

Onderzoeksverslag

Contractering tussen zorgverzekeraars en zorgverleners

November 2016

Contact

Voor informatie over het onderzoek kunt u contact opnemen met:

Consumentenbond

drs. Frouke Tamsma

redacteur-onderzoeker Consumentenbond
ftamsma@consumentenbond.nl

VvAA

Edwin Brugman

directeur Kennismanagement en netwerken
edwin.brugman@vvaa.nl

Monique Wesly

senior manager Corporate communicatie
monique.wesly@vvaa.nl

Copyright: © Contentunit Geld, Zorg & Recht Consumentenbond en VvAA, 2016

Dit onderzoeksverslag is opgesteld door de Contentunit Geld, Zorg & Recht van de Consumentenbond en VvAA.

Het auteursrecht op dit onderzoeksverslag berust bij de Contentunit Geld, Zorg & Recht en VvAA. Overname van (delen van) dit onderzoeksverslag door derden is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de Contentunit Geld, Zorg & Recht van de Consumentenbond en VvAA.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	4
2 Methode	5
2.1 Opzet onderzoek	5
2.2 Vragenlijst	5
3 Resultaten	6
3.1 Algemeen	6
3.2 Beperkende voorwaarden in contracten tussen zorgverzekeraar en zorgverlener	8
3.2.1 Behandelbeperkingen in contracten	14
3.3 Gevolgen voor patiënten	20
3.3.1 Behandelbeperkingen	20
3.3.2 Beperkingen van rechten van patiënten	22
3.3.3 Preferentiebeleid	22
3.4 Gevolgen voor zorgverleners	23
3.4.1 Grote belemmeringen	23
3.4.2 Doorleverplicht	24
3.4.3 Onderhandelen	26
3.4.4 Geen contract sluiten	28
4 Conclusies en aanbevelingen	30
Bijlagen	
A Vragenlijst	34
B Beperkende voorwaarden per beroepsgroep waarbij n<100	44
C Beperkende voorwaarden per zorgverzekeraar waarbij n<100	46

1 Inleiding

De Consumentenbond heeft de afgelopen jaren regelmatig meldingen binnengekregen van consumenten die voor een behandeling niet bij de zorgverlener van hun keuze terecht kunnen, omdat die zorgverlener kennelijk aan het maximum zit van het aantal behandelingen dat hij volgens het contract met een zorgverzekeraar mag geven. Aanvankelijk kwamen dergelijke signalen vooral in de laatste maanden van een kalenderjaar voor, maar steeds vaker worden zulke meldingen al halverwege het jaar, of nog vroeger, gedaan.

Talrijk zijn daarnaast de meldingen dat consumenten in de apotheek voor één aandoening steeds een ander medicijnmerk krijgen, of niet het medicijnmerk van hun keuze. Ook dit is een gevolg van contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Consumenten ondervinden kennelijk hinder van zulke contractbepalingen: bepalingen die zich grotendeels aan het zicht van de consument onttrekken. Hooguit hoort die er via de zorgverlener weleens iets over.

Omdat hier sprake lijkt te zijn van een groeiend probleem waarbij de consument de dupe is en de keuzevrijheid in de zorg onder druk komt te staan, hebben de Consumentenbond en VvAA, ledenorganisatie en dienstverlener van en voor zorgverleners, in de zomer van 2016 besloten de handen ineen te slaan. Onder zorgverleners bestaat al langer onvrede over de inhoud van de contracten en over de geringe mogelijkheden om hierover met de zorgverzekeraars te onderhandelen. VvAA en de Consumentenbond hebben besloten de contractbepalingen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners gezamenlijk te onderzoeken, om zo de gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor patiënten in beeld te krijgen.

2 Methode

2.1 Opzet onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een geprogrammeerde vragenlijst onder zorgverleners, die door de Consumentenbond en VvAA is opgesteld. VvAA zette deze uit bij circa 25.000 zorgverleners, vrijwel allen lid van VvAA. De groep is representatief voor dat deel van de 120.000 leden van VvAA dat uit ervaring kan spreken over zorgcontractering.

Zorgverleners uit de volgende beroepsgroepen werden aangeschreven:

1. Apotheker
2. Fysiotherapeut
3. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
4. Huisarts
5. Logopedist
6. Medisch specialist
7. Mondzorg
8. Overige medici
9. Overige paramedici
10. Verloskundige

De geselecteerde zorgverleners werden op 1 september 2016 benaderd om de vragenlijst in te vullen. Dit gebeurde middels een digitale nieuwsbrief van VvAA en (social) media-aandacht voor het onderzoek. Ook was er een directe link naar het onderzoek via de website van VvAA. Zorgverleners hadden tot en met 19 september de mogelijkheid om de vragenlijst in te vullen.

2.2 Vragenlijst

De vragenlijst ging over contractvoorwaarden en het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgverleners voor het jaar 2016, met een korte doorkijk naar 2017 (zie Bijlage A). De vragenlijst bevatte deels gesloten en deels open vragen. De gevolgen van behandelbeperkingen voor verzekerden zijn in dit onderzoek deels kwantitatief en deels kwalitatief onderzocht. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt.

3 Resultaten

3.1 Algemeen

De vragenlijst is door 1691 zorgverleners ingevuld. Na correctie (verwijderen uit het databestand van niet-zorgaanbieders en zorgaanbieders die aangaven gepensioneerd te zijn) blijven 1670 respondenten over. De respons per beroepsgroep, in relatie tot de maximaal te bevragen populatie (het aantal VvAA-leden) in de betreffende categorie is:

Doelgroepen	Populatie	Respons
Apotheker	3463	132
Fysiotherapeut	13934	453
Geestelijke gezondheidszorg	2897	133
GZ-psycholoog	1423	
Huisarts	16137	173
Logopedist	1867	137
Medisch specialist	22876	155
Mondzorg	14838	233
Tandarts	12310	
Mondhygiënist	2048	
Tandheelkundige beroepen	480	
Verloskundige	2447	20
Overige paramedici	3418	203
Diëtist	972	
Ergotherapeut	746	
Oefentherapeut	1700	
Overige medici	16195	31

De minimaal benodigde n per beroepsgroep is berekend op 100. Beroepsgroepen waarbij $n < 100$: Verloskundigen ($n=20$), Overige medici ($n=31$). Om die reden vindt u in dit rapport van deze beroepsgroepen enkel kwalitatieve resultaten terug (quotes), overige resultaten van deze groepen vindt u in de bijlagen.

De meeste zorgverleners hebben met meerdere zorgverzekeraars een contract gesloten:

Zorgverzekeraar	Aantal contracten	%
Achmea/Zilveren Kruis	1202	72%
CZ	1202	72%
De Friesland	1058	63%
DSW	1098	66%
Menzis	1143	68%
Inkooporganisatie Multizorg VRZ ¹	1099	66%
VGZ	1215	73%
Zorg en Zekerheid	1029	62%
Geen enkele	350	21%

780 respondenten (47%) hebben met één of meer zorgverzekeraars geen contract. Een op de vijf respondenten (n=350, 21%) heeft met geen enkele zorgverzekeraar een contract (zie ook 3.4.4).

¹ Hieronder vallen in 2016 zorgverzekeraars a.s.r., ONVZ en Eno. Zorg & Zekerheid wordt in dit onderzoek als aparte zorgverzekeraar aangemerkt. Bij deze zorgverzekeraar loopt een deel van de contractonderhandelingen via Multizorg VRZ, maar de onderhandelingen voor onder meer paramedische zorg doet Zorg & Zekerheid zelf.

3.2 Beperkende voorwaarden in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners

Het vervolg van het onderzoek betreft 1320 zorgverleners (1670-350=1320) die in 2016 één of meer contracten hebben getekend. 86% (n=1138) hiervan heeft te maken met een of meer zorgverzekeraars die beperkende voorwaarden opleggen die gevolgen kunnen hebben voor de door hen geleverde zorg.

De vraag naar de maximaal 3 zorgverzekeraars bij wie beperkende voorwaarden in de sterkste mate voorkomen, geeft het volgende resultaat:

Zorgverzekeraar	Aantal	%
Achmea/Zilveren Kruis	830	73%
CZ	725	64%
De Friesland	47	4%
DSW	33	3%
Menzis	497	44%
Inkooporganisatie Multizorg VRZ	52	5%
VGZ	593	52%
Zorg en Zekerheid	51	4%
Totaal aantal respondenten	1138	100%

We gaven vooraf een set beperkende voorwaarden en vroegen in hoeverre deze voorkomen in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. De zorgverleners konden dit aangeven voor maximaal 3 zorgverzekeraars. De volgende 11 beperkende voorwaarden zijn onderscheiden:

Voorwaarde 1. Omzetplafond

Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaal aantal behandelingen. Bij een omzetplafond spreekt een zorgverzekeraar een maximumbedrag af dat een zorgverlener in een jaar mag declareren.

Voorwaarde 2. Materiële controle

Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde. Bij materiële controle gaat een zorgverzekeraar na hoe een zorgverlener declareert ten opzichte van zijn collega's.

Voorwaarde 3. Behandelindex

Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt. Een behandelindex is een cijfer dat uitdrukt hoeveel een praktijk behandelt ten opzichte van andere praktijken.

Voorwaarde 4. Extra tijd

Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die de zorgverlener aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling).

Voorwaarde 5. Tarief aanvullend

Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering. Een zorgverzekeraar bepaalt hierbij ook het tarief dat een zorgverlener mag rekenen voor zijn niet-verzekerde patiënten.

Voorwaarde 6. Tarief

Een te laag gecontracteerd tarief

Voorwaarde 7. Lumpsum

Een te lage lumpsumvergoeding. Bij een lumpsumvergoeding wordt een zorgverlener niet betaald per verrichting, maar krijgt hij een vast budget.

Voorwaarde 8. Toestemming

Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die de zorgverlener wil leveren.

Voorwaarde 9. Preferentiebeleid

De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar. Bij het preferentiebeleid bepaalt een zorgverzekeraar welk medicijnmerk aan een patiënt wordt verstrekt.

Voorwaarde 10. Hulpmiddelen

Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek.

Voorwaarde 11. Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk.

Uitgesplitst naar beroepsgroepen geeft dit de volgende resultaten:

Apothekers	Komt voor		Totaal ²	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	44	34%	131	100%
2. Materiële controle	103	79%	131	100%
3. Behandelindex	35	27%	131	100%
4. Extra tijd	82	63%	131	100%
5. Tarief aanvullend	45	34%	131	100%
6. Tarief	119	91%	131	100%
7. Lumpsum	36	28%	131	100%
8. Toestemming	117	89%	131	100%
9. Preferentiebeleid	127	97%	131	100%
10. Hulpmiddelen	125	95%	131	100%
11. Prestatie-indicatoren	122	93%	131	100%

Fysiotherapeuten	Komt voor		Totaal ²	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	307	72%	425	100%
2. Materiële controle	326	77%	425	100%
3. Behandelindex	282	66%	425	100%
4. Extra tijd	351	83%	425	100%
5. Tarief aanvullend	265	62%	425	100%
6. Tarief	369	87%	425	100%
7. Lumpsum	124	29%	425	100%
8. Toestemming	276	65%	425	100%
9. Preferentiebeleid	241	57%	425	100%
10. Hulpmiddelen	65	15%	425	100%
11. Prestatie-indicatoren	313	74%	425	100%

² 'Totaal' is steeds het aantal zorgverleners binnen een beroepsgroep dat heeft aangegeven met ten minste één zorgverzekeraar een contract te hebben. Voor de beroepsgroepen waarbij het Totaal<100 zie Bijlage B.

Huisartsen	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	55	33%	169	100%
2. Materiële controle	72	43%	169	100%
3. Behandelindex	39	23%	169	100%
4. Extra tijd	97	57%	169	100%
5. Tarief aanvullend	23	14%	169	100%
6. Tarief	80	47%	169	100%
7. Lumpsum	36	21%	169	100%
8. Toestemming	58	34%	169	100%
9. Preferentiebeleid	96	57%	169	100%
10. Hulpmiddelen	92	54%	169	100%
11. Prestatie-indicatoren	93	55%	169	100%

Logopedisten	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	51	40%	127	100%
2. Materiële controle	65	51%	127	100%
3. Behandelindex	61	48%	127	100%
4. Extra tijd	109	86%	127	100%
5. Tarief aanvullend	55	43%	127	100%
6. Tarief	114	90%	127	100%
7. Lumpsum	39	31%	127	100%
8. Toestemming	59	47%	127	100%
9. Preferentiebeleid	51	40%	127	100%
10. Hulpmiddelen	7	6%	127	100%
11. Prestatie-indicatoren	75	59%	127	100%

Medisch specialisten	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	92	77%	120	100%
2. Materiële controle	71	59%	120	100%
3. Behandelindex	63	53%	120	100%
4. Extra tijd	65	54%	120	100%
5. Tarief aanvullend	42	35%	120	100%
6. Tarief	84	70%	120	100%
7. Lumpsum	63	53%	120	100%
8. Toestemming	73	61%	120	100%
9. Preferentiebeleid	72	60%	120	100%
10. Hulpmiddelen	38	32%	120	100%
11. Prestatie-indicatoren	74	62%	120	100%

Overige paramedici	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	101	54%	187	100%
2. Materiële controle	104	56%	187	100%
3. Behandelindex	82	44%	187	100%
4. Extra tijd	152	81%	187	100%
5. Tarief aanvullend	90	48%	187	100%
6. Tarief	153	82%	187	100%
7. Lumpsum	58	31%	187	100%
8. Toestemming	123	66%	187	100%
9. Preferentiebeleid	94	50%	187	100%
10. Hulpmiddelen	20	11%	187	100%
11. Prestatie-indicatoren	106	57%	187	100%

Uit bovenstaande tabellen kunnen we per beroepsgroep de drie vaakst genoemde beperkende voorwaarden afleiden:

Apothekers

1. Voorwaarde 9. Preferentiebeleid.

De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar (97%)

2. Voorwaarde 10. Hulpmiddelen.

Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek (95%)

3. Voorwaarde 11. Prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk (93%)

Fysiotherapeuten

1. Voorwaarde 6. Tarief.

Een te laag gecontracteerd tarief (87%)

2. Voorwaarde 4. Extra tijd.

Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling) (83%)

3. Voorwaarde 2. Materiële controle.

Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (77%)

Huisartsen

1. Voorwaarde 4. Extra tijd.

Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling) (57%)

2. Voorwaarde 9. Preferentiebeleid.

De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar (57%)

3. Voorwaarde 11. Prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk (55%)

Logopedisten

1. Voorwaarde 6. Tarief.

Een te laag gecontracteerd tarief (90%)

2. Voorwaarde 4. Extra tijd.

Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling) (86%)

3. Voorwaarde 11. Prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk (59%)

Medisch specialisten

1. Voorwaarde 1. Omzetplafond.

Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximumaantal behandelingen (77%)

2. Voorwaarde 6. Tarief.

Een te laag gecontracteerd tarief (70%)

3. Voorwaarde 11. Prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk (62%)

Overige paramedici

1. Voorwaarde 6. Tarief.

Een te laag gecontracteerd tarief (82%)

2. Voorwaarde 4. Extra tijd.

Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling) (81%)

3. Voorwaarde 8. Toestemming.

Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren (66%)

Zorgverleners noemen zelf nog een aantal andere beperkende voorwaarden, waaronder:

- Geen vergoeding krijgen voor samenwerking met andere zorgverleners in het belang van de patiënt
- Toenemende administratieve eisen die ten koste gaan van de tijd die aan patiënten kan worden besteed
- Verplichting patiënten en enquêtes te laten invullen. Patiënten beoordelen hiermee de gegeven zorg, maar volgens zorgverleners zijn de eisen die worden gesteld aan het houden van patiënten en enquêtes onhaalbaar.

Om een contract met VGZ af te kunnen sluiten, moet ik me aansluiten bij een enquêtebureau en minstens 25 enquêtes aanleveren. Helaas heb ik in 1 jaar maximaal 16 cliënten van VGZ gezien (een fysiotherapeut)

3.2.1 Behandelbeperkingen in contracten

Hiervoor is beschreven welke en hoeveel zorgverleners te maken hebben met welke beperkende voorwaarden in hun contracten. De voorwaarden Omzetplafond, Materiële controle en Behandelindex kunnen gevolgen hebben voor de duur en/of het aantal behandelingen. Driekwart (75%) van de zorgverleners die onder contract(en) werken, blijkt bij ten minste één zorgverzekeraar met ten minste één van deze drie behandelbeperkingen te maken te hebben.⁴

Gaan zorgverleners over behandelmaxima heen, dan lopen ze het risico op sancties. Dit kunnen zijn: een beheersaudit (controle), een lagere of geen behandelvergoeding, een terugvordering van de behandelvergoeding of het verliezen van het contract.

Ik behandel veel chronische patiënten, Parkinson, cardio-vasculaire aandoeningen en ouderen. Door de te hoge behandelindex loop ik het risico op een beheersaudit en/of weigering contract (een oefentherapeut)

Genoemde drie behandelbeperkingen in contracten worden het vaakst gemeld door de volgende beroepsgroepen⁵:

Omzetplafond Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximumaantal behandelingen

1. Medisch specialisten (77%)
2. Fysiotherapeuten (72%)
3. Overige paramedici (54%)

⁴ Percentage is als volgt berekend: 1320 zorgaanbieders hebben ten minste één contract. Bij 750 zorgaanbieders is 'Voorwaarde 1 Omzetplafond' bij ten minste één verzekeraar van toepassing. Dit is 57% van het totaal. Voor Voorwaarde 2 Materiële controle is dit n=840 en 64% en voor Voorwaarde 3 Behandelindex n=650 en 49%. Variabele A ten slotte geeft de totalen van deze drie beperkende voorwaarden samen. Bij deze variabele wordt aan elke zorgverlener een 1 toegekend, wanneer ten minste één van genoemde drie voorwaarden van toepassing is, bij ten minste één zorgverzekeraar. Hieruit volgt n=990 en 75%.

⁵ Als percentage van het totaal aantal zorgverleners binnen de beroepsgroep met ten minste één contract.

Materiële controle Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde

1. Apothekers (79%)
2. Fysiotherapeuten (77%)
3. Medisch specialisten (59%)

Behandelindex Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt

1. Fysiotherapeuten (66%)
2. Medisch specialisten (53%)
3. Logopedist (48%)

De gevolgen van voorwaarden Extra Tijd, Toestemming, Preferentiebeleid en Prestatie-indicatoren kunnen substantieel zijn, maar zijn voor de patiënt vaak minder duidelijk. Deze voorwaarden hebben impact op de autonomie van de zorgverlener, en kunnen de kwaliteit van de behandeling in negatieve zin beïnvloeden.

Nemen we deze vier voorwaarden mee in de berekening, dan blijkt dat 86% van de zorgverleners die onder contract(en) werken, bij ten minste één zorgverzekeraar met ten minste één van deze zeven behandelbeperkingen te maken heeft.⁶

Zorgverleners hebben voor maximaal drie zorgverzekeraars waarbij beperkende voorwaarden in de sterkste mate worden ervaren, aangegeven of de beperkende voorwaarden voorkomen. Per zorgverzekeraar geeft dit het volgende resultaat:⁷

⁶ Percentage is als volgt berekend: 1320 zorgaanbieders hebben ten minste één contract. Bij 750 zorgaanbieders is 'Voorwaarde 1 Omzetplafond' bij ten minste één verzekeraar van toepassing. Dit is 57% van het totaal. Voor Voorwaarde 2 Materiële controle is dit n=840 en 64%; voor Voorwaarde 3 Behandelindex n=650 en 49%; voor Voorwaarde 4 Extra Tijd n=954 en 72%; voor Voorwaarde 8 Toestemming n=780 en 59%; voor Voorwaarde 9 Preferentiebeleid n=760 en 58% en voor Voorwaarde 11 Prestatie-indicatoren n=872 en 66%. Variabele B ten slotte geeft de totalen van deze zeven beperkende voorwaarden samen.

Bij deze variabele wordt aan elke zorgverlener een 1 toegekend, wanneer ten minste één van genoemde zeven voorwaarden van toepassing is, bij ten minste één zorgverzekeraar. Hieruit volgt n=1130 en 86%.

⁷ Voor beperkende voorwaarden per zorgverzekeraar waarbij n<100 zie Bijlage C

Achmea/Zilveren Kruis	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	434	53%	122	15%	182	22%	77	9%	815	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	573	70%	49	6%	90	11%	105	13%	817	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	382	48%	100	12%	169	21%	152	19%	803	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	666	82%	30	4%	84	10%	33	4%	813	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	376	47%	104	13%	158	20%	165	21%	803	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	742	91%	14	2%	32	4%	27	3%	815	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	270	33%	52	6%	218	27%	278	34%	818	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	403	49%	189	23%	156	19%	69	8%	817	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	463	57%	67	8%	136	17%	153	19%	819	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	197	24%	60	7%	397	49%	158	19%	812	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	608	74%	27	3%	83	10%	101	12%	819	100%

CZ	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	423	59%	93	13%	154	21%	48	7%	718	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	456	64%	60	8%	87	12%	112	16%	715	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	353	49%	92	13%	160	22%	109	15%	714	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	557	79%	30	4%	84	12%	35	5%	706	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	329	47%	61	9%	157	22%	154	22%	701	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	620	87%	28	4%	33	5%	35	5%	716	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	212	30%	41	6%	211	30%	251	35%	715	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	445	63%	120	17%	105	15%	42	6%	712	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	431	60%	51	7%	117	16%	116	16%	715	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	201	28%	30	4%	363	51%	116	16%	710	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	510	71%	38	5%	73	10%	95	13%	716	100%

Menzis	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximumaantal behandelingen ('omzetplafond')	247	50%	86	17%	105	21%	55	11%	493	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	319	65%	47	10%	60	12%	64	13%	490	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	233	47%	71	14%	108	22%	80	16%	492	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	392	80%	22	4%	51	10%	24	5%	489	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	231	47%	53	11%	105	22%	99	20%	488	10
Een te laag gecontracteerd tarief	433	88%	20	4%	19	4%	22	4%	494	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	148	30%	24	5%	145	29%	175	36%	492	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	264	54%	101	21%	85	17%	41	8%	491	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	270	55%	38	8%	91	19%	89	18%	488	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	101	21%	40	8%	266	55%	79	16%	486	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	341	69%	23	5%	58	12%	70	14%	492	100%

VGZ	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	319	54%	86	15%	138	23%	46	8%	589	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	370	63%	49	8%	85	15%	80	14%	584	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	267	46%	83	14%	143	25%	90	15%	583	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	444	76%	25	4%	84	14%	29	5%	582	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	266	46%	44	8%	144	25%	129	22%	583	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	501	85%	20	3%	41	7%	25	4%	587	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	166	29%	39	7%	190	33%	187	32%	582	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	391	67%	62	11%	82	14%	50	9%	585	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	380	65%	36	6%	85	15%	82	14%	583	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	204	35%	34	6%	261	45%	82	14%	581	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	433	74%	31	5%	50	9%	70	12%	584	100%

3.3 Gevolgen voor patiënten

3.3.1 Behandelbeperkingen

Behandelbeperkingen in contracten hebben gevolgen voor verzekerden. Zorgverleners blijken verschillend te handelen als ze vanwege een beperkende voorwaarde in hun contract aan het maximum van het aantal behandelingen of te behandelen patiënten (dreigen te) komen. Zorgverleners beschrijven in het onderzoek de volgende situaties, die allemaal het gevolg zijn van beperkende contractbepalingen:

1. De zorgverlener geeft de patiënt minder behandelingen, ofschoon meer behandelingen noodzakelijk zijn. Vooral patiënten met langdurige en/of chronische problematiek krijgen hiermee te maken

Ik moet het aantal behandelingen per patiënt drastisch verlagen, terwijl zij toch een chronische indicatie hebben (een fysiotherapeut)

Ik anticipeer op de doorleverplicht en probeer de behandeling voor die tijd af te ronden. Soms vraag ik extra omzet aan maar dat wordt bijna altijd afgewezen (een psychotherapeut)

Als er een patiënt is die langer behandeld moet worden, bijvoorbeeld bij een whiplash, dan moet ik hem wegsturen na acht behandelingen (een fysiotherapeut)

2. De zorgverlener weigert nieuwe patiënten

Ik moet vaak al in begin van het jaar nieuwe patiënten afwijzen (een GZ-psycholoog)

3. De zorgverlener selecteert aan de deur en neemt alleen patiënten aan die bij een zorgverzekeraar zitten waar nog wel omzet kan worden behaald en/of die weinig behandelingen nodig hebben.

Ik vraag bij de telefonische aanmelding altijd waar cliënten verzekerd zijn. Als ik geen ruimte meer heb om ze te behandelen verwijz ik ze door (een GZ-psycholoog)

4. De zorgverlener zet patiënten op een wachtlijst

Ik introduceer een wachtlijst om kosten vooruit te schuiven (een medisch specialist)

5. De zorgverlener verwijst de patiënt terug naar de huisarts voor een verwijzing naar tweedelijnszorg, terwijl de behandeling nog niet is afgerond

Als ik verwacht dat het een knelpunt gaat worden stuur ik de patiënt terug naar de huisarts voor een verwijzing naar de tweedelijns. Ik lever hoge kwaliteit zorg voor een laag tarief (Basis GGZ) en ga dan niet ook nog eens gratis door (een GZ-psycholoog)

6. De zorgverlener verwijst de patiënt door naar een andere behandelaar, terwijl de behandeling nog niet is afgerond

Patiënten worden nu steeds meer rondgepompt tussen verschillende behandelaars. Soms ook mensen die je al lang hebt en ineens niet meer mag behandelen, bijvoorbeeld met eetstoornissen. Dat is heel erg (een psychiater)

7. De zorgverlener verwijst de patiënt naar de zorgverzekeraar

Menzis en CZ geven een beperkt budget waardoor je cliënten soms halverwege het jaar moet teleurstellen en onvrijwillig naar de zorgverzekeraar moet verwijzen (een GZ-psycholoog)

8. De zorgverlener adviseert de patiënt aan het eind van het jaar over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, een die de zorgverlener meer ruimte biedt om patiënten te behandelen

Ik adviseer het volgende kalenderjaar een andere zorgverzekeraar te nemen die geen omzetplafond hanteert (een GZ-psycholoog)

9. De zorgverlener biedt behandelingen die zwaar op zijn behandelgemiddeldes drukken niet meer aan

Door aan CZ- en Achmea-verzekerden geen medische trainingstherapie of leefstijlinterventies meer aan te bieden, daalt het behandelgemiddelde (een fysiotherapeut)

Meerdere van de beschreven situaties kunnen zich bij één zorgverlener voordoen.

3.3.2 Beperkingen van rechten van patiënten

Zorgverleners signaleren daarbij dat consumenten (aanvullende) verzekeringen van zorgverzekeraars kopen die recht geven op een hoger aantal behandelingen dan de zorgverleners vanwege beperkingen in hun contracten kunnen geven.

Wij moeten het behandelgemiddelde laag houden terwijl de zorgverzekeraar tegen de patiënt zegt dat hij, als hij bijvoorbeeld voor 12 keer verzekerd is, deze 12 keer ook daadwerkelijk krijgt. Wij worden er tussen gezet om de kosten laag te houden en de zorgverzekeraar doet of hij van niets weet als de patiënt belt (een oefentherapeut)

Behandelaars worden gedwongen te voldoen aan een maximaal aantal vergoedingen, ongeacht de verzekeringswijze van de patiënt. Dus ook bij 'onbeperkt verzekerd' wordt de zorg gelimiteerd door sancties richting zorgverlener (een fysiotherapeut)

Patiënten kiezen een aanvullende verzekering met een bepaalde dekking, bijvoorbeeld 200 euro, 9 behandelingen, of onbeperkt. Maar onze praktijk wordt, op straffe van boetes of geen contract, verplicht onder een bepaald behandelgemiddelde te blijven waardoor wij mensen behandelingen moeten weigeren, terwijl zij daar wel premie voor betaald hebben (een fysiotherapeut)

Sommige zorgverleners melden dat patiënten zichzelf ook zorg onthouden.

Als de behandelingen in de aanvullende polis niet toereikend zijn, stopt de behandeling. Patiënten houden hier ook rekening mee en stoppen eerder of sparen zittingen om later in het kalenderjaar terug te komen. (een fysiotherapeut)

3.3.3 Preferentiebeleid

Apothekers en in mindere mate ook huisartsen melden negatieve gevolgen van het preferentiebeleid geneesmiddelen van zorgverzekeraars voor de zorg aan patiënten. Een van de doelen van dit preferentiebeleid is het remmen van de stijgende zorgkosten, maar volgens zorgverleners krijgen patiënten hierdoor vaak niet de beste of meest geschikte medicijnen en gaat het bovendien ten koste van de therapietrouw. 97% van de apothekers en 57% van de huisartsen ervaren de verplichting van het preferentiebeleid als een beperkende voorwaarde in hun contract.

Ik heb niets te kiezen, de patiënt heeft niets te kiezen. De zorgverzekeraar bepaalt welk merk geneesmiddel de patiënt moet slikken (een apotheker)

Mensen slikken de verkeerde of helemaal geen pillen meer, omdat het in een ander doosje zit (een apotheker)

Ik ontloop een deel van het inkomen bij een te hoog percentage niet-generieke middelen (een huisarts)

Ik moet mensen goedkope rotzooi uit India door hun strot duwen en vertellen dat het goed spul is (een apotheker)

3.4 Gevolgen voor zorgverleners

3.4.1 Grote belemmering

Maar liefst 76% van de zorgverleners met één of meer contracten en die daarbij behandelbeperkingen ervaren geeft aan dat de voorwaarden van de zorgverzekeraars hen belemmeren in het leveren van de zorg die zij het beste achten voor de patiënt. Maar dit is niet het enige: zorgverleners met één of meer contracten én die beperkende voorwaarden ervaren, rapporten ook andere gevolgen. De gevolgen op een rij:

Welke gevolgen ondervindt u van de beperkende contractvoorwaarde(n). Meerdere antwoorden mogelijk	Aantal	%
Geen gevolgen	4	0%
Ik moet hierdoor bezuinigen	591	52%
Ik moet hierdoor aan taakherschikking doen	412	36%
Ik moet hierdoor in een groepspraktijk werken	66	6%
Ik kan hierdoor niet altijd de beste zorg aan mijn patiënten geven	861	76%
Ik moet patiënten doorverwijzen naar andere zorgverleners	382	34%
Ik kan niet de investeringen doen die nodig zijn om gewenste innovaties door te voeren	635	56%
Anders, namelijk..	387	34%
Weet ik (nog) niet	12	1%
Totaal	1133	100%

Duidelijk is ook dat zorgverleners weinig ruimte voor ontwikkeling voelen: als gevolg van de beperkende voorwaarden geeft men aan te 'Moeten bezuinigen' (52%) en niet te 'kunnen investeren/innoveren' (56%).

Het zit de zorgverlener hoog, zo klinkt door in de reacties onder 'Anders, namelijk...'

Heel veel stress bij mijn medewerkers. Verstoorde vertrouwensrelatie met de patiënt. Geen lange termijn planning mogelijk (een apotheker)

De ergste: ik moet soms cliënten weigeren of de behandelingen stop zetten omdat ik bang moet zijn voor mijn behandelindex! (een fysiotherapeut)

Ik moet zeer tegen mijn beroepsethiek handelen, en schrik vaak al als er post van de verzekeraar komt (wat hangt er nu weer boven mijn hoofd?), zo verlies ik veel plezier in het werk (een fysiotherapeut)

Mijn patiënten zijn de dupe, ik kan ze niet het volledige arsenaal bieden (een huisarts)

Ik ben heel veel uren kwijt aan bureaucratie, kost energie en tijd die niet naar de patiëntenzorg kan gaan, veel uren moeten draaien om een normaal inkomen te hebben (een logopedist)

Tijdrovend en demotiverend terwijl je de beste zorg aan je patiënt wil leveren, het lijkt een ontmoedigingsbeleid!! (een huidtherapeut)

3.4.2 Doorleverplicht

Bij zes van de tien ondervraagden is niet bekend of er een doorleverplicht in hun contracten staat: de verplichting om patiënten te blijven behandelen, ook als ze vanwege het bereiken van een behandelmaximum geen of een lagere vergoeding krijgen van de zorgverzekeraar.

Wilt u (per verzekeraar) aangeven of er doorleverplicht geldt na het bereiken van een maximum aan gecontracteerde zorg?								
	Wel doorleverplicht		Geen doorleverplicht		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Achmea/ZK	206	17%	296	25%	700	58%	1202	100%
CZ	206	17%	302	25%	694	58%	1202	100%
De Friesland	113	11%	292	28%	653	62%	1058	100%
DSW	111	10%	311	28%	676	62%	1098	100%
Menzis	171	15%	294	26%	678	59%	1143	100%
Inkooporganisatie Multizorg VRZ	120	11%	311	28%	668	61%	1099	100%
VGZ	199	16%	300	25%	716	59%	1215	100%
Zorg en Zekerheid	113	11%	266	26%	650	63%	1029	100%

Een gevolg van een doorleverplicht, naast de behandelbeperkingen die zijn beschreven in 3.3.2, is dat zorgverleners weliswaar doorgaan met behandelen, maar dit gratis doen.

Ik heb geconstateerd dat de politiek en de verzekeraars simpelweg geen geld over hebben voor goede zorg, maar ook dat ik gewoon graag mensen help. Dus dan help ik ze maar gratis (een fysiotherapeut)

Heel vaak overstijgt je het aantal vergoede echo's om de groei van de baby te meten, maar in belang van moeder en kind doe je de echo's die niet vergoed worden wel... (een verloskundige)

Volgens zorgverleners is sprake van een neerwaartse spiraal: is een zorgverlener erin geslaagd om binnen de door een zorgverzekeraar gestelde behandeldoelen te blijven, dan worden deze het jaar erop nog scherper gesteld.

Doordat je patiënten maar zo snel mogelijk weer wegstuurt, zakt het behandelgemiddelde elk jaar. En iedereen wil daar onder blijven (een fysiotherapeut)

Ieder jaar andere ingewikkelde rekensommen om je omzetplafond te bepalen waardoor je omzetplafond steeds omlaag gaat. Dat is een zichzelf bevestigende neerwaartse spiraal (een psychotherapeut)

Zorgverleners krijgen geen inzage in de berekeningen die ten grondslag liggen aan behandelgemiddeldes, behandelindexen, omzetplafonds en/of tarieven, ondanks hun verzoeken hiertoe richting zorgverzekeraars.

Beoordeeld worden op basis van indexeringscijfers maar geen inzage geven in de wijze waarop deze worden vastgesteld (een fysiotherapeut)

Contractering is gerelateerd aan allerlei behandelindexen die vaak per verzekeraar wisselend zijn en niet transparant (een fysiotherapeut)

3.4.3 Onderhandelen

Met de inhoud van de contractvoorstellen die zorgverzekeraars voor 2016 deden, zijn maar weinig zorgverleners het direct volledig eens:

In hoeverre was u het eens met de inhoud van het contractvoorstel?	Volledig eens		Deels eens		Volledig oneens		Weet ik niet/geen mening		Totaal ⁸	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DSW	86	19	293	64	58	13	19	4	456	100
Inkooporganisatie Multizorg VRZ	69	15	288	63	76	17	22	5	455	100
De Friesland	46	11	273	64	84	20	23	5	426	100
Zorg en Zekerheid	32	8	267	66	80	20	28	7	407	100
VGZ	24	5	335	67	129	26	14	3	502	100
Menzis	23	5	299	65	120	26	15	3	457	100
CZ	23	5	319	65	133	27	13	3	488	100
Achmea/Zilveren Kruis	8	2	312	65	150	31	11	2	481	100

353 ondervraagde zorgverleners (27% van de zorgverleners met één of meer contracten) hebben voor het jaar 2016 geprobeerd te onderhandelen over een of meer contractonderdelen. Opvallend: 1138 zorgverleners (86% van de respondenten) geeft aan te maken te hebben met een of meer zorgverzekeraars met beperkende voorwaarden die gevolgen kunnen hebben voor de door hen geleverde zorg (zie 3.2). Slechts 31% daarvan (n=353) heeft bij deze zorgverzekeraars aangegeven onderdelen van het contractvoorstel te willen wijzigen:

Waarover gingen de contractonderdelen die u gewijzigd wilde zien?	Aantal	%
Meerdere antwoorden mogelijk		
Het gecontracteerde tarief	293	83%
De hoogte van de vergoeding(en)	232	66%
Het aantal behandelingen	163	46%
Preferentiebeleid	90	25%
Doorleverplicht	50	14%
Geheimhoudingsplicht	33	9%
De looptijd van het contract	76	22%
Anders, namelijk	112	32%
Weet ik niet/wil ik liever niet vermelden	0	0%
Totaal	353	100%

Deze onderhandelingen of pogingen daartoe lijken vanuit het oogpunt van de zorgverleners weinig succesvol te zijn verlopen. Op de vraag of de contracten vervolgens conform hun wensen zijn aangepast, antwoordt 1% dat dit volledig is gelukt. Bij 81% veranderde er niets:

⁸ Dit zijn de zorgverleners die zelf (mede) hebben onderhandeld over de inhoud van een of meer contracten

Is het contract/zijn de contracten conform uw wensen aangepast?	Aantal	%
Ja, volledig	4	1%
Gedeeltelijk	55	16%
Nee, helemaal niets	285	81%
Weet ik niet/wil ik liever niet vermelden	9	3%
Totaal	353	100%

93% vindt dat contractonderhandelingen niet op basis van gelijkwaardigheid plaatsvinden. Mogelijk de reden dat maar 31% probeert wijzigingen aan te brengen.

Er is géén keuzevrijheid of mogelijkheid tot onderhandelen. Fysiotherapeuten zijn aan de zorgverzekeraars overgeleverd. Zij zullen doorgaan met uitknijpen tot er genoeg praktijken kapot zijn gegaan (een fysiotherapeut)

Zorgverzekeraars onderhandelen niet met individuele zorgaanbieders, dat weigeren ze zelfs. Je moet je aansluiten bij een collectief (een apotheker)

Er is geen enkel vertrouwen meer in de zorgverzekeraars bij mijn beroepsgroep en ook niet bij de beroepsvereniging die onderhandelt (een logopedist)

Ik onderteken de contracten ongelezen. Ik heb het een paar keer geprobeerd en bij meerdere zorgverzekeraars kreeg ik geen poot aan de grond. Omdat ik ze niet meer lees weet ik dus ook niks over financiële beperkingen (een fysiotherapeut)

Ik heb zelf een contract gemaakt, waar geen enkele verzekeraar ooit op heeft gereageerd (een tandarts)

De toenemende eisen en controledruk van zorgverzekeraars worden door een groot aantal zorgverleners als negatief ervaren.

Inhoudelijke bemoeienis met de behandeling en de manier waarop deze in de tijd wordt verstrekt. De kolossale hoeveelheid administratie die zorgverzekeraars van je eisen. En met name het zwaard van Damocles dat continu boven ons fysiotherapeuten hangt: DE AUDIT! Een uiterst stressvolle zaak die enorm veel tijd en inspanning eist in de voorbereiding, en waar heel veel van af hangt (een fysiotherapeut)

De eisen waaraan een behandelaar moet voldoen nemen hand over hand toe. Vanuit wantrouwen neemt de controle toe met als idee daarachter wellicht dat er betere zorg geleverd wordt wat m.i. niet daardoor bereikt wordt (een GZ-psycholoog)

3.4.4 Geen contract sluiten

780 van de 1670 respondenten (47%) hebben met één of meer zorgverzekeraars geen contract gesloten. Een op de vijf respondenten (n=350, 21%) heeft met geen enkele zorgverzekeraar een contract.

De redenen voor het niet tekenen van een of meer contracten lopen uiteen:

U heeft met een of meer zorgverzekeraars geen contract gesloten. Kunt en aangeven wat hiervan de reden is?		
Meerdere antwoorden mogelijk		
	Aantal	%
Onderhandeling is begonnen maar op mijn initiatief gestaakt	33	4%
Onderhandeling is begonnen maar op initiatief van de zorgverzekeraar gestaakt	18	2%
Heb onderhandelingsverzoek van de zorgverzekeraar geweigerd	95	12%
Mijn onderhandelingsverzoek is door de zorgverzekeraar geweigerd	50	6%
Niemand deed een onderhandelingsverzoek	140	18%
Ik kan niet in gesprek met de zorgverzekeraar, dus ik kan niet onderhandelen	217	28%
Anders	299	38%
Nee, liever niet	24	3%
Totaal	780	100%

Veelgenoemde aanvullende redenen om geen contracten (meer) te sluiten zijn: de toenemende eisen van zorgverzekeraars, het risico op audits/controles, de geringe mogelijkheden om te onderhandelen, geen bemoeienis van de zorgverzekeraar in arts-patiëntrelatie gewenst, weinig verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar in het patiëntenbestand, de zorginstelling waar de zorgverlener werkt, doet de contractonderhandelingen.

Ik wil volledig vrij zijn in mijn relatie tot mijn patiënten. Zorgverzekeraars interfereren in die relatie (een tandarts)

Ik werk bewust contractvrij, omdat ik de macht van de zorgverzekeraars niet in mijn spreekkamer wil ervaren (een GZ-psycholoog)

De energie en kosten verbonden aan het voeren van een praktijk zonder contracten zijn beter besteed dan met contracten en alles wat daaraan vastzit (een fysiotherapeut)

Ik vind de procedure rond zorgcontractering veel te ingewikkeld. Ik wil me graag inhoudelijk bezig houden en niet met allerlei voorwaarden, kleine lettertjes, S123 segmenten, variabilisering, tarieven invoeren, per zorgverzekeraar ook nog verschillend (een huisarts)

Ik vind de voorwaarden onacceptabel, vind het lastig dat de voorwaarden per verzekeraar wisselen, dat er een zorgplicht is maar ook een budgetplafond, waardoor je verplicht wordt voor niets te werken als je budget wordt overschreden terwijl dat pas in de loop van het jaar en de looptijd van een DBC duidelijk wordt (een medisch specialist)

De structureel ziek makende bemoeienissen van de kant van zorgverzekeraars maken me ziek. Zie collegae aan stress bezwijken en met tegezin tekenen uit angst voor verlies van inkomen (een oefentherapeut)

Overigens maken tientallen ondervraagden de kanttekening dat de term 'onderhandelingen' door ons onjuist is gekozen. In hun ogen is van onderhandelen met zorgverzekeraars geen enkele sprake.

Ik snap niet goed wat bedoeld wordt met onderhandelen, het mag toch bekend verondersteld worden dat wanneer er een contract wordt aangeboden de zorgverzekeraar het tarief bepaalt, het soort contract, de voorwaarden en teken maar bij het kruisje (een fysiotherapeut)

Ik kan niet onderhandelen over mijn contract, ook niet met meerdere collega's noch mijn beroepsvereniging de NVLF (een logopedist)

Het is tekenen bij het kruisje. Niet tekenen is zoveel omzet kwijtraken dat ik de tent kan sluiten (een apotheker)

4 Conclusies en aanbevelingen

Consumentenbond

Conclusie

Driekwart van de zorgverleners met een of meer contracten geeft aan door zorgverzekeraars te worden beperkt in het aantal en/of de duur van behandelingen, op straffe van een boete of het verliezen van het contract. Ook het preferentiebeleid geneesmiddelen belemmert zorgverleners in het geven van de beste zorg.

Het beperken van het verlenen van zorg door een zorgaanbieder kan de keuzevrijheid voor de verzekerde ernstig beperken. Het leidt tot onduidelijkheid en tot een beperking van het recht op zorg bij de gewenste zorgverlener, zelfs als de verzekerde bij de zorgverzekeraar heeft gecontroleerd of die zorgverlener gecontracteerd is.

Transparantie alleen lost hier het probleem voor de consument niet op. Immers, dat een verzekerde weet dat er een beperkende voorwaarde geldt, wil niet zeggen dat hij of zij ook kan inschatten wanneer die zich voordoet. Laat staan dat de verzekerde het behandelingsmoment daarop kan aanpassen.

Het is onacceptabel dat zorgverzekeraars aanvullende zorgverzekeringen blijven aanbieden met bijvoorbeeld 30 behandelingen extra, terwijl zorgverleners vanwege hun werkcontract nog niet de helft mogen geven. Consumenten worden hierdoor misleid. Bij een vrije-keuzepolis (restitutieverzekering) speelt dit probleem net zo goed. De verzekerde heeft daarmee weliswaar recht op volledige vergoeding van behandelingen, maar door de beperkingen in de contracten kunnen zorgverleners die niet altijd geven.

Aanbevelingen

Verzekerden moeten de zorg krijgen waarvoor ze hebben betaald, van de zorgaanbieder voor wie ze aan het begin van het jaar hebben gekozen.

Verzekeraars en zorgaanbieders moeten ervoor zorgen dat aan dit soort 'geheime' beperkingen een eind komt. De Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument en Markt moeten erop toezien dat dit gebeurt.

Geheimhoudingsbepalingen in de contracten, waardoor de zorgverlener wordt verboden over de inhoud van dit soort bepalingen te communiceren, zijn wat de Consumentenbond betreft uit den boze en moeten verboden worden: zorgverzekeraars moeten volledige helderheid geven over de contracten die zij met zorgaanbieders sluiten. Aanbieders moeten verzekerden informeren over de ware redenen van het stoppen van een behandeling of plaatsen op een wachtlijst.

De gevolgen van behandelbeperkingen voor verzekerden zoals beschreven in paragraaf 3.3.2 zijn in dit onderzoek alleen kwalitatief onderzocht. Kwantitatief onderzoek is nodig om na te gaan in welke mate deze behandelbeperkingen voorkomen.

Zorgverleners rapporteren de meeste beperkende voorwaarden in hun contracten met de vier grote zorgverzekeraars: CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis Achmea. Dat is opvallend aangezien veel zorgverleners die met contracten werken, ook contracten met kleinere zorgverzekeraars hebben gesloten. Dat zou erop duiden dat beperkende voorwaarden vaker voorkomen in contracten met de 4 grote verzekeraars. Hier kan ook meespelen dat grote zorgverzekeraars vaak de preferente zorgverzekeraars zijn en dat kleinere zorgverzekeraars volgen. De inhoud van de contracten van volgende zorgverzekeraars is mogelijk minder bekend. Verder onderzoek is nodig om hier uitspraken over te kunnen doen.

VvAA

Conclusie

De Nederlandse gezondheidszorg staat nog steeds bekend om zijn goede kwaliteit. Maar de druk op de zorgverleners om anders te handelen dan zij vanuit patiëntenperspectief noodzakelijk achten, neemt toe. Van de zorgverleners met één of meer contracten, die daarbij behandelbeperkingen ervaren geeft maar liefst 76% aan dat de voorwaarden van de zorgverzekeraars hen belemmeren in het leveren van de zorg die zij het beste achten voor de patiënt.

De beperkende voorwaarden van de zorgverzekeraars, en de ermee gepaard gaande administratieve lasten maken dat de zorgverlener aan bezieling inboet (Nationaal Welzijnsonderzoek in de Zorg 2014 en VvAA-onderzoek in 2015). Zorgverleners hebben gekozen voor werken in de zorg om mensen te helpen, beter te maken (Groot ledenonderzoek VvAA, 2013). De zorgverzekeraar gaat feitelijk op de stoel zitten van de zorgverlener, zonder de specifieke situatie van de patiënt te kennen en maakt het de zorgverleners lastig te doen wat ze optimaal achten voor de patiënt: het druist in tegen hun beroepseer (VvAA-onderzoek 2016: De zorgverlener in de spagaat).

De beperkende voorwaarden maken ook dat de zorgverlener weinig ruimte voelt, men geeft aan als gevolg van de beperkende voorwaarden te 'moeten bezuinigen' (52%) en niet te 'kunnen investeren/innoveren' (56%).

Opvallend: 1138 zorgverleners (86% van de respondenten) geeft aan te maken te hebben met een of meer zorgverzekeraars met beperkende voorwaarden die gevolgen kunnen hebben voor de door hen geleverde zorg (zie 3.2). En 'maar' 31% (n=353) daarvan heeft bij deze zorgverzekeraars aangegeven onderdelen van het contractvoorstel te willen wijzigen, ook al gaven maar weinig zorgverleners aan het direct volledig eens te zijn met de inhoud van de contractvoorstellen die zorgverzekeraars voor 2016 deden.

93% vindt dat contractonderhandelingen niet op basis van gelijkwaardigheid plaatsvinden. Zij stellen dat onderhandeling en overleg niet mogelijk zijn, het grootste deel neemt niet eens meer de moeite om dat te proberen. De eisen hebben steeds vaker tot gevolg dat zorgverleners geen contracten met zorgverzekeraars willen sluiten. 780 van de 1670 respondenten werken deels of geheel zonder contracten. Een op de vijf respondenten (n=350, 21%) heeft met geen enkele zorgverzekeraar (meer) een contract... Een aantal voorbeelden van de aangedragen argumenten om ervoor te kiezen niet in te gaan op de contractvoorstellen van de zorgverzekeraars:

Ik wil volledig vrij zijn in mijn relatie tot mijn patiënten. Zorgverzekeraars interfereren in die relatie (een tandarts)

Ik werk bewust contractvrij, omdat ik de macht van de zorgverzekeraars niet in mijn spreekkamer wil ervaren (een GZ-psycholoog)

Aanbevelingen

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorgverlener doet wat voor hen noodzakelijk is. De huidige praktijk van de zorgcontractering levert voor zorgverleners op dit vlak veel frustratie op. Via de contractvoorwaarden komt de zorgverzekeraar steeds meer de spreekkamer binnen, en gaat op de stoel zitten van de zorgverlener. VvAA-leden hebben zich in dit onderzoek maar ook in het eerder dit jaar gepresenteerde zorgbrede manifest 'Zelf aan het Roer' tegen de onwenselijkheid hiervan uitgesproken. In relatie tot de contractering vloeien hieruit de volgende aanbevelingen voort:

- Laat de zorgverlener samen met de patiënt bepalen welke zorg nodig is, zorgverzekeraars moeten in hun contractvoorwaarden geen andere bepalingen opnemen dan de huidige wet- en regelgeving voorschrijven.
- Zorgverzekeraars moeten verplicht worden met zorgverleners in gesprek te gaan over het voorgelegde contract als de zorgverlener dat wenst, en hun motivering om wensen van de zorgverlener niet in te willigen, schriftelijk toelichten.

- Zorgverzekeraars moeten stoppen met het hanteren van budgetplafonds. Die zijn schadelijk voor patiënten en oneerlijk voor zorgverleners. De zorgverzekeraars verleggen hun verantwoordelijkheid - het verzekeren van zorg - naar de zorgverleners en dat kan nooit de bedoeling zijn.
- Zorgverzekeraars moeten in gesprek met de beroepsorganisaties over het aantal contracten dat zij aan zorgverleners voorleggen, alsmede over de inhoud en de duur ervan. Het aantal verschillende contracten moet, evenals de omvang ervan fors worden teruggebracht. En zorgverzekeraars moeten bereid zijn om voor langere termijn overeenkomsten aan te gaan. Zo wordt de administratieve lastendruk voor de zorgverlener én voor de zorgverzekeraar fors beperkt.

Met de resultaten van dit onderzoek is er voor het eerst een breed inzicht verkregen in de impact van contractering op de zorg, patiënten en zorgverleners. Het is van belang dat de discussie hierover ook breder wordt gevoerd. Met dit onderzoek en de uitkomsten hiervan denken VvAA en de Consumentenbond hier een belangrijke bijdrage aan te kunnen leveren.

Bijlage A Vragenlijst

Vragenlijst: Contracten tussen zorgverleners en zorgverzekeraars⁹

Welkom!

Dit grootschalige onderzoek gaat over contractvoorwaarden en het contracteerproces tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. De vragen betreffen het lopende jaar 2016 (tenzij anders aangegeven), invullen vraagt ongeveer 10 minuten van uw tijd. Het is een diepgravend onderzoek, nodig om breed inzicht te verkrijgen in hoe groot de impact van contractering is op het zorgverleningsproces. Uw bijdrage is dan ook belangrijk en waarderen we zeer.

In het onderzoek spreken we over 'contracten' en 'zorgverzekeraars'. Indien u met één zorgverzekeraar een contract heeft gesloten, kunt u hier zorgverzekeraar (enkelvoud) lezen. Uw antwoorden worden anoniem verwerkt en strikt vertrouwelijk behandeld. De onderzoeksresultaten maken we in november van dit jaar bekend.

Wij danken u hartelijk voor uw deelname!

1. Wat is uw beroep?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Apotheker
- b. Dierenarts
- c. Diëtist
- d. Ergotherapeut
- e. Fysiotherapeut
- f. Gz-psycholoog
- g. Huisarts
- h. Logopedist
- i. Medisch specialist
- j. Mondhygiënist
- k. Oefentherapeut
- l. Tandarts
- m. Tandheelkundig beroep (anders dan tandarts of mondhygiënist)
- n. Verloskundige
- o. Anders, namelijk

⁹ Een deel van de beroepen bij vraag 1 in de vragenlijst is in de rapportage samengevoegd.

2. Met welke zorgverzekeraar (wel en niet preferent) heeft u een contract?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Achmea/Zilveren Kruis
- b. CZ
- c. De Friesland
- d. DSW
- e. Menzis
- f. Inkooporganisatie Multizorg VRZ
- g. VGZ
- h. Zorg en Zekerheid
- i. Geen enkele

3. Welke zorgverzekeraar is uw preferente zorgverzekeraar?

- a. Achmea/Zilveren Kruis
- b. CZ
- c. De Friesland
- d. DSW
- e. Menzis
- f. Inkooporganisatie Multizorg VRZ
- g. VGZ
- h. Zorg en Zekerheid
- i. Geen enkele/niet van toepassing

4. Welke zorgverzekeraar heeft het contract van uw preferente zorgverzekeraar gevolgd?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Achmea/Zilveren Kruis
- b. CZ
- c. De Friesland
- d. DSW
- e. Menzis
- f. Inkooporganisatie Multizorg VRZ
- g. VGZ
- h. Zorg en Zekerheid
- i. Geen enkele
- j. Weet ik niet

5. U heeft met geen enkele zorgverzekeraar een contract gesloten. Kunt u aangeven wat hiervan de reden is?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Onderhandeling is begonnen maar op mijn initiatief gestaakt
- b. Onderhandeling is begonnen maar op initiatief van de zorgverzekeraar gestaakt
- c. Heb onderhandelingsverzoek van de zorgverzekeraar geweigerd
- d. Mijn onderhandelingsverzoek is door de zorgverzekeraar geweigerd
- e. Niemand deed een onderhandelingsverzoek
- f. Ik kan niet in gesprek met de zorgverzekeraar, dus ik kan niet onderhandelen
- g. Anders
- h. Nee, liever niet

6. Wilt u uw antwoord toelichten?

- a. Ja, namelijk.....
- b. Nee, liever niet

6a. Heeft u te maken met een zorgverzekeraar die beperkende voorwaarde(n) oplegt die voor uw gevoel de door u geleverde zorg beïnvloeden?

- a. Ja, met 1 of meerdere zorgverzekeraar(s)
- b. Nee
- c. Weet ik niet

6b. Welke zorgverzekeraar legt beperkende voorwaarde(n) op die voor uw gevoel de door u geleverde zorg beïnvloeden?

U kunt (indien van toepassing) maximaal 3 zorgverzekeraars kiezen voor wie dit in de sterkste mate geldt.

- a. Achmea/Zilveren Kruis
- b. CZ
- c. De Friesland
- d. DSW
- e. Menzis
- f. Inkooporganisatie Multizorg VRZ
- g. VGZ
- h. Zorg en Zekerheid

7. We tonen u op de volgende schermen diverse beperkende voorwaarden die voor kunnen komen in uw contract(en) met zorgverzekeraar(s). U krijgt de voorwaarden getoond per zorgverzekeraar (maximaal 3) die u bij de vorige vraag heeft aangevinkt. Klik op 'volgende' voor de volgende vraag.

Wilt u per voorwaarde aangeven of deze in uw contract met voorkomt en welke invloed deze op de kwaliteit van de door u geleverde zorg heeft?

- Achmea/Zilveren Kruis
- CZ
- De Friesland
- DSW
- Menzis
- Inkooporganisatie MULTIZORG VRZ
- VGZ
- Zorg en Zekerheid

Beperkende voorwaarde	Komt wel voor	Komt niet voor	Niet van toepassing	Weet ik niet
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
behandelingen ('omzetplafond')	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de				
behandelindex overstijgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beperkende voorwaarde	Komt wel voor	Komt niet voor	Niet van toepassing	Weet ik niet
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een te laag gecontracteerd tarief	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een te lage lumpsumvergoeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Zijn er nog andere (beperkende) voorwaarden/eisen in uw contract(en) waar u iets over wilt toelichten?

- a. Ja, namelijk...
- b. Nee

9. Welke gevolgen ondervindt u in het algemeen van de beperkende contractvoorwaarde(n)?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Geen gevolgen
- b. Ik moet hierdoor bezuinigen
- c. Ik moet hierdoor aan taakherschikking doen
- d. Ik moet hierdoor in een groepspraktijk werken
- e. Ik kan hierdoor niet altijd de beste zorg aan mijn patiënten geven
- f. Ik moet patiënten doorverwijzen naar andere zorgverleners
- g. Ik kan niet de investeringen doen die nodig zijn om gewenste innovaties door te voeren
- h. Anders, namelijk....
- i. Weet ik (nog) niet

10. Wilt u (per zorgverzekeraar) aangeven of er een doorleverplicht geldt na het bereiken van een maximum aan gecontracteerde zorg?

	Wel doorleverplicht	Geen doorleverplicht	Weet ik niet
Achmea/Zilveren Kruis			
CZ			
De Friesland			
DSW			
Menzis			
Inkooporganisatie Multizorg VRZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			

11. Wilt u aangeven hoe u met de doorleverplicht(en) omgaat?

- a. Ja, namelijk...
- b. Nee, liever niet

12. Hoe vaak kunt u met uw huidige contract(en) de zorg aan patiënten bieden die u zou willen?

- a. Altijd
- b. Vaak
- c. Soms
- d. Zelden
- e. Nooit
- f. Weet ik (nog) niet/geen mening

13. U kunt uw antwoord hier eventueel toelichten.

.....
.....

14. Wilt u (per zorgverzekeraar) aangeven of er een geheimhoudingsplicht in het contract is opgenomen?

	Wel geheimhoudings- plicht in contract	Geen geheimhoudings- plicht in contract	Weet ik niet
Achmea/Zilveren Kruis			
CZ			
De Friesland			
DSW			
Menzis			
Inkooporganisatie Multizorg VRZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			

15. Wilt u (per zorgverzekeraar) aangeven wie met de zorgverzekeraar over uw contracten heeft onderhandeld?

	Ikzelf	Ik samen met andere zorgverlener(s)	Iemand anders
Achmea/Zilveren Kruis			
CZ			
De Friesland			
DSW			
Menzis			
Inkooporganisatie Multizorg VRZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			

16. Wilt u (per zorgverzekeraar) aangeven in hoeverre u het eens was met de inhoud van het contractvoorstel/de contractvoorstellen?

	Volledig eens	Deels eens	Volledig oneens	Weet ik niet/geen mening
Achmea/Zilveren Kruis				
CZ				
De Friesland				
DSW				
Menzis				
Inkooporganisatie Multizorg VRZ				
VGZ				
Zorg en Zekerheid				

17. Wilt u (per zorgverzekeraar) invullen of u heeft aangegeven onderdelen van het contractvoorstel te willen wijzigen?

	Ja, ik wilde het contractvoorstel wijzigen	Nee, ik wilde het contractvoorstel niet wijzigen	Weet ik niet/geen mening
Achmea/Zilveren Kruis			
CZ			
De Friesland			
DSW			
Menzis			
Inkooporganisatie Multizorg VRZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			

18. Waarover gingen de contractonderdelen die u gewijzigd wilde zien?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Het gecontracteerde tarief
- De hoogte van de vergoeding(en)
- Het aantal behandelingen
- Preferentiebeleid
- Doorleverplicht
- Geheimhoudingsplicht
- De looptijd van het contract
- Anders, namelijk
- Weet ik niet/wil ik liever niet vermelden

19. Is het contract/zijn de contracten vervolgens conform uw wensen aangepast?

- Ja, volledig
- Gedeeltelijk
- Nee, helemaal niets
- Weet ik niet/wil ik liever niet vermelden

20. Ruimte voor eventuele toelichting:

.....

21. Vinden de onderhandelingen tussen u en zorgverzekeraar(s) in het algemeen naar uw mening plaats op basis van gelijkwaardigheid?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet/geen mening

22. Met welke zorgverzekeraars heeft u op dit moment al een contract voor het jaar 2017 gesloten?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- a. Achmea/Zilveren Kruis
- b. CZ
- c. De Friesland
- d. DSW
- e. Menzis
- f. Inkooporganisatie Multizorg VRZ
- g. VGZ
- h. Zorg en Zekerheid
- i. (Nog) geen enkele

23. Zijn u bij de contractvoorstellen/onderhandelingen 2017 zaken opgevallen die afwijken van voorgaande jaren?

- a. Ja, namelijk....
- b. Nee

24. Wilt u nog iets toelichten over contractvoorwaarden en/of het contracteerproces wat u niet in de vragenlijst kwijt heeft gekund?

- a. Ja, namelijk.....
- b. Nee

25. Wilt u te zijner tijd de resultaten van dit onderzoek ontvangen?

Wij sturen u, indien gewenst, de resultaten via e-mail toe.

- a. Ja, de resultaten kunnen gestuurd worden naar e-mailadres
- b. Nee, dank u

Dit waren alle vragen.

Klikt u op de knop 'Verzenden' om uw antwoorden te versturen.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

De vragenlijst is verzonden, u kunt nu het venster sluiten.

Bijlage B Beperkende voorwaarde per beroepsgroep waarbij n<100

Geestelijke gezondheidszorg	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	81	88,0%	92	100%
2. Materiële controle	73	79,3%	92	100%
3. Behandelindex	70	76,1%	92	100%
4. Extra tijd	70	76,1%	92	100%
5. Tarief aanvullend	37	40,2%	92	100%
6. Tarief	80	87,0%	92	100%
7. Lumpsum	32	34,8%	92	100%
8. Toestemming	38	41,3%	92	100%
9. Preferentiebeleid	56	60,9%	92	100%
10. Hulpmiddelen	2	2,2%	92	100%
11. Prestatie-indicatoren	73	79,3%	92	100%

Mondzorg	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	9	19,6%	46	100%
2. Materiële controle	16	34,8%	46	100%
3. Behandelindex	7	15,2%	46	100%
4. Extra tijd	17	37,0%	46	100%
5. Tarief aanvullend	16	34,8%	46	100%
6. Tarief	18	39,1%	46	100%
7. Lumpsum	4	8,7%	46	100%
8. Toestemming	29	63,0%	46	100%
9. Preferentiebeleid	14	30,4%	46	100%
10. Hulpmiddelen	1	2,2%	46	100%
11. Prestatie-indicatoren	7	15,2%	46	100%

Overige medici	Komt voor		Totaal	
	n	%	n	%
1. Omzetplafond	3	75%	4	100%
2. Materiële controle	2	50%	4	100%
3. Behandelindex	3	75%	4	100%
4. Extra tijd	3	75%	4	100%
5. Tarief aanvullend	3	75%	4	100%
6. Tarief	2	50%	4	100%
7. Lumpsum	2	50%	4	100%
8. Toestemming	3	75%	4	100%
9. Preferentiebeleid	3	75%	4	100%
10. Hulpmiddelen	2	50%	4	100%
11. Prestatie-indicatoren	3	75%	4	100%

Bijlage C Beperkende voorwaarden per zorgverzekeraar waarbij n<100

De Friesland	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	26	55%	7	15%	8	17%	6	13%	47	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	22	47%	2	4%	8	17%	15	32%	47	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	14	30%	9	20%	9	20%	14	30%	46	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	39	85%	1	2%	3	7%	3	7%	46	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	17	37%	4	9%	14	30%	11	24%	46	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	44	94%	0	0%	0	0%	3	6%	47	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	15	32%	1	2%	10	21%	21	45%	47	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	26	55%	7	15%	7	15%	7	15%	47	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	23	50%	3	7%	8	17%	12	26%	46	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	6	13%	1	2%	27	59%	12	26%	46	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	25	54%	3	7%	8	17%	10	22%	46	100%

DSW	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	23	70%	4	12%	5	15%	1	3%	33	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	21	66%	1	3%	7	22%	3	9%	32	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	15	45%	2	6%	14	42%	2	6%	33	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	31	94%	0	0%	2	6%	0	0%	33	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	9	28%	4	13%	13	41%	6	19%	32	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	29	88%	1	3%	2	6%	1	3%	33	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	13	41%	0	0%	8	25%	11	34%	32	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	24	73%	4	12%	5	15%	0	0%	33	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	21	66%	4	13%	5	16%	2	6%	32	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	10	31%	4	13%	13	41%	5	16%	32	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	22	71%	5	16%	0	0%	4	13%	31	100%

Inkooporganisatie Multizorg VRZ	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	28	54%	5	10%	15	29%	4	8%	52	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	30	58%	6	12%	11	21%	5	10%	52	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	31	60%	3	6%	11	21%	7	13%	52	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	44	88%	3	6%	3	6%	0	0%	50	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	27	53%	3	6%	13	25%	8	16%	51	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	50	96%	1	2%	0	0%	1	2%	52	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	21	40%	0	0%	17	33%	14	27%	52	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	34	65%	6	12%	8	15%	4	8%	52	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	29	56%	2	4%	14	27%	7	13%	52	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	8	15%	1	2%	35	67%	8	15%	52	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	35	67%	4	8%	5	10%	8	15%	52	100%

Zorg en zekerheid	Komt wel voor		Komt niet voor		Niet van toepassing		Weet ik niet		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen (of lagere) vergoeding bij het overstijgen van een maximaantal behandelingen ('omzetplafond')	28	56%	9	18%	8	16%	5	10%	50	100%
Risico van terugvordering van behandelvergoedingen bij afwijken van het gemiddelde (materiële controle)	30	60%	3	6%	11	22%	6	12%	50	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor het aantal behandelingen dat de behandelindex overstijgt	26	53%	7	14%	12	24%	4	8%	49	100%
Geen (of lagere) vergoeding voor de extra tijd die ik aan patiënten besteed (gemaximeerd bedrag, ongeacht de duur van de behandeling)	40	82%	1	2%	3	6%	5	10%	49	100%
Tarief voor patiënten met aanvullende zorgverzekering geldt tevens voor patiënten zonder aanvullende verzekering	18	38%	8	17%	8	17%	13	28%	47	100%
Een te laag gecontracteerd tarief	43	86%	1	2%	2	4%	4	8%	50	100%
Een te lage lumpsumvergoeding	17	35%	3	6%	14	29%	15	31%	49	100%
Vragen om toestemming aan de zorgverzekeraar over zorg die ik wil leveren	30	63%	8	17%	8	17%	2	4%	48	100%
De verplichting om preferentiebeleid uit te voeren conform het beleid van de zorgverzekeraar	23	47%	8	16%	9	18%	9	18%	49	100%
Geen mogelijkheid tot het leveren van hulpmiddelen door de apotheek	9	19%	5	10%	25	52%	9	19%	48	100%
Prestatie-indicatoren die niet passen op de dagelijkse praktijk	34	69%	1	2%	8	16%	6	12%	49	100%



De Consumentenbond is een vereniging zonder winstoogmerk die voor het grootste deel wordt gefinancierd met contributies van leden en gebruikers. Wij zijn het verbindende platform en de vertrouwde stem van en voor consumenten. Wij werken samen met consumenten aan eerlijke, rechtvaardige en veilige markten. Eén van de belangrijkste waarden van de Consumentenbond is onze onafhankelijkheid. We bepalen zelf (dat wil zeggen: samen met consumenten) wat we onderzoeken, wat we publiceren, wat we consumenten adviseren en welke misstanden we aanpakken. Het bedrijfsleven of de overheid hebben geen invloed op die keuzes. www.consumentenbond.nl



VvAA is een ledenorganisatie en dienstverlener die opereert in het hart van de gezondheidszorg, 'in dienst van' zo'n 120.000 professionals: medici, paramedici, studenten voor die beroepsgroepen en zorgondernemingen. VvAA biedt hen verzekeringen, financiële diensten, juridisch advies, praktijkadvies, belastingadvies, vestigingsbegeleiding, financiële planning, carrièrebegeleiding, opleidingen, toegang tot het innovatieve platform Mobile Doctors, een eigen reisbureau 'QualityTime' en 'Arts en Auto', het maandelijkse magazine. Naast de individuele professional biedt VvAA ook dienstverlening voor zorgondernemingen zoals onder andere consultancy, praktijkfinanciering, risicomanagement, zakelijke advisering en opleidingen & teamcoaching. VvAA is gevestigd in Utrecht en heeft regiokantoren in het land. Meer informatie is te vinden op www.vaa.nl.

