



Handreiking zorgcontractering Zvw

Inhoud

Inleiding.....	2
Artikel 11 Zvw: zorgplicht.....	2
Artikel 13 lid 5 Zvw: voorzetting zorgverlening + vergoeding bij einde contract.....	2
Artikel 13 Zvw: hinderpaalcriterium.....	3
NZa Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw.....	4
NZa Regeling informatieverstrekking aan consumenten.....	5
Geschilleninstantie zorgcontractering.....	5
Tijdig en afdoende bijcontracteren	5
Enkele aandachtspunten bij contractering	5
Keuze wel of niet contracteren.....	6
Vershil in relatie met verzekerde met en zonder overeenkomst	6
Vershil tussen restitutiepolis en naturapolis	8
Zaken om rekening mee te houden bij de keuze om niet-gecontracteerd te gaan werken.....	8
Voor- en nadelen van het niet contracteren:	10
Factoren die van invloed zijn op vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg.....	11
Vershil bij controle door zorgverzekeraars voor niet-gecontracteerde aanbieder	14
Aankomende maatregelen/wetsvoorstel	14
Organisatie van het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars.....	15
Onderhandelingsfasen.....	15
Fase 1 Interne voorbereiding en inventarisatie.....	15
STAP 1: het verkennen van de keuze, positiebepaling.....	15
STAP 2: interne omgeving beïnvloeden.....	17
STAP 3: beïnvloeding van de externe omgeving	18
STAP 4: collectieve kracht verkennen	19
STAP 5: vooruitzien.....	20
Proactieve houding bij de zorgverkoop.....	21



Inleiding

GGZ Nederland heeft in samenwerking met Eldermans|Geerts en BOUF informatie over zorgcontractering en de effecten van werken zonder een contract op een rij gezet. Deze informatie kan door individuele aanbieders worden gebruikt tijdens de gesprekken en afwegingen in het kader van de zorgverkoop. Of en hoe deze informatie te gebruiken is aan individuele aanbieders en afhankelijk van de lokale/regionale situatie. GGZ Nederland kan en mag zich nadrukkelijk niet mengen in het individuele zorgverkooptraject.

Artikel 11 Zvw: zorgplicht

In artikel 11 van de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat de zorgverzekeraar een verplichting heeft om afdoende zorg in te kopen. Zie ook

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/welke-plichten-hebben-zorgverzekeraars>.

Informatie over met wie de zorgverzekeraar contracten heeft gesloten en over de regionale wachttijden geven inzicht hoe een verzekeraar hier invulling aan geeft. Uiterlijk 12 november moeten zorgverzekeraars hun polissen en de partijen met wie zij overeenkomsten hebben gesloten bekend hebben gemaakt. Dit betekent evenwel niet dat zorgverzekeraars verplicht zijn per die datum ook overeenstemming met alle zorgaanbieders te hebben. Sterker nog, zolang de zorgverzekeraar de verzekerde correct informeert, voldoet zij aan haar verplichting, ook indien dit betekent dat voor de jaarwisseling nog steeds niet duidelijk is of er een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder tot stand is gekomen. In de praktijk kan dit onwenselijke gevolgen hebben als daardoor voor heel veel GGZ-instellingen bij veel zorgverzekeraars onduidelijk is of er overeenstemming is bereikt. In dat geval werkt het principe dat de verzekerde kan kiezen voor een zorgverzekeraar die wel een overeenkomst heeft gesloten met de zorgaanbieder waar hij terecht wil kunnen immers niet goed. Iedere zorgverzekeraar dient op zijn online zorgzoeker de informatie actueel te houden. De NZa geeft aan handhavend te kunnen optreden als verzekeraars dit niet doen: "Wij controleren of verzekerden goede informatie krijgen over de zorgpolissen, over de vergoeding van zorg en over eventuele wachttijden. Zie de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten." Zie ook de blog van Maverick Advocaten over zorgplicht.

Artikel 13 lid 5 Zvw: voorzetting zorgverlening + vergoeding bij einde contract

De verzekerde die reeds in zorg is bij een zorgaanbieder waarover onduidelijkheid bestaat of wel- of niet een overeenkomst tot stand zal komen hoeft zich geen zorgen te maken dat hij geconfronteerd zal worden met het uitblijven van een vergoeding voor deze zorg. Indien de overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder wordt beëindigd, houdt de verzekerde die op moment van beëindiging van de overeenkomst met de zorgverzekeraar zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op voortzetting van de zorgverlening (de lopende behandeling) door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar. Dit volgt uit artikel 13 lid 5 van de Zorgverzekeringswet. Als er sprake is van gecontracteerde zorg, dient de



zorgverzekeraar de lopende behandeling te blijven vergoeden tot het niveau van het laatst gecontracteerde tarief. Een zorgaanbieder loopt dus geen financieel risico voor cliënten die het zorgtraject bij deze zorgaanbieder afmaken, ook niet als er geen nieuwe overeenkomst met deze zorgverzekeraar tot stand komt. Wel is het belangrijk dat de zorgaanbieder geen hoger tarief rekent dan het laatst overeengekomen tarief. Wel moet in een dergelijke situatie in beginsel de nota gestuurd worden aan de verzekerde zelf die dan deze nota moet indienen bij de zorgverzekeraar en vervolgens de kosten weer moet betalen aan de zorgaanbieder. Het is dus niet vanzelfsprekend dat een zorgaanbieder voor bestaande cliënten bij de zorgverzekeraar kan blijven declareren. Dit is wel het geval voor DBC's die geopend zijn in de periode dat er nog wel een contract was (dit valt dan onder de contractuele afspraak die gemaakt is met de zorgverzekeraar), maar niet voor vervolg-DBC's die geopend zijn in de periode dat er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar meer was. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat in de overeenkomsten met zorgverzekeraars soms een uitloopbepaling is opgenomen op grond waarvan in deze situatie wel bij de zorgverzekeraar kan worden gedeclareerd, vaak gekoppeld aan de verplichting om geen hoger tarief in rekening te brengen dan het laatst gecontracteerde tarief. Kijkt u dit dus eerst goed na!

Nieuwe cliënten vallen *niet* onder de bescherming van art. 13 lid 5 Zvw. Als er geen nieuwe overeenkomst met de zorgverzekeraar tot stand komt, geldt daarvoor de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Dit is ook het geval indien de verzekerde van verzekeraar wisselt en de zorgaanbieder met die verzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. Artikel 13 lid 5 Zvw biedt alleen bescherming in de situatie dat zowel de relatie zorgverzekeraar-verzekerde als de relatie zorgaanbieder-verzekerde niet wijzigt en uitsluitend een wijziging optreedt in de relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Artikel 13 Zvw: hinderpaalcriterium

De exacte hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (doorgaans gebaseerd op gemiddeld gecontracteerde tarief) mag geen hinderpaal zijn om naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, zo stelt artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Wanneer sprake is van een ongeoorloofde hinderpaal is onderwerp van discussie en procedures. Vooralsnog lijkt 75%-85% van het gemiddeld gecontracteerde tarief een veel gehanteerde en in de rechtspraak geaccepteerde grens te zijn. Er zijn ook polissen die een lager vergoedingspercentage hanteren, maar daarvoor is niet uitgesloten dat dit een hinderpaal oplevert. Ook is niet uitgesloten dat voor dure trajecten een vergoeding van 75% ook een hinderpaal oplevert. Dit zal in de rechtspraak nader uitgekristalliseerd moeten worden.

Verzekeraars maken de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg openbaar op hun website. Dit is meestal te vinden onder de noemer: "vergoeding niet gecontracteerde zorg". Tarievenlijsten van de betreffende zorgverzekeraars zijn gemakkelijk via Google te raadplegen door de zoekopdracht 'vergoeding niet-gecontracteerde zorg [naam zorgverzekeraar]'. Het is goed om hier kennis van te nemen, want dan is duidelijk wat de tarieven zijn die de verzekerde vergoed zal krijgen bij een niet gecontracteerde aanbieder. De Consumentenbond heeft op haar website een overzicht staan van de (maximale) vergoedingspercentages niet-gecontracteerde



zorg die verzekeraars voor de verschillende polissen hanteren, zie:

<https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/vergoedingspercentages-niet-gecontracteerde-zorg>

NZa Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw

De Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw is bedoeld als dwingende set regels waarmee de NZa de transparantie van het zorginkoopproces wil vergroten. Indien een verzekeraar de regeling niet volgt, kunnen zorgaanbieders daarover aan de bel trekken bij de NZa. In het uiterste geval kan ook een handhavingsverzoek worden ingediend bij de NZa en kan de NZa handhavend optreden (waarschuwingen en boetes). Daarbij moet er wel rekening mee gehouden worden dat dit invloed kan hebben op de verstandhouding tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Daarnaast is de doorlooptijd van handhavingsverzoeken doorgaans lang, zodat dit op de korte termijn veelal geen oplossing biedt. Ook kan onjuist handelen van zorgverzekeraars bij de NZa worden gemeld.

Met name de volgende bepalingen uit de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw zijn van belang bij de contractering.

- Artikel 4: Bekendmaking zorginkoopbeleid en procedure van zorginkoop. Denk daarbij aan de fasen en termijnen voor de zorginkoop en het kwaliteitsbeleid van de zorgverzekeraar, de minimumeisen voor contractering waar zorgaanbieders aan moeten voldoen, maar ook de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar. Ook staan hier vaak bepalingen over de mogelijkheden voor innovatief zorgaanbod en een overzicht van wijzigingen t.o.v. voorgaande zorginkoopbeleid.
- Artikel 5: Dit artikel bevat bepalingen waarin geregeld is dat de zorgverzekeraar voldoende beschikbaar moet zijn voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders. Hierin is ook geregeld dat de zorgaanbieder recht heeft op een tijdige en duidelijke reactie op vragen en opmerkingen.
- Artikel 6: Zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders een redelijke termijn geven om het initiële voorstel te bestuderen en vragen te stellen (ten minste 4 weken).
- Artikel 7: wijzigingen in het zorginkoopbeleid moeten tijdig bekend gemaakt worden. het inkoopbeleid. Wijzigingen die na 1 april worden doorgevoerd moeten door de zorgverzekeraar worden gemotiveerd.

Indien een zorgaanbieder het niet eens is met de wijze waarop een zorgverzekeraar handelt, bijvoorbeeld omdat gehandeld wordt in strijd met de zorginkoopregels, dan kan dit gemeld worden bij de NZa. De NZa kan dan de zorgverzekeraar daarop aanspreken en dit kan helpen met het bijhouden van de registratie van de gebreken. Daarbij moet altijd wel de afweging gemaakt worden of het gelet op de ernst van het gebrek en de gevolgen voor de verstandhouding het wel of niet wenselijk is het gebrek te melden of niet.



NZa Regeling informatieverstrekking aan consumenten

Zorgverzekeraars moeten conform de Regeling informatieverstrekking aan consumenten op hun website aangeven, per zorgaanbieder, of er een omzetplafond is afgesproken en bekendmaken als het omzetplafond is bereikt of wanneer dit gaat gebeuren. Is deze informatie niet op orde dan kan daarvan melding worden gemaakt bij de NZa.

Geschilleninstantie zorgcontractering

De geschilleninstantie zorgcontractering is tot nu toe relatief weinig gebruikt. De instantie is er voor geschillenbeslechting (mediation, bindend advies of arbitrage) in de zorgsector, zowel voor de (uitleg van) contracten, maar ook het niet tot stand komen van een overeenkomst kan daar aangekaart worden. Dit kan een alternatief zijn voor het aanhangig maken van een zaak bij de rechter of de NZa.

Tijdig en afdoende bijcontracteren

In de NZa monitor contractering GGZ mei 2019 staat helder aangegeven dat bijcontractering niet altijd soepel verloopt, het proces duidelijker kan en de bal hiervoor ligt bij de zorgverzekeraars. De NZa wijst op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierover tijdig te overleggen. De zorgverzekeraar moet kunnen aangeven hoe hij zijn zorgplicht invult. Door patiëntenstops en te lange wachttijden kan de toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor patiënten in gevaar komen. In beide gevallen is de zorgaanbieder verplicht om nieuwe patiënten te wijzen op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Als een omzetplafond dreigt te worden bereikt moet de zorgverzekeraar daarover tijdig geïnformeerd worden. Ook kan de NZa hiervan in kennis gesteld worden. Als er geen doorleverplicht (acceptatieplicht voor nieuwe cliënten) met de zorgverzekeraar is afgesproken, heeft een zorgaanbieder, m.u.v. verplichte zorg, zoals acute zorg, niet de verplichting om een behandelovereenkomst aan te gaan met een cliënt. Deze verplichting om nieuwe cliënt wel te accepteren geeft de zorgaanbieder nog geen recht op vergoeding boven het budget. Een zorgaanbieder kan er niet voor kiezen bestaande trajecten niet af te maken.

Enkele aandachtspunten bij contractering

- Inbouwen van ventielen in het contract of als addendum bij de overeenkomst kan van toegevoegde waarde zijn. Dat kan zien op een veelheid aan onderwerpen zoals bijvoorbeeld het clausuleren van de doorleverplicht (acceptatieplicht) en afspraken over bevoorschotting én tijdig bijcontracteren. Een (stille) patiëntenstop kan hierbij helpen. Dit kan ook onderdeel zijn van de afspraken met de zorgverzekeraar. Een voorzienbaar te laag omzetplafond afspreken in combinatie met een opgelegde doorleverplicht staat op gespannen voet met het juridisch kader dat geldt bij de zorgcontractering. Een zorgaanbieder doet er in die situatie verstandig aan het contract niet te accepteren en in het uiterste geval naar buiten te treden om zo wereldkundig te maken waarom de overeenkomst niet geaccepteerd kan worden. Als de zorgverzekeraar zonder overeenkomst met de zorgaanbieder niet aan haar zorgplicht



heeft voldaan, hoeft het niet hebben van een overeenkomst voor de zorgaanbieder in financieel opzicht niet slecht uit te pakken. Daarover hierna meer.

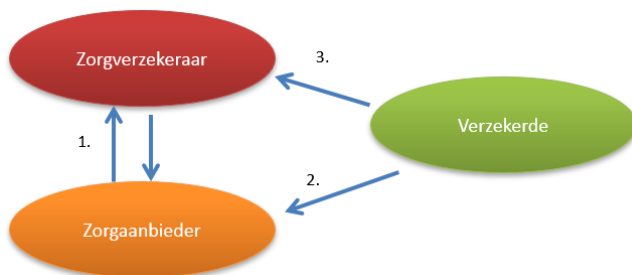
- Monitoren van productie en vroegtijdig afspraken maken over de mogelijkheid en condities tot bijcontractering is essentieel om tijdig bij de zorgverzekeraar aan de bel te trekken dat het door de zorgverzekeraar opgelegde plafond dreigt te worden bereikt. Stel altijd termijnen als het gaat om de bijbehorende vraag of en in welke mate de zorgverzekeraar gehoor geeft aan de wens van de zorgaanbieder om tegen reële vergoedingen bij te contracten.
- Indien zorgverzekeraars op hun website de zorgaanbieder op "gecontracteerd" zet terwijl men niet meer of nog in gesprek is, heeft de aanbieder de mogelijkheid dit ook bij de verzekeraar en de NZa te melden en te verzoeken de informatie aan te passen. Dat heeft als voordeel dat kenbaar wordt voor derden, zoals andere patiëntenorganisaties, GGZ zorgaanbieders, de NZa, VWS dat er nog niet voldoende GGZ zorg is ingekocht. Overigens heeft de verzekerde in deze situatie aanspraak op volledige vergoeding voor zorg bij de betreffende zorgaanbieder. Daarover hierna meer.
- Wees alert t.a.v. administratieve lasten en data verzoeken vanuit zorgverzekeraars. Waarom wil de zorgverzekeraar deze data hebben en mogen deze gegevens wel verstrekt worden? Het is raadzaam om over deze minimale databehoeftte vooraf helder afspraken te maken met de zorgverzekeraars zodat een proces van (bij)contracteren niet onnodig wordt vertraagd door data uitvragen die niet proportioneel of doelmatig zijn.
- Bepaal en hanteer eigen zorgverkoopcriteria. Beoordeel afhankelijk van de situatie tijdig of bepaalde inkoopcriteria die zorgverzekeraars hanteren al dan niet werkbaar zijn binnen de eigen organisatie. Overweeg op basis hiervan een bestuurlijke brief te sturen waarin knelpunten worden gemeld en indien nodig eventuele vervolgstappen (zoals melding bij de NZa e/o Geschilleninstantie zorgcontractering).

Keuze wel of niet contracteren

Het is goed om als zorgaanbieder bewust stil te staan bij de keuze wel of niet te contracteren met een of meerdere verzekeraars en op die manier de voordelen van contracteren voor de zorgaanbieder af te wegen in relatie tot niet contracteren.

Verskil in relatie met verzekerde met en zonder overeenkomst

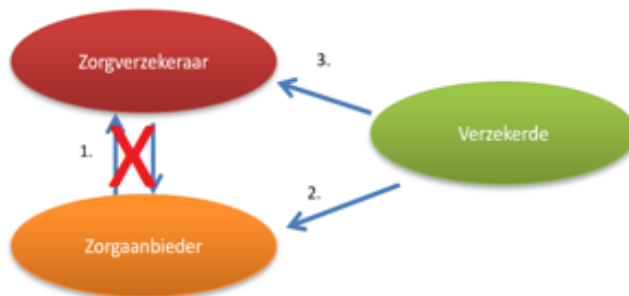
Gecontracteerde zorgaanbieder





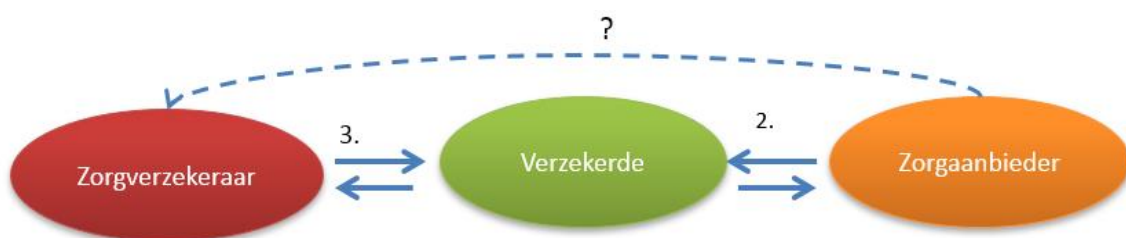
1. Op basis van contractuele relatie zijn partijen over en weer verplichtingen aangegaan. De verzekeraar heeft een betalingsverplichting jegens de zorgaanbieder indien deze zorg levert die voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in de overeenkomst.
2. Tussen de verzekerde en de zorgaanbieder komt een behandelovereenkomst tot stand.
3. Tussen de verzekerde en zorgverzekeraar is een verzekeringsovereenkomst (polisvoorwaarden) gesloten op grond waarvan een verzekerde recht heeft op:
 - Zorg (natura) òf;
 - De vergoeding van kosten van zorg (restitutie).

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder



1. Bij een niet-gecontracteerde aanbieder is er geen rechtstreekse relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder er niet meer. Er is alleen een relatie tussen de zorgverzekeraar – verzekerde en tussen de verzekerde en zorgaanbieder.
2. Tussen de verzekerde en de zorgaanbieder komt een behandelovereenkomst tot stand. Daarnaast ontstaat een betalingsverplichting van de verzekerde aan de zorgaanbieder.
3. Tussen de verzekerde en zorgverzekeraar is een verzekeringsovereenkomst gesloten op grond waarvan een verzekerde recht heeft op:
 - Zorg (natura) òf;
 - De vergoeding van kosten van zorg (restitutie).

Als gevolg hiervan bestaat een betalingsverplichting van de zorgverzekeraar aan de verzekerde indien het verzekerde risico intreedt.





Verschil tussen restitutiepolis en naturapolis

Naturapolis

- Recht op zorg.
- Volledige vergoeding van de behandeling (basisverzekerde zorg) bij door verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.
- Beperkte vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders, volledige vergoeding indien onvoldoende zorg is ingekocht.

Zuivere restitutiepolis

- Recht op vergoeding van zorg.
- Zorgverzekeraar koopt geen zorg in bij zorgaanbieders, maar vergoedt een wettelijk tarief – voor zover dat is vastgesteld – of een marktconforme vergoeding.
- Marktconforme vergoeding is een vergoeding tot het niveau dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet langer passend is te achten.
- Naar zorgaanbieder van eigen keuze.

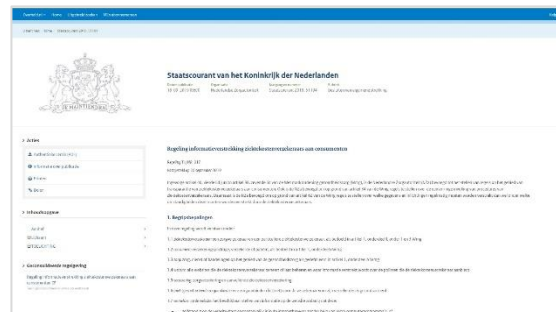


Zaken om rekening mee te houden bij de keuze om niet-gecontracteerd te gaan werken

Communicatie

Duidelijke communicatie aan de verzekerde waar deze rekening mee heeft te houden, laatstelijk gewijzigd per 1 februari 2020, te weten informatie over:

- de te leveren prestaties;
- de voor de patiënt van belang zijnde tarieven en of die exclusief of inclusief btw zijn;
- of de te leveren prestaties Zvw- of Wlz-verzekerde zorg betreffen;
- eventuele 'eigen betalingen';
- datgene dat voor de patiënt van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.





Nieuw is dat de NZa nu expliciet heeft aangegeven dat de communicatie naar de verzekerde *neutraal* moet zijn. Ook is opgenomen dat een zorgaanbieder verplicht is (op zijn website) informatie te verstrekken over een ingestelde patiëntenstop, bijvoorbeeld als gevolg van een omzetplafond.

De Transparantieregeling bepaalt dat de zorgaanbieder de patiënt moet informeren welke kosten de patiënt zelf moet betalen en, "voor zover mogelijk", hoe hoog deze kosten zijn. Als de hoogte van de kosten nog niet duidelijk is, dan kan de zorgaanbieder dat melden, maar dan moet de zorgaanbieder later alsnog deze duidelijkheid verschaffen als er wel duidelijkheid is.

Enerzijds mag een zorgaanbieder niet uitsluitend verwijzen naar een specifieke verzekeraar. Anderzijds mag een zorgaanbieder wel duidelijk communiceren met welke zorgverzekeraars een zorg- of betaalovereenkomst is gesloten en bij welke zorgverzekeraars de verzekerde er van uit kan gaan de kosten volledig vergoed te krijgen (restitutiepolis). Voor natura polissen, waarbij de verzekerde een beperkte vergoeding krijgt dient de zorgaanbieder dit ook duidelijk te communiceren.

Vergoedingen en in rekening te brengen tarieven

Een hardnekkig misverstand in de zorg is het verschil tussen tarief en vergoeding.

Tarief is wat de zorgaanbieder in rekening mag brengen.

Vergoeding is het deel van het in rekening gebrachte tarief dat de verzekerde vergoed krijgt, rekening houdend met het hinderpaalcriterium.

Hoogte tarief bepaald door:	
Gecontracteerd	Ongecontracteerd
NZa-max (indien van toepassing)	NZa-max (indien van toepassing)
Overeenkomst met zorgverzekeraar	

Een zorgaanbieder zonder contract mag maximaal NZa-max tarief in rekening brengen. Meer dan NZa-max mag een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet in rekening brengen, ook niet indien deze het jaar voorafgaand aan de periode zonder contract wel meer dan de NZa-max mocht rekenen.

De vergoeding die de verzekerde krijgt is veelal 75%-85% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Stel dat dit tarief 92% van het NZa-maximum tarief is, dan krijgt een verzekerde die gebruik maakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder 75-85% van 92% vergoed. Het verschil tussen het tarief dat de zorgaanbieder in rekening heeft gebracht en het bedrag dat de verzekeraar vergoed, dient de verzekerde dan zelf te betalen. In de praktijk maakt de zorgaanbieder veelal geen aanspraak op dit verschil en neemt de zorgaanbieder daarmee genoegen met een lagere vergoeding dan waar zij aanspraak had kunnen maken met een overeenkomst. In sommige gevallen kan dit in financieel opzicht toch gunstiger uitvallen, bijvoorbeeld indien anders een (veel te laag) omzetplafond geaccepteerd zou moeten zijn.

**Praktische invulling van bedrijfsprocessen****Bij wie / hoe moet de ongecontracteerde zorgaanbieder declareren en wie moet betalen?**

	Naar wie moet factuur?	Wie moet betalen
Niets geregeld	Patiënt	Patiënt (patiënt kan factuur indienen bij verzekeraar)
Betaalovereenkomst	Verzekeraar, eventueel patiënt voor restant	Verzekeraar
Akte van cessie	Verzekeraar	Verzekeraar (na toezenden akte van cessie en factuur), patiënt eventueel restant

In de meeste gevallen is door het in de polisvoorwaarden opgenomen cessieverbod cessie niet langer mogelijk. Betaalovereenkomsten worden veelal slechts aangeboden voor specifieke categorieën patiënten. De sluiproute om betaling op verzoek van de patiënt middels lastgeving (zie deze [blog van AKD](#)) op de rekening van de zorgaanbieder plaats te laten vinden is in de meeste polisvoorwaarden inmiddels ook uitgesloten.

Verskil in vergoeding

Cessie / niets geregeld	Betaalovereenkomst	Zorgovereenkomst
Verzekerde krijgt vergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieder conform polisvoorwaarden	Zorgaanbieder krijgt vergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieder conform polisvoorwaarden verzekerde	Zorgaanbieder krijgt met zorgverzekeraar contractueel overeengekomen vergoeding
Verskil tussen vergoeding zoals betaald door zorgverzekeraar aan verzekerde en factuur zorgaanbieder mag geïncasseerd worden	Verskil tussen vergoeding zoals betaald door verzekeraar aan zorgaanbieder en factuur zorgaanbieder aan verzekerde mag meestal geïncasseerd worden	Geen aanspraak op aanvullende vergoeding bovenop gecontracteerde tarief Gecontracteerde tarief kan hoger zijn

Voor- en nadelen van het niet contracteren:**Voordelen**

- Geen omzetplafond.
- Geen KPUC/ gemiddelde prijs.
- Geen doorleverplicht/ acceptatieplicht.



- NZa-max is maximum dat in rekening gebracht kan worden.
- 100% vergoeding als niet voldaan aan zorgplicht.
- Geen afwijkende aanvullende inhoudelijke eisen (tenzij deze direct volgen uit polisvoorwaarden).

Nadelen

- Mogelijk lagere vergoeding (voor verzekerde).
- In beginsel declareren bij verzekerde (restitutierisico) en niet bij verzekeraar.
- Uitsluiting contractering opvolgende jaren (geen beroep op bestaan duurovereenkomst).
- Prestaties waarvoor contractsvereiste geldt (o.a. maxmaxtarieven) kunnen niet gedeclareerd worden.
- Drempels: machtigingen, geen vermelding op website zorgzoeker, actief sturen verzekerde naar andere aanbieder, cessieverbod.
- Geen voorfinanciering/bestaande voorfinanciering vervalt.
- Mogelijke discussie met banken in verband met het vervallen van zekerheidsrechten (pandrecht op vorderingen van verzekeraars).

Factoren die van invloed zijn op vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Factoren die van invloed zijn op vergoeding Zvw-zorg	
Type polis	Restitutie: 100% Budget / natura ca. 65-85%
Formulering in polis	Marktconform = 100% gemiddeld gecontracteerd tarief = onduidelijk – zie website verzekeraar
Zorgplicht	Niet voldaan aan zorgplicht = 100% Treenorm?
Bestaande of nieuwe patiënt?	O.g.v. 13 lid 5 <u>Zvw</u> recht op vergoeding laatste contract?
Website verzekeraar	Op website opgenomen als gecontracteerd: verzekerde recht op 100% vergoeding

Type polis

Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op vergoeding tot tenminste 100% van het NZa-tarief en mogelijk zelfs meer. Maar omdat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet meer mag rekenen dan 100% van het NZa-tarief is dit per saldo de maximumvergoeding ook bij een restitutiepolis.



Bij een natura en budgetpolis kan de vergoeding veel lager zijn: 65%-85% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Er zijn ook polissen die slechts 60% vergoeden, maar het is nog niet duidelijk of dit wel is toegestaan.

Formulering

Restitutiepolissen spreken veelal van een marktconform tarief. Artikel 2.2 sub b besluit zorgverzekering ziet op het marktconform tarief en komt neer op een volledige vergoeding tot het niveau dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet langer passend is te achten. Daar zal niet snel sprake van zijn.

Naturapolissen hanteren vaak de term gemiddeld gecontracteerd tarief. Dat is de vergoeding die de zorgverzekeraar gemiddeld met wel gecontracteerde aanbieders heeft afgesproken. Verzekeraars publiceren deze tarieflijsten op hun websites.

Zorgplicht

Indien een zorgverzekeraar niet aan de zorgplicht heeft voldaan, dan moet de verzekeraar 100% van de kosten vergoeden. In de praktijk is lastig vast te stellen wanneer niet aan de zorgplicht is voldaan.

De reden dat een zorgverzekeraar 100% van de kosten moet vergoeden als niet aan de zorgplicht is voldaan, heeft te maken met het volgende. Bij een restitutiepolis is een verzekeraar altijd gehouden 100% te vergoeden. Bij een naturapolis mag de verzekeraar een korting toepassen op de vergoeding indien de verzekerde niet kiest voor een door de zorgverzekeraar geselecteerde/ gecontracteerde zorgaanbieder. Deze korting mag een zorgverzekeraar evenwel alleen aan de verzekerde tegenwerpen als de verzekerde ook daadwerkelijk de mogelijkheid heeft gehad om naar de wel gecontacteerde zorgaanbieder te gaan.

Indien de verzekeraar te weinig zorg heeft ingekocht en daardoor niet aan haar zorgplicht heeft voldaan, kan een verzekeraar de sanctie die zij normaliter jegens de verzekerde die kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet handhaven. De verzekeraar die niet aan de zorgplicht heeft voldaan, verliest het recht om een korting toe te passen. De verzekerde had in die situatie immers geen keuze.



Treeknorm

Wanneer niet voldaan is aan de zorgplicht is een diffuus begrip. Een harde duidelijke grens is er niet. De Treeknorm zou hier houvast kunnen bieden. Het is goed verdedigbaar dat in het geval een verzekerde via de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar niet binnen de



treeknorm terecht kan bij een gecontracteerde aanbieder, terwijl deze verzekerde in deze periode wel bij een niet-gecontracteerde aanbieder terecht kan, de verzekeraar in die situatie gehouden is de kosten van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig te vergoeden. Deze situatie is nog niet door de rechter getoetst, maar omdat er een concrete norm is waaraan getoetst kan worden (Treeknorm), is er wel een goede juridische grond.

Om deze situatie te bewerkstelligen moet een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de verzekerde die zich bij hem meldt wel eerst naar de afdeling zorgbemiddeling sturen. Als de afdeling zorgbemiddeling niet (tijdig) een plek kan vinden, kan de zorgaanbieder samen met de verzekerde de verzekeraar aanschrijven en aangeven dat ervan uitgegaan wordt dat de verzekeraar in die situatie de kosten volledig zal vergoeden. De zorgaanbieder moet er dan wel rekening mee houden dat de zorgverzekeraar dat mogelijk niet zal doen en dat een gang naar de rechter noodzakelijk is om vast te laten stellen of de verzekerde in een dergelijke situatie recht heeft op volledige vergoeding.

Website verzekeraar

In de praktijk komt het nog wel eens voor dat de zorgverzekeraar een zorgaanbieder op haar website opneemt als gecontracteerde zorgaanbieder, zonder dat dit (al) het geval is. Het is goed om te beseffen wat de consequentie van deze vermelding op de website is.

Indien de verzekeraar deze informatie op de website heeft staan in de periode dat verzekerden hun poliskeuze maken (november/december), dan betekent dit dat de verzekerde ervan uit mocht gaan dat de betreffende zorgaanbieder gecontracteerd was en de verzekerde dus geen rekening hoeft te houden met enige vorm van bijbetaling (m.u.v. eigen bijdragen met een wettelijke grondslag).

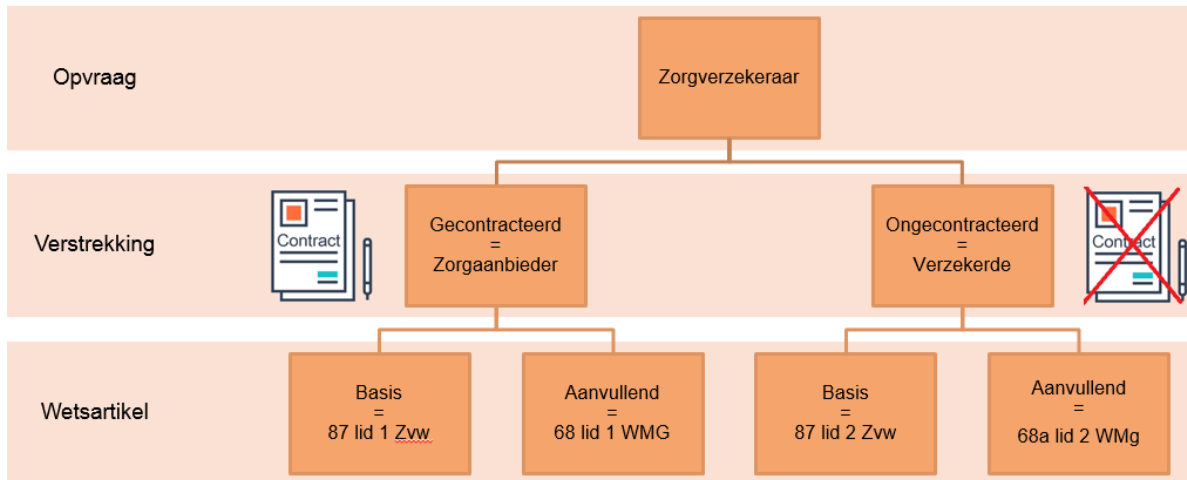
Kort samengevat heeft de verzekeraar zich middels het publiceren van deze informatie op de website richting de verzekerde verplicht om alles te vergoeden.

Indien er geen overeenkomst met de zorgverzekeraar tot stand komt, moet de zorgverzekeraar toch alles vergoeden. In feite ontstaat daarmee de situatie alsof alle verzekerden van de betreffende verzekeraar een restitutiepolis hebben. De verzekeraar moet 100% van de kosten vergoeden *aan de verzekerde*. De zorgaanbieder heeft hierdoor niet het recht rechtstreeks bij de zorgverzekeraar te declareren.

Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die ten onrechte al als gecontracteerd op de website vermeld staat heeft hierdoor een betere onderhandelingspositie, omdat deze zich in ieder geval voor het aankomende jaar geen zorgen hoeft te maken over de vergoeding van de zorg, ook voor nieuwe cliënten. Of deze cliënten ook voor het daaropvolgende jaar aanspraak kunnen maken op de bescherming van artikel 13 lid 5 Zvw is niet duidelijk.



Verskil bij controle door zorgverzekeraars voor niet-gecontracteerde aanbieder



Een gecontracteerde zorgaanbieder mag en moet – indien aan de vereisten in de Regeling zorgverzekering (proportionaliteit) is voldaan – in het kader van een materiële controle gegevens verstrekken aan de zorgverzekeraar.

Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder mag – ook indien aan de vereisten in de Regeling zorgverzekering (proportionaliteit) is voldaan – in beginsel geen gegevens aan de zorgverzekeraar verstrekken, maar alleen aan de verzekerde. Alleen indien de verzekerde toestemming aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gegeven om deze gegevens te verstrekken aan de zorgverzekeraar, mag de niet-gecontracteerde zorgaanbieder deze gegevens verstrekken aan zorgverzekeraar. Het is niet afdoende dat de verzekerde toestemming heeft gegeven aan de zorgverzekeraar om deze gegevens op te vragen bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet toestemming hebben gehad van de verzekerde zelf om de opgevraagde gegevens te verstrekken.

Aankomende maatregelen/wetsvoorstel

De Minister heeft aangekondigd een wetsvoorstel in te dienen om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg verder te kunnen inperken. Dit geldt met name voor de wijkverpleging en GGZ. Feitelijk wil de Minister hiermee een uitzondering maken op het hinderpaalcriterium en daarmee het minimum vergoedingspercentage kunnen vaststellen op een lager percentage dan nu gangbaar is.

Dit is een gevaarlijke en onwenselijke ontwikkeling, zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders. Voor niet-gecontracteerde aanbieders is nog niet duidelijk wat de effecten zijn, zij zullen mogelijk niet langer in staat zijn de zorg te leveren voor de vergoeding die de zorgverzekeraar voldoet aan de verzekerde en de verzekerde zal – naar verwachting – niet in staat zijn het deel dat deze zelf moet betalen te betalen. Per saldo wordt het daardoor wellicht onmogelijk om de zorg als niet-gecontracteerde zorgaanbieder te blijven leveren.



Hier ontstaat ook het probleem voor de wel gecontracteerde zorgaanbieder. Want als niet contracteren geen optie meer is, dan ontstaat ook gemakkelijker druk op de voorwaarden voor gecontracteerde partijen en zullen deze eerder genoodzaakt zijn om in te stemmen met voorwaarden waar zij anders niet mee akkoord zouden zijn gegaan.

Organisatie van het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars

Onderhandelingsfasen

Elk onderhandelingsproces, zo ook met zorgverzekeraars, kent een vaste structuur. In zijn algemeenheid bestaat deze uit de volgende (opeenvolgende) fasen:

Fase 1	Interne voorbereiding en inventarisatie;
Fase 2	Start van de onderhandeling, discussie en exploreren;
Fase 3	Impasse en compromis, totstandkoming van de overeenkomst.

In dit onderdeel wordt specifiek ingegaan op **Fase 1** zodat uw organisatie op een weloverwogen manier het traject met de zorgverzekeraar kan ingaan.

Fase 1 Interne voorbereiding en inventarisatie

Deze fase bestaat uit **vijf** stappen:

1. Het verkennen van keuze, positiebepaling;
2. Interne omgeving beïnvloeden;
3. Externe omgeving beïnvloeden;
4. Verkennen collectieve kracht;
5. Vooruitzien.

STAP 1: het verkennen van de keuze, positiebepaling.

Voorafgaand aan de onderhandeling is het belangrijk uw keuzemogelijkheden goed te verkennen, waaronder de mogelijkheid van niet-contracteren. Zou dit voor u een mogelijk eindresultaat kunnen zijn? Zonder (dit) wegloopscenario kan er geen sprake van een gelijkwaardige onderhandelingspositie zijn.

Bepaal wat voor u de reden(en) zou(den) kunnen zijn om niet te contracteren.

- Financiële redenen;
- Organisatorische redenen;
- Zorginhoudelijke redenen.

Deze motieven zijn niet altijd eenduidig.

Om hier grip op te krijgen kan het helpen om tools te gebruiken die u ondersteunen om vanuit alle relevante perspectieven scenario's te ontwikkelen.

Het Nomika kwadrantenmodel is een voorbeeld van een tool die daarvoor kan worden gebruikt.



Voor uw context en interne positiebepaling is het van belang dat u zich er als zorgaanbieder steeds van bewust bent dat u in 4 domeinen een rol vervult. Elk domein heeft zijn eigen dynamiek, wet- en regelgeving, belangen en ontwikkelingen. Het is ook zo dat de vier domeinen elkaar onderling beïnvloeden.

Op elk van deze vier domeinen moeten de gevolgen van de verschillende scenario's worden verkend. Wellicht wordt een keuze om niet te contracteren beperkt als gevolg van uw situatie als werkgever met verplichtingen. Wellicht wordt uw keuze om te willen contracteren beperkt als gevolg van kwaliteitseisen waaraan u (nog) niet kunt voldoen.

Een gedegen analyse vooraf met verschillende scenario's zal u helpen om een goede inschatting te maken van uw onderhandelingspositie vooraf.

Bron: Nomika-kwadranten.

Een andere invalshoek die tevoren systematisch geanalyseerd kan worden is de positie van de zorgverzekeraar. Welke scenario's zou de zorgverzekeraar kunnen hebben? Bij het verkennen van uw strategie is het daarom zinvol om de volgende aspecten systematisch door te lopen:

Strategie

Probeer vooruit te denken. Waarvan is de zorgverzekeraar afhankelijk? Waar ligt de grens van de zorgverkoper?

Kennis

Wat speelt er? Zijn er cruciale belangen (stokpaardjes)? Alles is mogelijk relevant en kennis is macht.

Houding

Om te weten welke houding de beste is om aan te nemen, is het goed u te verplaatsen in de zorgverzekeraar. Wat zou volgens de zorgverzekeraar het probleem kunnen zijn? Bent u deel van het probleem? Zo ja, hoe? Wat zou u kunnen bieden in het oplossen van het probleem?

Emotie

Welke emoties zouden aan tafel kunnen spelen, waarop kun je anticiperen en inspelen?

Gedrag en perceptie

Wat zijn de percepties van de zorgverzekeraar over zichzelf, over u, de cliënten, de zorgmedewerkers?

**STAP 2: interne omgeving beïnvloeden**

Zeker in het geval u niet-contracteren als reële optie overweegt, is het van belang deze optie eerst *intern* goed in kaart te brengen.

Wat is uw 'interne route' om te komen tot zorgvuldige visie- en besluitvorming omtrent eventueel niet-contracteren? De juiste interne stakeholders moeten op het juiste moment betrokken worden. De volgende tabel kan hierbij als tool dienen:

Ga in gesprek met de volgende personen:

Externe stakeholder (regionaal)	Gespreksonderwerp	HOE	WANNEER
Raad van Bestuur	Bespreek de besluitvorming (mjb)	Brengt dit onderwerp in bij de bestuursvergadering	Koppelen aan beleidscyclus
Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht	Wat is het draagvlak?	Gebruik de RvC/RvT als sparringpartner	Koppelen aan beleidscyclus
Staf/beleidsafdeling	Bespreek de visiebepaling	Breng in bij een brainstormsessie	Koppelen een beleidscyclus
Ondernemingsraad, Cliëntenraad	Bespreek de medezeggenschap	Tijdens een bespreking i.c.m. mondeling toelichting door inhoudsdeskundige organisatie	Denk aan beslistermijnen
Administratie	Bespreek eventuele aanpassing in pragmatisch, werkprocessen; onderscheid tarief en vergoeding Wat is werkbaar binnen de afdeling?		
Planning en control	Bespreek eventuele aanpassing in pragmatisch, werkprocessen; onderscheid tarief en vergoeding - Speciale aandacht voor het declaratie en facturatieproces Wat is werkbaar binnen de afdeling?		
Communicatie	Bespreek de visiebepaling (i.s.m. staf/beleidsafdeling)	Breng in tijdens een brainstormsessie	
Vastgoed			
Cliënten en familie	Informeel, communiceer met cliënt en familie	Doe dit via de gebruikelijke informatiekanaalen, mondeling, zorgplan	



STAP 3: beïnvloeding van de externe omgeving

In het scenario 'niet contracteren' is van belang de externe omgeving in kaart te brengen en te onderzoeken in hoeverre deze bepalend kunnen zijn voor de continuïteit van uw organisatie. Wat zijn de relevante regionale en landelijke stakeholders? Op welk moment dienen deze geïnformeerd te worden over de strategische keuzes die u hierin maakt. Op welk moment en bij welke stakeholders kunt u informatie halen die noodzakelijk kan zijn voor juiste beslissingen?

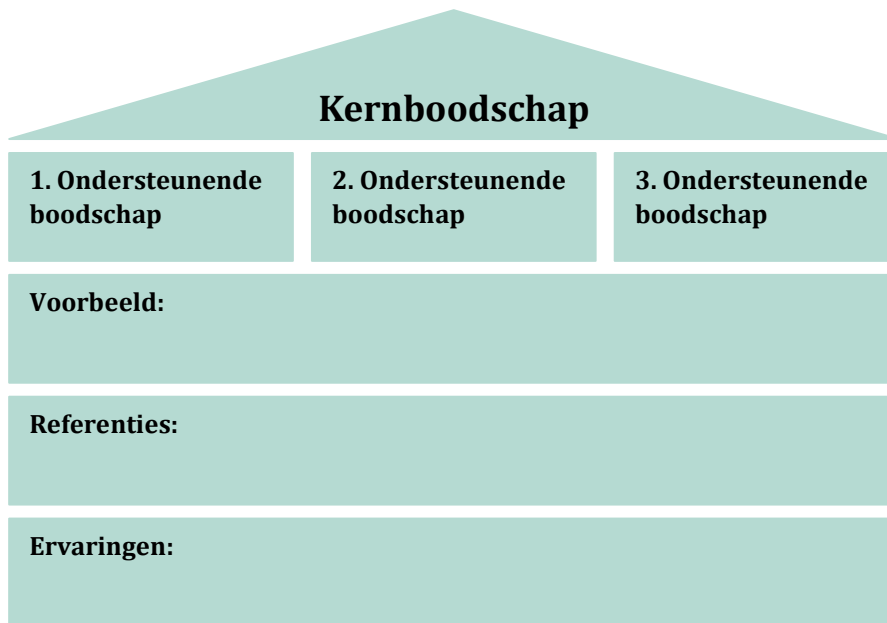
Externe stakeholder (regionaal)	WAT	HOE	WANNEER
Zorgverzekeraar	Invloed organiseren	Relatiebeheer, contactpersoon bij zvv	Termijnen rondom inkoop
Pers (PR-strategie)	Communicatie	Website/regionale media/socials	
Politieke partijen en gemeenten (PR/invloed organiseren)	Invloed organiseren	Wethouder, beleidsambtenaar, inkoper	
Ketenpartners	Communicatie	Informereren contactpersoon	Na besluitneming door organisatie
Banken	Voorfinanciering		

Extern stakeholder (landelijk)	WAT	HOE	WANNEER
NZa	Communiceren	Informereren	Na besluitneming door organisatie
IGJ	Communiceren	Informereren	Na besluitneming door organisatie
Branchevereniging	Communiceren	Informereren	Na besluitneming door organisatie

Message house

Voor een goede interne en externe positionering is het van belang om uw *Message House* goed op orde te hebben. Een *Message House* helpt de relevante kernboodschap intern inzichtelijk te krijgen en gedegen te onderbouwen. Dit onderbouwt consistente en consequente communicatie met alle relevante stakeholders. Als zodanig kan het ook fungeren als *checklist* voor alle publieke uitingen van een zorginstelling. Bij deze uitingen moet de kernboodschap steeds het vertrekpunt zijn.

De kernboodschap wordt niet alleen onderbouwd door ondersteunende argumenten, er is ook ruimte voor praktische voorbeelden: de kracht van een casus. Concrete ervaringen, die subjectief van aard zijn en ruimte kunnen geven aan emotie, hebben juist de potentie (politieke) impact te genereren.



STAP 4: collectieve kracht verkennen

Het kan waardevol zijn om in collectief verband (met andere zorgaanbieders) op te trekken richting de zorgverzekeraar. Samen kan er meer invloed worden uitgeoefend, zodat een *level playing field* ontstaat. Daarom is het goed om stil te staan bij de volgende vraag: wilt u individueel of collectief optrekken?

Hierbij spelen een aantal aspecten een rol, die u tevoren systematisch kunt doorlopen om in te kunnen schatten of het haalbaar is, maar ook of de inspanningen die het zal kosten om tot samenwerking te komen zal opwegen tegen de verwachte versterking van de onderhandelingspositie:

Mededinging	U dient de regels omtrent mededinging in acht te nemen.
Bestaande infrastructuur	Is er al een bestaand samenwerkingskader waar dit collectieve belang in kan worden ondergebracht?
Vorm van de samenwerking	Op welke wijze en niveau wordt de samenwerking geformaliseerd?
Assessment van onderlinge verhoudingen	In hoeverre is er een traditie van onderlinge samenwerking en/of concurrentie. Zijn er aspecten die samenwerking bemoeilijken. Zijn die op korte termijn te beïnvloeden?



Samenwerking en uitwisseling van informatie en data

Benchmarking binnen de kaders van het mededingingsrecht is in de GGZ toegestaan. Denk hierbij aan de mogelijkheid voor het (laten) inschakelen van een trusted third party (TTP) of de branchevereniging die als TTP zou kunnen fungeren. Hierbij mag bij de terugkoppeling van de uitkomsten van de benchmark de data niet herleidbaar zijn tot één of meerdere concurrenten. Let op meerdere partijen (voldoende groot aantal!) is nodig om te komen tot geoorloofde benchmarking, uitkomsten worden gezien voorgaande op geaggregeerd niveau weergegeven en mogen niet onderling alsnog tussen concurrenten worden uitgewisseld. Verouderde informatie die niet langer concurrentiegevoelig is mag worden uitgewisseld tussen concurrenten en niet concurrenten. Bij totale afwezigheid van overlap tussen de werkgebieden van twee zorgaanbieders (die in de ogen van de verzekerden en zorgverzekeraars niet als concurrenten kunnen kwalificeren vanwege geografische afstanden) kan informatie worden uitgewisseld (Zebra model). Bij twijfel raadpleeg vooraf een gespecialiseerde jurist.

STAP 5: vooruitzien

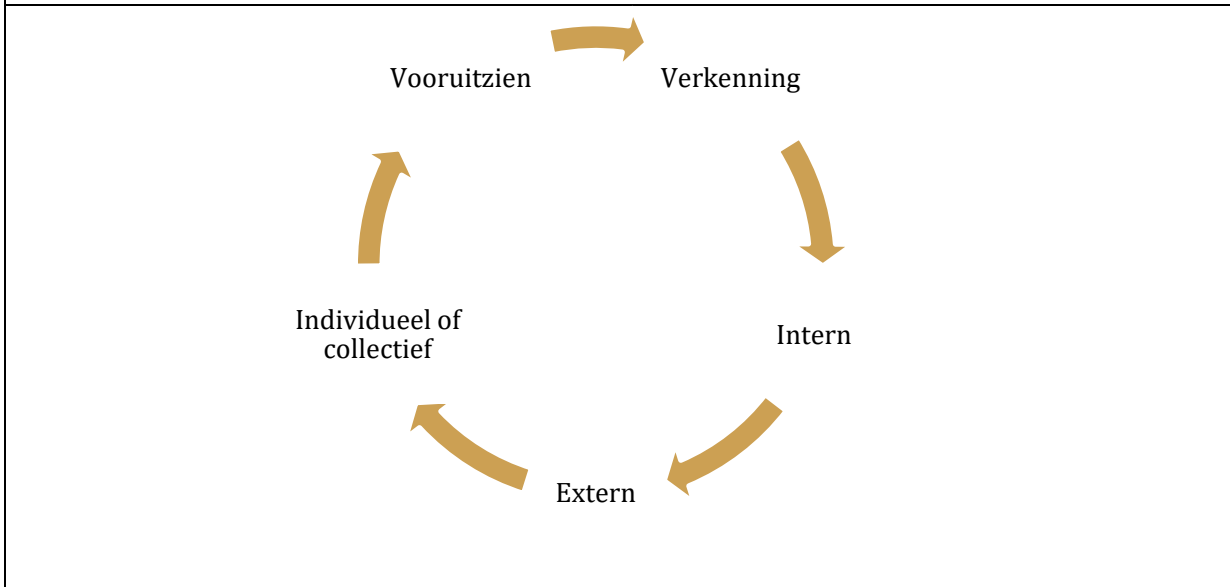
Alle stappen voorzien u van een gedegen visie op contractering vanuit uw organisatie en verschaffen u een stevige basis om het gesprek met de zorgverzekeraar te voeren. In de volgende tabel wordt een schematisch overzicht gegeven van de fasen in het onderhandelingsproces en enkele vuistregels voor het voeren van de onderhandelingen

De vuistregels in onderstaande tabel hebben betrekking op fasen 1 t/m 3.

FASE 1 Vorbereiding, inventarisatie, opening	FASE 2 Discussie en exploreren	FASE 3 Impasse en compromis, totstandkoming overeenkomst
VUISTREGELS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Goede voorbereiding is essentieel: doorloop de stappen in fase 1. 2. Wees hard op de inhoud, maar <i>zacht</i> op de relatie. 3. Doe het eerste bod: dat zal het richtpunt zijn voor de verdere onderhandeling. 4. Durf om meer te vragen bij een tegenbod dat niet aan de verwachtingen voldoet. 5. Onderschat de factor emotie niet, bij u maar ook bij de zorgverzekeraar. 6. Onderhandelen is 80% luisteren, 20% praten. 7. Vraag (door) naar motieven, overwegingen (verkrijg context). 8. Bespreek meerdere opties, vooral om wat weg te geven (need to have en nice to have). 9. Wat is je BATNA (best alternative to no agreement – alternatieve uitkomst als onderhandelingen mislukken)? Ga nooit akkoord met een slechtere uitkomst dan je BATNA. 10. Parkeer gevoelige zaken: package deals. 11. Onderken het belang van collectieve kracht. 12. Onderzoek de consequentie van niet-contracteren. 13. Toon lef en lol! 		



Aandachtspunt: het voeren van onderhandelingen is een terugkerend proces. Ieder jaar zult u met zorgverzekeraars onderhandelen. Door ieder jaar dit stappenplan te doorlopen wordt het mogelijk om vooruit te zien en te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. Voeg derhalve dit stappenplan toe in de cyclus van het opstellen van het meerjarenbeleidsplan:



Proactieve houding bij de zorgverkoop

- Zelf aan het stuur zitten, door bijvoorbeeld zelf tijdig een eisenlijstje of voorstel aan verzekeraar voor te leggen met deugdelijke onderbouwing werkt omdat later bij de contractering gewezen kan worden op wat voor u als aanbieder wel/niet acceptabel en werkbaar is.
- Zelf 'dossier' opbouwen richting zorgverzekeraar en wijzen op schendingen van de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw als vragen niet tijdig of onduidelijk worden beantwoord) (zorgverzekeraar kan het niet laten gebeuren om eindeloos vragen halfslachtig of niet te beantwoorden).
- Zelf de cijfers en kwaliteit van de eigen organisatie (waar ben je goed in?) op orde hebben en kunnen aantonen en zo een goed onderbouwd weerwoord organiseren. Kijk hierbij ook naar mogelijkheden tot samenwerking en benchmarking binnen de kaders van de Mededingingswet. Zorgaanbieders kunnen hierbij gebruik maken van beschikbare openbare cijfers (bijvoorbeeld van Vektis, website zorgverzekeraar over contracten na 12 november, websites regionale aanbieders over wachttijden etc.).
- Gebruik erfenissen uit het verleden voor het heden en de toekomst bij het contracteerproces. Het koppelen van verleden en toekomst kan meerwaarde opleveren. Eventuele schade die bovengemiddeld zwaar neerslaat op de zorgaanbieder (onredelijke verdeling van de lasten) uit eerdere jaren inventariseren en waar mogelijk benutten in de onderhandelingen. Als er stelselmatig te lage omzetplafonds worden opgelegd door de zorgverzekeraar, dan kan dan



worden ingezet als het bewijs waarom er komen jaar niet langer met een plafond gewerkt zou moeten worden of alleen met een plafond dat evident voorzienbaar ruim toereikend is. Als de zorgverzekeraar dan toch nog met een plafond meent te moeten gaan werken, dan zou gesteld kunnen worden dat dit dan alleen goed kan gaan werken met vooraf bepaalde bijcontracteringsbepalingen in dat contract die maken dat er snel en passend dwz tijdig en tegen reële vergoeding zal worden bij gecontracteerd.

- Choose your battles: Bij welke zorgverzekeraar zet je zwaarder in op inhoud en proces ofwel bepaal vooraf waar financieel of anderszins de grootste schade is te verwachten/ verbeterpunten zijn te realiseren bij de contractering?
- Bij misstanden de branche informeren en eventueel zelf tevens tijdig handhavingsverzoek indienen bij de NZa. Dit kan bij het meldpunt van de NZa (<https://www.nza.nl/contact/meldpunt>) met eventueel een kopie aan GGZ Nederland (Yvonne Moolenaar, ymoolenaar@ggz nederland.nl/ 06 53677985 en Monique Strijdonck mstrijdonck@ggz nederland.nl / 06 15092096).
- Indien nodig kan er een jurist worden ingeschakeld. Dit verdient vaak investering terug.