tarieven in de GEZ-module? (n=36)



In figuur 3.18 is te zien dat in 65% van de contracten de volumes in de GEZ-module voor 2016 ongeveer gelijk zijn aan de volumes in 2015. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage ketenzorgcontracten waarin de volumes gelijk zijn aan de volumes vorig jaar. Dit is in lijn met de verwachtingen van InEen.

Figuur 3.18 Hoe verhouden zich de volumes in de GEZ-module voor 2016 tot de volumes in 2015? (n=34)

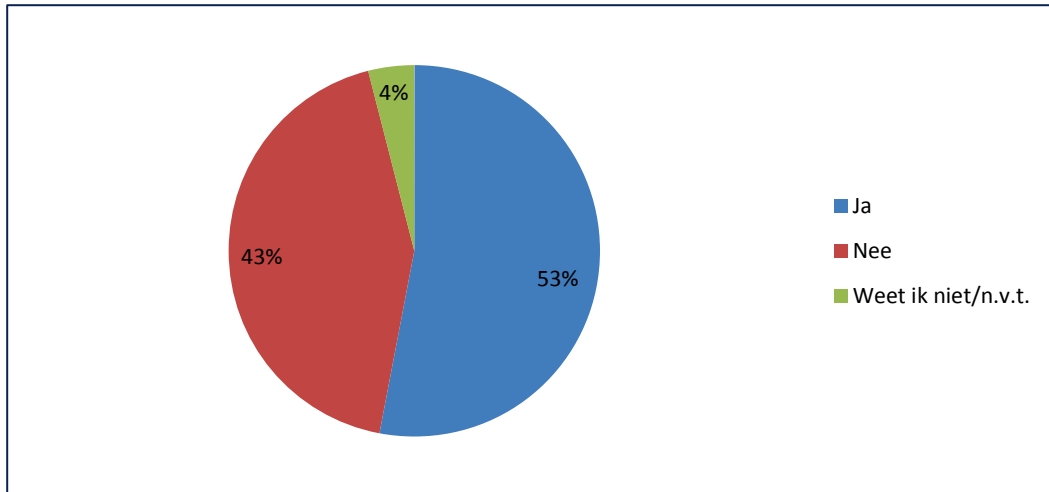


3.3 Belonen van uitkomsten

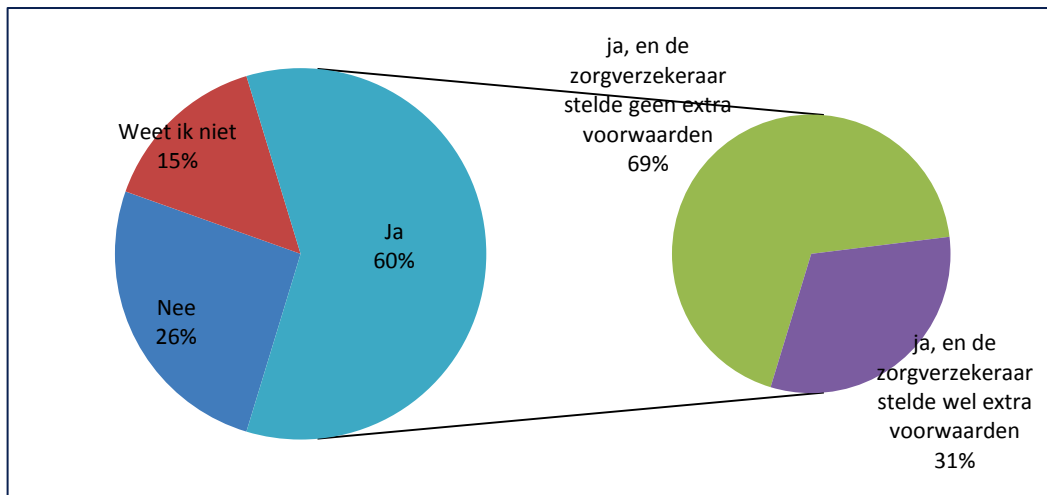
Sinds 1 januari 2015 is er een nieuw systeem van financiering voor de huisartsenzorg. Dit systeem bestaat uit drie segmenten. Segment 3 bestaat uit vergoedingen voor het belonen van uitkomsten en het belonen van innovatie en zorgvernieuwing. In deze paragraaf komt het belonen van uitkomsten aan bod.

Ruim de helft van de respondenten heeft afspraken gemaakt met zijn preferente zorgverzekeraar over het belonen van uitkomsten (zie figuur 3.19). 60% van de respondenten geeft aan dat de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd zijn op landelijke afspraken (zie figuur 3.20). Ten opzichte van vorig jaar is dit percentage iets gestegen (vorig jaar was het 54%). Van deze respondenten geeft ongeveer 30% aan dat de zorgverzekeraar aanvullende eisen stelde. Dit percentage komt overeen met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 3.19 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over het belonen van uitkomsten? (n=51)



Figuur 3.20 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op landelijke afspraken? (n=27)



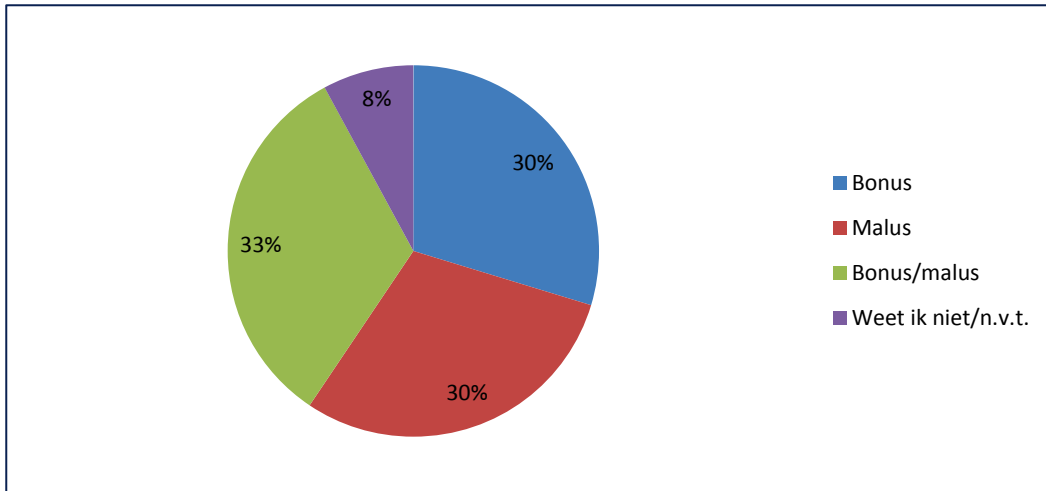
3.3.1 Tarieven en volumes belonen van uitkomsten

De afspraken over het belonen van uitkomsten kunnen gebaseerd zijn op een bonus- en/of een malussysteem. In een bonussysteem krijgt de zorggroep of het gezondheidscentrum een bonus als het voldoet aan een streefwaarde voor een uitkomstindicator. In een malussysteem volgt een boete als er niet aan de streefwaarde voldaan wordt.

Zowel een derde van de respondenten geeft aan dat de afspraken in hun contract gebaseerd zijn op een bonussysteem, op een malussysteem of op een bonus- en malussysteem (zie figuur 3.22).

Het percentage respondentent dat aangeeft dat deze afspraken zijn gebaseerd op een zowel bonus- als malussysteem is ten opzichte van vorig jaar verdubbeld (van 16% naar 33%, zie figuur 3.22).

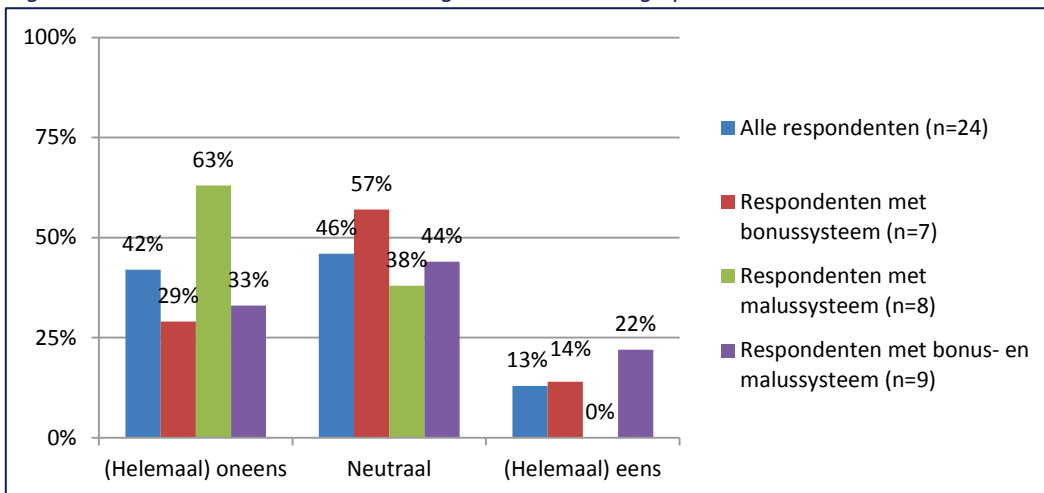
Figuur 3.22 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op een bonus-, malus-, of bonus- en malussysteem? (n=27)



3.3.2 Tevredenheid belonen van uitkomsten

13% van de respondentent geeft aan tevreden te zijn over de hoogte van de beloningen op basis van uitkomsten (zie figuur 3.21) ten opzichte van 23% vorig jaar. Ruim 40% is juist ontevreden. Respondentent met een malussysteem zijn het vaakst ontevreden (63%) en respondentent met een bonus- en malussysteem zijn het vaakst tevreden (22%). Resultaatbeloning is een van de pijlers van Segment 3 maar lijkt niet tot een hoge tevredenheid te leiden.

Figuur 3.21 Ik ben tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten



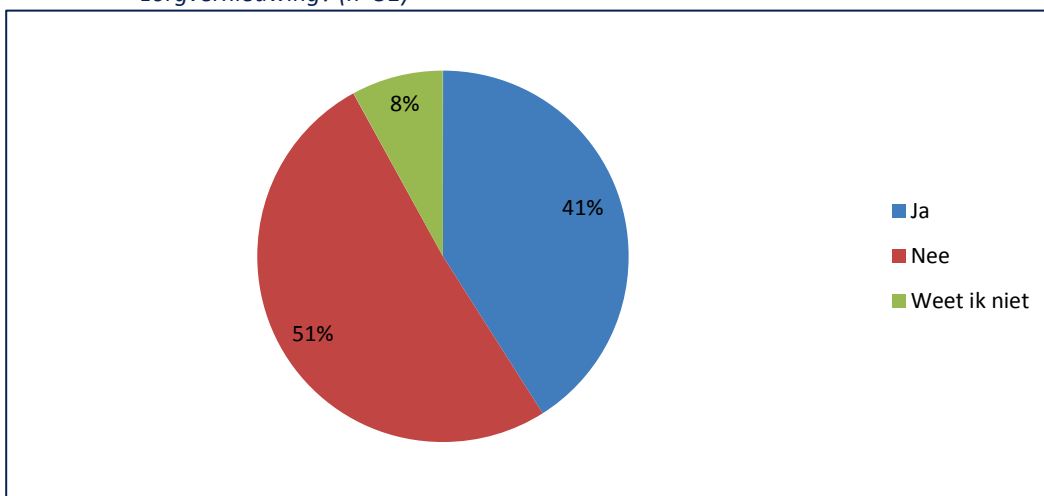
3.4 Innovatie en zorgvernieuwing

51% van de respondentent geeft aan dat zij geen afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing. Het percentage zorggroepen en gezondheids-

centra dat afspraken heeft gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing is ten opzichte van vorig jaar wel iets gestegen van 34% naar 41% (zie figuur 3.23).

Verschillende gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild, maar dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de plannen. Van de 39 innovatieprojecten die respondenten hebben aangevraagd, zijn er 20 niet goedgekeurd door de zorgverzekeraar. Innovatieve projecten waar zorgverzekeraars het vaakst niet mee hebben ingestemd zijn gericht op depressie. Daarnaast worden projecten gericht op astma, populatie gebonden zorg en orthopedie genoemd. Daarentegen worden innovatieve projecten op het gebied van ouderenzorg in de helft alle gevallen wel door de zorgverzekeraar gesteund.

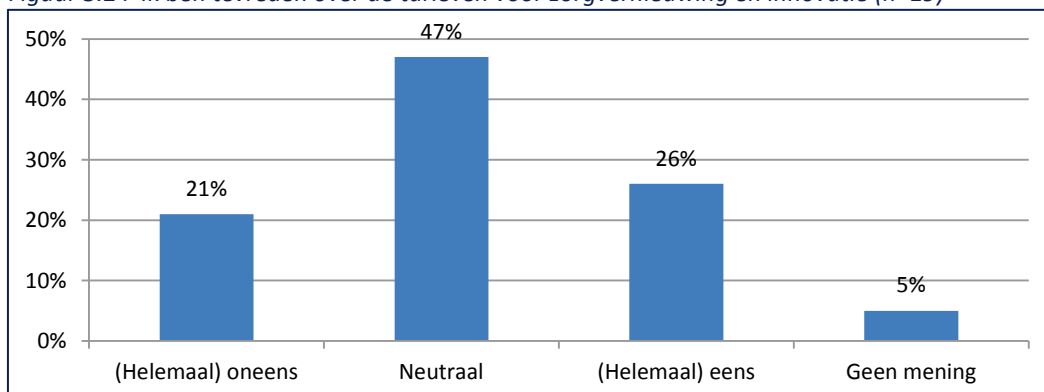
Figuur 3.23 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing? (n=51)



3.4.1 Tevredenheid tarieven innovatie en zorgvernieuwing

Eén op de vijf respondenten is ontevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie (zie figuur 3.24). Dit is ongeveer gelijk aan het percentage van vorig jaar.

*Figuur 3.24 Ik ben tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie (n=19)**

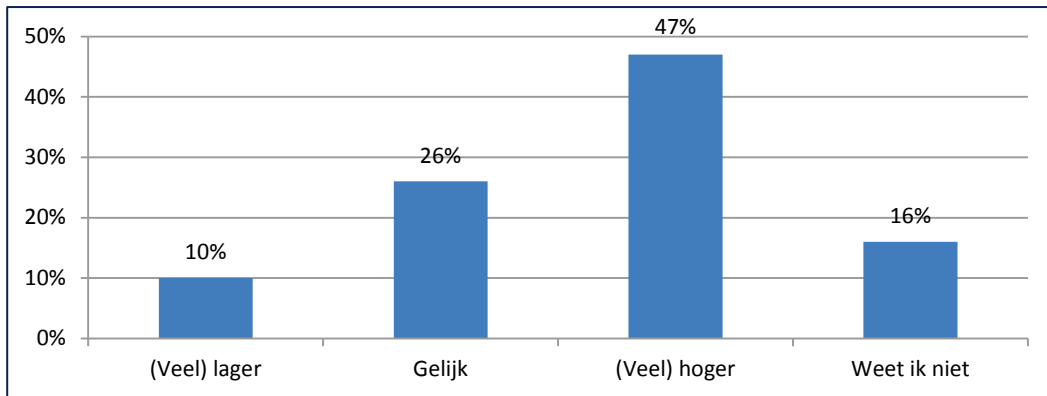


* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing met de zorgverzekeraar.

3.4.2 Tarieven en volumes innovatie en zorgvernieuwing

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing ten opzichte van vorig jaar hoger ligt (zie figuur 3.25). Dit resultaat is vergelijkbaar met vorig jaar.

*Figuur 3.25 Hoe verhoudt de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing voor 2016 zich met de omvang ervan vorig jaar? (n=19)**



* Deze vraag is alleen beantwoord door respondenten die hebben aangegeven dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt over innovatie en zorgvernieuwing met de zorgverzekeraar.

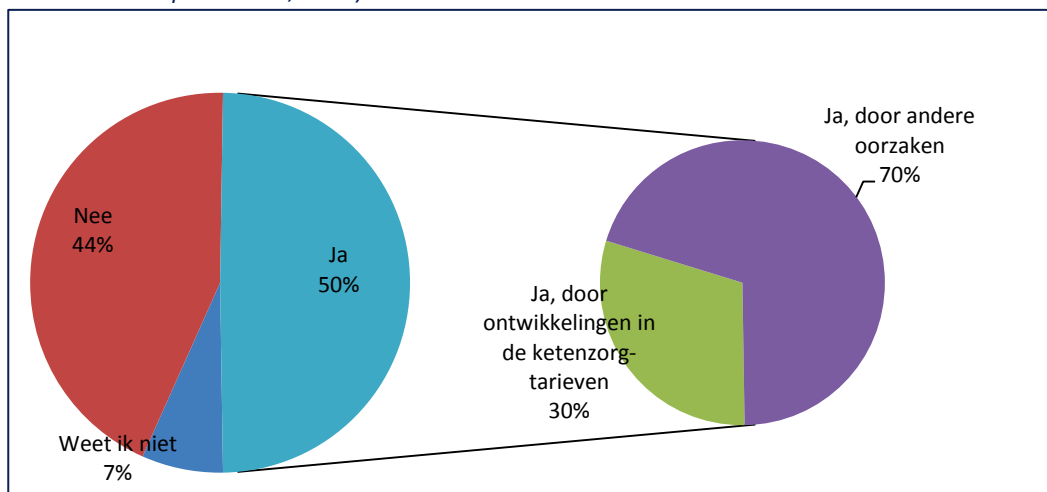
4 De financiële aspecten van contractering

De helft van de ketenzorgorganisaties en drie vierde van de gezondheidscentra maken zich zorgen over het voortbestaan van hun organisatie. Net als vorig jaar hebben zorggroepen over het algemeen betere ervaringen met de financiële aspecten van contractering dan gezondheidscentra. Zo hebben zorggroepen vaker afspraken gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan, hebben zij een hogere financiële transparantie dan gezondheidscentra en is in hun contracten vaker afgesproken dat de organisatie financiële reserves kan vormen en borgen. Ondanks dat laten de tarieven die gezondheidscentra afspreken met zorgverzekeraars meer ruimte om reserves op te bouwen dan de tarieven die zorggroepen afspreken. De aandacht voor substitutie in de contracten tussen zorggroepen en gezondheidscentra enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Echter wel positief uitgevallen voor zowel gezondheidscentra als zorggroepen is de contractduur. De gemiddelde contractduur voor zowel ketenzorgcontracten als voor het GEZ-contract is in 2016 namelijk aanzienlijk langer dan in 2015.

4.1 Zorgen om voortbestaan

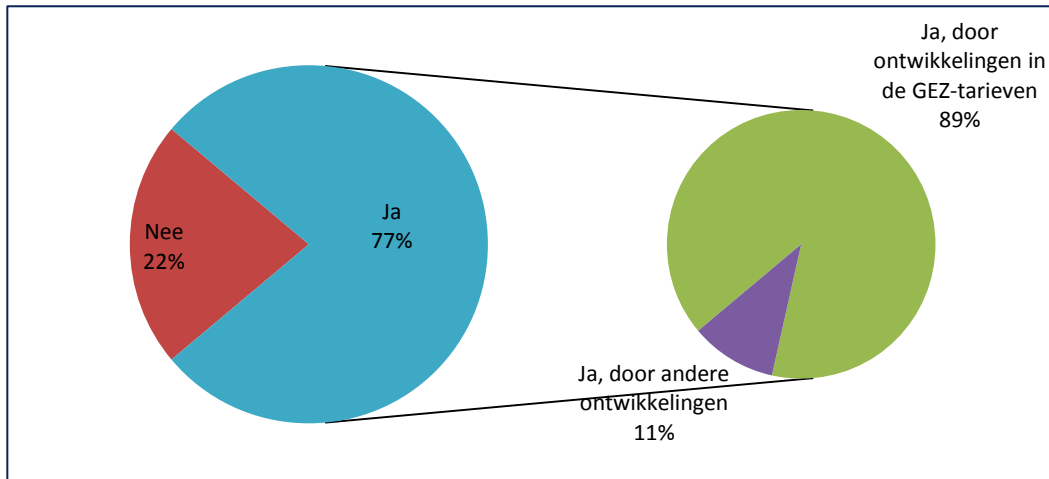
In figuur 4.1. is te zien dat de helft van de ketenzorgorganisaties (zorggroepen of gezondheidscentra die ketenzorgcontracten afsluiten), net als vorig jaar, aangeven zich zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie. 30% van deze respondenten geeft aan dat deze zorgen zijn ontstaan door ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven. 70% geeft aan dat er andere oorzaken ten grondslag liggen aan deze zorgen. 53% van de zorggroepen geeft aan dat zij zich zorgen maken over het voortbestaan van hun ketenzorgorganisatie ten opzichte van 42% van de gezondheidscentra (zie bijlage B, tabel B.19).

Figuur 4.1 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw ketenzorgorganisatie? (Alle respondenten, n=55)



Ruim drie vierde van de gezondheidscentra geven aan dat zij zich zorgen maken over het voortbestaan van het centrum. Vrijwel alle gezondheidscentra die aangeven zich zorgen te maken zegt dat dit komt door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven (zie figuur 4.2).

Figuur 4.2 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw gezondheidscentrum? (Alle respondenten, n=36)

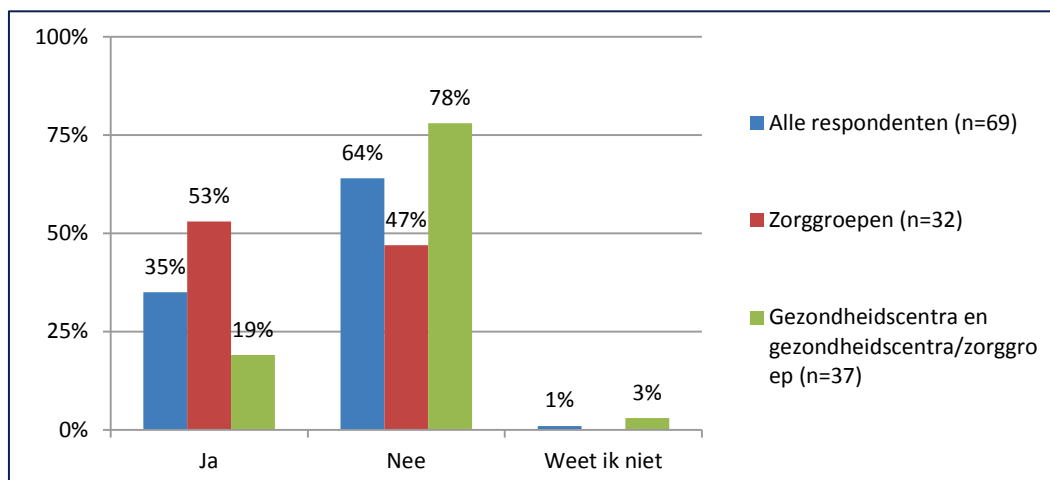


Wij hebben de gezondheidscentra ook gevraagd of er ontwikkelingen in de bekostiging van de verschillende disciplines binnen het centrum zijn, die leiden tot financiële problemen voor het gezondheidscentrum. Bijna 60% bevestigt dit (zie bijlage B, tabel B.72). Respondenten noemen voornamelijk disciplines fysiotherapie en praktijkondersteuners huisartsen (POH) als voorbeelden waar de tarieven laag zijn. Ook worden diëtik en farmacie genoemd.

4.2 Financiële transparantie

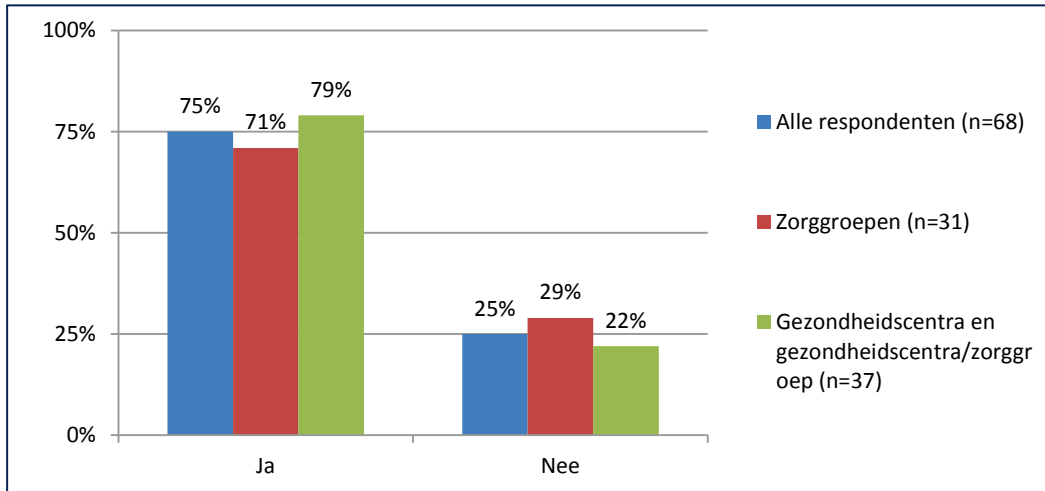
Ten opzichte van vorig jaar is het percentage zorggroepen en gezondheidscentra dat financiële verantwoording heeft afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format iets afgenomen van 43% naar 35% (zie figuur 4.3). Vooral zorggroepen geven aan dat er financiële verantwoording is afgelegd door een door de zorgverzekeraar opgelegd format (53%, zie figuur 4.3).

Figuur 4.3 Heeft uw organisatie over 2014 financiële verantwoording afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format?



Een ruime meerderheid van de respondenten (75%) geeft aan dat de organisatie over 2014 financiële verantwoording heeft afgelegd volgens eigen format (zie figuur 4.4).

Figuur 4.4 Heeft uw organisatie over 2014 financiële verantwoording afgelegd volgens een eigen format?

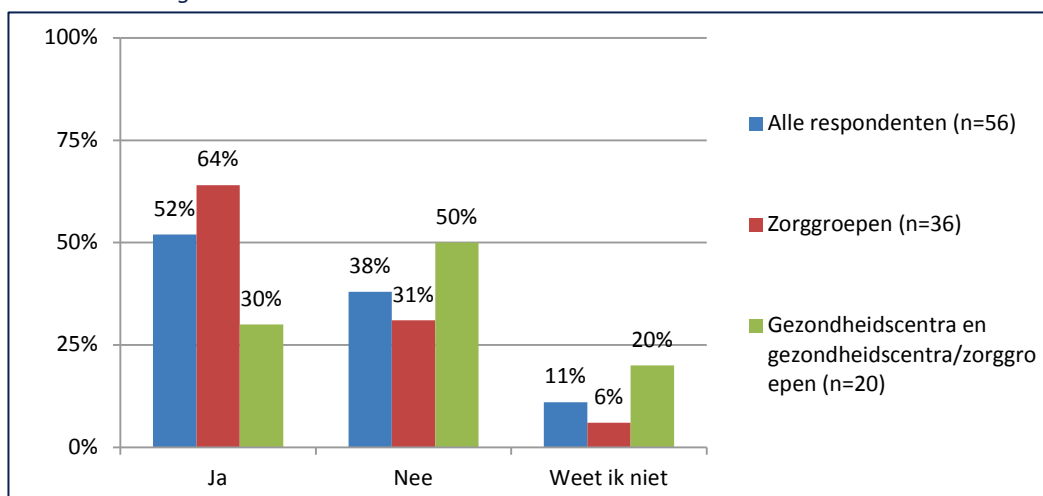


4.3 Reserves

In figuur 4.5. is te zien dat van alle respondenten ongeveer de helft afspraken heeft gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar over het vormen en borgen van financiële reserves. Opvallend is dat dit percentage veel hoger ligt voor zorggroepen wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels ondertekend heeft (71%; zie bijlage B, tabel B.16). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage juist veel lager op 30%. De helft van de gezondheidscentra geeft aan geen afspraken hier over te hebben gemaakt.

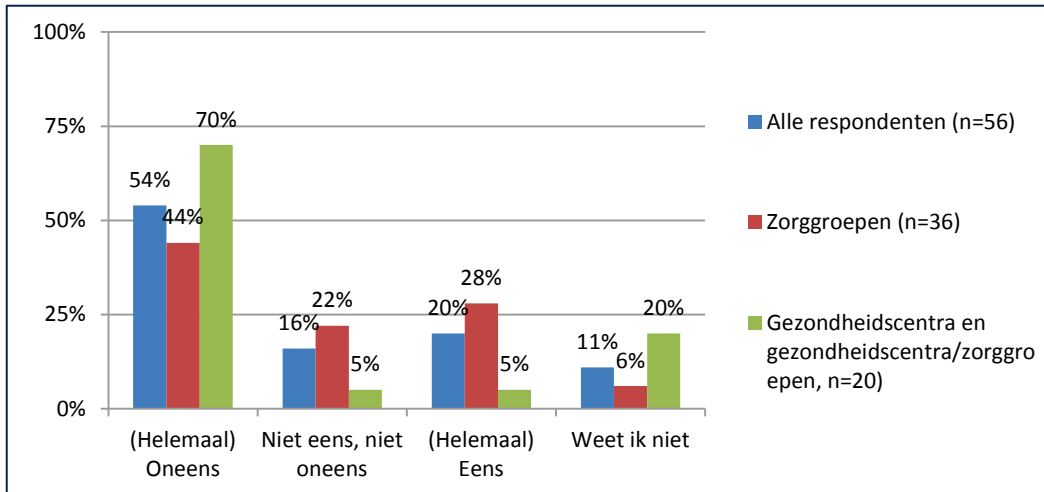
Over de jaren heen is er een stijgende lijn te zien onder zorggroepen wat betreft de afspraken die zij maken over het vormen en borgen van financiële reserves (42% in 2014; 57% in 2015 en 64% in 2016, zie figuur 4.5).

Figuur 4.5 In de contracten is afgesproken dat mijn organisatie financiële reserves kan vormen en borgen



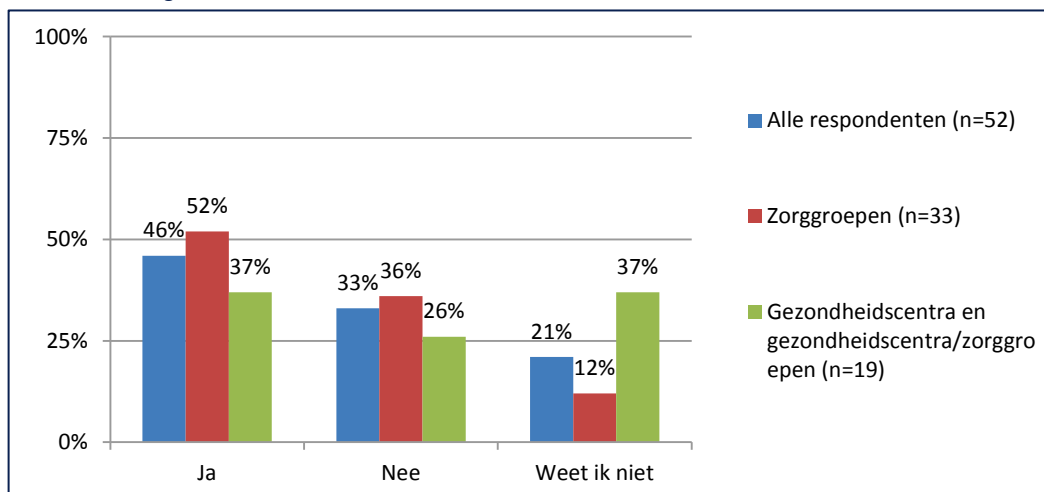
Reserves zijn alleen op te bouwen als de afgesproken tarieven daar de ruimte voor bieden. Van alle respondenten geeft iets meer dan de helft aan dat de afgesproken vergoedingen *geen* ruimte bieden om een financiële reserve op te bouwen (zie figuur 4.6). Voor gezondheidscentra ligt dit percentage fors hoger (70%, zie figuur 4.6). Dit komt overeen met de resultaten van vorig jaar.

Figuur 4.6 De vergoedingen die in de contracten zijn afgesproken bieden de mogelijkheid om een financiële reserve op te bouwen



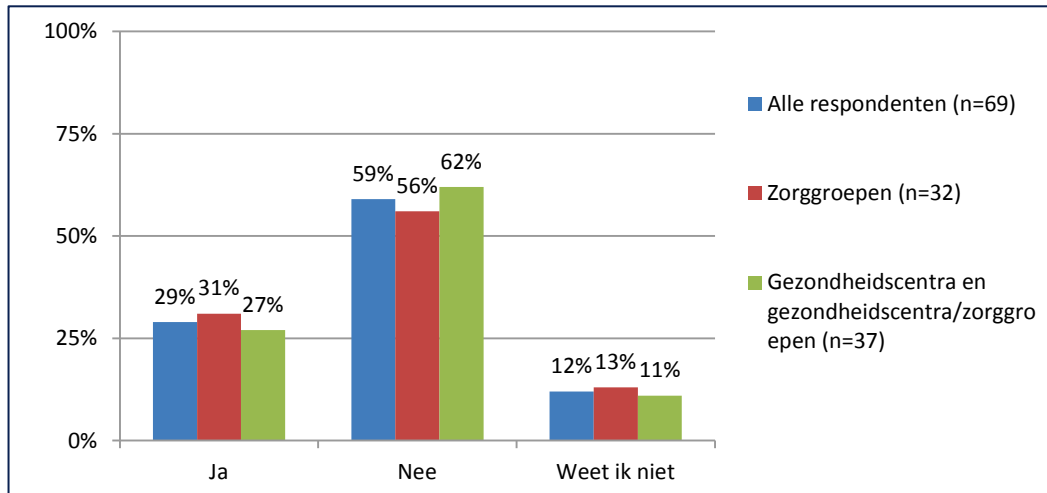
Net als vorig jaar geeft bijna de helft van de respondenten aan dat het uitgangspunt voor de afspraken over financiële reserves de risico's van de zorggroep of het gezondheidscentrum was (zie figuur 4.7). Dit percentage ligt onder gezondheidscentra lager (37%) dan onder zorggroepen (52%, zie figuur 4.7). Ten opzichte van vorig jaar is het percentage gezondheidscentra dat aangeeft dat het uitgangspunt voor de afspraken over financiële reserves de risico's van het gezondheidscentrum was, gedaald (van 48% naar 37%, zie figuur 4.7).

Figuur 4.7 De uitgangspunten voor de afspraken over financiële reserves waren de risico's van mijn organisatie



Een krappe 30% van de respondenten geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg is om toekomstige risico's te kunnen dekken en om te kunnen innoveren (zie figuur 4.8). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Figuur 4.8 Is de hoogte van de financiële reserves van uw organisatie hoog genoeg om toekomstige risico's te kunnen dekken en te kunnen innoveren?

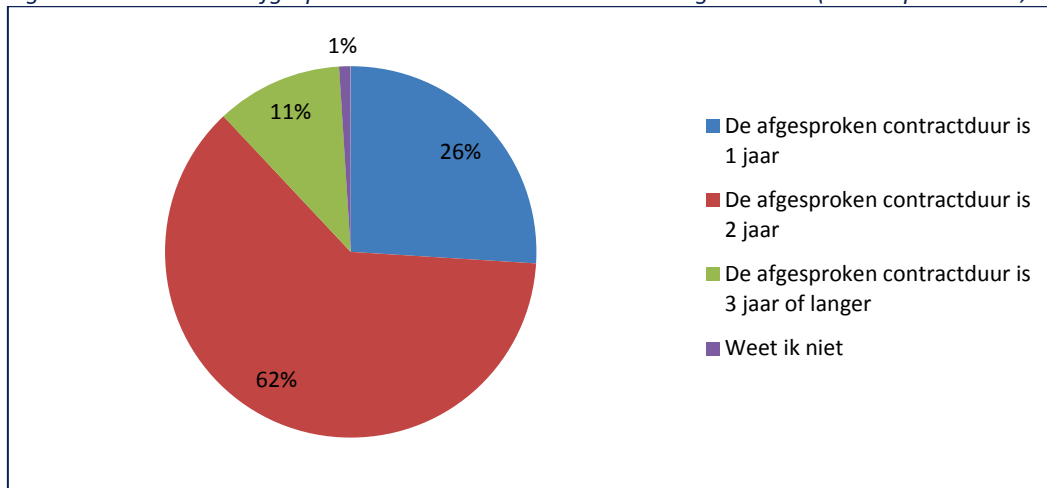


4.4 Contractduur

62% van de afgesloten ketenzorgcontracten heeft een contractduur van 2 jaar (zie figuur 4.9). 26% van de contracten heeft een duur van 1 jaar en 11% heeft een duur van 3 jaar.

In vergelijking met vorig jaar is de gemiddelde contractduur toegenomen. Toen had een enkel contract een duur van 3 jaar en lag het percentage contracten met een duur van 1 jaar op 61%. Er lijkt een stijgende lijn in de contractduur te zitten ten opzichte van voorgaande jaren.

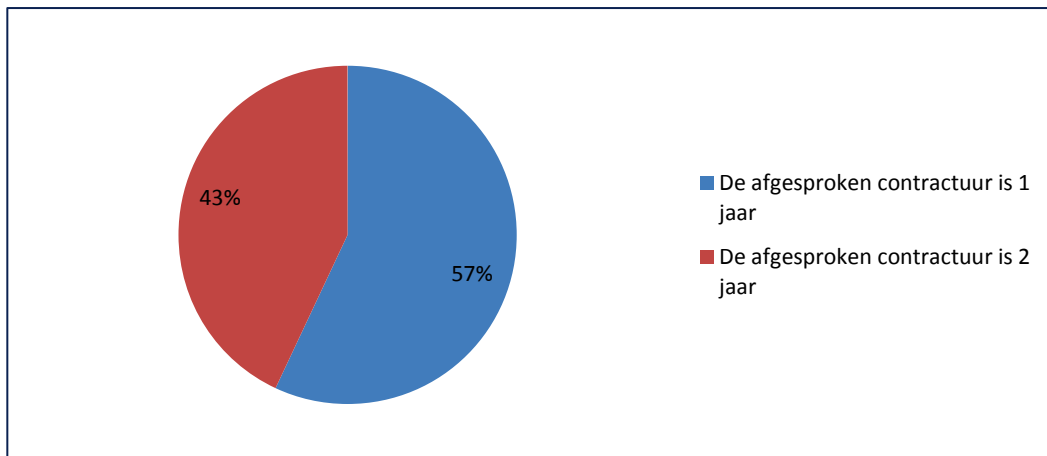
Figuur 4.9 Wat is de afgesproken contractduur in het ketenzorgcontract? (Alle respondenten, n=89)



Deze stijging van de contractduur is vooral te zien onder zorggroepen. 70% geeft aan dat de afgesproken contractduur 2 jaar is ten opzichte van 45% van de gezondheidscentra (zie bijlage B, tabel B.54). Deze percentages waren vorig jaar respectievelijk 37% en 27%. Onder zowel zorggroepen als gezondheidscentra komt de contractduur van 2 jaar vaker voor dan vorig jaar.

De GEZ-contracten zijn in meer dan de helft van de gevallen eenjarige contracten (zie figuur 4.10). In lijn met de ketenzorgcontracten is ook hier een stijgende lijn te zien in de contractduur. Vorig jaar was 93% van de contracten eenjarig en slechts 7% tweejarig. Driejarige contracten zijn echter ook dit jaar nog niet afgesloten.

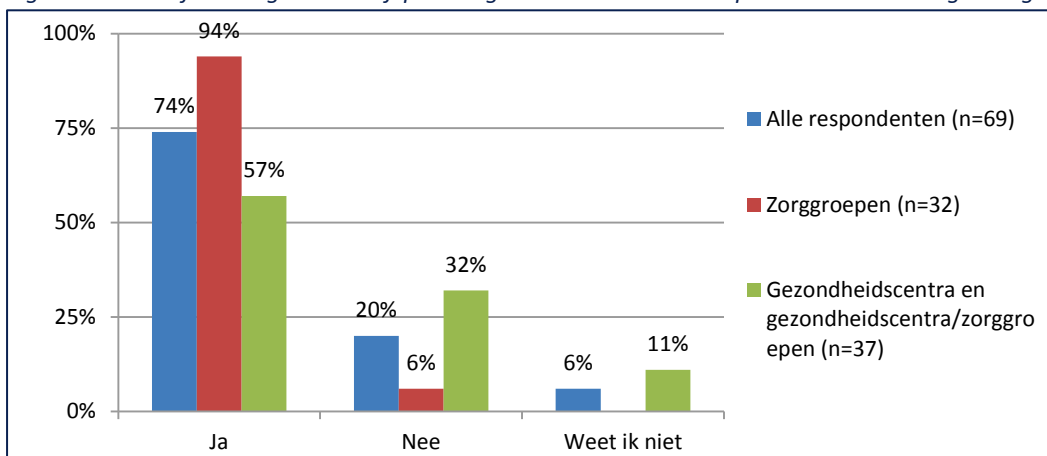
Figuur 4.10 Wat is de afgesproken contractduur in het GEZ-contract? (Alle respondenten, n=35)



4.5 Dubbelloop en substitutie

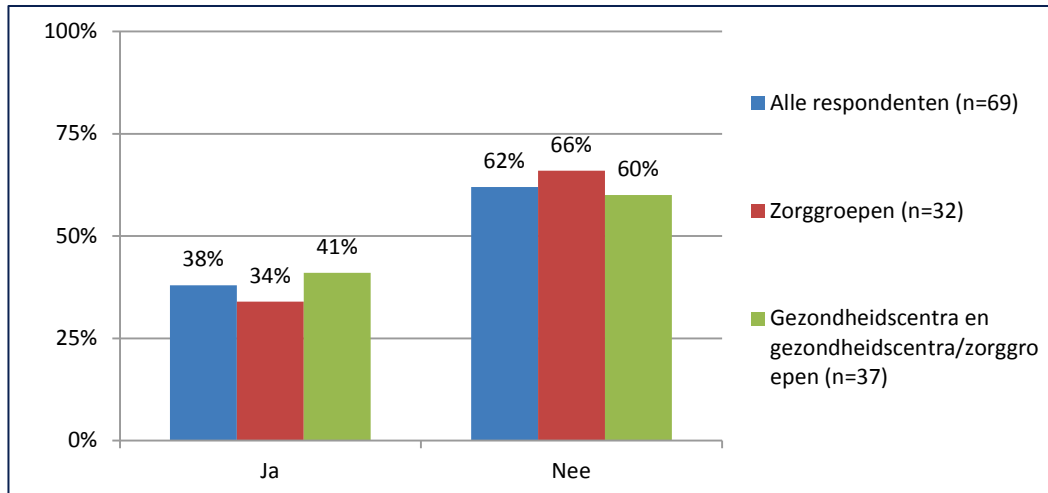
Ongeveer 75% van de respondenten heeft afspraken gemaakt met onderaannemers over het tegengaan van dubbele declaraties. Opvallend is dat 94% van de zorggroepen hier afspraken over maakt (zie figuur 4.11). Dit is hoger in vergelijking met voorgaande jaren. Toen gaf respectievelijk 85% en 82% van de zorggroepen aan afspraken gemaakt te hebben over het tegengaan van dubbele declaraties.

Figuur 4.11 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?



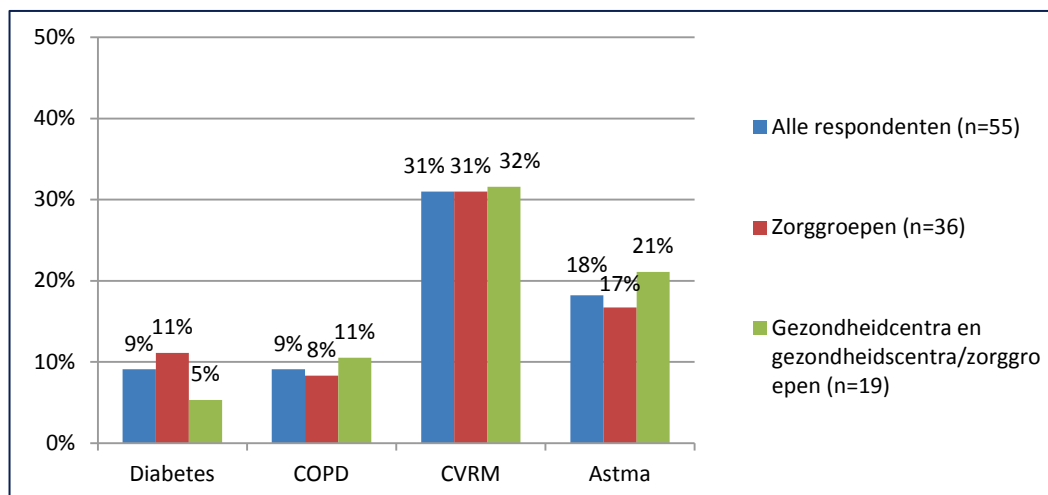
Bijna 40% van de respondenten heeft met zijn preferente zorgverzekeraar afspraken gemaakt over substitutie (zie figuur 4.12). In vergelijking met vorig jaar is het percentage zorggroepen dat aangeeft afspraken over substitutie gemaakt te hebben gedaald (van 44% naar 34%, zie figuur 4.12). Ook is het percentage gezondheidscentra dat hierover afspraken heeft gemaakt gedaald ten opzichte van vorig jaar van 51% naar 41% (zie figuur 4.12).

Figuur 4.12 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt over substitutie van eerste lijn naar tweede lijn?



In figuur 4.13 is per ketenzorgcontract te zien welk percentage van de respondenten aangeeft dat de preferente zorgverzekeraar eisen rondom substitutie stelde bij het afsluiten van het ketenzorgcontract. Er zijn grote verschillen tussen ketenzorgcontracten. Eisen rondom substitutie worden in het algemeen relatief vaak gesteld bij contracten voor CVRM, opgevolgd door contracten voor astmazorg. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van vorig jaar. Over het algemeen worden bij contracten met gezondheidscentra vaker eisen gesteld aan substitutie dan bij zorggroepen, alleen voor het diabetescontract is dit andersom.

Figuur 4.13 Percentage respondenten bij wie de zorgverzekeraar eisen stelde aan substitutie bij het afsluiten van ketenzorgcontracten



5 Conclusie

De vraag die in dit onderzoek centraal stond, was:

“Hoe is de contractering van zorggroepen en gezondheidscentra voor de contracten voor 2016 verlopen en hoe hebben zij de contractering ervaren?”

Bij het beantwoorden van deze vraag is nadruk gelegd op ervaringen in het licht van de spelregels zoals opgesteld door InEen en het Bestuurlijke Akkoord.

5.1 Ruimte voor verbetering van het contracteringsproces

Zorggroepen en gezondheidscentra zijn nog steeds merendeels ontevreden over het contracteringsproces. Dit jaar geeft een vierde van de zorggroepen aan tevreden te zijn over het contracteringsproces ten opzichte van een derde van de gezondheidscentra. Zorggroepen zijn iets minder tevreden over het contracteringsproces voor de contracten in 2016 dan voor de contracten in 2015, gezondheidscentra zijn iets meer tevreden. Beide partijen uiten voornamelijk hun onvrede over de onderhandelingspositie die zij hebben ten aanzien van de zorgverzekeraars en de tijdigheid van het contracteringsproces.

Zorggroepen en gezondheidscentra geven beiden aan dat de onderhandelingsruimte een groot knelpunt is in het contracteringsproces. In de spelregels wordt aangegeven dat het contract en de voorwaarden onderdeel zijn van het onderhandel- en contracteertraject. In ruim de helft van de contracteringsprocessen is er volgens zorggroepen en gezondheidscentra echter geen ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in het contract. Een meerderheid geeft aan dat dit komt doordat de zorgverzekeraar niet bereid was om hierover te onderhandelen (83%). De mogelijkheid tot een gesprek is er volgens zorggroepen en gezondheidscentra wel, maar tot daadwerkelijke onderhandelingen over de bekostiging komt het vaak niet. Het is niet zo dat de onderhandelingen alleen over financiën gaan. Dit onderzoek laat zien dat ook meer inhoudelijke onderwerpen belangrijk zijn tijdens de onderhandelingen. Dit wil niet zeggen dat men altijd krijgt wat men wil: een deel van de respondenten geeft aan dat zij een bepaald ketenzorgcontract wel wilde afsluiten maar dat dit niet is gebeurd. Dit komt vooral voor bij astmazorg (12 respondenten) en CVRM (8 respondenten). Het percentage zorggroepen met een ketenzorgcontract voor astmazorg is overigens wel gestegen ten opzichte van vorig jaar. Daarnaast geven zorggroepen en gezondheidscentra aan dat zorgverzekeraars niet altijd instemmen met hun innovatie projecten. Bij 20 van de 39 ingediende innovatieprojecten stemde de zorgverzekeraar hier niet mee in. De reden hiervoor is ons niet bekend.

De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat de bekostigingsafspraken in bijna de helft van zowel de ketenzorg- als de GEZ-contracten gebaseerd zijn op een rekenmodel van de zorgverzekeraar. Een rekenmodel van de zorgverzekeraar biedt weinig ruimte om te onderhandelen. In bijna 40% van de ketenzorgcontracten zijn de bekostigingsafspraken gebaseerd op een combinatie van een rekenmodel van de zorgverzekeraar en de offerte van de ketenzorgorganisatie. In het geval van GEZ-contracten ligt dit percentage op een krappe 20%.

Zorgverzekeraars zouden wellicht vaker een rekenmodel gebaseerd op een combinatie van beide partijen kunnen accepteren om op die manier de zorggroepen en gezondheidscentra tegemoet te komen om een zo gelijkwaardig mogelijke onderhandelingspositie neer te zetten. Zorggroepen en gezondheidscentra moeten in dat geval actief meewerken aan een rekenmodel. Ook zouden zorggroepen en gezondheidscentra kunnen inzetten op onderdelen van het contract waar meer ruimte is voor onderhandeling. Het is dan wel noodzakelijk dat ze goed zicht hebben op de onderdelen waar die ruimte zit. Dit kan tot gevolg hebben dat de interactie tussen zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra productiever wordt waardoor er voor beide partijen betere afspraken worden gemaakt.

Zorggroepen uiten ook hun onvrede over de tijdigheid van het contracteringsproces. Zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra dienen binnen twee weken op elkaars voorstellen te reageren. Een kwart (25%), geeft aan dat hun preferente zorgverzekeraar over het algemeen binnen twee weken reageert op zijn voorstellen. Vorig jaar gaven meer respondenten aan dat hun preferente zorgverzekeraar binnen twee weken reageerde. Daarnaast worden in de spelregels richtlijnen gegeven voor wanneer bepaalde stappen in het contracteringsproces gezet dienen te worden. De bekendmaking van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar (grens 1 juni) en de mondelinge overeenkomst tussen zorggroep en/of gezondheidscentra en hun preferente zorgverzekeraar (grens 1 november) zijn twee van deze stappen. Dit jaar zijn deze streefdata volgens (ruim) een vijfde van de respondenten gehaald. Dit is aanzienlijk vaker dan vorig jaar. Ondanks de verbeteringen in tijdigheid ten opzichte van vorig jaar is er nog steeds ruimte voor verbetering.

5.2 Stijging contractduur positief

Over de contractduur staat in de spelregels dat het afsluiten van meerjarige contracten de voorkeur geniet. Langdurige contractuele relaties bevorderen de stabiliteit. De gemiddelde contractduur is ten opzichte van vorig jaar toegenomen. Ruim 60% van de afgesloten ketenzorgcontracten heeft een duur van 2 jaar. Vorig jaar had eenzelfde percentage een ketenzorgcontract afgesloten van 1 jaar. Zorggroepen hebben vaker een contractduur van 2 jaar dan gezondheidscentra. De GEZ-contracten zijn in meer dan de helft van de gevallen eenjarige contracten. Vorig jaar lag dit percentage nog op ruim 90%.

5.3 Substitutie en indexering vaak niet toegepast

In dit onderzoek is in het kader van het Bestuurlijke Akkoord vooral gekeken naar het belonen van uitkomsten, substitutie en de indexering van budgetten.

De nieuwe financiering van huisartsenzorg die in het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken bestaat uit drie segmenten. Via het derde segment worden het belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing gefinancierd. Volgens InEen zou het belonen van uitkomsten gebaseerd moeten zijn op een bonussysteem: zorggroepen en gezondheidscentra die goed presteren zouden extra financiering moeten krijgen. Dit zou niet ten koste moeten gaan van de financiering van andere zorggroepen of gezondheidscentra of van de financiering van andere segmenten. In ongeveer drie op de tien

contracten is er daadwerkelijk sprake van een dergelijk bonussysteem. In een even groot percentage contracten is er sprake van een malussysteem ofwel van een combinatie van een bonus- en een malussysteem. In het geval van een malussysteem gaan zorggroepen die niet voldoen aan de prestatie-indicatoren er financieel op achteruit. Zorggroepen die goed presteren worden financieel beloond. We hebben dit jaar gevraagd of respondenten tevreden zijn over de hoogte van beloning op basis van uitkomsten. Nog geen 15% van de respondenten geeft aan tevreden te zijn over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten. De tevredenheid verschilt weinig tussen de drie verschillende systemen. Het lijkt erop dat het belonen en stimuleren van goed gedrag niet tot tevreden zorgaanbieders leidt.

Bijna 40% van de respondenten geeft aan dat zij met hun preferente zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Dit percentage is iets lager dan vorig jaar. Het is per ketenzorgcontract afhankelijk of de zorgverzekeraar eisen heeft gesteld rondom substitutie bij het afsluiten van ketenzorgcontracten: variërend van 9% dat aangeeft dat dit het geval is (voor diabetes- en COPD-contracten) tot 31% (voor CVRM-contracten). Hieruit blijkt dat aan de oproep in het Bestuurlijk Akkoord aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om contractuele afspraken te maken over substitutie niet volgens alle zorggroepen en gezondheidscentra gehoor wordt gegeven.

In het Bestuurlijk Akkoord is tevens afgesproken dat er ruimte moet zijn voor indexering van het budgettaire kader huisartsenzorg van 2,5% (waarvan 1% reguliere groei en 1,5% groei voor substitutie, zorgvernieuwing en uitkomstbeloning). Een meerderheid geeft aan dat de volumes in zowel de ketenzorg- als in de GEZ-contracten gelijk zijn gebleven aan vorig jaar. Ongeveer een vierde geeft aan dat de volumes in de ketenzorgcontracten zijn gestegen. De tarieven zijn in de ketenzorgcontracten in een op drie zorggroepen of gezondheidscentra gedaald en in de GEZ-contracten zijn deze in de helft van de gevallen gelijk gebleven. Dit is terug te zien in de tevredenheid over de tarieven: vooral zorggroepen uiten hun onvrede over de tarieven van de ketenzorgcontracten. Gezondheidscentra zijn daarentegen tevreden over de tarieven in de GEZ-module (43%).

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er in een krappe 30% van de ketenzorgcontracten een vergoeding overeengekomen is gekomen voor het indexeren van de tarieven. Voor GEZ-contracten ligt dit percentage op bijna 40%. Hoewel deze percentages ten opzichte van vorig jaar flink zijn toegenomen, wordt indexering nog niet bij alle zorggroepen en gezondheidscentra toegepast. Zorgverzekeraars geven hierover aan dat indexering niet op micro maar op macro niveau plaatsvindt (Bouwhuis en De Jong, 2015). In het geval van ketenzorgcontracten geeft ruim 40% van de respondenten aan dat wanneer er geen vergoeding overeen is gekomen voor het indexeren voor tarieven, er ook niet over is onderhandeld. Onder GEZ-contracten ligt dit percentage hoger, op bijna 60%.

Dit rapport biedt inzicht in hoe het Bestuurlijk Akkoord via de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de praktijk gebracht werd. Deze uitkomsten laten zien dat zorggroepen en gezondheidscentra ervaren dat de versterking van de eerste lijn niet in alle facetten van de contractering terugkomt. Voor een gedegen evaluatie van hoe het Bestuurlijk Akkoord in de praktijk gebracht wordt is het belangrijk om ook het perspectief van zorgverzekeraars mee te

nemen en te onderzoeken hoe andere zorgaanbieders de contractering ervaren in het licht van het Bestuurlijk Akkoord.

5.4 Zorgen voortbestaan organisatie, weinig ruimte voor innovatie

De helft van de ketenzorgorganisaties (zorggroepen of gezondheidscentra die ketenzorgcontracten afsluiten) geeft aan zich zorgen te maken over het voortbestaan van hun organisatie. 30% van deze respondenten geeft aan dat deze zorgen zijn ontstaan door ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven. Onder gezondheidscentra met een GEZ-module is dit percentage ruim 75%. Vrijwel alle gezondheidscentra die aangeven zich zorgen te maken zegt dat dit komt door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven.

Deze resultaten onderbouwen dat spelregels op het gebied van opbouwen van reserves vaak niet worden nageleefd. In de spelregels staat dat elke organisatie in staat zou moeten zijn om een algemene risicoreserve op te bouwen.

Een verklaring voor de zorgen over het voortbestaan van de organisatie kan de krapte in financiële reserves onder zorggroepen en gezondheidscentra zijn. Een minderheid van de respondenten (een kleine 30%) geeft aan dat de hoogte van de financiële reserves hoog genoeg zijn om toekomstige risico's te kunnen dekken en om te kunnen innoveren. Ruim 60% geeft aan dat deze hiervoor niet hoog genoeg zijn. Reserves zijn alleen op te bouwen als de afgesproken tarieven daar de ruimte voor bieden. Van alle respondenten geeft iets meer dan de helft aan dat de afgesproken vergoedingen *geen* ruimte bieden om een financiële reserve op te bouwen. Voor gezondheidscentra ligt dit percentage fors hoger (70%).

Daarnaast geeft ruim de helft van de respondenten aan dat zij geen afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing. Hoewel het percentage respondenten dat aangeeft hier wel afspraken over te hebben gemaakt ten opzichte van vorig jaar is gestegen, blijft het merendeel aangeven dat zij hier geen afspraken over hebben gemaakt. Meerdere gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild maar dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de plannen. Het gaat bijvoorbeeld om projecten op het gebied van depressie of astmazorg. Daarentegen worden innovatieve projecten op het gebied van ouderenzorg in de helft alle gevallen wel door de zorgverzekeraar gesteund.

5.5 Aandachtspunten

Dit onderzoek laat een aantal opvallende resultaten zien. Net als vorig jaar blijkt dat zorgverzekeraars die de spelregels opgesteld door InEen hebben ondertekend het op een aantal aspecten niet beter te doen dan zorgverzekeraars die de spelregels niet hebben ondertekend. Dit roept de vraag op of het zinvol is om verder te investeren in de spelregels. Het doel van de spelregels was om de contractering beter te laten verlopen. Het lijkt er op dat de spelregels niet de belangrijkste rol spelen bij het verbeteren van het contracteringsproces. Mogelijk is de bijdrage van InEen door middel van jaarlijkse gesprekken naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek meer van belang.

Wat verder opvalt is dat de aandacht voor substitutie is gedaald, terwijl dit een belangrijk element in het Bestuurlijk Akkoord is. Positief is de toegenomen contractduur en de stijging in het percentage ketenzorgcontracten voor astmazorg.

Punt van aandacht blijft de onderhandelingsruimte die door zorggroepen en gezondheidscentra als beperkt wordt ervaren. Zorggroepen en gezondheidscentra geven wel aan dat zorgverzekeraars bereid zijn om aan tafel te gaan zitten, maar van onderhandelen over bekostigingsafspraken lijkt weinig te komen. Tijdens de onderhandelingen komen ook meer inhoudelijk onderwerpen aan de orde, waar wellicht meer ruimte zit voor onderhandeling. Er is behoefte aan een productieve interactie, waarin beide partijen onderhandelen om zo tot goede afspraken te kunnen komen. Zorggroepen en gezondheidscentra kunnen kijken waar wel ruimte is voor onderhandeling en deze ruimte zo goed mogelijk benutten. Het is onduidelijk of de huidige condities het mogelijk maken om tot een productieve interactie te komen. Om hier meer zicht op te krijgen zou de kant van zowel zorgverzekeraars als van zorggroepen en gezondheidscentra belicht moeten worden. Voor dit jaar is het contact met zorgverzekeraars al wel gelegd, maar is het niet meer gelukt om ook een vragenlijst af te nemen. Voor 2017 zal het gesprek hierover weer worden aangegaan.

De tijdigheid van de contractering is voor het derde opeenvolgende jaar een knelpunt. Er is wel een kleine verbetering te zien ten opzichte van vorig jaar. Als een contract laat tot stand komt kan dit leiden tot onzekerheid bij zorggroepen en gezondheidscentra over hun financiering. Het blijft dus belangrijk dat er aandacht is voor de tijdigheid van het contracteringsproces. Voor volgend jaar (2017) zijn er *Good Contracting Practices* opgesteld. Dit zou moeten leiden tot verbeteringen in het contracteringsproces.

Er is vaker sprake van een bonus-malussysteem. Het percentage respondenten met alleen een bonus- of een malussysteem is gedaald ten opzichte van vorig jaar. De tevredenheid van respondenten met elk van deze systemen verschilt niet. Onbekend is of het belonen van uitkomsten bij zorggroepen en gezondheidscentra al wel tot betere zorg leidt. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de (on)gewenste effecten van zowel een bonus- als een malussysteem.

De aandacht voor substitutie is ten opzichte van vorig jaar afgenomen. Hoewel het een belangrijk element is in het Bestuurlijk Akkoord lukt het zorgverzekeraars en zorggroepen en gezondheidscentra kennelijk niet daar afspraken over te maken. Onduidelijk is wat de oorzaak hiervan is.

De helft van de zorggroepen en 75% van de gezondheidscentra maakt zich zorgen over het voortbestaan van de organisatie. Het Bestuurlijk Akkoord is mede gebaseerd op het idee dat de eerste lijn versterkt dient te worden. De ontwikkeling van de tarieven baart een deel van de zorggroepen en een groot deel van de gezondheidscentra echter zorgen. Het is de vraag of dit past in het versterken van de eerste lijn. Daarnaast heeft dit mogelijk gevolgen voor de mate waarin zij risico's durven te nemen en innoveren. Investeren in vernieuwing is namelijk niet voor de hand liggend als het voortbestaan van een organisatie onzeker is. De helft van alle zorggroepen en gezondheidscentra maakt geen afspraken over innovatie en zorgvernieuwing met hun zorgverzekeraar. Meerdere gezondheidscentra en zorggroepen geven aan dat ze dit wel hadden gewild maar dat de zorgverzekeraar niet heeft ingestemd met de plannen. De reden hiervoor is ons niet bekend. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het effect van onzekerheid over het

voortbestaan onder zorggroepen en gezondheidscentra op de mate waarin zij innovatie uit- of afstellen. Ook zou meer inzicht verkregen moeten worden in de mate waarin zorggroepen en gezondheidscentra ondernemend gedrag vertonen om hun voortbestaan veilig te stellen.

6 Methodologische verantwoording

6.1 Inhoud en structuur van de vragenlijst

6.1.1 Vergelijking met de vragenlijst in 2013-2014 en 2015

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een online vragenlijst. De inhoud van de vragenlijst is door het NIVEL in overleg met InEen vastgesteld. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de vragenlijst was continuïteit ten opzichte van de vragenlijst die in februari en maart 2015 is afgenomen. Deze vragenlijst kent zijn oorsprong vanuit de vragenlijst die in 2013-2014 is afgenomen. In die vragenlijst stonden de spelregels voor contractering die InEen ontwikkeld heeft centraal. Deze spelregels vormden ook voor de vragenlijst van 2016 een belangrijke bron van inspiratie.

In 2015 zijn een aantal nieuwe onderwerpen in de vragenlijst opgenomen. Deze onderwerpen zijn afgeleid uit de Bestuurlijke Akkoorden die in juli 2013 en de zomer van 2014 zijn afgesproken tussen de LHV, InEen (LOK, LVG en VHN), Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. Bij InEen bestaat de impressie dat zorgverzekeraars enerzijds en zorggroepen en gezondheidscentra anderzijds deze akkoorden verschillend interpreteren. Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin de contractering overeenkomt met de interpretatie van Bestuurlijke Akkoorden door InEen zijn vragen ingevoegd over het belonen van uitkomsten en de manier waarop zorggroepen en gezondheidscentra gefinancierd worden. Ook zijn vragen over het indexeren van tarieven opgenomen.

Daarnaast zijn extra vragen opgenomen die specifiek gericht waren op de ervaringen van gezondheidscentra. Gezondheidscentra verschillen van zorggroepen, onder meer qua omvang. Dit heeft mogelijk een effect op hun onderhandelingsmacht en daardoor op het verloop van de contractering en op hoe zij de contractering ervaren hebben. Om die reden is het interessant om ook gezondheidscentra te bevragen. Gezondheidscentra sluiten een contract voor samenwerking af, de zogenaamde GEZ-module. Voor de GEZ-module zijn vragen gesteld die vergelijkbaar zijn met de vragen die gesteld zijn over de ketenzorgcontracten.

Tot slot zijn er vragen opgenomen in de vragenlijst over afspraken over innovatie en zorgvernieuwing en over de mate waarin hun leden tevreden zijn over het contracteringsproces en de inhoud van contracten. Zorgvernieuwing speelt in het Bestuurlijke Akkoord een belangrijke rol. Zo is het derde segment van de nieuwe financiering van eerstelijnszorg onder meer gericht op financieren van vernieuwing. Ook is in het macro-budgettaire kader ruimte opgenomen voor vernieuwing.

In 2016 is een enkele nieuwe vraag opgenomen in de vragenlijst betreffende eventuele problemen bij de tarieven in de gezondheidscentra niet zijnde de GEZ-module.

6.1.2 Input van zorgverzekeraars in 2015

In 2015 zijn de vier grote zorgverzekeraars om input voor de vragenlijst gevraagd door middel van een bijeenkomst waarin thema's voor de vragenlijst besproken zijn. Bij de bijeenkomst waren vertegenwoordigers van Coöperatie VGZ, CZ en Achmea aanwezig. Ook waren vertegenwoordigers

van InEen en het NIVEL aanwezig. Tijdens de bijeenkomst is aan zorgverzekeraars gevraagd wat zij vonden van de vragenlijst die in 2013-2014 afgenomen is en of er thema's zijn die volgens hen van belang waren voor de vragenlijst in 2015. Zij gaven aan dat zij de vorige vragenlijst op punten negatief vonden en dat deze vragenlijst te veel uitging van wat zorgverzekeraars anders kunnen doen en te weinig van wat zorggroepen en gezondheidscentra anders kunnen doen. Daarnaast gaven zorgverzekeraars tijdens de bijeenkomst verklaringen voor waarom, in hun ogen, sommige knelpunten ontstaan.

De inzichten die tijdens de bijeenkomst zijn opgedaan hebben geleid tot een aantal aanvullende vragen. In de vragenlijst voor 2015 wordt onder andere expliciet gevraagd naar waar zorggroepen en gezondheidscentra tevreden over zijn. Ook zijn aanvullende vragen gesteld om na te kunnen gaan in welke mate zorgverzekeraars uitleg hebben gegeven over waarom sommige verzoeken van zorggroepen en gezondheidscentra niet gehonoreerd worden. Hierdoor is inzicht verkregen in de mate waarin zorgverzekeraars de verklaringen voor knelpunten die zij in de bijeenkomst aandroegen, ook naar zorggroepen en gezondheidscentra gecommuniceerd zijn.

6.1.3 Inhoud van de vragenlijst

Er zijn zowel vragen gesteld over het contracteringsproces, als over de inhoud van de contracten en de financiële kant van contractering. Er is niet gevraagd naar afgesproken prijzen of andere zaken die aan mededingen gerelateerd kunnen zijn. De vragen over het contracteringsproces hebben betrekking op de contractering voor de contracten in 2016. Voor een aantal onderwerpen is ook gevraagd naar de contractering voor de contracten in 2015, om een vergelijking te kunnen maken. De vragen over de inhoud van contracten gaan over de contracten die gelden voor 2016, en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2015. Wederom zijn voor een aantal onderwerpen ook vragen gesteld over de inhoud van de contracten die golden in 2015 (en het resultaat zijn van het contracteringsproces in 2014), om een vergelijking te kunnen maken. Er zijn vragen gesteld over verschillende soorten contracten: contracten in het algemeen; ketenzorgcontracten en contracten voor samenwerking (GEZ-module). Daarnaast is specifiek gevraagd naar afspraken over innovatie en zorgvernieuwing en over het belonen van uitkomsten.

Een aantal vragen is per zorgprogramma aan de zorggroepen gesteld. Zorggroepen en gezondheidscentra is gevraagd naar het aantal zorgprogramma waarvoor zij een contract hebben. Er zijn vier zorgprogramma's waarvoor zij een contract kunnen afsluiten: astma, diabetes, COPD en CVRM. Zorggroepen en gezondheidscentra konden de voor hun twee belangrijkste zorgprogramma's invullen waarover zij vervolgens per zorgprogramma vragen kregen.

6.2 Verzending en respons

De online vragenlijst is op 8 maart 2016 verstuurd naar 76 zorggroepen, 63 gezondheidscentra en 6 organisaties die zowel gezondheidscentrum als zorggroep zijn, in totaal dus 145 organisaties. Eén gezondheidscentrum is na de verzending in overleg met InEen uitgesloten van de data-analyse gezien de vragen niet op dit specifieke centrum van toepassing waren. De indeling in zorggroep, gezondheidscentrum en zorggroep/gezondheidscentrum voor het berekenen van de respons is gemaakt op basis van gegevens van InEen. Er zijn twee herinneringen verstuurd, te weten op 15 maart en op 21 maart. In de week van 21 maart zijn respondenten die de vragenlijst nog niet

(volledig) in hebben gevuld gebeld door InEen met het verzoek om dit wel te doen. Op 4 april is de vragenlijst gesloten.

De vragenlijst is gestuurd aan gezondheidscentra en zorggroepen die lid zijn van InEen. Hierdoor hebben niet alle zorggroepen en gezondheidscentra de mogelijkheid gehad deel te nemen aan dit onderzoek.

In totaal hebben 89 respondenten de vragenlijst gedeeltelijk ingevuld (respons 62%) en 68 helemaal, waarmee de respons op 47% komt (zie tabel 6.1). De respons is onder gezondheidscentra lager dan onder zorggroepen.

Tabel 6.1 Respons

	Zorggroepen	Gezondheidscentra	Beiden	Totaal
Totaal verzonden	76	63	6	145
Geëxcludeerd		1		
Verzonden	76	62	6	144
Aantal volledig ingevuld	33	24	11	68
Respons	43%	39%	183%	47%

Voor de uiteindelijke analyses zijn uiteindelijk nog twee zorggroepen uitgesloten omdat zij hebben aangegeven dat ze twee preferente zorgverzekeraars hebben. Zij gaven in hun antwoord aan dat beide zorgverzekeraars even belangrijk zijn. Een van deze twee zorggroepen had de hele vragenlijst ingevuld, de andere gedeeltelijk.

6.3 Analyse

Voor de rapportage is gebruik gemaakt van beschrijvende analyses. Aangezien sommige respondenten voor meerdere zorgprogramma's een contract hebben afgesloten, zijn voor sommige vragen meer antwoorden beschikbaar dan het aantal respondenten. In de analyses zijn alle antwoorden meegenomen, omdat uit eerste analyses bleek dat de antwoorden meer samenhangen met de zorgverzekeraar waarover de vraag gaat, dan met de zorggroep die de vraag ingevuld heeft. Ter illustratie de vraag over de indexering van de tarieven in de ketenzorgcontracten. Deze vraag is door respondenten met twee zorgprogramma's twee keer ingevuld. Hierdoor zijn er 94 antwoorden, terwijl maar 87 respondenten de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld hebben. Bij de tabellen en grafieken zal het aantal antwoorden (de N) vermeld worden, waardoor de lezer weet op hoeveel antwoorden de resultaten gebaseerd zijn.

De vragenlijst is ingevuld door drie verschillende groepen respondenten:

1. Zorggroepen.
2. Gezondheidscentra.
3. Gezondheidscentra/zorggroepen.

Omdat de groep gezondheidscentra en gezondheidscentra/zorggroepen relatief klein is, is er voor gekozen om de antwoorden van deze laatste twee groepen samen te presenteren. Er is ook voor gekozen om in deze groep respondenten geen onderscheid te maken tussen een groep wiens preferente zorgverzekeraar de spelregels *wel* ondertekend heeft en een groep wiens preferente zorgverzekeraar dit niet gedaan heeft. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste was de groep te

klein om op te splitsen. Ten tweede gelden de spelregels in eerste instantie voor het contracteren van zorggroepen en niet voor het contracteren van gezondheidscentra. Daarom was het voor deze groep minder relevant om dit onderscheid te maken.

6.4 Achtergrondkenmerken van respondenten

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken van de respondenten besproken. We bespreken eerst de achtergrondkenmerken van deelnemende zorggroepen en daarna de achtergrondkenmerken van deelnemende gezondheidscentra. De achtergrondkenmerken van de zorggroepen worden vergeleken met de achtergrondkenmerken van de deelnemende zorggroepen vorig jaar.

6.4.1 Soort organisatie

Van alle respondenten heeft 46% aangegeven dat ze alleen zorggroep zijn. Ruim een derde is alleen gezondheidscentrum en 18% is zowel zorggroep als gezondheidscentrum. In de resultaten hoofdstukken zijn de respondenten in de categorieën 'zorggroep en gezondheidscentrum' en 'gezondheidscentrum met ketenzorg' samengevoegd. Respondenten in de categorie 'gezondheidscentrum zonder ketenzorg' hebben alleen de vragen over het GEZ-contract ingevuld.

Tabel 6.2 Achtergrondkenmerken - soort organisatie

Soort organisatie	(N=87)
Zorggroep	46%
Zorggroep en gezondheidscentrum	18%
Gezondheidscentrum met ketenzorgcontracten	8%
Gezondheidscentrum zonder ketenzorgcontracten	28%

6.4.2 Zorggroepen

In onderstaande tabellen zijn de achtergrondkenmerken van zorggroepen uiteengezet. De omvang van de deelnemende zorggroepen is dit jaar vergelijkbaar met de omvang van voorgaande jaren. Het belangrijkste verschil is dat de categorie 'minder dan 25 huisartsen' in twee jaar tijd is gestegen van 21% (in 2014) naar 34% (in 2016, zie tabel 6.3). Ook het jaar van oprichting van de deelnemende zorggroepen verschilt dit jaar niet veel van vorig jaar. De grootste afwijking is het percentage zorggroepen dat in 2008 opgericht is. Dit percentage is gedaald van 22% (in 2015) naar 13% (in 2016, zie tabel 6.3). 7% van de deelnemende zorggroepen geeft aan in 2015 opgericht te zijn (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3 Achtergrondkenmerken zorggroepen – omvang en oprichting

	2016	2015	2013-14
Omvang zorggroep:	(N=56)	(N=68)	(N=68)
Minder dan 25 huisartsen	34%	31%	21%
25-50 huisartsen	18%	13%	15%
51-75 huisartsen	7%	15%	13%
76-100 huisartsen	13%	13%	18%
101-125 huisartsen	11%	7%	10%
126-150 huisartsen	5%	7%	7%
151-175 huisartsen	2%	2%	2%
176-200 huisartsen	2%	6%	9%
Meer dan 200 huisartsen	7%	6%	6%
Weet ik niet	2%	-	-
Oprichtingsjaar zorggroep:	(N=55)	(N=68)	(N=68)
2015	7%	-	-
2014	4%	4%	-
2013	0%	2%	-
2012	4%	2%	-
2011	11%	7%	3%
2010	15%	13%	13%
2009	11%	13%	15%
2008	13%	22%	24%
2007	16%	15%	25%
2006	9%	6%	9%
Eerder dan 2006	11%	15%	12%
Weet ik niet	0%	2%	-

Het werkgebied van de deelnemende zorggroepen is dit jaar nagenoeg gelijk aan het werkgebied van deelnemende zorggroepen vorig jaar (zie tabel 6.4). Wederom komt ruim 40% van de deelnemende zorggroepen uit Noord- en Zuid-Holland.

Als we kijken naar de preferente zorgverzekeraars van de deelnemende zorggroepen, dan is te zien dat ruim 90% van de zorggroepen er één preferente zorgverzekeraar heeft (zie tabel 6.4).

Voorgaande jaren was dit 82%. Ruim 30% van de zorggroepen heeft als preferente zorgverzekeraar het Zilveren Kruis (zie tabel 6.4).

We hebben respondenten met twee preferente zorgverzekeraars ook gevraagd welke van deze zorgverzekeraars voor hen het belangrijkste is. Het blijkt dat voor vrijwel alle zorggroepen met twee preferente zorgverzekeraars VGZ de belangrijkste zorgverzekeraar is. Dit was vorig jaar ook het geval.

Tabel 6.4 Achtergrondkenmerken zorggroepen – werkgebied en zorgverzekeraars

	2016	2015	2013-14
Werkgebied:	(N=55)	(N=68)	(N=68)
Groningen	0%	0%	2%
Friesland	4%	4%	6%
Drenthe	0%	2%	0%
Overijssel	7%	6%	4%
Flevoland	0%	2%	3%
Noord-Holland	18%	15%	16%
Zuid-Holland	27%	22%	21%
Utrecht	11%	10%	7%
Gelderland	9%	11%	16%
Zeeland	7%	6%	3%
Noord-Brabant	13%	18%	16%
Limburg	4%	4%	6%
Preferente zorgverzekeraars (aantal):	(N=54)	(N=68)	(N=68)
Eén	91%	82%	82%
Twee	9%	18%	18%
Drie	0%	0%	0%
Preferente zorgverzekeraar (naam):			
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>	<i>(N=54)</i>	<i>(N=80)</i>	<i>(N=80)</i>
Zilveren Kruis (was Achmea)	32%	29%	25%
Coöperatie VGZ	15%	9%	13%
Menzis	11%	10%	13%
CZ	20%	22%	16%
DSW	0%	0%	2%
Zorg en Zekerheid	7%	6%	4%
De Friesland	4%	4%	6%
ENO	2%	-	-
Anders	0%	2%	3%
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>			
Zilveren Kruis en Coöperatie VGZ	0%	0%	2%
Zilveren Kruis en CZ	2%	2%	2%
Coöperatie VGZ en CZ	7%	15%	15%
Coöperatie VGZ en Menzis	0%	2%	0%

6.4.3 Gezondheidscentra

Bijna de helft van de deelnemende gezondheidscentra heeft een omvang van 4-6 huisartsen (zie tabel 6.5). Vorig jaar was dit nog ongeveer 40%. Daarmee zijn gezondheidscentra over het algemeen een stuk kleiner dan zorggroepen. Ook zijn gezondheidscentra over het algemeen eerder opgericht dan zorggroepen. Ongeveer drie op de vier gezondheidscentra geeft aan vóór 2006 opgericht te zijn. Dit was te verwachten, aangezien gezondheidscentra al sinds de jaren 1960 opgericht worden.

Tabel 6.5 Achtergrondkenmerken gezondheidscentra – omvang en oprichting

	2016	2015
Omvang gezondheidscentrum:	(N=44)	(N=46)
1-3 huisartsen	2%	9%
4-6 huisartsen	48%	39%
7-9 huisartsen	18%	15%
10-12 huisartsen	11%	11%
13 of meer huisartsen	18%	24%
Weet ik niet	2%	2%
Oprichtingsjaar gezondheidscentrum:	(N=44)	(N=46)
2015	0%	-
2014	2%	0%
2013	2%	0%
2012	0%	0%
2011	7%	4%
2010	5%	0%
2009	2%	9%
2008	5%	0%
2007	2%	7%
2006	2%	0%
Eerder dan 2006	73%	78%
Weet ik niet	0%	2%

Ten opzichte van de zorggroepen en ten opzichte van vorig jaar zijn relatief veel gezondheidscentra in Gelderland gevestigd (zie tabel 6.6). Ook blijkt dat er relatief weinig gezondheidscentra zijn met twee preferente zorgverzekeraars.

Een groot deel van de deelnemende gezondheidscentra heeft het Zilveren Kruis als preferente zorgverzekeraar (38%, zie tabel 6.6).

Tabel 6.6 Achtergrondkenmerken gezondheidscentra – werkgebied en zorgverzekeraars

	2016	2015
Werkgebied:	(N=44)	(N=46)
Groningen	2%	2%
Friesland	2%	2%
Drenthe	2%	4%
Overijssel	2%	0%
Flevoland	0%	2%
Noord-Holland	14%	15%
Zuid-Holland	27%	26%
Utrecht	9%	24%
Gelderland	23%	11%
Zeeland	0%	0%
Noord-Brabant	11%	7%
Limburg	7%	7%
Preferente zorgverzekeraars:	(N=42)	(N=45)
Eén	95%	96%
Twee	5%	4%
Drie	0%	0%
Preferente zorgverzekeraar (naam):	(N=42)	(N=47)
<i>Eén preferente zorgverzekeraar</i>		
Zilveren Kruis	38%	44%
Coöperatie VGZ	19%	18%
Menzis	19%	13%
CZ	12%	11%
DSW	0%	0%
Zorg en Zekerheid	5%	7%
De Friesland	2%	2%
Anders	0%	0%
<i>Twee preferente zorgverzekeraars</i>		
Zilveren Kruis en Coöperatie VGZ	0%	0%
Zilveren Kruis en CZ	2%	2%
Coöperatie VGZ en CZ	2%	2%

6.4.4 Bekendheid met spelregels en Bestuurlijk Akkoord

Zoals verwacht geeft een veel groter percentage zorggroepen dan gezondheidscentra aan bekend te zijn met de spelregels voor contractering van zorggroepen (respectievelijk 76% en 33%, zie tabel 6.7). De bekendheid met de spelregels ligt onder zowel zorggroepen als gezondheidscentra dit jaar ruimschoots lager dan vorig jaar. Bij gezondheidscentra is de bekendheid van de spelregels gedaald van 53% naar 33% (zie tabel 6.7).

De bekendheid met het Bestuurlijk Akkoord is hoog onder zowel zorggroepen als gezondheidscentra (84% en 85% respectievelijk, zie tabel 6.7). De bekendheid met het Bestuurlijk Akkoord is onder zorggroepen gedaald van 93% naar 84% (zie tabel 6.7).

Tabel 6.7 Bekendheid met spelregels en Bestuurlijk Akkoord

Bent u bekend met de spelregels?	Zorggroepen (N=37)	Gezondheidscentra (N=42)
Ja	76%	33%
Nee	24%	67%
Bent u bekend met het Bestuurlijk Akkoord?	Zorggroepen (N=37)	Gezondheidscentra (N=45)
Ja	84%	85%
Nee	16%	15%

6.4.5 Rol tijdens onderhandelingen

Ongeveer drie vierde van de respondenten geeft aan dat zij onderhandelaar zijn geweest tijdens de onderhandelingen. Dit percentage ligt onder zorggroepen en gezondheidscentra bijna gelijk (78% en 74% respectievelijk, zie tabel 6.8). In vergelijking met vorig jaar is het percentage respondenten dat aangeeft onderhandelaar te zijn geweest gestegen onder gezondheidscentra. Bij zorggroepen is dit percentage iets gedaald.

Tabel 6.8 Rol tijdens onderhandelingen van respondenten

Rol tijdens contractering	Zorggroepen (N=36)	Gezondheidscentra (N=42)
Onderhandelaar	78%	74%
Betrokken bij voorbereiding van de onderhandelingen	11%	5%
Anderszins betrokken bij de onderhandelingen	8%	0%
Niet betrokken bij de onderhandelingen	3%	21%

6.5 Opmerkingen van respondenten over vragenlijst

In de periode dat InEen contact heeft opgenomen met de respondenten die de vragenlijst nog niet (volledig) hadden ingevuld, is gebleken waarom sommige respondenten niet de tijd wilden nemen om de vragenlijst in te vullen. Ten eerste lijkt het of de respondent minder gemotiveerd is om de vragenlijst in te vullen door de algemene hoeveel enquêtes die hij op zich af krijgt. Ten tweede was het 'gewicht' van deze enquête vaak niet duidelijk onder de respondenten. Het was onvoldoende zichtbaar dat zij zelf iets uit deze enquête konden halen. Tot slot gaf een aantal respondenten aan dat zij de vragenlijst te gedetailleerd vonden en te lang. Al deze respondenten zijn aangemoedigd door InEen om de vragenlijst alsnog in te vullen door onder andere het belang uit te spreken van de vragenlijst.

Literatuur

- Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: The New Zealand experience. *Health Policy*, 2004; 69(1):21-31
- Bartholomé Y, Maarse H. Health insurance reform in the Netherlands. *Eurohealth London*, 2006; 12(2):7
- Batenburg RS, Kalf RRJ. Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: verschillen, trends en bekostiging. Utrecht: NIVEL, 2010
- Bouwhuis S, Jong J de. *De contracting van zorggroepen in 2013: de ervaring van zorggroepen*. Utrecht: NIVEL, 2014
- Dijk CE van, Swinkels ICS, Lugt M, Korevaar JC. *Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid*. Utrecht: NIVEL, 2011
- Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 1993; 12(1):24-48
- Herck P van, Smedt D de, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*, 2010; 10(1):247-260
- Lammers E, Vaarwerk M te. *Zorgstandaarden in Nederland. De balans opgemaakt: coördinatieplatform Zorgstandaarden*. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2012
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017, 16 juli 2013*
- Light DW. From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience. *Milbank Q*, 1997; 75(3):297-341
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Berg M van den, Westert G, et al.. The Netherlands: health system review. *Health Sys Transition*, 2010; 12(1):xxvii-1
- Schut FT, Ven WPMM van de. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full of half empty? *Health Econ Policy Law*, 2011; 6:109-123
- Til JT van, Wildt JE de, Struijs JN. *Organisatie van Zorggroepen. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*. Bilthoven: RIVM, LVG, 2010
- Ven WPMM van de. The key role of health insurance in a cost-effective health care system. *Health Policy*, 1987; 7:253-272

Bijlage A De spelregels voor contractering van zorggroepen

Tabel A.1 De spelregels voor contractering van zorggroepen (Inzet van InEen uit juni 2013)

Thema	Spelregel
Proces	A <p>Planning contracteringscyclus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgverzekeraar maakt voor 1 juni aanpassingen inkoopbeleid bekend 2. De zorggroep sluit voor 1 juni het financiële jaar af 3. Zorggroep reageert voor 1 september op inkoopbeleid zorgverzekeraar door offerte te sturen 4. Voor 1 november wordt tot contractuele afspraken gekomen, over alle onderdelen van het contract wordt onderhandeld 5. Zorgverzekeraars die volgen bevestigen dit voor 15 december 6. Tussen het aflopen van het bestaande contract en het tot stand komen van een nieuw contract wordt gehandeld alsof het bestaande contract doorloopt.
	B <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgverzekeraars volgen bij een marktaandeel-belang binnen het ketencontract van kleiner dan 15% automatisch de marktleider tegen diens voorwaarden. 2. Zorgverzekeraars volgen bij een marktaandeel-belang binnen het ketencontract van kleiner dan 15% elkaars nieuwe kleinschalige, innovatieve pilots op het gebied van ketenzorg op de voorwaarden die de marktleider hierover met een zorggroep heeft afgesproken.
	C <p>Zorggroepen en zorgverzekeraars verplichten zich een gemotiveerde reactie te geven op elkaars voorstellen en aanbiedingen. Uitgangspunt is een beantwoordingstermijn van 2 weken</p>
	D <p>Als er meerdere preferente zorgverzekeraars in een bepaald gebied zijn, vindt er afstemming plaats over de zorginhoud en de te contracteren zorg; verschillen in uitgangspunten moeten door de zorggroep uitvoerbaar zijn, zonder substantiële extra administratieve lasten. De inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars dienen voor alle zorggroepen beschikbaar te zijn.</p>
Inhoud	F <p>Bij het aanbieden van ketenzorg geldt de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard. Voor de bekostiging vormen de beleidsregels van de NZa het uitgangspunt; deze beleidsregels stellen kaders aan de zorg (veelal Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg) die standaard in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen kunnen worden opgenomen</p> <p>In onderling overleg tussen zorggroepen en zorgverzekeraars kunnen aanvullende contractuele afspraken worden gemaakt.</p>
	G <p>De zorggroepen conformeren zich bij het meten van de kwaliteit aan de landelijk vastgestelde indicatorenset. De zorgverzekeraars gebruiken de gegevens uit de landelijke benchmark als basis voor het contracteerbeleid.</p> <p>De zorggroepen leveren gegevens aan via de regionale datacentra of onderwerpen hun registratie- en aanleverproces van gegevens aan de Quickscan, zodat de indicatoren op identieke en betrouwbare wijze zijn gemeten. De zorggroepen zorgen voor tijdige en complete aanlevering.</p> <p>Zorgverzekeraars die volgen ontvangen op aanvraag de aanvullende indicatoren, mits de zorggroepen in de gelegenheid worden gesteld deze nader toe te lichten.</p>
	H <p>Bij het maken van contractuele afspraken over het kwaliteitsbeleid van de zorggroep sluiten zorgverzekeraars en zorggroepen aan bij de Kritische Kwaliteits Kenmerken van de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg. De zorggroepen en de zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg aanvullende contractuele afspraken maken.</p>

Thema	Spelregel
Financiën	I <p>De zorggroepen leggen via de jaarrekening financiële verantwoording af over de contractueel overeengekomen prestaties en bijbehorende bekostiging. De jaarrekening (met betrekking tot de DBC's) geeft inzicht in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de daadwerkelijk geleverde prestaties volgens contract • de verhouding tussen overhead en zorgkosten van de DBC's • de bestemming van het resultaat • de opbouw van het eigen vermogen <p>NB: De Jaarrekening is in een aantal gevallen openbaar (Coöperatie, BV)</p>
	J <p>Zorgverzekeraars en zorggroepen streven naar langdurige contractuele relaties. Het afsluiten van meerjarige contracten, -van minstens 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar-, geniet de voorkeur en bevordert de stabiliteit.</p> <p>De volgende aspecten zijn hierbij van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijdsduur: gedurende 3 jaar een contractuele afspraak over het betreffende zorgprogramma • Stabiliteit: zorggroepen en zorgverzekeraars voldoen tijdens deze periode aan de wederzijdse verplichtingen. Wijzigingen in het vergoedingstelsel of de zorgstandaarden kunnen leiden tot wijzigingen in de zorgprogramma's en kostprijs, maar hebben geen effect op de looptijd van het contract. Tenzij nakoming van de contracten in redelijkheid niet van (een van de) partijen gevergd kan worden.
	K <p>De verzekeraar erkent dat met het oog op financiële stabiliteit en mogelijke risico's het voor zorggroepen noodzakelijk is om:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. een algemene risicoreserve op te bouwen ten behoeve van onvoorziene uitgaven. De hoogte is afhankelijk van de omvang en risico's van de zorggroep, alsmede de toekomstverwachtingen; 2. andere (geoormerkte) reserves op te bouwen die bijvoorbeeld kunnen zijn bestemd voor innovatie en R&D of andere doeleinden. <p>Deze reserves moeten terug te vinden zijn op de balans van zorggroepen en zijn gebaseerd op richtlijnen van erkende accountantsorganisaties.</p> <p>In de contracteringsafspraken dragen zorgverzekeraar en zorggroepen er zorg voor, dat deze reserves kunnen worden gevormd en geborgd.</p>
	L <p>Zorggroepen en zorgverzekeraars voeren beiden een actief beleid gericht op het voorkomen van dubbele declaraties en informeren elkaar hierover.</p> <p>Iedere partij heeft hierbij haar eigen verantwoordelijkheid. De financiële verantwoordelijkheid van de zorggroep kan niet verder strekken dan de eigen declaraties en het vastleggen van afspraken met samenwerkingspartners in eerste en tweede lijn.</p> <p>De zorgverzekeraar borgt de afspraken middels eigen contracten met andere aanbieders.</p> <p>Conform de overeengekomen afspraken met de preferente zorgverzekeraar wordt indien dit aan de orde is een terugbetalingsafpraak met de volgende verzekeraars gemaakt.</p> <p>In de termijnen van terugvordering en declaratie dient sprake te zijn van evenredigheid.</p>
	M <p>Zorgverzekeraars en zorggroepen hebben een gezamenlijke inspanningsverplichting om de mogelijkheden voor substitutie van chronische zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn te benutten.</p> <p>De zorggroep spant zich in via doelmatige zorg en afspraken met de tweede lijn substitutie-effecten te realiseren. De verzekeraar spant zich in besparingen in de tweede lijn te realiseren en zichtbaar te maken.</p>
N <p>De kosten voor aansluiting bij de landelijke brancheorganisatie maken deel uit van de organisatiekosten van een zorggroep en worden in de contractuele afspraken met zorgverzekeraars verwerkt.</p>	

Bron: InEen

Bijlage B Overzicht van tabellen

Contracteerproces: motivatie en tijdigheid

Tabel B.1 In welke mate reageerde de zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nooit	2%	-	-	-	5%
Vrijwel nooit	18%	19%	27%	14%	15%
Soms	28%	32%	33%	32%	20%
Vrijwel altijd	32%	32%	27%	36%	30%
Altijd	16%	16%	13%	18%	15%
Weet ik niet	5%	-	-	-	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	57	37	15	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.2 In welke mate reageerde uw organisatie gemotiveerd op voorstellen van de zorgverzekeraar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nooit	-	-	-	-	-
Vrijwel nooit	-	-	-	-	-
Soms	12%	11%	20%	5%	15%
Vrijwel altijd	40%	49%	40%	55%	25%
Altijd	40%	41%	40%	41%	40%
Weet ik niet	7%	-	-	-	20%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	57	37	15	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.3 Binnen welke termijn reageerde de zorgverzekeraar gemotiveerd op voorstellen van uw organisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Binnen twee weken	23%	24%	33%	18%	20%
Binnen twee tot vier weken	53%	51%	47%	55%	55%
Langer dan vier weken	18%	22%	13%	27%	10%
Weet ik niet	7%	3%	7%	-	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	57	37	15	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.4 Binnen welke termijn reageerde uw organisatie gemotiveerd op voorstellen van de zorgverzekeraar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Binnen twee weken	54%	57%	60%	55%	50%
Binnen twee tot vier weken	39%	38%	27%	46%	40%
Langer dan vier weken	2%	3%	7%	-	-
Weet ik niet	5%	3%	7%	-	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	57	37	15	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.5 In welke mate verschilde de motivatie van de zorgverzekeraar van de motivatie vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel beter	5%	8%	7%	9%	-
Beter	20%	17%	14%	18%	25%
Geen verschil	36%	36%	29%	41%	35%
Slechter	23%	28%	21%	32%	15%
Veel slechter	5%	8%	21%	-	-
Weet ik niet	11%	3%	7%	-	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.6 In welke mate verschilde de motivatie van uw organisatie van de motivatie vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel beter	2%	3%	7%	-	-
Beter	11%	11%	14%	9%	10%
Geen verschil	73%	78%	71%	82%	65%
Slechter	2%	3%	-	5%	-
Veel slechter	3%	3%	-	5%	-
Weet ik niet	11%	3%	7%	-	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.7 In welke mate verschilde de tijdigheid van de reacties van de zorgverzekeraar van de tijdigheid vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel sneller	4%	6%	-	9%	-
Sneller	18%	17%	29%	9%	20%
Geen verschil	46%	47%	50%	46%	45%
Langzamer	7%	11%	14%	9%	-
Veel langzamer	14%	17%	-	27%	10%
Weet niet	11%	3%	7%	-	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.8 In welke mate verschilde de tijdigheid van de reacties van uw organisatie van de tijdigheid vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Veel sneller	-	-	-	-	-
Sneller	13%	14%	14%	14%	10%
Geen verschil	77%	83%	79%	86%	65%
Langzamer	-	-	-	-	-
Veel langzamer	-	-	-	-	-
Weet niet	11%	3%	7%	-	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Contracteerproces: vertrouwen

Tabel B.9 De zorgverzekeraar luistert naar mijn wensen en voorstellen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	20%	23%	31%	18%	16%
Niet eens, niet oneens	13%	17%	23%	14%	5%
(Helemaal) Eens	63%	60%	46%	68%	68%
Geen mening/N.v.t.	4%	-	-	-	11%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	54	35	13	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.10 Ik mis continuïteit in de contacten met de zorgverzekeraar

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	25%	49%	54%	46%	40%
Niet eens, niet oneens	5%	6%	8%	5%	15%
(Helemaal) Eens	22%	46%	39%	50%	30%
Geen mening/N.v.t.	3%	-	-	-	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	35	13	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Contracteerproces: onderhandelingen

Tabel B.11 De zorgverzekeraar was bereid om met mijn organisatie om de tafel te zitten als mijn organisatie dat wilde

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	7%	6%	7%	5%	10%
Niet eens, niet oneens	9%	14%	7%	18%	-
(Helemaal) Eens	80%	81%	86%	77%	80%
Geen mening/N.v.t.	4%	-	-	-	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.12 Mijn organisatie is tevreden over de tijdigheid van het contracteringsproces

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	52%	64%	86%	50%	30%
Niet eens, niet oneens	7%	6%	-	9%	10%
(Helemaal) Eens	36%	28%	14%	36%	50%
Geen mening/N.v.t.	5%	3%	-	5%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.13 Mijn organisatie is tevreden over de communicatie met de zorgverzekeraar tijdens het contracteringsproces

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	34%	36%	43%	32%	30%
Niet eens, niet oneens	23%	25%	29%	23%	20%
(Helemaal) Eens	36%	36%	29%	41%	35%
Geen mening/N.v.t.	7%	3%	-	5%	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.14 *Mijn organisatie is tevreden over de ruimte die er was om met de zorgverzekeraar te onderhandelen*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	52%	53%	57%	50%	50%
Niet eens, niet oneens	18%	19%	29%	14%	15%
(Helemaal) Eens	23%	25%	14%	32%	20%
Geen mening/N.v.t.	7%	3%	-	5%	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.15 *Over het algemeen is mijn organisatie tevreden over het contracteringsproces*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	42%	50%	71%	36%	26%
Niet eens, niet oneens	26%	22%	14%	27%	32%
(Helemaal) Eens	27%	25%	14%	32%	32%
Geen mening/N.v.t.	6%	3%	-	5%	11%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

De inhoud van de contracten: kwaliteit, prijs en volume

Tabel B.16 *In de contracten is afgesproken dat de ketenzorgorganisatie financiële reserves kan vormen en borgen*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	52%	64%	71%	59%	30%
Nee	38%	31%	29%	32%	50%
Weet ik niet	11%	6%	-	9%	20%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

Tabel B.17 *De uitgangspunten voor de afspraken over de financiële reserves in de contracten waren de risico's van mijn organisatie*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	46%	52%	54%	50%	37%
Nee	33%	36%	39%	35%	26%
Weet ik niet	21%	12%	8%	15%	37%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	52	33	13	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.18 De afspraken over kwaliteit in de contracten sluiten aan bij de Kritische Kwaliteitskenmerken

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	66%	67%	57%	73%	65%
Nee	18%	25%	43%	14%	5%
Weet ik niet	16%	8%	-	14%	30%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.19 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw ketenzorgorganisatie?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	44%	44%	29%	55%	42%
Ja, door ontwikkelingen in de ketenzorgtarieven	15%	11%	7%	14%	21%
Ja, door andere oorzaken	35%	42%	64%	27%	21%
Weet ik niet	7%	3%	-	5%	16%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.20 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken dragen bij aan het realiseren van betere kwaliteit van zorg door mijn organisatie

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	27%	31%	69%	9%	20%
Niet eens, niet oneens	24%	20%	-	32%	30%
(Helemaal) Eens	44%	46%	31%	55%	40%
Geen mening/N.v.t.	6%	3%	-	5%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	35	13	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.21 De kwaliteitseisen die zijn afgesproken laten voldoende ruimte voor het voeren van eigen beleid door mijn organisatie

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	22%	23%	46%	9%	20%
Niet eens, niet oneens	18%	17%	8%	23%	20%
(Helemaal) Eens	55%	60%	46%	68%	45%
Geen mening/N.v.t.	6%	-	-	-	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	35	13	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.22 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van de zorg die wordt geleverd

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	18%	19%	29%	14%	15%
Niet eens, niet oneens	29%	28%	43%	18%	30%
(Helemaal) Eens	45%	50%	29%	64%	35%
Geen mening/N.v.t.	9%	3%	-	5%	20%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.23 De afspraken over de prijs van de zorg sluiten goed aan bij de kosten van de zorg die mijn organisatie zou willen leveren

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	36%	42%	57%	32%	25%
Niet eens, niet oneens	21%	17%	29%	9%	30%
(Helemaal) Eens	34%	39%	14%	55%	25%
Geen mening/N.v.t.	9%	3%	-	5%	20%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.24 De vergoedingen die in de contracten zijn afgesproken bieden de mogelijkheid om een financiële reserve op te bouwen

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	54%	44%	57%	36%	70%
Niet eens, niet oneens	16%	22%	21%	23%	5%
(Helemaal) Eens	20%	28%	21%	32%	5%
Geen mening/N.v.t.	11%	6%	-	9%	20%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	56	36	14	22	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Ketenzorgprogramma's

Tabel B.25 Heeft uw organisatie contracten afgesloten voor ketenzorgprogramma's?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	97%	97%	100%	96%	95%
Nee	2%	3%	-	4%	-
Weet ik niet	2%	-	-	-	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	57	37	14	23	20

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.26 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het diabetes-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheids- centra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	6%	6%	-	9%	5%
Ja	95%	94%	100%	91%	95%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.27 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het COPD-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheids- centra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	13%	6%	-	9%	26%
Ja	87%	94%	100%	91%	74%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.28 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het CVRM-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheids- centra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	33%	25%	-	41%	47%
Ja	67%	75%	100%	59%	53%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.29 Heeft uw organisatie een contract afgesloten voor het astma-zorgprogramma?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheids- centra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Nee	67%	58%	64%	55%	84%
Ja	33%	42%	36%	45%	16%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	55	36	14	22	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Ketenzorgprogramma's: tevredenheid

Tabel B.30 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheids- centra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	13%	3%	7%	-	32%
Niet eens, niet oneens	21%	21%	36%	10%	21%
(Helemaal) Eens	60%	77%	57%	90%	32%
Geen mening/N.v.t.	6%	-	-	-	16%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.31 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	6%	6%	14%	-	5%
Niet eens, niet oneens	15%	15%	29%	5%	16%
(Helemaal) Eens	59%	59%	43%	70%	58%
Geen mening/N.v.t.	21%	21%	14%	25%	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.32 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	15%	18%	43%	-	11%
Niet eens, niet oneens	28%	29%	14%	40%	26%
(Helemaal) Eens	51%	53%	43%	60%	47%
Geen mening/N.v.t.	6%	-	-	-	16%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.33 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma diabetes

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	6%	3%	7%	-	11%
Niet eens, niet oneens	26%	24%	36%	15%	32%
(Helemaal) Eens	60%	74%	57%	85%	37%
Geen mening/N.v.t.	8%	-	-	-	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.34 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	25%	24%	50%	5%	26%
Niet eens, niet oneens	15%	18%	14%	20%	11%
(Helemaal) Eens	51%	59%	36%	75%	37%
Geen mening/N.v.t.	9%	-	-	-	26%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.35 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	2%	12%	14%	-	5%
Niet eens, niet oneens	13%	68%	71%	10%	16%
(Helemaal) Eens	60%	21%	14%	65%	47%
Geen mening/N.v.t.	25%	-	-	25%	32%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.36 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	9%	12%	29%	-	5%
Niet eens, niet oneens	30%	35%	29%	40%	21%
(Helemaal) Eens	49%	50%	43%	55%	47%
Geen mening/N.v.t.	11%	3%	-	5%	26%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.37 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma COPD

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	11%	12%	21%	5%	11%
Niet eens, niet oneens	25%	27%	43%	15%	21%
(Helemaal) Eens	57%	62%	36%	80%	47%
Geen mening/N.v.t.	8%	-	-	-	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.38 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	21%	24%	43%	10%	16%
Niet eens, niet oneens	17%	24%	29%	20%	5%
(Helemaal) Eens	34%	35%	29%	40%	32%
Geen mening/N.v.t.	28%	18%	-	30%	47%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.39 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma CRVM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	17%	24%	43%	10%	5%
Niet eens, niet oneens	19%	24%	36%	15%	11%
(Helemaal) Eens	30%	29%	14%	40%	32%
Geen mening/N.v.t.	34%	24%	7%	35%	53%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.40 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	13%	15%	36%	-	11%
Niet eens, niet oneens	25%	32%	36%	30%	11%
(Helemaal) Eens	32%	32%	29%	35%	32%
Geen mening/N.v.t.	30%	21%	-	35%	47%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.41 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma CVRM

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	15%	24%	43%	10%	-
Niet eens, niet oneens	21%	21%	21%	20%	21%
(Helemaal) Eens	36%	38%	36%	40%	32%
Geen mening/N.v.t.	28%	18%	-	30%	47%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	53	34	14	20	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.42 Ik ben tevreden over de afgesproken tarieven voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	12%	15%	15%	15%	6%
Niet eens, niet oneens	6%	6%	23%	10%	6%
(Helemaal) Eens	20%	27%	62%	30%	6%
Geen mening/N.v.t.	63%	52%	-	45%	83%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	51	33	13	20	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.43 Ik ben tevreden over de afgesproken volumes voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	6%	9%	8%	10%	-
Niet eens, niet oneens	8%	9%	8%	10%	6%
(Helemaal) Eens	18%	21%	23%	20%	11%
Geen mening/N.v.t.	69%	61%	62%	60%	83%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	51	33	13	20	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.44 Ik ben tevreden over de kwaliteitsafspraken voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	4%	6%	-	10%	-
Niet eens, niet oneens	8%	9%	-	15%	6%
(Helemaal) Eens	22%	27%	31%	25%	11%
Geen mening/N.v.t.	67%	58%	69%	50%	83%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	51	33	13	20	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.45 Over het algemeen ben ik tevreden over de afspraken voor het zorgprogramma astma

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
(Helemaal) Oneens	6%	9%	15%	5%	-
Niet eens, niet oneens	12%	12%	-	20%	11%
(Helemaal) Eens	22%	27%	23%	30%	11%
Geen mening/N.v.t.	61%	52%	62%	45%	78%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	51	33	13	20	18

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Ketenzorgprogramma's: afspraken, tarieven en volumes

Tabel B.46 In het ketenzorgcontract is afgesproken dat de ketenzorg via de Zorgstandaard wordt geleverd

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	88%	88%	91%	87%	86%
Nee	6%	7%	9%	5%	3%
Weet ik niet	7%	5%	-	8%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	59	22	37	29

Tabel B.47 *Werden er door de zorgverzekeraar in aanvulling op de Zorgstandaard en de Kritische Kwaliteitskenmerken extra kwaliteitseisen toegevoegd?*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	17%	20%	35%	11%	10%
Nee	73%	71%	52%	83%	76%
Weet ik niet	10%	9%	13%	6%	14%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	59	23	36	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.48 *Waar zijn de bekostigingsafspraken in het ketenzorgcontract op gebaseerd?*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Rekenmodellen van de zorgverzekeraar	45%	40%	61%	26%	55%
Offerte van de ketenzorgorganisatie	14%	17%	4%	26%	7%
Een combinatie van beiden	39%	41%	35%	46%	35%
Weet ik niet	2%	2%	-	3%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	87	58	23	35	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.49 *Was er ruimte om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken voor het ketenzorgcontract?*

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	52%	53%	35%	66%	48%
Nee, de zorgverzekeraar wilde niet onderhandelen	37%	36%	57%	23%	38%
Nee, om een andere reden	8%	7%	4%	9%	10%
Weet ik niet	3%	3%	4%	3%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	87	58	23	35	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.50 Hoe verhouden zich de tarieven in het ketenzorgcontract voor 2016 zich tot de tarieven in de ketenzorgcontracten vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De tarieven zijn veel lager	6%	5%	9%	3%	7%
De tarieven zijn lager	30%	39%	39%	39%	10%
De tarieven zijn gelijk	33%	32%	30%	33%	35%
De tarieven zijn hoger	22%	19%	17%	19%	28%
De tarieven zijn veel hoger	-	-	-	-	-
Weet niet	10%	5%	4%	6%	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	59	23	36	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.51 Hoe verhouden zich de volumes in het ketenzorgcontract voor 2016 zich tot de volumes in de ketenzorgcontracten vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De volumes zijn veel lager	-	-	-	-	-
De volumes zijn lager	6%	7%	4%	8%	3%
De volumes zijn gelijk	57%	59%	65%	56%	52%
De volumes zijn hoger	23%	25%	26%	25%	17%
De volumes zijn veel hoger	1%	2%	-	3%	-
Weet niet	14%	7%	4%	8%	28%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	88	59	23	36	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.52 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven in het ketenzorgcontract?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	27%	28%	16%	35%	24%
Nee, maar er is wel over onderhandeld	37%	37%	52%	28%	38%
Nee, en er is niet over onderhandeld	27%	26%	28%	25%	28%
Weet ik niet	10%	9%	4%	13%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	94	65	25	40	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.53 Heeft de zorgverzekeraar uitgelegd waarom er **geen** vergoeding voor het indexeren van de tarieven overeengekomen is?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	31%	33%	40%	26%	26%
Nee	62%	59%	55%	63%	68%
Weet ik niet	7%	8%	5%	11%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	58	39	20	19	19

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.54 Welke afspraken zijn gemaakt over contractduur in het ketenzorgcontract?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
De afgesproken contractduur is 1 jaar	26%	18%	4%	29%	41%
De afgesproken contractduur is 2 jaar	62%	70%	96%	51%	45%
De afgesproken contractduur is 3 jaar of langer	11%	10%	-	17%	14%
Weet ik niet	1%	2%	-	3%	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	89	60	25	35	29

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Belonen van uitkomsten

Tabel B.55 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het belonen van uitkomsten?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	53%	54%	85%	36%	50%
Nee	43%	43%	15%	59%	44%
Weet ik niet/N.v.t.	4%	3%	-	5%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	51	35	13	22	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.56 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op een bonus- of een malussysteem?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Bonus	30%	26%	18%	38%	38%
Malus	30%	26%	18%	38%	38%
Bonus/malus	33%	42%	64%	13%	13%
Weet ik niet	4%	-	-	-	13%
Niet van toepassing	4%	5%	-	13%	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	27	19	11	8	8

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.57 Zijn de gemaakte afspraken over het belonen van uitkomsten gebaseerd op landelijke afspraken?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja, en de zorgverzekeraar stelde geen extra voorwaarden	41%	42%	36%	50%	38%
Ja, en de zorgverzekeraar stelde wel extra voorwaarden	19%	26%	46%	-	-
Nee	26%	26%	18%	38%	25
Weet ik niet	15%	5%	-	13%	38%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	27	19	11	8	8

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.58 Ik ben tevreden over de hoogte van de beloning op basis van uitkomsten

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Helemaal oneens	11%	5%	9%	-	25%
Oneens	30%	42%	55%	25%	-
Neutraal	41%	42%	36%	50%	38%
Eens	11%	11%	-	25%	13%
Helemaal eens	4%	-	-	-	13%
Geen mening/NVT	4%	-	-	-	13%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	27	19	11	8	8

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Innovatie

Tabel B.59 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over innovatie en zorgvernieuwing?

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
Ja	41%	43%	38%
Nee	51%	54%	44%
Weet ik niet	8%	3%	19%
Totaal	100%	100%	100%
N	51	35	16

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.60 Hoe verhoudt de omvang van de afgesproken productie in het kader van innovatie en zorgvernieuwing zich met de omvang ervan vorig jaar?

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
Veel lager	5%	7%	-
Lager	5%	7%	-
Gelijk	26%	29%	20%
Hoger	47%	43%	60%
Veel hoger	-	-	-
Weet ik niet/N.v.t.	16%	14%	20%
Totaal	100%	100%	100%
N	19	14	5

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.61 Ik ben tevreden over de tarieven voor zorgvernieuwing en innovatie

	Alle respondenten	Zorggroepen	Gezondheidscentra*
Helemaal oneens	5%	-	20%
Oneens	16%	14%	20%
Neutraal	47%	50%	40%
Eens	26%	29%	20%
Helemaal eens	-	-	-
Geen mening/N.v.t.	5%	7%	-
Totaal	100%	100%	100%
N	19	14	5

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

GEZ-module

Tabel B.62 Heeft uw gezondheidscentrum voor 2016 een contract voor een GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	95%	100%	91%
Nee, maar het gezondheidscentrum is er nog wel over in onderhandeling	3%	-	5%
Nee, en het gezondheidscentrum is er ook niet over in onderhandeling	3%	-	5%
Totaal	100%	100%	100%
N	38	17	21

Tabel B.63 Maakt u zich zorgen over het voortbestaan van uw gezondheidscentrum?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Nee	22%	24%	21%
Ja, door ontwikkelingen in de GEZ-tarieven	69%	71%	68%
Ja, door andere oorzaken	8%	6%	11%
Weet niet	-	-	-
Totaal	100%	100%	100%
N	36	17	19

Tabel B.64 Is er een vergoeding overeengekomen voor het indexeren van de tarieven voor de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	39%	12%	63%
Nee, maar er is wel over onderhandeld	25%	35%	16%
Nee, en er is niet over onderhandeld	33%	53%	16%
Weet ik niet	3%	-	5%
Totaal	100%	100%	100%
N	36	17	19

Tabel B.65 Heeft de zorgverzekeraar uitgelegd waarom er geen vergoeding voor het indexeren van de tarieven overeengekomen is?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	33%	47%	-
Nee	57%	47%	83%
Weet ik niet	10%	7%	17%
Totaal	100%	100%	100%
N	21	15	6

Tabel B.66 Waar zijn de bekostigingsafspraken in de GEZ-module op gebaseerd?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Rekenmodellen van de zorgverzekeraar	49%	31%	63%
Offerte van het gezondheidscentrum	29%	38%	21%
Een combinatie van beiden	17%	25%	11%
Weet ik niet	6%	6%	5%
Totaal	100%	100%	100%
<i>N</i>	35	16	19

Tabel B.67 Was het mogelijk om te onderhandelen over de bekostigingsafspraken in de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	40%	38%	42%
Nee, de zorgverzekeraar wilde niet onderhandelen	51%	56%	47%
Nee, om een andere reden	6%	6%	5%
Weet ik niet	3%	-	5%
Totaal	100%	100%	100%
<i>N</i>	35	16	19

Tabel B.68 Hoe verhouden zich de tarieven in de GEZ-module voor 2016 tot de tarieven in 2015?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De tarieven zijn veel lager	20%	13%	26%
De tarieven zijn lager	23%	19%	26%
De tarieven zijn gelijk	46%	63%	32%
De tarieven zijn hoger	9%	-	16%
Weet ik niet	3%	6%	-
Totaal	100%	100%	100%
<i>N</i>	35	16	19

Tabel B.69 Hoe verhouden de volumes in de GEZ-module voor 2016 zich tot de volumes in 2015?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De volumes zijn veel lager	-	-	-
De volumes zijn lager	3%	7%	-
De volumes zijn gelijk	65%	53%	74%
De volumes zijn hoger	12%	7%	16%
De volumes zijn veel hoger	-	-	-
Weet niet	21%	33%	11%
Totaal	100%	100%	100%
<i>N</i>	34	15	19

Tabel B.70 Welke afspraken zijn gemaakt over contractduur in de GEZ-module?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
De afgesproken contractduur is 1 jaar	57%	88%	32%
De afgesproken contractduur is 2 jaar	43%	13%	68%
Totaal	100%	100%	100%
N	35	16	19

Tabel B.71 Ik ben tevreden over de tarieven in de GEZ-module

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Helemaal oneens	9%	-	16%
Oneens	23%	25%	21%
Neutraal	26%	13%	37%
Eens	43%	63%	26%
Helemaal eens	-	-	-
Totaal	100%	100%	100%
N	35	16	19

Financiële problemen gezondheidscentra

Tabel B.72 Zijn er ontwikkelingen in de bekostiging van de verschillende disciplines binnen uw gezondheidscentrum die leiden tot financiële problemen voor het gezondheidscentrum?

	Gezondheidscentra		
	Algemeen	Wel SR	Geen SR
Ja	58%	81%	40%
Nee	42%	19%	60%
Totaal	100%	100%	100%
N	36	16	20

Beleid respondenten

Tabel B.73 Heeft uw organisatie financiële verantwoording over 2014 geleverd volgens een door de zorgverzekeraars opgelegd format?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	35%	53%	54%	53%	19%
Nee	64%	47%	46%	47%	78%
Weet ik niet	1%	-	-	-	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	69	32	13	19	37

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.74 Heeft uw organisatie financiële verantwoording over 2014 geleverd volgens een eigen format?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	75%	71%	77%	67%	79%
Nee	25%	29%	23%	33%	22%
Weet ik niet	-	-	-	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	68	31	13	18	37

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.75 Is de hoogte van de financiële reserves van de ketenzorgorganisatie hoog genoeg om toekomstige risico's te kunnen dekken en te innoveren?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	29%	31%	23%	37%	27%
Nee	59%	56%	54%	58%	62%
Weet ik niet	12%	13%	23%	5%	11%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	69	32	13	19	37

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.76 Heeft uw organisatie afspraken met onderaannemers gemaakt om dubbelloop van declaraties tegen te gaan?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	74%	94%	100%	90%	57%
Nee	20%	6%	-	11%	32%
Weet ik niet	6%	-	-	-	11%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	69	32	13	19	37

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn

Tabel B.77 Heeft uw organisatie afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over substitutie van tweede naar eerste lijn?

	Alle respondenten	Zorggroepen			Gezondheidscentra*
		Algemeen	Wel SR	Geen SR	
Ja	38%	34%	54%	21%	41%
Nee	62%	66%	46%	79%	60%
Weet ik niet	-	-	-	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N	69	32	13	19	37

* Gezondheidscentra en gezondheidscentra die ook zorggroep zijn