

Euro's voor de zorg

Contracteren van Medisch Specialistische Zorg in 2012

Auteurs:

K.D. Meersma

B.A. van Schelven



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Het veranderende speelveld	6
2 Publiekrechtelijke vangnetten	9
3 Privaatrechtelijke contractsvrijheid	12
4 Contractering en het Hoofdlijnenakkoord	16
5 Het proces van contractering	22
6 Schriftelijke vastlegging in contracten	28
7 Verantwoording	35
8 Personalia Branchegroep Zorg AKD	37
AKD in het kort	39

Voorwoord

Dit brancherapport gaat over de wijze waarop zorgverzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg (ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra) voor 2012 afspraken hebben gemaakt.

Weliswaar contracteren zorgverzekeraars (voorheen de ziekenfondsen) en ziekenhuizen sinds jaar en dag met elkaar, maar 2012 markeert het begin van een nieuwe fase: zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben meer vrijheid om hun afspraken vorm te geven. Die vrijheid heeft een doel: contractering is een instrument om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. Dat dit niet zonder slag of stoot gaat, heeft u de afgelopen maanden wellicht zelf al ervaren. Anders heeft u er ongetwijfeld in de pers over gelezen.

Dit rapport beoogt in de eerste plaats te beoordelen in hoeverre de contractering bijdraagt aan de doelstellingen van het [Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015](#). Daarnaast beoordelen wij het proces met een juridische bril. Vervolgens becommentariëren wij een aantal onderdelen uit de (model)overeenkomsten voor zover die ons bekend zijn.

Op het moment dat deze rapportage verschijnt, is de contractering op veel plaatsen nog niet rond. Soms wordt er nog over details gediscussieerd, soms zijn de onderhandelingen vastgelopen en soms nog niet eens goed begonnen. Niettemin laten wij dit rapport nu al het licht zien. Allereerst haken wij daarmee aan bij de deadline van 1 april die partijen zelf hadden vastgesteld. Bovendien is er inmiddels voldoende om over te rapporteren. Voorts heeft een aantal zorgverzekeraars aangegeven spoedig met

de contractering voor 2013 te willen beginnen. Genoeg redenen dus om nu al terug te kijken.

In onze dagelijkse praktijk staan wij met name aan de kant van de zorgaanbieders. Die professionele bias werkt wellicht door in dit rapport. Niettemin hebben wij getracht u objectief te informeren.

Dit rapport bood ons de gelegenheid om buiten concrete zaken om goede inhoudelijke gesprekken met betrokkenen te voeren. Onze dank gaat uit naar die mensen die tijd voor ons hebben vrijgemaakt.

Klaas Meersma

Branchegroep Zorg AKD

Mei 2012

Samenvatting

Met ingang van 2012 hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid gekregen om hun afspraken naar eigen inzicht vorm te geven. Beide partijen hebben daarbij de verantwoordelijkheid op zich genomen om de kosten in de zorg te beheersen. Die mogen jaarlijks met niet meer dan 2,5% groeien.

De zorgverzekeraars hebben bovendien toegezegd met ingang van 2012 selectief inkopen uit te breiden en meer aandacht te besteden aan kwaliteit. De overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en de ziekenhuizen en de ZBC's zouden voor 1 april rond moeten zijn.

Deze rapportage geeft een indruk van het verloop van de onderhandelingen tussen partijen en de inhoud van de gemaakte afspraken. Onder druk van de vele veranderingen in 2012 zijn partijen op zoek gegaan naar financiële zekerheden. Er gaat nog veel niet goed, maar het lijkt er wel op dat het proces ten opzichte van voorgaande jaren sneller gaat. In zoverre doet de deadline die partijen zichzelf hadden opgelegd zijn werk, ook al wordt die niet gehaald.

RELATIONELE DIMENSIE

De buitenstaander kan zich verbazen over de wijze waarop de partijen in de zorg overeenkomsten sluiten. De relationele dimensie ('persoonlijke klik') die bij zakelijke overeenkomsten van deze omvang vaak van betekenis is, lijkt bij de zorginkoop geen rol te spelen. Het proces van contracteren verloopt weinig ordentelijk,

na overeenstemming over de euro's laat de discussie over de verdere inhoud van de overeenkomst en de schriftelijke vastlegging vervolgens lang op zich wachten. Bij zorgverzekeraars lijkt de bezetting van de inkoopafdeling problemen op te leveren: veel verloop en veel tijdelijke krachten.

Het proces van contracteren illustreert dat gangbare bedrijfs-economische principes in de zorg niet altijd toepasbaar zijn. Het zal voor menig onderneming onwerkbaar zijn om een aantal maanden te werken zonder zekerheid van een contract. Dat is echter wel de werkelijkheid voor de meeste ZBC's. De vraag komt op of zorgvuldigheidsnormen niet geschonden worden door ZBC's zo lang te laten wachten op duidelijkheid over de overeenkomst. Overigens zien wij geen reden waarom ZBC's niet kunnen profiteren van de verplichting voor zorgverzekeraars om hun verzekerden

De partijen gaan allereerst op zoek naar zoveel mogelijk financiële zekerheden

te informeren over het gecontacteerde zorgaanbod. Zolang ze dat voor ZBC's nog niet hebben gedaan, zijn ze een volledige vergoeding aan hun verzekerde verschuldigd voor door ZBC's geleverde zorg.

HET GAAT ALLEREERST OM DE EURO'S

Wij constateren dat de onderhandelingen in 2012 gedomineerd werden door kostenbeheersing. Partijen hebben geen open eindeafspraken willen maken, maar er is gecontracteerd op basis van

een aanneemsom of een productieplafond. Een aanneemsom bestaat uit een vast bedrag dat wordt betaald ongeacht de productie. Bij een productieplafond is de omzet gemaximeerd. Indien de instelling echter te weinig produceert, krijgt het minder uitbetaald. Een overschot aan productie wordt niet vergoed. Dit soort afspraken is het gevolg van de fundamentele onzekerheid waar partijen mee kampen in 2012. De overgang naar DOT brengt onzekerheid mee over de werking van de productstructuur. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan risicoreductie in verband met de afbouw van de ex post verevening.

De begrenzing van het honorariumplafond in 2012 en de primaire focus van zorgverzekeraars op ziekenhuizen bij de contractering, gaat mogelijk voor slachtoffers zorgen bij ZBC's. Zij krijgen de groei die ze voor een gezonde bedrijfsvoering nodig hebben vaak niet gecontracteerd.

ZORGINKOOP BELEIDSARM

Veel zorgaanbieders vinden de inkoop van zorgverzekeraars 'beleidsarm', er is veel aandacht voor de kosten, maar weinig voor kwalitatieve aspecten. Zorgverzekeraars kondigen echter allemaal aan daar in 2013 verdere stappen in te willen zetten, en de voortekenen wijzen erop dat dat ook gaat gebeuren.

Zorgverzekeraars houden in hun modelcontracten weinig rekening met de belangen van de zorgaanbieders, het zijn eenzijdig opgestelde stukken met een dominante focus op het eigen belang. Het zou goed zijn als de uiteindelijke contracten meer recht doen aan de wederzijdse belangen. In eenzijdige overeenkomsten ligt vaak de kiem voor het nodige juridische getouwtrek en een ontevreden wederpartij.

De begrenzing van het honorariumplafond en de primaire focus van zorgverzekeraars op ziekenhuizen, gaat mogelijk voor slachtoffers zorgen bij ZBC's

Ondanks alle haperingen markeert 2012 een nieuw begin. Wij verwachten – en hopen – dat er bij de zorginkoop in 2013 en 2014 naast de permanente aandacht voor de kosten ook meer aandacht zal zijn voor de zorginhoudelijke aspecten.

1 Het veranderende speelveld

1 Het veranderende speelveld

In 2012 zijn grote stappen gezet die het zorglandschap fundamenteel veranderen. Niettemin blijft het belang van kostenbeheersing voorop staan.

Met de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing bij de zorgverzekeraars komen te liggen. Zij moeten doelmatig zorg inkopen.

DE ZORGVERZEKERAAR ALS REGISSEUR

De rol voor zorgverzekeraars als regisseur in de zorg met verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing is tot op heden nog niet goed uit de verf gekomen. Dat is niet onbegrijpelijk. De Zorgverzekeringswet laat de totstandkoming van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders weliswaar ongeregeld, maar de NZa vulde die ruimte vrijwel volledig op met beleidsregels. De vrijheidsgraden van partijen om over de essentialia van de overeenkomst te contracteren waren daardoor beperkt.

Het Hoofdlijnenakkoord beoogt de pretentie die in de Zorgverzekeringswet besloten ligt, waar te maken. De partijen bij het akkoord, te weten de minister, de aanbieders verenigd in de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en de Zorgverzekeraars verenigd in Zorgverzekeraars Nederland, maakten verregaande afspraken. Het akkoord legt de gezamenlijke ambitie vast om de uitgaven-

groei structureel te beheersen. Zorgverzekeraars zullen daarvoor de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen samen spreiding en specialisatie bewerkstelligen waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Zij zullen de mogelijkheden van substitutie tussen de eerste, tweede en derde lijn benutten. Het Hoofdlijnenakkoord legt zelfs de afspraak vast overbodig geworden ziekenhuiscapaciteit af te bouwen.

DE ROL VAN DE MINISTER

Die afspraken kunnen niet los gezien worden van een aantal besluiten die de minister begin 2011 nam. In de eerste plaats wordt vanaf 2012 de ex post verevening bij de zorgverzekeraars afgebouwd. Ex post verevening zorgt ervoor dat zorgverzekeraars achteraf (gedeeltelijk) gecompenseerd worden voor verliezen op bepaalde zorgkosten. In de tweede plaats besloot de minister het B-segment, waar zowel het volume als de prijs van zorgprestaties

Invoering van een nieuwe productstructuur brengt vanzelfsprekend onzekerheid met zich mee

vrij overeen te komen zijn, uit te breiden tot circa 70%. Voorts is van belang dat per 2012 integrale prestatiebekostiging is ingevoerd en de budgetsystematiek is afgeschaft. Tot slot is de productstructuur aangepast en zijn de DBC's vervangen door de DOT's. Invoering van een nieuwe productstructuur brengt vanzelfsprekend onzekerheid met zich mee.

DE CONTRACTERING

Het Hoofdlijnenakkoord legt de ambitie vast om jaarlijks voor 1 april tot afronding van de contractering (inclusief afspraken over bevoorschotting) te komen. Partijen willen bovendien een 'ordentelijke contractering'. Op zorgverzekeraars rust daartoe de verplichting om tijdig voor aanvang van de contractering maximale transparantie te bieden over hun contracteervoorwaarden, aldus het Hoofdlijnenakkoord.

De ambitie om de onderhandelingen voor 1 april af te ronden levert een trendbreuk op

Het is naar onze waarneming voor het eerst dat partijen zich uitspreken over het proces van contractering. De ambitie om de onderhandelingen voor 1 april af te ronden levert een trendbreuk op. Het was niet ongebruikelijk dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar pas aan het eind van het jaar overeenstemming bereikten over het contract.

Met het Hoofdlijnenakkoord is privaatrechtelijke contractering een zeer belangrijk instrument geworden om de publieke doelen in de gezondheidszorg na te streven. Draagt dit bij aan juridisering van de zorg? Nee en ja. Allereerst is er sprake van verschuiving: de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing gaat voor een belangrijk deel van het publiekrechtelijke domein (de welbekende beleidsregels en tariefbeschikkingen van de NZa) naar het privaatrechtelijke

domein. Ook in het publiekrechtelijke domein golden juridische regels, in zoverre is er dus geen sprake van verdere juridisering. De verschuiving naar het privaatrechtelijke domein betekent wel dat partijen meer eigen verantwoordelijkheid dragen en zodoende meer aandacht moeten besteden aan de vastlegging van hun afspraken onderling.

Niettemin komt de contractering voor 2012 nog tot stand tegen de achtergrond van een publiekrechtelijk vangnet. Wij bespreken dat hierna.

2 Publiekrechtelijke vangnetten

2 Publiekrechtelijke vangnetten

De overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging brengt de nodige risico's met zich mee. Daarnaast levert wijziging van de productstructuur (DOT) onzekerheid op. Om systeemrisico's te dempen is besloten voor de jaren 2012 en 2013 een transitie-model in te voeren.

In de kern zorgt het [transitiemodel](#) dat zorgaanbieders die voorheen gebudgetteerd waren, over het A-segment zoals dat in 2011 was samengesteld, in 2012 en 2013 beperkt risico lopen.

HET TRANSITIEMODEL

Daarvoor wordt begonnen met het vaststellen van het zogenaamde schaduwbudget, dat is afgeleid van de omzet uit het A-segment zoals dat in 2011 was samengesteld. Het schaduwbudget wordt in beginsel op gezamenlijke aanvraag van zorgaanbieder en de twee dominante zorgverzekeraars aangevraagd bij de NZa. Vervolgens wordt het schaduwbudget verminderd met de omzet uit prestatiebekostiging, die bestaat uit de omzet over 2012 uit het A-segment zoals dat in 2011 was samengesteld. Uitkomst van deze som is het zogenaamde transitiebedrag.

Het transitiebedrag wordt vervolgens gebruikt om het verrekenbedrag vast te stellen. Daartoe wordt het transitiebedrag voor 2012 vermenigvuldigd met 0,95 en voor 2013 met 0,70. Indien de uitkomst negatief is – de zorgaanbieder heeft dan ten opzichte van 2011 in 2012 meer omzet in het oude A-segment gerealiseerd –, dient de zorgaanbieder het transitiebedrag af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Indien de uitkomst positief is, wordt het

transitiebedrag aan de zorgaanbieder uitgekeerd. Bovendien kan dat bedrag voor het jaar 2012 op verzoek van de zorginstelling worden bevoorschot. Om daarvoor in aanmerking te komen dient de zorgaanbieder bij de NZa een verzoek in. Als de NZa oordeelt dat redelijkerwijs kan worden aangenomen dat van een positief verrekenbedrag sprake zal zijn, wordt het verzoek toegewezen en zal het bedrag vervolgens in maandelijkse termijnen worden uitgekeerd door het College voor zorgverzekeringen.

De belangen bij het overeenkomen van een schaduwbudget enerzijds en DOT-omzet anderzijds lopen niet per definitie parallel

De afspraak over het schaduwbudget staat in principe los van de overeenkomsten die met de afzonderlijke zorgverzekeraars worden gesloten over de DOT-omzet. De belangen bij het overeenkomen van een schaduwbudget enerzijds en DOT-omzet anderzijds lopen ook niet per definitie parallel. Een over- of onderschrijding van het schaduwbudget heeft voor zorgverzekeraars geen (zelfstandige) gevolgen. De zorgaanbieder moet een eventuele overschrijding immers afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds en krijgt een eventueel tekort daaruit gecompenseerd. Dat gaat buiten de zorgverzekeraars om.

ZBC's vallen niet onder het transitie-model. Zoals hierna zal worden besproken, zijn ZBC's wel gehouden aan een omzetplafond voor wat betreft de honorariumcomponent.

HET MACROBEHEERSINSTRUMENT

Om de uitgavengroei in de ziekenhuissector te beteugelen, is het zogenaamde **macrobeheersingsinstrument** in het leven geroepen. Het macrobeheersingsinstrument voorziet er in dat overschrijdingen van het macrokader voor de ziekenhuissector via een generieke omzetheffing over ziekenhuizen en ZBC's terug worden gehaald.

In de contractering over de DOT-omzet is er in beginsel geen onderscheid meer tussen het ziekenhuisdeel en het honorariumdeel voor de medisch specialisten

Ter uitvoering daarvan stelt de NZa voorafgaand aan elk kalenderjaar voor alle instellingen die medisch specialistische zorg leveren een collectieve omzetgrens vast. Op uiterlijk 1 december van het daaropvolgende kalenderjaar stelt de NZa vast of deze collectieve omzetgrens al dan niet is overschreden. Indien sprake is van overschrijding stelt de NZa op basis van marktaandeel voor elke instelling afzonderlijk vast welk deel van de overschrijding aan een instelling kan worden toegerekend. Vervolgens dient de instelling dat gedeelte af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

HET BEHEERSMODEL HONORARIA VRIJGEVESTIGD MEDISCH SPECIALISTEN

In de contractering over de DOT-omzet is er in beginsel geen onderscheid meer tussen het ziekenhuisdeel en het honorariumdeel voor de medisch specialisten. Publiekrechtelijk is dat onderscheid nog wel relevant. Om de stijging in de honorariumomzetten te beheersen, sloten de minister, de ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten een akkoord dat voorziet in maximalisering van de honorariumomzetten. De NZa stelt een apart **honorariumomzetplafond** per instelling vast. Vervolgens wordt na afloop van elk jaar door de NZa per instelling vastgesteld of sprake is van overschrijding van het honorariumomzetplafond, en indien dat het geval is, dient de instelling die overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Het ziekenhuis en de ZBC zullen dat willen verrekenen met de medisch specialisten.

3 Privaatrechtelijke contractsvrijheid

3 Privaatrechtelijke contractsvrijheid

Hoe verhouden zorgverzekeraar en zorgaanbieder zich in privaatrechtelijk opzicht tot elkaar? Is er in juridisch opzicht iets bijzonders over die overeenkomst op te merken? Of is het een overeenkomst als alle andere?

DE ZORGINKOOPMARKT

De relatie tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen wordt wel aangeduid als de zorginkoopmarkt. Die bestaat naast de zorgverzekeringsmarkt (de relatie tussen verzekerde en de zorgverzekeraar) en de zorgverleningsmarkt (relatie tussen zorgverlener en patiënt). In de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt is de contracteervrijheid ingeperkt door wettelijke regelingen. Voor de zorgverleningsmarkt schrijft de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst in belangrijke mate voor hoe partijen zich juridisch tot elkaar verhouden. De Zorgverzekeringswet legt een verzekeringsplicht op en regelt de inhoud en voorwaarden van de zorgverzekeringsovereenkomst.

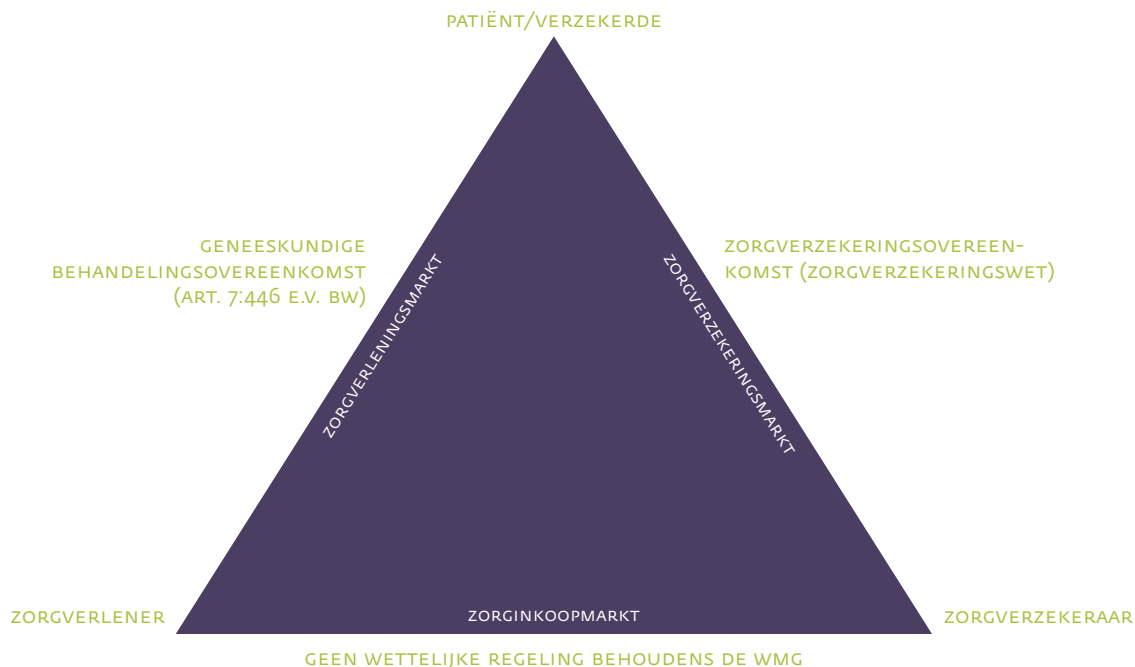
De zorginkoopmarkt is in wettelijk opzicht nagenoeg ongeregeld. Partijen moeten acht slaan op de Wet marktordening gezondheidszorg die de tarieven (nog voor een deel) reguleert, maar voor het overige zijn partijen – met in acht name van het algemeen verbintenissenrecht en de Mededingingswet – vrij om hun relatie naar eigen inzicht vorm te geven.

EEN BIJZONDERE RELATIE

Maar wat verklaart de buitensporige aandacht voor de contractering in pers en politiek van de afgelopen maanden? Waarom is de relatie niettemin bijzonder?

Naar ons oordeel is de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder bijzonder omdat beide partijen een publiek belang dienen. Iedereen begeeft zich op grond van een wettelijke verplichting op de zorgverzekeringsmarkt en draagt een niet onaanzienlijk deel van zijn inkomen verplicht af aan een zorgverzekeraar. Daarnaast maakt iedereen op enig moment gebruik van zorg op de zorgverleningsmarkt. De zorgcontractering kan niet los gezien worden van beide markten en raakt zodoende – indirect – een ieder. Het gezamenlijk handelen van partijen raakt derhalve aan publieke belangen.

'Tussen zorgverzekeraars en zorgaanbidders bestaat een bijzondere relatie, ook indien zij geen overeenkomst hebben gesloten, omdat zij aan elkaar zijn overgeleverd en de een niet zonder de ander kan. Voor beide partijen brengt dit bijzondere verplichtingen en verantwoordelijkheden met zich mee.'
(Voorzieningenrechter rechtbank Breda, 23 november 2011, LJN: BU5717).



Dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars allebei geacht worden het publieke belang in acht te nemen, betekent niet dat hun beiden belangen ook per definitie samenvallen. Dat laat zich illustreren door de achtergrond te schetsen die voor zorgverzekeraars enerzijds en zorgaanbieders anderzijds reden zijn om te contracteren.

ZORGPLICHT ZORGVERZEKERAAR

Allereerst de zorgverzekeraar. Die sluit overeenkomsten met zorgaanbieders om zijn verplichtingen jegens zijn verzekerden met een naturapolis na te kunnen komen. Die verzekerden hebben op grond van hun polis aanspraak op zorg. Om die verzekerde prestatie te kunnen leveren, moet de verzekeraar óf zelf de prestatie leveren óf – wat gebruikelijk is – die inkopen bij derden, de zorgaanbieders.

De verplichting om zorg te leveren, houdt tevens de verplichting in om kwalitatief goede zorg te leveren. Er is een wettelijk kader dat de benedengrens vormt. Een zorgverzekeraar zal er op uit moeten zijn om voor zijn verzekerden optimale kwaliteit te contracteren. Hij kan zich daarmee onderscheiden van zijn concurrenten. De overeenkomst vormt daarvoor het instrument.

FINANCIËEL BELANG ZORGVERZEKERAAR

Vanzelfsprekend vormt de overeenkomst voor de zorgverzekeraar ook een instrument om de uitgaven, de schadelast, te beheersen. De zorgverzekeraar kan niet langdurig meer uitgeven dan hij ontvangt via premies en de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Hij stuurt daarvoor op prijs en volume van de zorg die hij inkoop.

Bij de zuivere restitutiepolis heeft de verzekerde aanspraak op volledige vergoeding van de door hem gemaakte kosten ongeacht welke toegelaten zorgaanbieder deze heeft geleverd. Een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is vanuit het perspectief van de eerste dan niet beslist noodzakelijk. Daarnaast bestaan er polissen die een gemengd natura en restitutie karakter hebben. Bij dergelijke polissen zal er wel een behoefte zijn bij de zorgverzekeraar om ten behoeve daarvan met voorkeursaanbieders te contracteren.

Zorgverzekeraars contracteren echter in één keer voor hun hele verzekerdenpopulatie, zonder daarbij onderscheid naar het soort polis te maken. Ze kunnen daardoor ook voor hun restitutieverzekerden op prijs onderhandelen.

DE ZORGAANBIEDER

Dan de zorgaanbieder. Voor de zorgaanbieder is een overeenkomst met een zorgverzekeraar een toegang tot een afzetmarkt voor zijn

product. Zonder een overeenkomst zal de zorgaanbieder minder aantrekkelijk zijn voor de patiënt met een naturapolis. Wanneer de naturaverzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt, loopt hij immers het risico niet de volledige kosten van

Er is bereidheid om het handelen van zorgverzekeraars aan aanvullende zorgvuldigheidsnormen te toetsen

zijn verzekeraar vergoed te krijgen. Daarnaast maakt een contract de exploitatie beter beheersbaar. In een contract zal de zorgaanbieder zekerheid kunnen krijgen over het door hem te leveren volume, de prijs (omzet), de wijze van betaling en eventuele bevoorschotting. Dat bevordert een stabiele bedrijfsvoering en is bijvoorbeeld van betekenis bij het nemen van investeringsbeslissingen en het verkrijgen van financiering.

RECHTSPRAAK

Gelden er bijzondere juridische normen voor de overeenkomst tussen zorgaanbieders en verzekeraars? In een arrest uit 2005, waarbij een aantal apothekers opkwam tegen de contracteerwijze van Agis, oordeelde de Hoge Raad dat het handelen van het toenmalige ziekenfonds getoetst moest worden aan de normen uit het algemene verbintenissenrecht en de Mededingingswet (HR 8 april 2005, [LJN: AS2706](#)). Niets bijzonders dus.

Ondanks de onderkoelde benadering van de Hoge Raad in 2005 ontwaren wij in recente uitspraken van Voorzieningenrecht

(de kort gedingrechter) wel de bereidheid om het handelen van zorgverzekeraars aan aanvullende zorgvuldigheidsnormen te toetsen. Zo wordt zonder veel discussie aangenomen dat het contracteerbeleid van zorgverzekeraars "verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir" moet zijn (Voorzieningenrechter rechtbank Breda, 23 november 2010, [LJN: BO4755](#) en Voorzieningenrechter rechtbank Amsterdam, 30 november 2010, [LJN: BO5512](#), beide zaken hadden betrekking op de selectieve inkoop door CZ van borstkankerzorg).

POLITIEK BESTUURLIJKE WERKELIJKHEID

Die terminologie is verwant aan uitgangspunten die mede aan het aanbestedingsrecht ten grondslag liggen. Dat is opvallend omdat een zorgverzekeraar, net zo min als andere schadeverzekeraars, een aanbestedingsplichtige dienst is. Niemand zal bijvoorbeeld menen dat de autoschadeverzekeraar op basis van verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir beleid met autoherstelbedrijven moet contracteren. Evenmin zal de rechtsbijstandsverzekeraar die op basis van willekeur met een aantal advocatenkantoren contracteert, een strobreed in de weg gelegd worden. Daar geldt contractsvrijheid. In de zorg wordt daar anders tegen aangekeken. De bemoeienis van de minister met de contractering via het Hoofdlijnenakkoord en de vele Kamervragen over de contractering vormen een illustratie van het feit dat er hier publieke belangen in het geding zijn. De benadering van de Hoge Raad staat dan ook op gespannen voet met de politiek-bestuurlijke werkelijkheid.

Kortom, we kijken in deze rapportage naar een bijzonder fenomeen waar de contractsvrijheid niet onbeperkt is. De precieze juridische kwalificatie van de verhouding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal zich de komende jaren waarschijnlijk wel uitkristalliseren in de rechtspraak.

4 Contractering en het Hoofdlijnenakkoord

4 Contractering en het Hoofdlijnenakkoord

De doelstellingen van het Hoofdlijnenakkoord moeten voor een belangrijk deel via de contractering gerealiseerd worden. Wij bezien hierna in hoeverre daarvoor 2012 resultaten in zijn bereikt.

ORDENTELIJKE CONTRACTERING

In het Hoofdlijnenakkoord spreken partijen de wens uit om tot 'ordentelijke contractering' te komen. We doen de inspanningen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tekort, wanneer wij stellen dat over het algemeen het proces van contracteren weinig ordentelijk verloopt. De overschrijding van de streefdatum van 1 april illustreert dit. We hoeven hier echter geen grote conclusies aan te verbinden. Er kwam, zoals hiervoor al uiteengezet, in 2012 erg veel op partijen af. Het is niet onlogisch dat partijen daar een weg in moesten vinden. We stellen wel vast dat de ene zorgverzekeraar sneller tot afspraken kon komen dan de andere, waarbij wij voorts de indruk hebben dat er soms per zorgverzekeraar ook nog wel weer regionale verschillen waren.

Wat wel zorgen baart, is dat niet iedereen die wij spraken er van overtuigd is dat de besprekingen over 2013 'ordentelijker' zullen verlopen. Achmea heeft aangegeven in de zomer de besprekingen voor 2013 te willen beginnen en heeft daartoe zelfs voorwaarden in de overeenkomst voor 2012 opgenomen. Maar op basis van de stand van de contractering ten tijde van het verschijnen van deze brancherapportage, is het aannemelijk dat zorgverzekeraars en een groot aantal zorgaanbieders de zomer vooral nodig zullen hebben om de contracten voor 2012 af te ronden.

KOSTENBEHEERSING

De belangrijkste doelstelling in het Hoofdlijnenakkoord is kostenbeheersing. Het Hoofdlijnenakkoord gaat uit van een structurele uitgavengroei van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling. Naar onze waarneming was dat ook het belangrijkste – en in sommige gevallen tot op heden het enige – thema bij de contractsonderhandelingen.

Daarbij verschilden partijen in ieder geval langs twee lijnen met elkaar van opvatting. In de eerste plaats was er discussie over het referentiejaar waarover de 2,5% groei berekend moet worden.

We doen de inspanningen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tekort, wanneer wij stellen dat het proces van contracteren weinig ordentelijk verloopt

ZN gaf in dit verband het startschot voor de onderhandelingen door kort na het sluiten van het Hoofdlijnenakkoord op 23 augustus 2011 te melden dat de effectieve groeiruumte voor 2012 als gevolg van voorziene overschrijdingen in 2010 en 2011 op landelijk niveau nihil of zelfs negatief is. Die discussie zette zich aan de onderhandelingstafel voort.

In de tweede plaats was er discussie over de benutting van de 2,5% groeiruumte. Een aantal zorgaanbieders stelt zich op het standpunt dat een juiste uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord

betekent dat iedere individuele aanbieder aanspraak kan maken op 2,5%. De zorgverzekeraars daarentegen wilden ruimte reserveren om met de ene aanbieder meer en met de andere minder (of zelfs krimp) af te spreken. Andere aanbieders stelden zich op het standpunt dat 2,5% groeiruimte macro, niet betekent dat individuele instellingen niet met meer dan 2,5% konden groeien. Nu er geen één aanbieder was die ook wel minder wilde groeien, moest dat wel tot problemen leiden.

Dan laten we de claim van een aantal zorgverzekeraars dat een aantal zorgaanbieders volstrekt irreële groeiambities op tafel legde, onbesproken. Dat geldt ook voor het spiegelbeeld van dat

In juridisch opzicht is het schaduwbudget een opmerkelijke verschijning

verwijt: zorgverzekeraars die bezuinigingen wilden inboeken van meer dan 10% zonder een draagkrachtige motivering. In beide gevallen zorgde dat naar onze observatie voor grote vertragingen in de besprekingen.

Het schaduwbudget vormde bij de ziekenhuizen het vertrekpunt. In juridisch opzicht is het schaduwbudget een opmerkelijke verschijning. Wij beschreven hiervoor al dat het schaduwbudget bedoeld is om systeemrisico's voor de gebudgetteerde instellingen op te vangen. Ons is gebleken dat hierover ook stevig is onderhandeld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Maar waarover onderhandelden de zorgverzekeraars eigenlijk? Overeenstemming over het schaduwbudget levert geen overeenkomst tussen zorg-

aanbieder en zorgverzekeraar in juridische zin op. Een overeenkomst kent rechtsgevolgen ten voordele van de ene partij en ten nadele van de andere partij, of ten behoeve en ten laste van beide partijen. Maar wat komen partijen ten behoeve of ten laste van de zorgverzekeraar overeen als ze het eens zijn over het schaduwbudget? Niets naar onze mening. Afrekening over het schaduwbudget vindt plaats ten bate of ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Daar staan de zorgverzekeraars buiten. Anders dan sommige partijen lijken te denken, is een afspraak over het schaduwbudget ook niet nodig om met afzonderlijke zorgverzekeraars een overeenkomst te sluiten. Het schaduwbudget kan het aangrijpingspunt vormen om afspraken te maken, maar dat hoeft niet.

De overeenstemming tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prijs neemt in hoofdlijnen twee vormen aan: een maximumopbrengst (ook wel een productieplafond) of een vaste opbrengst (aanneemsom). Daarmee kan de zorgverzekeraar nauwkeurig zijn maximale schadelast voor 2012 vaststellen.

Naar onze inschatting wordt met dergelijke afspraken de doelstelling van kostenbeheersing uit het Hoofdpijnenakkoord gehaald. Dat veronderstelt wel dat er een goede dekkingsgraad is, dat wil zeggen dat met een groot deel van de aanbieders een overeenkomst gesloten is. Een productiestroom vanuit de niet-gecontracteerde aanbieders levert voor de zorgverzekeraars immers wel een schadelast op, die – afhankelijk van het soort polis – minder goed vooraf voorspelbaar is.

SELECTIEVE INKOOP

Het Hoofdlijnenakkoord formuleert de verplichting om vanaf 2012 de selectieve inkoop sterk uit te breiden, op basis van praktijk, doelmatigheid en gepast gebruik. Ook moet ongewenste praktijkvariatie teruggedrongen worden.

Zorgverzekeraars zetten in 2012 kleine stappen. Dat is gelet op alle overige veranderingen in 2012 wellicht verklaarbaar. Voorts is van belang dat de informatie die nodig is om beredeneerd selectief in te kopen niet altijd aanwezig lijkt. Opvallend was dat Achmea halverwege april meldde met 91 van de 93 ziekenhuizen en 200 van de 250 ZBC's een overeenkomst te hebben gesloten. Dat was geen uiting van selectief contracteerbeleid, wellicht zelfs van het tegenovergestelde.

Selectief inkopen staat in 2012 nog in de kinderschoenen, maar een trend is aanwezig

CZ hanteert een gedifferentieerd inkoopbeleid en onderscheidt daarbij drie inkoopcategorieën. De eerste categorie bestaat uit negen producten waarbij de transitie van DBC's naar DOT's geen onzekerheden oplevert. Voor die producten wil CZ per product een harde prijs- en volumeafpraak maken. Overigens vormen die negen producten in omzet een substantiële waarde. Een tweede categorie bestaat uit 39 behandelingen waarover per DBC prijs- en volumeafspraken worden gemaakt. Tussen die producten is op basis van "goede argumenten" substitutie mogelijk. Voor alle overige behandelingen wordt een prijs- en volumeafpraak gemaakt,

maar mag binnen het maximum omzetbedrag onbeperkt gesubstitueerd worden. CZ geeft aan dat wachtlijsten die op deze manier kunnen ontstaan een instrument vormen om de verzekerde te sturen. In het ene ziekenhuis moet de CZ-verzekerde wachten, maar elders heeft CZ meer ingekocht en kan de verzekerde zo terecht.

Menzis kocht voor 2012 voor heupartrose en rughernia selectief in. In de raamovereenkomst van Menzis wordt echter reeds aangekondigd dat de komende jaren in toenemende mate selectief zal worden ingekocht. Daarnaast werkt Menzis voor een aantal behandelingen met het TopZorg-label. De zorgaanbodmarkt associeert dit predikaat naar onze waarneming nog niet overal met selectiviteit en exclusiviteit.

VGZ heeft in de onderhandelingen veel aandacht voor afzonderlijke behandelingen. Op grond van een door de Boston Consulting Group uitgevoerde benchmark wordt in de ziekenhuizen verbeterpotentieel geïdentificeerd. Die benadering krijgt felle kritiek in de ziekenhuizen en heeft geleid tot hoogspanning bij de onderhandelingen. Ten tijde van de oplevering van dit brancherapport was VGZ er naar onze waarneming nog maar zeer beperkt in geslaagd om tot concrete afspraken te komen. In hoeverre daarbij ook selectief is ingekocht hebben wij niet kunnen vaststellen.

De selectieve zorginkoop door Multizorg lijkt zich blijkens de modelovereenkomst te beperken tot acht categorieën. Selectief inkopen staat in 2012 nog in de kinderschoenen, maar een trend is aanwezig. Het is echter de vraag of zorgverzekeraars in 2013 voldoende informatie hebben om hier verdere stappen in te zetten.

KWALITEIT

In het Hoofdlijnenakkoord wordt uitgesproken dat zorgaanbieders de wens hebben de kwaliteit van de ziekenhuiszorg op een hoger niveau te brengen. De overheid is daarvoor op systeemniveau verantwoordelijk en scheidt daartoe de benodigde randvoorwaarden. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars om bij de sturing naar een doelmatige inrichting van het zorglandschap ook aandacht te besteden aan kwaliteit. De minimumnormen voor kwaliteit in de zorg zijn vastgesteld in de wet (o.a. Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Het is hooguit beperkt mogelijk om de ene verzekerde andere kwaliteit te bieden dan de andere. Een kwaliteitsverbetering die door een zorgverzekeraar wordt afgedwongen in een overeenkomst zal dus ook ten voordele van de verzekerden van de concurrent strekken.

De zorgaanbieders geven aan dat in de besprekingen kwaliteit in vergelijking met het thema schadelast er bekaaid vanaf komt. Uit de modelcontracten van de zorgverzekeraars blijkt ons dat kwaliteit niet de bijzondere aandacht krijgt waar in het Hoofdlijnenakkoord naar wordt gestreefd. We troffen alleen bij VGZ uitgeschreven indicatoren en specifieke kwaliteitsnormen op het niveau van afzonderlijke behandelingen aan in de modelovereenkomst. Er wordt verder veelal aangesloten bij het wettelijk

kader – lees: de minimumnorm – en hetgeen gangbaar is binnen de beroepsgroep.

SPREIDING EN SPECIALISATIE

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders spreiding en specialisatie zullen bewerkstelligen. Dat is een van de belangrijkste thema's waar een ziekenhuisbestuurder zich anno 2012 mee bezig houdt. Het aantal samenwerkingsverbanden en fusies in ontwikkeling is talrijk. In de contractering voor 2012 speelt dit thema naar onze waarneming echter geen rol.

Zorgaanbieders hebben de regie bij spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties, zorgverzekeraars zijn nog passief

De regie voor spreiding en concentratie ligt naar onze observatie bij de zorgaanbieders. De zorgverzekeraar wordt op de hoogte gehouden, maar is niet sturend bezig. Dat hoeft niet te verbazen. De mogelijkheden voor een zorgverzekeraar om daar effectief in te kunnen sturen, lijken zich te beperken tot die situaties waarin de zorgverzekeraar regionaal een fors marktaandeel heeft. Een voorbeeld hiervan is De Friesland, die een belangrijke rol heeft bij de hervorkaveling van de Friese ziekenhuiszorg. Overigens kunnen zorgaanbieders sturing van de zorgverzekeraar bij samenwerkingsverbanden – mits in de goede richting – goed gebruiken om eventuele mededingingsrechtelijke bezwaren weg te nemen.

AFBOUW OVERBODIG GEWORDEN ZIEKENHUISCAPACITEIT

Dit is naar onze waarneming geen thema bij de onderhandelingen in 2012. Het is ons ook niet duidelijk of partijen er enig belang bij hebben om hierover afspraken te maken. Dit is het soort afspraak waarover men het op macroniveau en in algemene termen nog wel eens wordt, maar waarover op het niveau van een individueel ziekenhuis met een individuele zorgverzekeraar niet eenvoudig overeenstemming zal ontstaan. Wij betwijfelen of partijen bij het Hoofdlijnenakkoord elkaar zullen aanspreken op het nakomen van deze afspraak.

GENEESMIDDELEN

Het Hoofdlijnenakkoord wil doelmatig geneesmiddelengebruik bevorderen. In de modelovereenkomsten is daar aandacht voor. De mate van concreetheid en handhaafbaarheid van de afspraken is niet overal gelijk.

SAMENVATTEND

Het zwaartepunt van de onderhandelingen ligt onmiskenbaar bij kostenbeheersing. De contractering draagt daarmee naar het zich laat aanzien in belangrijke mate bij aan het bereiken van de belangrijkste doelstelling uit het Hoofdlijnenakkoord.

5 Het proces van contractering

5 Het proces van contractering

Wij besteden in dit brancherapport uitgebreid aandacht aan het proces dat voorafgaat aan het sluiten van de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. In het proces komt een aantal eigenaardigheden die de relatie kenmerken naar voren.

OMGANG TUSSEN PARTIJEN

Een overeenkomst komt het snelst tot stand wanneer er sprake is van parallelliteit van belangen en begrip voor elkaars situatie. Zeker bij duurzame relaties lijkt dat een voorwaarde te zijn voor succesvolle samenwerking. Uit onze gesprekken hebben wij de indruk over gehouden dat aan die voorwaarden niet voldaan wordt. Beide partijen geven elkaar betrekkelijk slechte recensies. De zorgverzekeraars wordt breed verweten dat ze een eenzijdige focus op de euro hebben. De zorgaanbieders zien de zorgverzekeraars nog als 'schadeboeren', vooral – en soms uitsluitend – geïnteresseerd in schadelast. Zorgaanbieders krijgen onder meer het verwijt hun groeiambities veel te ambitieus te formuleren zonder acht te slaan op de doelstelling van het Hoofdlijnenakkoord. Dat de inzet van partijen bij aanvang van de onderhandelingen verschilt, is niet vreemd. Er is echter weinig wederzijds begrip voor elkaars openingszetten en het wordt niet als onderdeel van het onderhandelingspel gezien. Dit heeft de onderhandelingen in sommige gevallen onmiddellijk onder grote druk gezet.

Bij duurzame zakelijke transacties is het niet ongebruikelijk om ook te zorgen dat er op het persoonlijke niveau een 'klik' is. Dit

relationele element lijkt echter geringe betekenis te hebben. Iets scherper geformuleerd: dat zakelijke transacties van deze aard en omvang tot stand komen onder zulke koele persoonlijke verhoudingen is opmerkelijk. Wij stellen ook vast dat op die plekken waar snel tot overeenstemming over de essentialia van de overeenkomst werd gekomen, goede persoonlijke verhoudingen daaraan lijken te hebben bijgedragen.


Een aantal ZBC's klaagt over de bejegening door zorgverzekeraars. Op met zorg opgestelde offertes komt geen reactie, zorgverzekeraars hebben primair oog voor de belangen van de ziekenhuizen, inhoudelijke gesprekken vinden nauwelijks plaats en ZBC's zijn als laatste aan de beurt. Van een 'klik' is ons ook daar niet gebleken.

Dat zakelijke transacties van deze aard en omvang tot stand komen onder zulke koele persoonlijke verhoudingen is opmerkelijk

Al met al lijkt het ons voor de aanbieders profijtelijk om te investeren in de 'sociale' relatie met de zorgverzekeraars. Die aanbeveling gaat niet zonder de wetenschap dat dit als gevolg van de vele personeelwisselingen bij zorgverzekeraars niet eenvoudig is.

DE ONDERHANDELINGSTEAMS

De zorgaanbieders hebben moeite met de steeds wisselende gezichten aan de zijde van sommige zorgverzekeraars. Een aantal



zorgverzekeraars bedient zich – noodgedwongen wellicht – van interim-medewerkers. Dat komt de continuïteit van de relatie niet snel ten goede. Bovendien plaatst het de zorgverzekeraar op achterstand. Het is voor een tijdelijke medewerker moeilijker onderhandelen dan voor een ervaren kracht. Dat hangt in de eerste plaats samen met de kennisachterstand die een interim-medewerker heeft. Daarnaast is een interim-medewerker veelal minder goed in staat om de haalbaarheid van afspraken binnen de eigen organisatie in te schatten. Daardoor is die mogelijk terughoudender bij het maken van deals.

Voor ziekenhuizen is het van belang bij de samenstelling van de onderhandelingsteams de mogelijkheid van escalatie naar een hoger niveau in te bouwen. Indien partijen er op het technische niveau niet uitkomen, is het nuttig de onderhandelingen naar een hoger echelon te tillen, bijvoorbeeld het bestuurlijk niveau. Voor een ZBC is de tactiek van opschalen/escaleren als gevolg van de platte organisatiestructuren vaak niet toepasbaar.

Voorheen lag het zwaartepunt van de onderhandelingen vooral bij de financiële afdeling. Op de budgetparameters van de NZa viel voor een verkoopafdeling weinig eer te behalen. Een aantal ziekenhuizen heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in een verkooporganisatie. Dat is geen onbegrijpelijke keuze: marktwerking vraagt commerciële vaardigheid die niet gevraagd kan worden van de financiële afdeling. Naar onze waarneming zijn de onderhandelingen voor 2012 toch weer in belangrijke mate bij het financiële bedrijf komen te liggen. Doordat de onderhandelingen begonnen met de vaststelling van het schaduwbudget, hetgeen vooral een beleidsarme rekenkundige exercitie is, kon de verkooporganisatie wellicht minder dan was beoogd haar rol oppakken.

INFORMATIE-ASYMMETRIE

Bij de totstandkoming van een overeenkomst zullen partijen in vrijwel alle gevallen ongelijke informatieposities hebben. Partijen zijn niet verplicht die informatie-asymmetrie volledig op te heffen. Bij veel zakelijke transacties zal de verkopende partij bijvoorbeeld geen inzicht hoeven geven in de kostenstructuur op basis waarvan de verkoopprijs tot stand komt. Een deel van de kaarten mag tegen de borst worden gehouden.

Anderzijds, wanneer partijen met elkaar in onderhandeling treden wordt hun verhouding ook beheerst door de goede trouw waardoor zij hun gedrag mede moeten laten bepalen door de gerechtvaardigde belangen van de wederpartij.

Die regel lijkt ons onder meer van betekenis bij het overeenkomen van een vaste aanneemsom die gebaseerd is op marktaandelen van een individuele zorgverzekeraar. De zorgaanbieder heeft wel inzicht in het marktaandeel van een zorgverzekeraar over een voorgaande periode, maar die positie is niet stabiel. Voor het lopende jaar moet de zorgaanbieder afgaan op de mededelingen van de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen vinden die opgave onvoldoende betrouwbaar. Zo wijst een aantal ziekenhuizen erop dat wanneer de door de zorgverzekeraars opgegeven marktaandelen voor het eigen ziekenhuis worden opgeteld, de gezamenlijke marktaandelen niet optellen tot 100%, maar daaronder liggen. Dat zou betekenen dat het ziekenhuis met een tekort komt te zitten indien het op basis van marktaandelen afspraken zou maken.

Naar onze opvatting zijn zorgverzekeraars op grond van de precontractuele goede trouw bij een afspraak die gebaseerd is op marktaandelen, gehouden betrouwbare gegevens daarover aan te leveren en daarover maximale transparantie te betrachten.

Die plicht vloeit ook voort uit het in de rechtspraak aangenomen vereiste van verifieerbaarheid. Indien de trend om afspraken op basis van marktaandelen te maken bestendigt, is het wellicht nuttig om een onafhankelijke bron uitspraken te laten doen over de marktaandelen van de individuele zorgverzekeraars.

Beschikkingen over het honorariumplafond vallen niet onder de uitzonderingen van de Wet openbaarheid van bestuur

Overigens hoeft een verschuiving in marktaandelen geen overeenkomstige materiele verschuiving in schadelast voor de zorgverzekeraar te betekenen en dus geen grote omzetverschuivingen tot gevolg te hebben. Cijfers van [Vektis](#) wijzen uit dat verzekerden in de leeftijdscategorie 18-44 jaar het meest overstappen. Dat is niet de leeftijdsfase waarin de grootste zorgconsumptie plaatsvindt. Het is dus van belang om de impact van een verschuiving in het marktaandeel voor de omzet van het ziekenhuis zorgvuldig te wegen. Indien een zorgverzekeraar een daling van het marktaandeel van 3% voor eenzelfde bedrag in de aanneemsom gecompenseerd wil zien, is voorzichtigheid op zijn plaats.

Zorgverzekeraars maken er melding van dat sommige zorgaanbieders geen inzicht willen verschaffen in het door de NZa vastgestelde honorariumplafond. De NZa heeft deze beschikkingen niet aan de zorgverzekeraars toegestuurd omdat zij vreesde dat daarvoor de onderhandelingspositie van de betreffende ziekenhuizen

ongunstig zou (kunnen) worden beïnvloed. Ook had de NZa het idee dat het de onderlinge concurrentieverhoudingen tussen de aanbieders ongunstig zou (kunnen) beïnvloeden. Zien wij het goed, dan vallen de beschikkingen over het honorariumplafond niet onder de uitzonderingen van de Wet openbaarheid van bestuur en kunnen zorgverzekeraars deze opvragen bij de NZa die deze zal moeten verstrekken. In het kader van wederzijdse transparantie kunnen wij ons voorstellen dat die beschikkingen zonder meer onderdeel uitmaken van de onderhandelingen.

MARKTMACHT

De uitkomst van onderhandelingen is in belangrijke mate afhankelijk van de gepercipieerde onderhandelingsmacht van de wederpartij en de inschatting van de eigen machtspositie. Historisch lijkt er van overheidswege een neiging te zijn om zorgaanbieders meer marktmacht toe te dichten, althans om verkoopmacht schadelijker te vinden dan inkoopmacht. De onevenwichtige onderhandelingspositie voor de vroegere ziekenfondsen vormde begin jaren negentig reden om de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaars op te heffen. Ook bij de toepassing van AMM-maatregelen door de NZa lijkt de NZa vooral oog te hebben voor marktmacht aan de aanbiederszijde (zie bijvoorbeeld CBB, 12 mei 2010, [LJN: BM4260](#) Apotheker Breskens).

In onze gesprekken bleek dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders wisselende ideeën hebben over de machtsverhoudingen. Een streekziekenhuis met een dominante zorgverzekeraar met een marktaandeel van 60% of meer onderhandelt met de marktleider anders dan met een kleintje. De marktleider en het ziekenhuis kunnen het zich allebei niet veroorloven dat er geen overeenkomst komt en een dreiging in die richting zal niet snel geloofwaardig

zijn. Bij een kleinere verzekeraar is de mogelijkheid dat geen overeenkomst tot stand komt reëler. Daarbij bestaat vrij algemeen het beeld dat de zorgverzekeraar dan imagoschade oploopt, niet het ziekenhuis. De consument heeft nog altijd een sterkere vertrouwensband met zijn ziekenhuis dan met de zorgverzekeraar.

Anderzijds, sommige ziekenhuizen lijken wel de druk te voelen van het ontbreken van een overeenkomst in verband met het uitblijven van bevoorschotting. De eerste maanden leverde dat nog geen probleem op omdat DBC's die in 2011 waren geopend nog gefactureerd moesten worden. Naarmate 2012 verstrijkt, wordt de liquiditeitskrapte voelbaar. Naar onze waarneming vormt bevoorschotting hier en daar een belangrijke reden om het aanbod van de zorgverzekeraar toch te accepteren.

ZBC's zijn vanwege hun omvang en de aanwezigheid van voldoende alternatieven voor de zorgverzekeraar, niet of nauwelijks in staat om onderhandelingsmacht te realiseren. Daar komt voor veel ZBC's nog bij dat de maximering van de honoraria van de medisch specialisten voor ZBC's disproportioneel nadelig uitwerkt. ZBC's zijn veelal jonge ondernemingen die voor de continuïteit groei nodig hebben. Voor die groei hebben zij een contract nodig, alleen dan kunnen zij aanspraak maken op de groeimiddelen die voor het honorariumbudget beschikbaar zijn. Wij constateerden bij ZBC's een zekere gewenning voor "bizarre" contractvoorwaarden van zorgverzekeraars. De neiging bestaat om die vooralsnog maar te accepteren om er later – als het problemen dreigt te gaan geven – opnieuw met de zorgverzekeraar over in gesprek te gaan. Overigens geldt dat sommige ZBC's niet afhankelijk zijn van een contract. Een ZBC dat een sneller alternatief biedt, en waarbij het voor de verzekerde niet onoverkomelijk is om een deel van de reke-

ning zelf te betalen of voor te schieten, kan zonder een overeenkomst ook overleven. Niettemin, ook bij ZBC's lijkt de zorgverzekeraar soms gevoelig voor het dreigement dat de verzekerde uitgelegd zal worden dat zijn zorgverzekeraar een behandeling niet volledig vergoedt.

AANBOD EN AANVAARDING

Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan. De schriftelijke vastlegging van afspraken kan op verschillende manieren geschieden. Bij samenwerkingsovereenkomsten is het niet ongebruikelijk dat partijen een onpartijdige

Bij ZBC's lijkt er een zekere gewenning te zijn voor bizarre contractvoorwaarden

derde aanwijzen die de samenwerking in een overeenkomst vastlegt. Een andere mogelijkheid is dat één van de partijen een voorstel doet, al dan niet op basis van een door die partij gehanteerde modelovereenkomst. Het spreekt voor zich dat de eerste manier van contracteren eerder leidt tot evenwichtige overeenkomsten. Zorgverzekeraars bedienen zich echter van eenzijdige standaardovereenkomsten. Niettemin blijkt er wel ruimte voor maatafspraken in een addendum bij de overeenkomst.

Wanneer is een aanbod aanvaard en komt de overeenkomst tot stand? Dat is niet altijd makkelijk vast te stellen. Een overeenkomst op hoofdlijnen kan nog sneuvelen op details. In de praktijk blijkt dat onmiddellijk na het bereiken van een akkoord over de

aanneemsom de gesprekken stil vallen omdat de aandacht van partijen – met name die van de zorgverzekeraar – verlegd wordt naar andere onderhandelingen. De status van de overeenkomst is op dat moment troebel terwijl er wel doorgewerkt wordt in de verwachting dat de uiteindelijke overeenkomst er komt. Het verdient aanbeveling om de schriftelijke verslaglegging van de

Het verdient aanbeveling om de schriftelijke verslaglegging van de afspraken te bespoedigen

afspraken te bespoedigen. Het feit dat de schriftelijke vastlegging na overeenstemming over de aanneemsom soms lang op zich laat wachten, kan uitgelegd worden als onverschilligheid ten aanzien van alle niet-financiële aspecten in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Wat is bijvoorbeeld de status van bepalingen over kwaliteit in de modelovereenkomst gedurende de periode dat er nog geen handtekening staat onder de overeenkomst? Kan de zorgverzekeraar de zorgaanbieder daar achteraf op aanspreken als die, gedurende een aantal maanden waarin alleen overeenstemming bestond over de aanneemsom, ondoelmatig geneesmiddelen heeft voorgeschreven? Als partijen dergelijke bepalingen de betekenis geven die ze toekomen, dan zou het proces van schriftelijke vastlegging van alle afspraken versneld moeten worden.

GEEN CONTRACT

De minister heeft de Tweede Kamer bij brief van 5 april jl. laten weten dat wanneer zorgverzekeraar en ziekenhuis niet tot een contract komen, de geleverde productie in het eerst kwartaal van 2012 tegen passantentarieven bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht kan worden. Dat is niet juist. In de eerste plaats houdt de mogelijkheid om passantentarieven in rekening te brengen niet op na 31 maart. De verplichting voor de zorgverzekeraar om passantentarieven aan de (natura) verzekerde te vergoeden, vervalt pas op het moment dat die de verzekerde adequaat heeft geïnformeerd over de gecontracteerde zorg. In de tweede plaats is de verplichting passantentarieven te vergoeden niet slechts aan de orde bij ziekenhuizen, maar ook bij ZBC's. In zoverre is het een belang van de zorgverzekeraar om de contractering met ZBC's te bespoedigen.

6 Schriftelijke vastlegging in contracten

6 Schriftelijke vastlegging in contracten

Alhoewel er bij het verschijnen van deze brancherapportage nog niet overal schriftelijke overeenkomsten gesloten zijn, bestaat al wel voldoende inzicht in de vorm waarin zorgverzekeraars dat willen doen.

Hierna bespreken wij de modelovereenkomsten zoals die door zorgverzekeraars gehanteerd worden en zoals die bij ons bekend zijn. Wij stellen bij aanvang vast dat er aanzienlijke verschillen zijn in de vorm en inhoud van de overeenkomsten die door de zorgverzekeraars gehanteerd worden, maar tegelijkertijd zijn hier en daar zijn de overeenkomsten treffend.

De modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars zijn niet het toonbeeld van evenwichtigheid

Tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is in 2012 uitsluitend onderhandeld op basis van een modelovereenkomst van de individuele zorgverzekeraars. Die werkwijze draagt het gevaar in zich dat de overeenkomst geheel geschreven is om de wensen van de zorgverzekeraars te faciliteren. Naar onze waarneming heeft dat gevaar zich verwezenlijkt. De modelovereenkomsten zijn niet het toonbeeld van evenwichtigheid. De vermeende marktmacht van de ziekenhuizen zien wij er niet in terug.

Dat hoeft in een onderhandelingsproces niet bezwaarlijk te zijn, zo lang er maar ruimte is om te onderhandelen. Daarbij is van belang dat de zorgverzekeraars op tientallen borden tegelijk schaken. Als iets op het ene bord weggegeven wordt, kan dat niet onmiddellijk in de modelovereenkomst worden aangepast. Wij stellen vast dat partijen afwijkende afspraken vaak vastleggen in een addendum. De inhoud van al die afwijkende afspraken onttrekt zich aan onze waarneming. Wij bespreken een aantal opvallende zaken uit de overeenkomsten zoals die bij ons bekend zijn. Daarmee streven wij geen volledigheid na.

HOOFDELIJKHEID

Achter Menzis, Achmea, VGZ, CZ en Multizorg gaat een aantal rechtspersonen en 'labels' schuil. De zorgaanbieder contracteert bijvoorbeeld niet alleen met Menzis Zorgverzekeraar NV, maar ook met AnderZorg NV en Azivo Zorgverzekeraar NV. Multizorg wijkt in die zin af dat het uitsluitend als vertegenwoordiger voor zorgverzekeraars optreedt. Bij de uitvoering van de overeenkomst kan de vraag opkomen wie de zorgaanbieder moet aanspreken als de zorgverzekeraar niet nakomt. Hoofddregel is dat iedere zorgverzekeraar voor een gelijk deel verbonden is, tenzij uit gewoonte, wet of rechtshandeling voortvloeit dat zij voor ongelijke delen of hoofdelijk verbonden zijn (art. 6:6 BW). Hoofdelijke verbondenheid betekent dat de zorgaanbieder iedere partij kan aanspreken tot nakoming van het geheel.

De overeenkomsten zeggen hier niets over. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder ligt het voor de hand om hoofdelijke aansprakelijkheid te eisen. Dat maakt het in het geval dat nakoming uitblijft makkelijker om de meest gerede partij onder de zorgverzekeraars aan te spreken in plaats van alle rechtspersonen afzonderlijk.

DOORLEVERPLICHT

Zoals hiervoor al opgemerkt, wordt in veel gevallen een aanneemsom of een productieplafond overeengekomen. Daar wordt op dwingende instigatie van de zorgverzekeraar een doorleverplicht aangekoppeld. De doorleverplicht houdt in dat de zorgaanbieder, ook indien het maximum is bereikt, verplicht is de noodzakelijke zorg aan de verzekerde te leveren. De zorgaanbieder blijft eveneens gehouden declaraties aan de zorgverzekeraar te sturen, deze hoeven door de zorgverzekeraar echter niet te worden voldaan.

Een dergelijke afspraak is niet per se in strijd met het idee achter een aanneemsom. Als het goed is, dan is de hoogte van de aanneemsom afgestemd op de door beide partijen als reëel verwachte

De doorleverplicht bij een productieplafond is een loterij zonder neten voor de zorgverzekeraar

zorgvraag. Partijen lopen risico dat de zorgvraag afwijkt. De zorgverzekeraar betaalt teveel wanneer de zorgvraag achterblijft bij de verwachting, de zorgaanbieder krijgt zorg niet vergoed als de zorgvraag het geschatte volume overstijgt. Een dergelijke afspraak is niet onevenwichtig, zolang beide partijen transparant zijn over de wijze waarop zij de verwachte zorgvraag inschatten en de hoogte van de aanneemsom reëel is. Daarbij is naar ons oordeel niet zonder betekenis dat een relatief groot deel van de ziekenhuiskosten vaste kosten zijn.

Een doorleverplicht bij een productieplafond is daarentegen naar onze opvatting onevenredig in het voordeel van de zorgverzeke-

raar. Die loopt zelf geen risico, heeft wel zekerheid over zijn maximale schadelast en laat de zorgaanbieder opdraaien voor een eventuele overschrijding. Een loterij zonder neten voor de zorgverzekeraar. Het ligt vanuit het perspectief van de zorgaanbieder niet voor de hand met een dergelijke doorleverplicht in te stemmen.

Een doorleverplicht ontmoet bij ZBC's in geen enkele vorm enig begrip. Dat is niet onbegrijpelijk. Men zou kunnen zeggen dat het voor het ziekenhuis – gelet op de omvang en de breedte van het zorgaanbod en de relatief hoge vaste kosten – makkelijker is om een overschrijding op te vangen dan voor een ZBC. Een ZBC is meestal gericht op een beperkt aantal DBC's of één specialisme. Daar is minder flexibiliteit om het in de reguliere bedrijfsvoering op te vangen. Bovendien – en dat is naar onze opvatting van bijzondere betekenis voor de onredelijkheid van de doorleverplicht bij ZBC's – geldt dat het volume dat ZBC's gecontracteerd krijgen vaak niet correspondeert met hun maximale capaciteit. Dat hangt

samen met het feit dat voor het honorariumbudget aangehaakt wordt bij jaren waar de productiecapaciteit nog niet volledig werd benut en het break-even point soms ook nog niet werd bereikt. Groei in productie betekent, meer dan bij ziekenhuizen, hogere kosten en netto grotere verliezen als daar geen vergoeding tegenover staat. Onder die omstandigheden neigen wij ernaar een door-

Een aanneemsom met doorleverplicht voor een ZBC is eigenlijk ongepast

leverplicht bij ZBC's niet evenwichtig en rechtvaardig te achten. Wij onderschatten de vindingsvrijheid bij ziekenhuizen en ZBC's echter niet om door sturing en planning van patiëntenstromen te voorkomen dat boven de aanneemsom voor niets wordt gewerkt. CZ, die geen doorleverplicht hanteert, heeft de verplichting om een overeengekomen zorgvolume evenredig verspreid over het jaar te plannen, ook in de overeenkomst opgenomen.

OVERSCHRIJDING SCHADUWBUDGET

Wij hebben hiervoor aangegeven dat de overeenstemming tussen het ziekenhuis en de representerende zorgverzekeraars over het schaduwbudget los kan worden gezien van de individuele overeenkomst over de DOT-productie. Achmea legt in de modelovereenkomst echter wel een link naar het schaduwbudget: Achmea is niet gehouden een declaratie te voldoen indien dat tot overschrijding van het schaduwbudget zou leiden. Daardoor is het denkbaar dat Achmea een declaratie onbetaald laat, ondanks het feit dat de overeengekomen aanneemsom nog niet is vol gedeclareerd. Het

hoeft niet te verbazen dat de verplichting om zorg te blijven leveren aan verzekerden van Achmea dan wel blijft bestaan (doorleverplicht).

Wij kunnen deze bepaling niet plaatsen. Allereerst worden schaduwbudget en aanneemsom hier op oneigenlijke wijze door elkaar gehaald. Achmea zal bekend zijn met de hoogte van het schaduwbudget, en kan indien het dat wenst de hoogte van de aanneemsom daar op afstemmen. Door betaling van een declaratie mede afhankelijk te maken van de stand van het schaduwbudget, wordt de eigen betalingsplicht mede afhankelijk van de afspraken die het ziekenhuis heeft gemaakt met andere verzekeraars. Indien het ziekenhuis met andere zorgverzekeraars afspraken heeft gemaakt waardoor het schaduwbudget wordt overschreden, lijkt ons dat geen aangelegenheid die Achmea aangaat. Overigens kan Achmea naleving van deze bepaling alleen afdwingen indien het zicht heeft op de omzet van het ziekenhuis bij de andere verzekeraars. Die gegevens zou het ziekenhuis dan aan Achmea moeten verstrekken. Dat lijkt ons onwenselijk.

ALLOCATIE VAN DE GROEIRUIMTE

Voor 2012 was € 65 miljoen beschikbaar als groeiruumte voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. De NZa berichtte op 7 mei 2012 dat het de groeiruumte voor ziekenhuizen en ZBC's had verdeeld en zij heeft daartoe de verzoeken van 77 ziekenhuizen en 61 ZBC's toegewezen.

Bij de verdeling van de groeiruumte komt de verwevenheid van contractsvrijheid en tariefregulering weer om de hoek kijken. Om in aanmerking te komen voor groeiruumte moet allereerst door de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een verzoek gedaan worden

bij de NZa. Er was vooraf geen duidelijkheid of die aanvraag gedaan kon worden met de handtekening van één zorgverzekeraar, of de representerende zorgverzekeraars dat konden ondertekenen, of dat alle zorgverzekeraars dat moesten doen. Net als bij de vaststelling van het schaduwbudget, betekent het verkrijgen van de groeirimte van de NZa niet dat die groeirimte dan ook in euro's binnen is. Daarvoor moet vervolgens overeenstemming bereikt worden met de zorgverzekeraars in de individuele contracten. Dan wordt de vraag actueel of een zorgverzekeraar die het verzoek om groeirimte bij de NZa heeft ondertekend, ook groei in het individuele DOT-contract contracteert. Nog interessanter wordt om te bezien of een zorgverzekeraar die het verzoek aan de NZa niet mede heeft ondertekend, bereid is om desalniettemin groeirimte te contracteren. Als dat niet het geval is, blijft er verdeelde groeirimte onbenut.

OVERLEG ALVORENS NEMEN VAN BESLUIT

Meerdere zorgverzekeraars hebben in hun modelcontract opgenomen dat over bepaalde besluiten van de zorgaanbieder met hen in overleg moet worden getreden. Bovendien moet dat overleg voor een aantal zorgverzekeraars op een zodanig tijdstip plaatsvinden, dat het nog van (wezenlijke) invloed kan zijn op het te nemen besluit.

De formulering – die in een aantal contracten opvallend uniform is – doet denken aan de wijze waarop in de Wet op de ondernemingsraden het adviesrecht voor de OR is vastgelegd. De OR mag niet geconfronteerd worden met een adviesaanvraag voor bijvoorbeeld een fusie als die feitelijk al in kannen en kruiken is.

Men zou kunnen zeggen dat een dergelijk adviesrecht past bij de rol van de zorgverzekeraar als regisseur. De zorgverzekeraar heeft invloed op het beleid van de instelling door vooraf geïnformeerd te

Het ligt niet voor de hand om een klant een bevoegdheid te geven die diep ingrijpt in het beleid van de zorgonderneming

worden. Aan de andere kant is er naar ons oordeel meer voor te zeggen om die rol van regisseur uit te voeren via de zorginkoop, en niet via een adviesrecht zoals de cliëntenraad en de OR dat heeft. De grenzen van de autonome bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het bestuur van de zorgonderneming ten opzichte van de 'klant' moeten wel in het oog gehouden worden. Het adviesrecht is bovendien een passief instrument. Sturing via zorginkoop is actief en sluit beter aan bij de dynamiek die met gereuleerde marktwerking wordt voorgestaan.

ENQUÊTERECHT

VGZ heeft in zijn modelcontract opgenomen dat hij gerechtigd is een verzoek in te dienen om een enquêteprocedure te starten. De overtreffende trap van het hiervoor benoemde adviesrecht. In een enquêteprocedure kan de Ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam een of meer personen benoemen tot het instellen van een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van een rechtspersoon. Zorgaanbieders zijn daar reeds mee bekend: op grond van artikel 6.2 Uitvoeringsbesluit WTZi moeten zorgaanbieders die de rechtsvorm van stichting of vereniging hebben, de cliëntenraad het recht toekennen om een dergelijk verzoek te doen. Zonder de wijsheid van die wettelijke bepaling ter discussie te stellen, kan wel de vraag worden gesteld of het een goed idee is om een zorgverzekeraar dat recht te geven. Wij denken van niet.

Het enquêterecht is in hoofdzaak bedoeld voor leden (bij de vereniging en coöperatie) of de aandeelhouders (bij een B.V. en de N.V.). Niettemin kent de wet ook de mogelijkheid om die bevoegdheid bij overeenkomst aan een andere partij te geven. Die mogelijkheid wordt vaak benut om stakeholders – bijvoorbeeld indirect aandeelhouders of kleine aandeelhouders – de bevoegdheid te geven een verzoek bij de Ondernemingskamer in te dienen. Wij hebben een dergelijke bepaling nog nooit toegekend zien worden aan een 'klant', zoals een zorgverzekeraar.

Dat de zorgverzekeraar een ziekenhuis de verplichting op kan leggen verzekerden te waarschuwen tegen het ziekenhuis, is een absurde oprekking van de rol van regisseur in de zorg

Het ligt – voorzichtig geformuleerd – niet voor de hand om een 'klant' een zodanig vergaande bevoegdheid te geven die in potentie diepgaand kan ingrijpen in het beleid van de zorgonderneming. De doelen van het enquêterecht (herstel van goede verhoudingen binnen de onderneming, openheid van zaken, vaststellen bij wie de verantwoordelijkheid voor mogelijk wanbeleid ligt en preventie en normering) strekken niet ter bescherming van de belangen van een zorgverzekeraar. Bovendien hoeft het belang van de onderneming niet altijd samen te vallen met het belang van de klant. De klant staat andere instrumenten ter beschikking om zijn onvrede met de wijze waarop een leverancier optreedt, kenbaar te maken

en op te lossen. Zorgaanbieders moeten niet akkoord gaan met deze bepaling, de zorgverzekeraar moet deze bevoegdheid niet willen.

VERBETERPLAN & OPENBAARMAKING WAARSCHUWING

Een van de zorgverzekeraars heeft in zijn modelcontract opgenomen dat een ziekenhuis door de zorgverzekeraar verplicht kan worden om bij tekortkoming een door de zorgverzekeraar goed te keuren verbeterplan uit te voeren. Ook kan die zorgverzekeraar het ziekenhuis in dat geval een waarschuwing geven en verplichten tot openbaarmaking van die waarschuwing.

Deze bepaling is zodanig geformuleerd dat die een opmaat kan vormen voor een vergaande bemoeienis van de zorgverzekeraar met de instelling. Een tekortkoming valt immers al snel aan te wijzen. De verplichting om het ziekenhuis een waarschuwing openbaar te maken, is bovendien niet passend. Als de zorgverzekeraar zijn verzekerden wil waarschuwen voor een bepaald ziekenhuis, moet hij dat – binnen de grenzen van het recht – maar doen. Dat de zorgverzekeraar een ziekenhuis de verplichting op kan leggen verzekerden te waarschuwen tegen het ziekenhuis, is een absurde oprekking van de rol van regisseur in de zorg.

ONGEVALLENCLAUSULE

CZ en VGZ hebben in hun modelovereenkomst een bepaling opgenomen waarin wordt vastgelegd dat de zorgverzekeraar samen met het ziekenhuis gaat onderzoeken of zorgkosten die het gevolg zijn van een bedrijfs- of verkeersongeval kunnen worden verhaald op derden. Die bepaling vormt een sprekende illustratie van de eenzijdigheid van de overeenkomsten.

Een dergelijk onderzoek kent maar één belanghebbende, en dat is de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis heeft geen belang bij een dergelijk onderzoek. De inspanningen die het daarvoor moet leveren zijn, behoudens de begrenzing die door de geheimhoudingsplicht van artikel 7:457 lid 1 BW en de Wet bescherming persoonsgegevens wordt gesteld, in beginsel onbeperkt. Maar of de zorgverzeke-

gevolg van een uitspraak van de rechtbank Rotterdam van 29 september 2010 ([LJN: BN9944](#)). In die uitspraak bepaalde de rechtbank dat de Wet bescherming persoonsgegevens in de weg staat aan het aan de zorgverzekeraar verstrekken van namen, adressen en geboortedata van verzekerden die slachtoffer van een ongeval zijn, zonder dat die verzekerden uitdrukkelijk toestemming hebben gegeven voor die verstrekking.

De ongevallenclausule vormt een sprekende illustratie van de eenzijdigheid van de overeenkomsten

raar zijn kosten uiteindelijk ergens anders neer kan leggen, is voor het ziekenhuis niet van belang. Het lijkt voor de hand te liggen dat de zorgverzekeraar dit rechtstreeks met zijn verzekerde regelt. Overigens heeft zowel CZ als VGZ in de bepaling een volzin opgenomen waarin wordt gesteld dat er rekening mee wordt gehouden dat voor het verstrekken van gegevens de toestemming van de verzekerde nodig is. Als wij het goed zien, is die toevoeging het

7 Verantwoording

7 Verantwoording

Deze rapportage is opgesteld door de Branchegroep Zorg van AKD en is bedoeld om de branche te informeren. Wij hebben hiervoor gesproken met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, ZBC's en zorgverzekeraars. Daarnaast hebben wij de modelovereenkomsten zoals die door de zorgverzekeraars gehanteerd worden beoordeeld. De beschouwingen, stellingnames en conclusies in deze rapportage komen geheel voor rekening van AKD en kunnen niet aan onze gesprekpartners worden toegerekend.

Deze brancherapportage bevat geen juridisch advies. Er wordt geen garantie geboden omtrent de juistheid van de informatie in deze rapportage. U dient niet te handelen op basis van de in deze brancherapportage vervatte informatie zonder nadere juridische advisering. Hoewel aan de inhoud van deze rapportage grote zorg is besteed, aanvaardt AKD geen aansprakelijkheid voor de gevolgen van onvolledigheid of onjuistheden daarvan.

8 Personalia Branche- groep Zorg AKD

8 Personalia Branchegroep Zorg AKD



Klaas Meersma

*Advocaat-partner,
Branchegroep Zorg*
t +31 88 253 5129
e kmeersma@akd.nl



Stefan Bais

*Advocaat-partner,
Ondernemingsrecht / M&A*
t +31 88 253 5581
e sbais@akd.nl



Pieter Kuypers

*Advocaat-partner, Europees en
Mededingingsrecht*
t +31 88 253 5083
e pkuypers@akd.eu



Marije Osse

*Advocaat, Europees en
Mededingingsrecht*
t +31 88 253 5084
e mosse@akd.eu



Barend Post

Advocaat-partner, Banking & Finance
t +31 88 253 5218
e bpost@akd.nl



Judith van Brussel

*Kandidaat-notaris/partner,
Ondernemingsrecht / M&A*
t +31 88 253 5804
e jvanbrussel@akd.nl



Gerdien van der Voet

Advocaat, Arbeidsrecht
t +31 88 253 5322
e gvandervoet@akd.nl



Hans van Mens

Advocaat-partner, Arbeidsrecht
t +31 88 253 5689
e hvanmens@akd.nl



Bas van Schelven

Advocaat, Overheid en Onderneming
t +31 88 253 5113
e bvanschelven@akd.



Dennis van Tilborg

Advocaat, Overheid en Onderneming
t +31 88 253 5962
e dvantilborg@akd.nl

AKD in het kort

AKD Zorg heeft ervaring in het adviseren en procederen op uiteenlopende rechtsgebieden. De expertise van AKD Zorg blijkt onder meer uit publicaties in de zorgliteratuur en we treden op als spreker of gastdocent tijdens seminars en congressen.

DE EXPERTISE VAN HET TEAM

- Aanbestedings- en mededingingsrecht
- Arbeidsrecht en geschillen medisch specialisten
- Financieringen
- Life sciences
- Ondernemingsrecht en governance
- Samenwerken en fuseren
- Vastgoed/PPS
- Zorg en Overheid

Onze cliënten zijn zorginstellingen (cure en care), Raden van Toezicht, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, geneesmiddelenfabrikanten, laboratoria, financiers, gemeenten en woningcorporaties.

Orlyplein 10
1043 DP Amsterdam

Bijster 1
4817 HX Breda

Flight Forum 1
5657 DA Eindhoven

Wilhelminakade 1
3072 AP Rotterdam

Louizalaan 240
B-1050 Brussel

t +31 88 253 5000
f +31 88 253 5400
e info@akd.nl

akd.nl