

Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg

18 juni 2024



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Soorten handvatten	3
1.2	Voor wie zijn de handvatten van toepassing?	4
1.3	Totstandkoming van de handvatten	4
1.4	Leeswijzer	5
2	Toezicht vanuit de NZa	6
2.1	Wat kunnen partijen van de NZa verwachten?	6
2.1.1	Richtsnoeren	6
2.1.2	Bestaande regelgeving	7
2.1.3	Contracteervrijheid en zorgplicht	7
2.2	Wet- en regelgeving	7
2.3	Vaststelling en evaluatie van de Handvatten	8
3	Ordentelijk contracteerproces	9
3.1	Doelstelling	9
3.2	Maatschappelijke opgave	9
3.3	Vormen van contractering	9
3.4	Regelgeving en richtsnoeren	10
3.4.1	Transparantie, inkoopbeleid en proces	11
3.4.2	Transparantie en navolgbaarheid voor het financiële deel	15
3.4.3	Bereikbaarheid	17
3.4.4	Maatschappelijke opgave	18
3.4.5	Wijzigingen zorginkoopbeleid en/of procedure van zorginkoop	19
4	Informatieverstrekking aan consumenten	20
4.1	Doelstelling	20
4.2	Informatieverstrekking aan consumenten door zorgverzekeraars	20
4.3	Informatieverstrekking aan consumenten door zorgaanbieders	24
5	Overzicht bestaande normen en kaders	26

1 Inleiding

Om de zorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden, is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar contractuele afspraken hierover maken. Dit draagt bij aan de transitie naar passende zorg en de maatschappelijk opgave om de zorg (regionaal) duurzaam te organiseren. Dit vraagt, nu en in de toekomst, aanhoudend inspanning van alle betrokkenen bij de contractering. Via de zorg in- en verkoop realiseren zorgverzekeraars toegang tot goede en betaalbare zorg voor hun consument (zorgplicht) en krijgen zorgaanbieders betaald voor de geleverde of te leveren zorg. Dit neemt niet weg dat er sprake is van contracteervrijheid en partijen vrij zijn om geen contract aan te gaan zolang de toegankelijkheid van zorg daarmee niet in gevaar komt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert al meerdere jaren dat het contracteerproces lang duurt. Verschillende oorzaken dragen bij aan een lange doorlooptijd van het contracteerproces: onder meer onduidelijkheid en intransparantie tussen partijen over de toelichting van elkaars voorstel, lange reactietermijnen en slechte bereikbaarheid. Met als gevolg dat consumenten tijdens de overstapperiode niet weten waar ze aan toe zijn als ze willen kiezen voor een zorgverzekering.

Dit document Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg (hierna: document Handvatten) is bedoeld als hulpmiddel om de contractering soepeler en sneller te laten verlopen. Dit zodat de consument beter weet waarop zij kan rekenen, in het bijzonder gedurende de overstapperiode. Daarnaast stellen de handvatten partijen in staat om hun contracteerproces te evalueren en te versterken. Dit draagt bij aan de samenwerking tussen in- en verkopende partijen, waardoor in meer gezamenlijkheid de beweging naar passende zorg tot stand komt. Ten slotte creëert de NZa met deze handvatten voor zichzelf als toezichhouder een duidelijke basis om zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan te spreken wanneer zij niet handelen in lijn met de bedoeling van deze handvatten.

Wij realiseren ons dat er een spanningsveld zit tussen de beoogde doelstellingen. Er is een belang om de noodzakelijke transitie in de zorg vorm te geven via contracten en hierover goede afspraken met elkaar te maken. Dit vraagt veel tijd en aandacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierdoor kan de afronding van de contractering langer duren dan nu soms het geval is. Tegelijkertijd is het van belang dat consumenten weten waar zij aan toe zijn in de overstapperiode en daarvoor is het nodig dat de contractering sneller wordt afgerond dan nu soms het geval is. We trachten deze twee belangen zo goed mogelijk te balanceren. We hanteren in dit document 12 november als een richtpunt voor de afronding van het contracteerproces, zoals ook is overeengekomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het is evenwel geen harde deadline. Dit zou de marktverhoudingen naar huidig inzicht teveel verstoren. Het kan voorkomen dat de contractering op 12 november nog niet is afgerond. In dat geval verwacht de NZa van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument.

1.1 Soorten handvatten

In dit document brengt de NZa verschillende soorten handvatten samen. Ten eerste biedt dit document een nadere duiding met betrekking tot de bestaande NZa-regelgeving op het gebied van een transparant inkoopproces en informatieverstrekking aan consumenten over gecontracteerde zorg. Ten tweede zijn in dit document diverse richtsnoeren met betrekking tot de genoemde onderwerpen beschreven. Ten derde biedt het document een bundeling van bestaande normen en kaders die relevant zijn voor een transparant inkoopproces en informatieverstrekking aan consumenten over gecontracteerde zorg.

Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij alle richtsnoeren opvolgen en ten minste voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving. Hiermee kunnen gesignaleerde knelpunten worden weggenomen, wat uiteindelijk een bijdrage levert aan de brede, maatschappelijke opgave die er ligt om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

We realiseren ons terdege dat dit document Handvatten niet het enige is dat nodig is om de kwaliteit en snelheid van de contractering te verbeteren en de duidelijkheid tijdens het overstapseizoen voor consumenten te vergroten. Eigen initiatieven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gericht zijn op deze doelen, juichen we daarom toe. Daarnaast is het van belang dat overheidspartijen, zoals de NZa, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Zorginstituut Nederland (ZIN), ook hun verantwoordelijkheid nemen en tijdig beleid en wijzigingen bekendmaken die relevant zijn voor de contractering.

Het document Handvatten is onderdeel van het '[Spoorboek](#)' voor contracteringsafspraken dat VWS heeft opgesteld. Dit document is daarmee één van de elementen binnen een grotere beweging die erop gericht is de contractonderhandelingen en/of samenwerkingsrelatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te versterken.

1.2 Voor wie zijn de handvatten van toepassing?

De handvatten in dit document zijn van toepassing op alle typen onderhandelrelaties tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (in de zin van artikel 1 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)). Het betreft dus zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bijvoorbeeld: de richtsnoeren kunnen onder omstandigheden ook van toepassing zijn op zorginkoop van farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg.

Wij beseffen echter dat er niet één zorginkoopmarkt is. Contractering is voor elke sector anders en kan daardoor verschillen in omvang, aanbod, spreiding en beschikbaarheid. Daarnaast bestaan er grote verschillen in de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken maken. Dit kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de omvang van een zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar of hoe groot het marktaandeel is voor de desbetreffende zorgverzekeraar/zorgaanbieder. Desalniettemin hebben wij getracht generieke richtsnoeren bij alle sectoren op te stellen. In deze handvatten maken wij wel onderscheid tussen 'face-to-face contractering' en 'digitale contractering' omdat sommige richtsnoeren specifiek betrekking hebben op één van de twee vormen van contractering. In paragraaf 3.3 wordt hier nader op ingegaan.

De handvatten zijn van toepassing op de nieuwe contracten die worden gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De NZa verwacht dat partijen de handvatten ook betrekken op reeds gesloten contracten wanneer deze worden aangepast of aangevuld (bijvoorbeeld wegens aanvullende zorginkoop).

1.3 Totstandkoming van de handvatten

Dit document is tot stand gekomen in een proces met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en brancheverenigingen. In juli 2023 is de eerste versie van dit document uitgebracht. Om een beeld te krijgen bij de uitwerking van deze handvatten zijn deze in 2024 getoetst op basis van praktijkervaringen, sectorale groeps gesprekken en door schriftelijke consultatie. De opgehaalde inzichten zijn meegenomen in deze tweede versie van het document Handvatten dat nu voor u ligt. Concreet zijn er

naar aanleiding van de consultatie een aantal richtsnoeren herschreven, is een richtsnoer toegevoegd en zijn een aantal richtsnoeren omgezet in regelgeving.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk geven wij aan hoe de NZa toezicht gaat houden op deze handvatten. In de daaropvolgende hoofdstukken zetten wij de handvatten uiteen geordend in twee categorieën:

- Ordentelijk contracteerproces;
- Informatieverstrekking aan consumenten.

De normen in de **oranje** tekstvakken zijn bestaande normen uit de relevante regelgeving. In de **groene** tekstvakken staan de richtsnoeren. Deze soorten worden hierna verder toegelicht. In het laatste hoofdstuk is een bundeling opgenomen van relevante bestaande normen en kaders.

2 Toezicht vanuit de NZa

2.1 Wat kunnen partijen van de NZa verwachten?

De NZa geeft in deze handvatten duiding aan wat we van zorgverzekeraars en zorgaanbieders minimaal verwachten in de contractering en aan informatieverstrekking aan consumenten. We stellen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij zo veel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooiën en zelf te bepalen op welke wijze ze aan de wet- en regelgeving en richtsnoeren voldoen. De handvatten laten ruimte aan partijen om goede maatwerkafspraken te maken ten aanzien van het contracteerproces. Indien partijen met elkaar andere (proces)afspraken maken zijn deze leidend, mits zij in voorkomende gevallen voldoende kunnen motiveren dat deze aan de wet- en regelgeving voldoen.

Als het proces van contractering moeizaam verloopt, vindt de NZa het allereerst aan de betrokken zorgverzekeraar en zorgaanbieder om hierop samen te reflecteren en – met deze handvatten in de hand – te bepalen waarop en hoe verbetering te realiseren is. Als deze interventie niet leidt tot het gewenste effect, kan eventueel escalatie op bestuurlijk niveau plaatsvinden. Wanneer deze interventie niet leidt tot het gewenste effect, kan hiervan een melding worden gemaakt bij de NZa. We vragen partijen dan om gezamenlijk een self-assessment in te vullen. De NZa kan daarna met partijen in gesprek gaan. Ook kunnen betrokken partijen gebruik maken van de mogelijkheden tot geschillenoplossing/-beslechting (zoals mediation, bindend advies of arbitrage) die het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) aanbiedt.

Wij realiseren ons dat deze escalatieladder niet in iedere situatie gevolgd kan worden, zoals bij digitale contractering. Het is hierbij denkbaar dat escalatie ook via de relevante brancheorganisatie kan plaatsvinden, mits de brancheorganisatie geen versturende rol in de onderhandelingen gaat spelen. Het is ook mogelijk om (anoniem) een melding te maken bij het meldpunt van de NZa. De NZa zal deze signalen (groepsgewijs) delen met zorgverzekeraars en verwacht vervolgens geïnformeerd te worden over hoe de zorgverzekeraar met deze signalen omgaat. Ook consumenten kunnen bij de NZa melding maken van problemen in de overstapperiode.

Daarnaast komen signalen over zorginkoop en informatieverstrekking aan consumenten ook op andere manieren tot ons en kan de NZa ambtshalve een onderzoek starten. De NZa pakt signalen individueel of groepsgewijs op, afhankelijk van de aard en de omvang van de signalen. In ons toezicht en keuzes over handhavend optreden, wordt de lokale context meegenomen. Zoals de omvang van de betrokken partijen en de rol in de regionale samenwerking. Hoe de NZa omgaat met signalen en meldingen is ook afhankelijk van of de situatie ziet op een richtsnoer, of op regelgeving. Dit lichten wij hieronder toe.

2.1.1 Richtsnoeren

Dit document bevat richtsnoeren welke in het **groen** worden weergegeven. De richtsnoeren zoals beschreven in de eerste versie van juli 2023 zijn geëvalueerd met partijen begin 2024. In dit document hebben wij getracht de richtsnoeren te verduidelijken en/of te verbeteren. Er is één richtsnoer toegevoegd. De richtsnoeren zijn op dit moment niet in de regelgeving opgenomen en zijn voornamelijk juridisch niet door de NZa handhaafbaar. De NZa betreft sinds het najaar van 2024 deze richtsnoeren situationeel en risicogericht in haar toezicht. In haar prioritering richt de NZa zich hierbij allereerst op de onderhandelrelaties tussen partijen die dusdanig belangrijk zijn voor elkaar om de regionale transitieopgave samen vorm te geven.

De richtsnoeren dienen het doel om een adequaat contracteerproces mogelijk te maken en dragen er aan bij om de consument tijdig van bruikbare keuze informatie te voorzien. Indien dit doel in het onderlinge contracteerproces wordt gerealiseerd, is dat doel leidend. Indien het doel niet wordt gehaald, vormen deze richtsnoeren de basis waarop partijen elkaar kunnen aanspreken en de basis die de NZa in haar toezicht betreft. De NZa doet dan ook een dringend beroep op betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in het maatschappelijke belang, in overeenstemming met deze richtsnoeren, te handelen. De NZa kan signalen over de richtsnoeren (groepsgewijs) delen met de betrokken zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders en verwacht vervolgens geïnformeerd te worden over hoe de betrokken zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder met deze signalen omgaat.

2.1.2 Bestaande regelgeving

In aanvulling op bovengenoemde uitgangspunten grijpt de NZa in als partijen de bestaande regels niet in acht nemen. De bestaande regels die met name relevant zijn voor deze handvatten betreffen de Regeling Transparantie zorgaanbieders [TH/NR-035](#), Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten [TH/NR-027](#), en [Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw TH/NR-034](#). De NZa neemt bij overtreding van deze regelgeving de [Beleidsregel Handhaving](#) als uitgangspunt voor haar handhavend optreden, wat bijvoorbeeld kan inhouden dat een formele maatregel volgt. De NZa kan alleen formeel handhaven als wet- en regelgeving wordt overtreden. Deze regelgeving is in dit document weergegeven in het **oranje**.

2.1.3 Contracteervrijheid en zorgplicht

Zorgverzekeraars zijn bij het inkopen van zorg in beginsel vrij om te bepalen met welke zorgaanbieders zij een overeenkomst willen sluiten en welke zorg zij willen inkopen tegen welke voorwaarden (en vice versa). Ten overvloede merkt de NZa op dat de maatstaven van het algemeen verbintenissenrecht ook van belang zijn bij de inkoop van zorg. Daarbij is de inhoud van de contracten een privaatrechtelijke aangelegenheid waarop de NZa niet toeziet (behoudens eventuele normen in wet- en regelgeving). Wel kan de NZa inhoudelijke ontwikkelingen in de contractering monitoren en haar bevindingen teruggeven. De contracteervrijheid biedt individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om zelf te bepalen welk contractaanbod te doen en te accepteren. Als er geschillen zijn over de inhoud van het contract kunnen partijen pogen om samen eruit te komen, mede met de handvatten in dit document. Als dit niet tot het gewenste resultaat leidt, kunnen partijen besluiten om de overeenkomst niet te tekenen, zich wenden tot de geschillencommissie van het [NAI](#) of tot de burgerlijke rechter.

Tot slot, zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dat betekent dat zij voldoende zorg uit het basispakket moeten inkopen. De NZa houdt er toezicht op dat zorgverzekeraars aan de zorgplicht voldoen aan de hand van de [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw \(TH/BR-025\)](#) en [De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars](#).

2.2 Wet- en regelgeving

Volledigheidshalve merkt de NZa op dat de handvatten mede invulling en nadere duiding geven aan de algemene regels van de Wmg over informatievoorziening. De onderwerpen die in de handvatten staan benoemd, bevatten geen uitputtende opsomming van alle informatievereisten richting de consument en transparantieverplichtingen voor het contracteerproces. In de gevallen die niet expliciet worden genoemd in deze handvatten, zijn de algemene regels van de Wmg over informatievoorziening en de overige verplichtingen uit de transparantieregelingen uiteraard gewoon van toepassing alsmede sectorspecifieke regelgeving.

Tot slot, de genoemde wet- en regelgeving in dit document ziet op het moment van verschijnen van deze handvatten. Het kan gebeuren dat na deze publicatie de genoemde wet- en regelgeving wijzigt. Van partijen wordt verwacht dat zij de actuele wet- en regelgeving kennen en daaraan voldoen. Deze is te raadplegen op het [NZa documentenplatform](#).

2.3 Vaststelling en evaluatie van de Handvatten

Deze handvatten zijn vastgesteld in juli 2023 en herzien in juni 2024. Wanneer deze herziene versie van de handvatten verschijnt, is het contracteerseizoen voor 2025 inmiddels gestart. De NZa verwacht dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich conformeren aan de bestaande wet- en regelgeving voor het contracteerproces 2025. Deze handvatten bevatten ook richtsnoeren. De NZa verwacht hier dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zoveel als redelijkerwijs mogelijk handelen in lijn met de bedoeling van deze richtsnoeren voor het contracteerproces 2025.

Het nakomen en het naleven van deze handvatten bepalen het succes van het beoogde doel. De handvatten beogen geen onbedoelde, negatieve neveneffecten hebben zoals overnormering. De handvatten ontwikkelen zich. In 2025 zijn wij voornemens om gezamenlijk met partijen te evalueren hoe de contractering is verlopen, hoe de handvatten hieraan hebben bijgedragen en hoe deze zijn opgevolgd. De NZa beoordeelt vervolgens of- en op welke punten de bestaande NZa regelgeving wordt uitgebreid met de richtsnoeren uit deze handvatten.

3 Ordentelijk contracteerproces

3.1 Doelstelling

Een ordentelijk contracteerproces en meer onderlinge transparantie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder draagt eraan bij dat 1) het vertrouwen in elkaar kan groeien, zodat contractpartijen elkaar sneller weten te vinden, 2) het contracteerproces constructiever en zonder onnodige vertragingen verloopt, 3) de transitie naar passende zorg echt op gang komt en 4) voor consumenten sneller duidelijk is wat het gecontracteerde aanbod is. Zo is in het IZA afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november af te ronden en om meer inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast vinden we het belangrijk dat er meer transparantie komt over contractvoorstellen en dat in de contractvoorstellen de koppeling wordt gemaakt met de maatschappelijke opgave. De handvatten in dit hoofdstuk dragen hier aan bij, maar leveren niet op zichzelf het gewenste succes. Ook de inzet van partijen om de gewenste bewegingen te maken is nodig om succesvol resultaat te kunnen halen.

We lichten in dit hoofdstuk allereerst toe hoe de NZa tegen de maatschappelijke opgave aankijkt. Vervolgens gaan we in op de verschillende vormen van contractering waarna de bestaande regels en nieuwe richtsnoeren voor een ordentelijk contracteerproces worden beschreven.

3.2 Maatschappelijke opgave

Met de maatschappelijke opgave om de zorg toekomstbestendig te organiseren, bedoelen we de opgave aan het hele zorgveld, inclusief overheidspartijen, om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te borgen. Dit is bijvoorbeeld verankerd in het IZA. Deze maatschappelijke opgaven zijn niet nieuw. Partijen hebben in het IZA afspraken gemaakt om de zorg toegankelijk te houden door de zorg anders te organiseren. Wij verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars scherp hebben wat dit vraagt van hun sector en wat het concreet betekent voor de eigen organisatie/instelling en de regio. Wij verwachten van hen dat ze (de inhoud van) hun beleidsplan over en weer inzichtelijk maken en dit tot uitdrukking laten komen in de bilaterale contractering. Om dit zo goed mogelijk te doen, vinden wij het van belang dat er, zoveel als mogelijk, in de contractering een expliciete koppeling zit tussen de (financiële) afspraken en het invulling geven aan de maatschappelijke opgave.

3.3 Vormen van contractering

Er bestaan grote verschillen in de manieren waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten met elkaar sluiten. In de beschrijving bij de richtsnoeren maken we onderscheid tussen contractering die in gespreksdialoog wordt vormgegeven ('face-to-face contractering') waarin zorgaanbieders in veel gevallen als eerste een contractaanbod/offerte uitbrengen. Daarnaast is er contractering die meer op afstand plaatsvindt en waarbij er geen of beperkt sprake is van een dialoog. Hier vindt de contractering plaats via een digitaal portaal van een zorgverzekeraar, dan wel een proces waarbij een grote groep (kleinere) aanbieders een contract via een meer gestandaardiseerd proces afsluiten ('digitale contractering'). In dit geval zijn het vaak de zorgverzekeraars die een contractaanbod voorleggen. We

maken dit onderscheid omdat sommige richtsnoeren specifiek betrekking hebben op één van de twee vormen van contractering. Daar waar dit onderscheid aan de orde is, wordt dit specifiek benoemd.

Face-to-face contractering

Met deze handvatten wil de NZa onder meer dat de partijen die face-to-face contracteren gezamenlijk het contracteerproces versnellen. In dit hoofdstuk staan diverse (nieuwe) richtsnoeren met datums waarop bepaalde stappen in het proces wenselijk zijn. Door, daar waar mogelijk, de contractering op onderdelen naar voren te halen, verwacht de NZa een versnelling in het contracteerproces. Een aantal andere richtsnoeren voor de face-to-face contractering zien daarnaast op het vergroten van de transparantie.

Digitale contractering

Voor de digitale contractering vindt de NZa het belangrijk dat zorgaanbieders een door de zorgverzekeraars toegelicht contractvoorstel ontvangen. Dit zodat zij begrijpen waar de inhoud van het contract op is gebaseerd. Daarnaast is het van belang dat de bereikbaarheid van zorgverzekeraars tijdens de contractering toeneemt. Zorgaanbieders moeten tijdig een reactie ontvangen indien zij vragen of opmerkingen hebben tijdens het contracteerproces. Dit zodat zij voldoende tijd overhouden om een toegelicht contractaanbod van de zorgverzekeraar te bestuderen.

Tijdens de gesprekken die de NZa heeft gevoerd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders werd door zorgaanbieders diverse malen de wens uitgesproken om gezamenlijk te onderhandelen om zo in dialoog te zijn met zorgverzekeraars. Wanneer samenwerking de concurrentie kan schaden, is het van belang dat wordt nagegaan of de samenwerking niet in strijd is met de Mededingingswet (Mw). Het is de Autoriteit Consument en Markt (ACM) die toezicht houdt op de Mw. De NZa gaat in dit document Handvatten dan ook niet in op deze of andere samenwerkingsvormen en verwijst naar informatie hierover op de website van de ACM waar haar meeste actuele inzicht is te vinden. Relevante informatie betreft onder meer:

- Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'.
- Samenwerking in de zorg. Hier staan aandachtspunten genoemd voor de situatie waarin kleine zorgaanbieders samen willen onderhandelen met zorgverzekeraars.
- Leidraad Brancheorganisaties en zorgcontractering.

3.4 Regelgeving en richtsnoeren

In deze paragraaf zijn regelgeving en richtsnoeren opgenomen. De richtsnoeren zijn tot stand gekomen in overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en brancheverenigingen. De regelgeving volgt uit de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw TH/NR-034. De Regeling heeft als doel de transparantie van het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen te vergroten, opdat dit constructief en zonder onnodige vertragingen verloopt en wordt bevorderd dat verzekerden als gevolg daarvan tijdig – dat wil zeggen bij het kiezen van een zorgverzekering – inzicht hebben in het gecontracteerde zorgaanbod.

Alle partijen dienen zich zowel bij face-to-face contractering als bij digitale contractering te houden aan de regelgeving. De regelgeving is weergegeven in de **oranje** vakken. Specifiek bij face-to-face contractering geldt daarnaast dat kan worden voorbijgegaan aan de richtsnoeren (in de **groene** vakken)

wanneer partijen onderling, en dus niet eenzijdig opgelegd, andere afspraken maken over bijvoorbeeld deadlines.

3.4.1 Transparantie, inkoopbeleid en proces

Zorginkoopbeleid

Zorgverzekeraars maken het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden bekend.

Deze regelgeving is vastgelegd in artikel 4 van de Regeling TH/NR-034. Deze regeling is van toepassing op zorgverzekeraars en zorgaanbieders en heeft betrekking op de inkoop van zorg en diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering). Het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop bevatten ten minste de onderstaande onderdelen:

1. de verschillende fasen waaruit de zorginkoop bestaat en de termijnen waarbinnen de zorgaanbieder onderscheidenlijk de zorgverzekeraar in de verschillende fasen moeten reageren;
2. de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar gedurende de zorginkoop;
3. het kwaliteitsbeleid dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop hanteert;
4. de minimumeisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een specifiek contract;
5. in welke mate de zorgverzekeraar ruimte biedt voor innovatief zorgaanbod en, indien van toepassing, welke specifieke eisen de zorgverzekeraar stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod;
6. het beleid en de procedure die van toepassing zijn in geval er sprake is van aanvullende zorginkoop, waarbij de informatie in ieder geval ingaat op:
 - de termijnen waarbinnen de zorgaanbieder onderscheidenlijk de zorgverzekeraar in de verschillende fasen moet reageren;
 - de wijze waarop een verzoek tot aanvullende afspraken door een zorgaanbieder ingediend kan worden;
 - de minimumeisen waaraan de zorgverzekeraar een verzoek tot aanvullende afspraken toetst;
7. een overzicht van de wijzigingen in het zorginkoopbeleid ten opzichte van het voorgaande zorginkoopbeleid.

Met het bekendmaken van de procedure bedoelen we ook de bekendmaking van de gehanteerde inkoopmethodiek, bijvoorbeeld digitale inkoop, selectieve inkoop of een aanbesteding in de zin van de aanbestedingswetgeving.

Wanneer zorgverzekeraars in hun zorginkoop specifiek aandacht besteden aan kleine organisaties en nieuwe toetreders in de markt van zorgaanbieders, vermelden ze in het zorginkoopbeleid op grond van dit artikel uit Regeling TH/NR-034 ook welke eisen voor kleine organisaties en nieuwe toetreders gelden.

Reactieperiode contractvoorstel

Zorgverzekeraars nemen in het tijdsplan voor het zorginkoopproces een redelijke termijn op voor de zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen.

Deze regel is vastgelegd in artikel 7, lid 1 van de Regeling [TH/NR-034](#). De in deze regel bedoelde termijn bedraagt ten minste vier weken, tenzij partijen anders overeenkomen. Een nadere duiding van deze verplichting is opgenomen in de toelichting bij artikel 7 van de Regeling [TH/NR-034](#). Voor de duidelijkheid, het gaat hier specifiek om de termijn die zorgaanbieders krijgen om te reageren op het contractvoorstel van de zorgverzekeraar. Het gaat hier niet om de termijn die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben om gedurende het contracteerproces inhoudelijk te reageren op vragen en opmerkingen van elkaar. Partijen dienen tijdig te reageren op elkaars vragen en opmerkingen. De termijn hiervoor bedraagt ten minste twee weken. In onderling overleg kunnen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar een andere reactietermijn overeenkomen. Artikel 5 van de Regeling [TH/NR-034](#) gaat hier verder op in.

Het is belangrijk dat beide partijen niet verrast worden met nieuwe toevoegingen gedurende het contracteerseizoen. Bijvoorbeeld passages die sterk afwijken van het zorginkoopbeleid die wel in het contractvoorstel worden gedaan, of door grote wijzigingen ten opzichte van voorgaande jaren in de standaardovereenkomsten. Dit kan op verschillende wijze worden geborgd. Artikel 4, lid 7 van de Regeling [TH/NR-034](#) is hierbij ook relevant. Het verplicht de zorgverzekeraar een overzicht van de wijzigingen in het zorginkoopbeleid ten opzichte van het voorgaande zorginkoopbeleid op te nemen. De inhoudelijke toelichting, als bedoeld in artikel 6, lid 3 van de [TH/NR-034](#), kan worden gebruikt om nieuwe toevoegingen toe te lichten. Echter wijzigingen in het zorginkoopbeleid en/of -proces dienen volgens artikel 8 van de Regeling [TH/NR-034](#) bekend te worden gemaakt.

Strategisch beleid

Richtsnoer 1: Uiterlijk 1 juni deelt de **zorgaanbieder** die leidend is voor de transitieopgave in de regio, indien door de zorgverzekeraar gevraagd, haar strategisch beleid met de betreffende zorgverzekeraar, of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is.

Dit richtsnoer is van toepassing op die partijen die, voor de desbetreffende zorgverzekeraar, leidend zijn voor de transitieopgave in de regio. Met het vroegtijdig delen van het strategisch beleid wordt beoogd dat gesprekken over financiën en beleid al eerder in het jaar aan elkaar worden gekoppeld. Door de deadline van het delen van het strategisch beleid op 1 juni te zetten, is de zorgverzekeraar eerder dan nu soms nog het geval is op de hoogte van het strategisch beleid van de zorgaanbieder. Zo kunnen verrassingen (bijvoorbeeld plannen voor uitbreiding of nieuwbouw) later in het proces worden voorkomen.

In het strategisch beleid geeft de zorgaanbieder (op wie dit richtsnoer van toepassing is) een concrete toelichting op de wijze waarop zij werkt aan het verbeteren van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en aan de maatschappelijke opgave (in het verlengde van de IZA-afspraken). Wanneer relevant beschrijven zorgaanbieders ook de speerpunten en de strategie/bijdrage om te voldoen aan de (regio-) transitieopgave.

Dit richtsnoer is enkel van toepassing in die gevallen waarin de zorgverzekeraar het strategisch beleid van een zorgaanbieder wil ontvangen. Indien de zorgverzekeraar dit wenst laat hij dat de zorgaanbieder uiterlijk 1 april weten. Daarnaast staat het een zorgaanbieder natuurlijk vrij om uit eigen beweging haar strategisch beleid te delen.

Wanneer een zorgaanbieder na 1 juni het strategisch beleid nog wil aanvullen of aanpassen, bijvoorbeeld doordat daarna nieuwe informatie is vrijgekomen of nieuwe inzichten zijn opgedaan dan is dit mogelijk. Indien partijen onderling afspreken dat een andere datum als deadline wordt gehanteerd, is deze datum leidend.

Informatietransparantie

Richtsnoer 2: Zorgaanbieders leveren op verzoek van de zorgverzekeraar hun volumeprognoses aan bij de zorgverzekeraar.

Dit richtsnoer is opgesteld met de gedachte dat het zinvol is als met name zorgaanbieders die face-to-face contracteren eerder hun volumeprognoses met zorgverzekeraars delen dan nu soms nog het geval is. Voor het maken van kwalitatief goede contractvoorstellen is het van belang om accurate informatie over de volumeprognoses met elkaar te delen. Daar waar dit nu nog niet altijd het geval is, zorgt dit richtsnoer ervoor dat deze essentiële informatie tijdig, voorafgaand aan de daadwerkelijke onderhandelingen, met elkaar wordt gedeeld. Hierdoor beschikken beide partijen over dezelfde informatie bij aanvang van de onderhandelingen.

Richtsnoer 3: Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die face-to-face contracteren maken vóór 1 september afspraken over de techniek en/of methodiek van zaken als benchmarking of volumeprognoses. Dit indien daarvan gebruik wordt gemaakt.

Artikel 6, lid 3 van de Regeling TH/NR-034 vereist dat het contractvoorstel danwel de offerte vergezeld gaat met een inhoudelijke toelichting. Volgens de toelichting bij dit artikel moet daarbij in ieder geval worden gedacht aan een inhoudelijke toelichting over (en indien van toepassing) de volumeopbouw en de opzet en methodiek van de gebruikte benchmarking.

Door eerder in het jaar, voor 1 september, transparant te zijn en afspraken te maken over welke methoden worden gebruikt bij de verwerking van objectieve informatie (zoals benchmarking of volumeprognoses) kan later in het jaar, wanneer de informatie beschikbaar is, meer ruimte worden gemaakt om het te hebben over de inhoud. Het gaat hier dus om een verduidelijking van de methodes voorafgaand aan de onderhandelingen en niet om de daadwerkelijke uitkomsten van de benchmarks en prognoses. Hiermee wordt beoogd dat discussies over de methodiek en techniek, voor zover dat mogelijk is, vooraf worden beslecht.

De NZa vindt het belangrijk dat partijen transparant zijn over de opzet en methodiek van de gebruikte benchmarking. De NZa schrijft niet voor op welke wijze de transparantie het beste kan worden geboden, dat is aan partijen zelf. Wel vereist artikel 6, lid 3 van de Regeling TH/NR-034 dat er een duidelijke inhoudelijke toelichting is. De toelichting van artikel 6 van de Regeling TH/NR-034 zet verder uiteen wat er onder de inhoudelijke toelichting wordt verstaan. Indien bij face-to-face contractering de onderhandeling voortschrijdend inzicht of nieuw vrijgekomen informatie vraagt om nieuwe/verdiepende analyses, dan is dat mogelijk. De gedachte achter dit richtsnoer is om, voor zover mogelijk al zo vroeg

mogelijk in het jaar transparant te zijn over de methoden en technieken, het is niet de bedoeling om 'een slot' te zetten op de analyses na 1 september.

Aanbieden en toelichting contractvoorstel en offerte

In sectoren waarbij de **zorgaanbieder** een offerte aanbiedt, dient de zorgaanbieder uiterlijk 1 oktober voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop door de zorgverzekeraar plaatsvindt de eerste reële offerte aan te bieden aan de zorgverzekeraar, tenzij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling anders hebben afgesproken.

In sectoren waarbij het proces van zorginkoop digitaal plaatsvindt biedt de **zorgverzekeraar** in het geval deze voornemens is een contractuele relatie aan te gaan met de zorgaanbieder, uiterlijk 1 oktober voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop plaatsvindt, het contractvoorstel aan.

De in het kader van de zorginkoop door zorgaanbieders aangeboden offertes en door zorgverzekeraars aangeboden contractvoorstellen, zijn voorzien van een duidelijke inhoudelijke toelichting.

Deze regels zijn vastgelegd in artikel 6 van de Regeling [TH/NR-034](#). Met het oog op een voortvarende contractering is het van belang dat de zorgaanbieder tijdig een eerste reële offerte indient en de zorgverzekeraar tijdig een contractvoorstel aanbiedt, te weten uiterlijk 1 oktober. Deze stukken zijn voorzien van een duidelijke inhoudelijke toelichting. Artikel 6 van de Regeling [TH/NR-034](#) voorziet ook in een uitzonderingsbepaling.

De NZa zou graag zien dat een volledige offerte al eerder in het jaar, liefst al voor 1 september, aan zorgverzekeraars wordt voorgelegd door zorgaanbieders die face-to-face contracteren. Echter, aangezien er in de maand september nog veel relevante informatie beschikbaar komt (onder meer op Prinsjesdag) is dit niet altijd mogelijk en heeft de NZa de deadline in de Regeling vastgelegd op 1 oktober. Dit betekent niet dat het de bedoeling is van de NZa dat zorgaanbieders wachten tot 1 oktober met het delen van *alle* informatie. Al voor 1 september is het van belang dat zorgaanbieders onderdelen van de offerte, die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september, voorleggen aan zorgverzekeraars. Dit is niet vastgelegd in de Regeling maar in richtsnoer 4 dat hieronder aan de orde komt.

Het stellen van een uiterste datum waarop een eerste reële offerte en/of contractvoorstel moet zijn uitgebracht draagt dan ook bij aan invulling van de in het kader van het IZA gemaakte afspraak dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk zullen inzetten om het contracteerproces jaarlijks vóór start van het overstapseizoen af te ronden. Het blijft mogelijk om later dan 1 oktober een offerte in te dienen indien daar onderling afspraken over zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Wanneer partijen bij face-to-face contractering onderling overeenkomen dat een andere deadline wordt gehanteerd, is die afspraak leidend.

Bij digitale contractering ligt de deadline voor het aanbieden van een inhoudelijk toegelicht contractvoorstel ook op 1 oktober voor de zorgverzekeraar. Daaraan voorafgaand kunnen in september de vragenlijsten aan de zorgaanbieders worden uitgezet. Ook bij digitale contractering is een goede toelichting van het contractvoorstel van belang. Dit omdat in de praktijk blijkt dat bij het ontbreken daarvan, het voor zorgaanbieders lastig is om binnen de gevraagde termijnen te reageren.

Wanneer de contracteerpartijen tijdig beschikken over een toegelichte offerte en/of contractvoorstel kan dat bijdragen aan het soepeler verlopen van het contracteerproces. Daarnaast draagt het bij aan het streven om voor 12 november rond te zijn met de contractering. Voor deze informatietransparantie is de inhoudelijke toelichting van belang.

Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 6 van Regeling [TH/NR-034](#). In de toelichting wordt nader geduïd aan welke vereisten een offerte en contractvoorstel en de daarbij behorende toelichting dienen te voldoen en wordt de uitzonderingsbepaling besproken.

Het is van belang dat zorgaanbieders een redelijke termijn krijgen voor het bestuderen van een overeenkomst die zorgverzekeraars aanbieden en voor de daarover te stellen vragen. Een redelijke termijn om het contractvoorstel te bestuderen en voor de daarover te stellen vragen bedraagt ten minste vier weken, tenzij partijen anders overeenkomen. Meer hierover is terug te lezen in artikel 7 van de Regeling [TH/NR-034](#). Uiteraard is het ook voor de zorgverzekeraar van belang om een redelijke termijn in acht te nemen om de offerte van de zorgaanbieder te bestuderen.

Richtsnoer 4: In sectoren waarbij de **zorgaanbieder** een offerte aanbiedt, dient de zorgaanbieder uiterlijk 1 september die onderdelen van de offerte die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september, voor te leggen aan de zorgverzekeraar. Tenzij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling anders hebben afgesproken.

Dit nieuwe richtsnoer heeft tot doel partijen te stimuleren om tijdig te starten met de gesprekken om inhoudelijke afspraken te maken. Dit mede gelet op artikel 6, lid 1 van de Regeling [TH/NR-034](#) waarbij de zorgaanbieder uiterlijk 1 oktober de eerste reële offerte aanbiedt aan de zorgverzekeraar, tenzij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling anders hebben afgesproken. Allemaal met het oog op de IZA-afpraak dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk zullen inzetten om het contracteerproces jaarlijks vóór de start van het overstapseizoen (12 november) af te ronden.

De combinatie van de regeling en het richtsnoer helpt partijen om zo vroeg mogelijk in gesprek te gaan over inhoudelijke zaken, die niet afhankelijk zijn van financiële informatie die pas in september vrijkomt als gevolg van met name Prinsjesdag. Op deze manier wordt geborgd dat partijen inhoudelijk starten met de gesprekken, zodat informatie die relevant is voor een nieuw contract niet langer blijft liggen dan nodig, hetgeen voor onnodig veel druk kan zorgen later in het contracteringsproces.

3.4.2 Transparantie en navolgbaarheid voor het financiële deel

Het uitgangspunt binnen het Nederlandse zorgstelsel is bilaterale contractering. De doorwerking van de loon- en prijsindexaties en op- en afslagen i.r.t. tarieven zijn tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder volledig onderhandelbaar in hun bilaterale onderhandelingen. Om constructief met elkaar te onderhandelen is transparantie, duidelijkheid en een deugdelijke toelichting van het contractvoorstel van belang. Hierbij is transparantie en duidelijkheid over de techniek van belang. Dit betekent dat zorgverzekeraars (face-to-face en digitaal) en zorgaanbieders (face-to-face) in hun contractvoorstel danwel offerte achtereenvolgens inzichtelijk maken en toelichten:

1. welke basis wordt gehanteerd;
2. welke index wordt gehanteerd voor loon én prijsstijgingen;
3. welke op- en afslagen worden gehanteerd.

Dit beschrijven we in onderstaande richtsnoeren.

Basis, loon- en prijsindexaties

Richtsnoer 5: Als startpunt van de onderhandeling hanteren de **zorgverzekeraar** en **zorgaanbieder** als index voor loonstijgingen de OVA.

Richtsnoer 6: De **zorgverzekeraar** en **zorgaanbieder** zijn beide in hun contractvoorstel en offerte transparant over welke basis en indexaties zij hebben gehanteerd. Indien de gehanteerde indexaties afwijken van de landelijke beschikbare sectorale indexaties, inclusief nacalculaties, wordt toegelicht hoe zij hiertoe gekomen zijn.

Het ministerie van VWS indexeert de macrokaders jaarlijks op basis van ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Deze indexatie bestaat uit het gewogen gemiddelde van de volgende drie elementen:

1. de indexatie van de loonkosten (ova-percentage);
2. de indexatie voor het materieel (prijs particuliere consumptie);
3. de indexatie voor het kapitaal (prijs investeringen in woningen).

Ieder van deze drie elementen bestaat uit de mev-raming van het CPB plus een nacalculatie over het jaar t-1 voor dat element (bij de prijs particuliere consumptie speelt ook t-2 een rol).

In het IZA hebben partijen afgesproken dat de index die wordt gehanteerd voor de loonkosten (element 1) de OVA is. Ook is in het IZA afgesproken dat de OVA (element 1) als startpunt van de onderhandeling volledig, en zonder korting, door de zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt opgenomen in het contractvoorstel en de offerte.

Een contractvoorstel dan wel offerte kent achtereenvolgens een opbouw van ten minste de elementen; basis, indexaties en op- en afslagen. De verschijningsvormen van basis en indexaties kunnen per sector en situatie verschillen. De basis betreft vaak het tarief van vorig jaar. Bij aanbieders die tot op heden geen contract hadden, wordt transparant gemaakt hoe (de basis van) het tarief tot stand is gekomen. NZa maximumtarieven worden ieder jaar door de NZa geïndexeerd, dit licht de NZa toe in de beleidsregels en bij de publicatie van de tarieven. Juist ook vanwege de diversiteit in verschijningsvormen is het van belang dat samenstelling transparant wordt gemaakt. Voor de basis en alle indexaties (m.u.v. loon) van een contractvoorstel dan wel offerte wordt niet voorgeschreven welke basis en indexaties gehanteerd moeten worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogen in het voorstel uitgaan van de sectorale indexaties, inclusief nacalculaties, als die landelijk bepaald worden (met verwijzing naar moment van vaststelling en bron). Echter kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun voorstellen ook kiezen voor een andere index, omdat er een afwijkende kostenstructuur geldt voor de desbetreffende aanbieder (ten opzichte van gemiddelde gewogen prijsindex). Wel dienen zij hun keuze voor een bepaalde index te motiveren, zodat deze navolgbaar is voor de wederpartij.

Op zorgpartijen zijn de mededingingsregels van toepassing. Dit betekent dat de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders binnen de kaders van de bepalingen in de Mededingingswet

moeten passen. Uit de Mededingingswet vloeit voort dat het aan partijen zelf is om te bepalen wat zij als uitgangspunt/basis nemen in het contractvoorstel, danwel offerte. Hierover mogen geen branchebrede afspraken worden gemaakt.

Inzichtelijk maken op- en afslagen i.r.t. tarieven

Richtsnoer 7: De **zorgverzekeraar** en **zorgaanbieder** zijn beide in hun contractvoorstel en offerte transparant over welke op- en/of afslagen i.r.t. tarieven zij toepassen en lichten toe waarom op- en afslagen worden genomen.

Nadat de tarieven en eventuele andere parameters (zoals kosten per cliënt) zijn aangepast met de bovenstaande indexaties kunnen er andere op en/of afslagen in de onderhandeling worden toegepast. Op- en afslagen van tarieven zijn vrij onderhandelbaar. Het is van belang dat partijen in het contractvoorstel inzicht geven in welke op- en/of afslagen zijn opgenomen in het contractvoorstel, dan wel offerte, en deze toelichten. Passende zorg en andere strategische/inhoudelijke overwegingen kunnen onderdeel zijn van de toelichting. Deze verschillende op- en/of afslagen kunnen het gevolg zijn van bijvoorbeeld kwaliteit, doelmatigheid, prijsbenchmarking, productiviteit, innovatie, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, specifieke lokale omstandigheden et cetera. Hierbij wordt rekening gehouden met de context van de zorgaanbieder. Zorgverzekeraars hebben de ruimte om voor groepen van vergelijkbare zorgaanbieders uniforme op- en afslagen te hanteren, mits deze goed zijn toegelicht. Dit zodat het navolgbaar is voor de zorgaanbieder. Bij digitale contractering dient dit te worden toegelicht in het voorstel vanuit de zorgverzekeraar. Ook zorgaanbieders kunnen in hun offerte op-en afslagen opnemen, mits goed onderbouwd.

3.4.3 Bereikbaarheid

Zorgverzekeraars en **zorgaanbieders** zijn vanaf het moment van bekendmaking van het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop tot het moment van het sluiten van het contract voldoende beschikbaar voor vragen en opmerkingen van elkaar. Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder geeft tijdig een duidelijke en inhoudelijke reactie op vragen en opmerkingen van de andere partij.

Deze regel is vastgelegd in artikel 5 van de Regeling [TH/NR-034](#). Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 5 van de Regeling [TH/NR-034](#). In artikel 5, lid 4 van Regeling [TH/NR-034](#) is daaraan toegevoegd dat dit ten minste binnen twee weken is nadat een vraag of opmerking is ontvangen en dat partijen in onderling overleg een andere reactietermijn overeen kunnen komen. In artikel 5, lid 5 van Regeling [TH/NR-034](#) staat ten slotte dat indien niet binnen twee weken een antwoord kan worden gegeven en partijen geen andere reactietermijn hebben afgesproken, dit dan binnen die twee weken gemotiveerd kenbaar moet worden gemaakt aan de andere partij waarbij dan moet worden aangegeven wanneer wel een inhoudelijke reactie verwacht kan worden. In de toelichting bij artikel 5 van Regeling [TH/NR-034](#) is te lezen dat een redelijke nieuwe reactietermijn niet langer is dan strikt noodzakelijk, en deze de zorgaanbieder respectievelijk zorgverzekeraar in ieder geval voldoende tijd geeft om de inhoudelijke reactie op de vragen nog mee te nemen in het beslisproces rondom de zorginkoop, en de wederpartij voldoende tijd laat voor diens noodzakelijke acties in dat inkoopproces.

Deze regels hebben betrekking op zowel face-to-face contractering als op digitale contractering. De NZa hecht waarde aan het belang van een tijdige reactie, met name omdat het voor zorgaanbieders die digitaal contracteren heel lastig kan zijn om met zorgverzekeraars in contact te komen. Het is daarom des te meer van belang dat zij tijdig een reactie ontvangen wanneer zij een vraag hebben. Dit zodat zij voldoende tijd hebben om af te wegen of zij een contractvoorstel willen tekenen. Echter, gelet op de grote hoeveelheid zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars contracten sluiten, hoeven zij niet op iedere individuele vraag een *persoonlijk* antwoord te geven. Zij kunnen binnen de bovengenoemde termijn van twee weken standaardreacties verzenden, maar moeten daarin wel een duidelijke reactie geven op de gestelde vraag of opmerking. Ook voor zorgaanbieders geldt uiteraard dat wanneer een reactie op een bepaalde vraag of opmerking passend is voor meerdere zorgverzekeraars, zij met een gestandaardiseerd antwoord kunnen werken, mits het een inhoudelijk duidelijke reactie op de gestelde vraag of opmerking is. In het geval dat de zorgverzekeraar een vraag stelt aan de zorgaanbieder dient deze ook binnen twee weken een duidelijke inhoudelijke toelichting te geven op vragen en opmerkingen van een zorgaanbieder.

3.4.4 Maatschappelijke opgave

Steeds meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn met elkaar aan de slag om (regionale) coalities te vormen waarin de maatschappelijke doelen worden vertaald naar de regionale/lokale situatie en bilaterale afspraken. Tegelijkertijd kan het maatschappelijke belang op gespannen voet staan met de eigen (financiële) belangen van individuele zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Dergelijke tegenstellingen kunnen ertoe leiden dat onderhandelingen lang duren en dat het oplossen van de maatschappelijke opgave vertraging oploopt of zelfs niet van de grond komt. Wederzijdse transparantie over hoe de maatschappelijke opgave is doorvertaald in het contractvoorstel is hierbij een eerste essentiële stap en wordt beoogd met onderstaande richtsnoeren.

Richtsnoer 8: Zorgverzekeraars maken inzichtelijk hoe de maatschappelijke opgaven worden vertaald in het zorginkoopbeleid.

Richtsnoer 9: Zorgaanbieders maken inzichtelijk hoe de maatschappelijke opgaven worden vertaald in het strategisch beleid.

Richtsnoer 10: Zorgaanbieder en zorgverzekeraar bespreken de bijdrage van beide partijen aan de transitie naar passende zorg en een toekomstbestendig zorglandschap, zodat zij dit kunnen gebruiken als uitgangspunt bij hun contractvoorstellen. Als dit gesprek nog niet gevoerd kan worden, concretiseren zij wanneer zij dit uiterlijk willen bespreken.

Deze richtsnoeren hebben een ander soort karakter dan de overige richtsnoeren, namelijk het karakter van 'guiding principles'. We willen hiermee benadrukken dat het van belang is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars invulling geven aan de maatschappelijke opgave, bijvoorbeeld de afspraken uit het IZA. Dit is de kern van het gesprek dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar dienen te voeren. Om die reden verwachten wij een koppeling tussen de maatschappelijke opgaven met enerzijds het beleid, en anderzijds de afspraken die partijen met elkaar maken.

Richtsnoeren 8, 9 en 10 hebben betrekking op onderhandelingen die in gespreksdialoog plaatsvinden. Wij erkennen dat er een onderscheid is in hoe diepgaand partijen dit met elkaar bespreken. Dit is afhankelijk van de grootte van het marktaandeel bij de ander. Voor de marktleider zorgverzekeraar(s) geldt dit onmiskenbaar bij grote zorgaanbieders. Voor de zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel geldt dit naar redelijkheid. In het geval van een kleine zorgverzekeraar met een (zeer)

gering marktaandeel bij een zorgaanbieder, kan het volstaan dat er enige aandacht wordt besteed aan de maatschappelijk opgave. De richtsnoeren kunnen ook van belang zijn voor de digitale contractering. Opgemerkt dient te worden dat de maatschappelijke opgave ook terugkomt bij de inhoudelijke toelichting van het contractvoorstel dan wel offerte, overeenkomstig artikel 6, lid 3 van de Regeling [TH/NR-034](#) en de bijbehorende toelichting bij deze regeling.

Wanneer relevant beschrijven zorgaanbieders de speerpunten en de strategie/bijdrage om te voldoen aan de (regio-) transitieopgave. Zaken die in het beleid en het contractvoorstel kunnen worden betrokken, zijn bijvoorbeeld:

- (Boven-)regioplannen (bijvoorbeeld concentratie/spreiding, substitutie/versterking eerste lijn, digitalisering, arbeidsbesparing en preventie);
- ROAZ-plannen (bijvoorbeeld samenwerking en kwaliteitsverbetering acute zorg, zorgcoördinatie);
- Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz (bijvoorbeeld versterken sociale basis, mentale gezondheidscentra, verkennend gesprek, regionale wachtlijsten, etc.);
- Beoordelingskader impactvolle transformaties;
- Het in standhouden van cruciale functies (bijvoorbeeld zoals het traject cruciale ggz);
- Advies zorgcoördinatie.

3.4.5 Wijzigingen zorginkoopbeleid en/of procedure van zorginkoop

Indien **de zorgverzekeraar** een wijziging aanbrengt in het zorginkoopbeleid en/of de procedure van de zorginkoop (als bedoeld in artikel 4 van de Regeling [TH/NR-034](#)), maakt hij dit tijdig bekend op dezelfde wijze waarop de bekendmaking van de eerdere informatie heeft plaatsgevonden. Wijzigingen na 1 april worden bij bekendmaking door **de zorgverzekeraar** gemotiveerd.

Deze regel is vastgelegd in artikel 8, lid 1 en lid 2 van de Regeling [TH/NR-034](#). Een nadere duiding van deze verplichting, bijvoorbeeld ten aanzien van het begrip 'tijdig', de wijze van bekendmaking en wat een deugdelijke motivering inhoudt, is opgenomen in de toelichting bij artikel 8 van de Regeling [TH/NR-034](#).

4 Informatieverstrekking aan consumenten

4.1 Doelstelling

Heldere informatie over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van zorg is gedurende het hele jaar, en zeker tijdens de overstapperiode, belangrijk voor het keuzeproses van consumenten: bijvoorbeeld bij het kiezen van een zorgverzekering, een zorgaanbieder of een behandeling. Daarnaast is het van belang dat consumenten weten of zij moeten bijbetalen voor zorg. Alleen met heldere informatie kunnen zij een weloverwogen keuze maken voor een passende zorgverzekering en negatieve financiële gevolgen voorkomen. De NZa vindt het onwenselijk dat tijdens de overstapperiode door partijen uitlatingen in de media worden gedaan (met oog op het beïnvloeden van de contractsonderhandelingen) met als gevolg onrust bij de consument. De handvatten in dit hoofdstuk stellen minimale eisen aan de informatie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders verstrekken aan consumenten in relatie tot gecontracteerde zorg.

De NZa heeft twee specifieke regelingen die de informatieverstrekking aan consumenten regelen, namelijk de Regeling transparantie zorgaanbieders [TH/NR-035](#) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten [TH/NR-027](#). De NZa heeft in deze regelingen de eisen opgenomen waaraan zorgaanbieders én zorgverzekeraars minimaal moeten voldoen om de benodigde transparantie aan de consument te bieden. De informatieverplichtingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vullen elkaar aan. Wanneer beide partijen overeenkomstig deze regels de consument voorlichten, heeft deze de nodige informatie voor diens keuzeproses.

In dit document is de Regeling transparantie zorgaanbieders [TH/NR-035](#) verwerkt. Deze regeling gaat in per 1 september 2024. Tot die tijd (31 augustus 2024) geldt de Regeling transparantie zorgaanbieders [TH/NR-028](#).

Een aantal regels afkomstig uit de twee voornoemde regelingen zijn met name relevant in het kader van contractering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben verantwoordelijkheden bij het voorlichten van de consument over het gecontracteerde zorgaanbod, kosten van zorg en consequenties van niet-gecontracteerde zorg. Deze relevante regelgeving wordt hierna besproken. Waar nodig wordt extra context meegegeven met het oog op de relevantie en toepassing in het kader van de doelstellingen die worden nagestreefd met dit document Handvatten. Daarnaast blijven de overige regels uit de voornoemde regelingen ook van toepassing voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De besproken regelgeving in dit hoofdstuk bevat dus niet een uitputtende bespreking van alle informatieverplichtingen die op zorgverzekeraars en zorgaanbieders rusten. Tot slot worden in dit hoofdstuk ook een aantal richtsnoeren behandeld.

4.2 Informatieverstrekking aan consumenten door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars verstrekken relevante informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze informatie bruikbaar is en de consumenten hun keuze daarop kunnen baseren. Regeling [TH/NR-027](#) beschrijft aan welke eisen deze informatie moet voldoen om doeltreffend te zijn voor consumenten. De informatie moet daarnaast in ieder geval juist, vindbaar en

gemakkelijk vergelijkbaar zijn en aansluiten bij de behoefte en vaardigheden van de consument. Hieronder komt slechts een selectie van de regels uit Regeling [TH/NR-027](#) aan de orde in het kader van dit document Handvatten vanwege de relevantie met betrekking tot zorginkoop. Voor de volledige regeling en voor regels die zien op andere onderwerpen verwijzen we nadrukkelijk naar Regeling [TH/NR-027](#).

Bruikbare informatie

De **zorgverzekeraar** verstrekt bruikbare informatie aan consumenten, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.

Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. De norm is vastgelegd in artikel 4, lid 1 van de Regeling [TH/NR-027](#). Deze informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:

- a de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
- b de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
- c de informatie is juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.

Een nadere duiding van deze verplichting is opgenomen in de toelichting bij artikel 4 van de Regeling [TH/NR-027](#). De verplichtingen in artikel 4 van de Regeling [TH/NR-027](#) zijn van toepassing op de verplichtingen in deze regeling en zijn dus ook van toepassing op onderstaande normen.

Op elkaar lijkende polissen

De **zorgverzekeraar** is transparant over op elkaar lijkende polissen.

Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, modelovereenkomsten worden aangeboden die gelijk zijn of erg op elkaar lijken, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht dat deze modelovereenkomsten gelijk zijn of erg op elkaar lijken. De norm is vastgelegd in artikel 7, lid 1 van de Regeling [TH/NR-027](#).

Polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Voor consumenten is vaak onduidelijk waar de verschillen precies zitten. Daarom is het voor consumenten moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel is hierbij dat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn, inhoudelijk in feite gelijk zijn of erg op elkaar lijken. De NZa vindt dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over dergelijke polissen.

De NZa vindt het belangrijk dat er sprake is van een onderscheidend polisaanbod, waarbij er daadwerkelijk iets te kiezen valt voor consumenten. Wij vinden polissen in ieder geval gelijk of erg op elkaar lijken als er bijvoorbeeld bij die polissen een beperkt verschil is in het gecontracteerde aanbod en/of maar weinig verschillen zijn in de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Het gaat om de mate waarin de polissen in hun geheel van elkaar verschillen. Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 7 van de Regeling [TH/NR-027](#).

Inzicht in de kosten

De **zorgverzekeraar** geeft inzicht in de kosten voor een behandeling of dienst.

Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Deze norm is vastgelegd in artikel 9, lid 1 van de Regeling [TH/NR-027](#). Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de boven bedoelde informatie kan geven, moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken.

Artikel 9 van de Regeling [TH/NR-027](#) ziet op alle verschillende situaties waarin de consument (een deel van) de kosten van een behandeling of dienst zelf betaalt. Het is voor consumenten belangrijk om inzicht te hebben in welke kosten zij kunnen verwachten vóóordat zij kiezen voor een zorgaanbieder, een behandeling of een polis. De zorgverzekeraar moet hier inzicht in kunnen geven. Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 9 van de Regeling [TH/NR-027](#).

Informatie over (niet-)gecontracteerde zorg

De **zorgverzekeraar** verstrekt informatie over (niet-)gecontracteerde zorg en diens consequenties voor consumenten.

Bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering moet het voor consumenten inzichtelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Voor consumenten kan het namelijk relevant zijn uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen. Zo kunnen consumenten ook nagaan bij welke zorgaanbieders zij bepaalde voordelen genieten, bijvoorbeeld bepaalde afspraken die de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteit of dienstverlening en ondersteuning door de zorgverzekeraar in geval van een geschil tussen de consument en de zorgaanbieder. Of dat rekening moet worden gehouden met omzetplafonds of volumeafspraken. De zorgverzekeraar heeft dan ook de volgende verplichtingen:

- 1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de consument dan vermeldt de zorgverzekeraar de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en maakt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht bekend welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd (artikel 10, lid 1 van de Regeling [TH/NR-027](#)).
- 2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de consument dan vermeldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat en de mogelijke consequenties hiervan voor de consument (artikel 10, lid 2 van de Regeling [TH/NR-027](#)).
- 3 De zorgverzekeraar geeft in een actueel overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn (artikel 10, lid 3 van de Regeling [TH/NR-027](#)).

Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 10 van de Regeling [TH/NR-027](#).

Uniforme communicatie over gecontracteerd aanbod

Richtsnoer 11: De **zorgverzekeraar** verstrekt bruikbare informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en hanteert hierbij zoveel mogelijk uniforme, vergelijkbare taal.

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over (niet-)gecontracteerde zorg, zoals beschreven in artikel 10 van de Regeling [TH/NR-027](#) (zie norm Informatie over (niet-)gecontracteerde zorg). Daarbij is het belangrijk dat deze informatie bruikbaar is voor het keuzeproces van de consument overeenkomstig artikel 4 van de Regeling [TH/NR-027](#). Dit richtsnoer onderstreept daarnaast de aanbeveling dat de zorgverzekeraars op uniforme wijze communiceren over het gecontracteerde aanbod naar de consument, met name gedurende de overstapperiode. Niet alleen met betrekking tot de contracteerstatus, maar ook wat betreft de consequenties die een contracteerstatus heeft voor de consument. Dit komt de vergelijkbaarheid en begrijpelijkheid ten goede. Het is aan de zorgverzekeraars om te onderzoeken waar hierin de behoefte van de consument ligt en om samen met de sector daarover in gesprek te gaan. De NZa toetst zorgverzekeraars op het criterium van bruikbaarheid van deze informatie voor consumenten overeenkomstig de bepalingen van de Regeling [TH/NR-027](#).

Transparantie vanaf 12 november

Richtsnoer 12: De **zorgverzekeraar** maakt jaarlijks vanaf 12 november transparant met welke zorgaanbieders zij een contract heeft afgesloten.

Voor consumenten is het van belang dat zij tijdig weten of zorgaanbieders gecontracteerd zijn of niet, zeker tijdens de overstapperiode. In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbeteringen doorvoeren. Eén van de afgesproken verbeteringen is dat zorgverzekeraars zich inspannen om jaarlijks voor 12 november het contracteerproces af te ronden. Ten tweede maken zij vanaf 12 november transparant met wie zij een contract hebben afgesloten. De NZa onderschrijft dit en verwacht hier ook verbetering in van partijen. Dit laat onverlet dat als de onderhandelingen nog lopen na 12 november dat partijen deze gewoon kunnen afronden. In dat geval verwacht de NZa van zorgverzekeraars wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument.

Het is bestaande regelgeving dat de zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 10, lid 3 van de Regeling [TH/NR-027](#) tijdens de overstapperiode een actueel overzicht geeft wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn. Dit richtsnoer laat ook onverlet dat de zorgverzekeraar gedurende het gehele jaar een actueel overzicht bekend maakt met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, overeenkomstig artikel 10 van de Regeling [TH/NR-027](#). Het kan onder andere voorkomen dat de zorgverzekeraar moet bijcontracteren om aan de zorgplicht te voldoen.

De NZa vindt bruikbare informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van groot belang. Maar net zo belangrijk vindt zij transparantie over de vergoeding wanneer tijdens de overstapperiode de zorgverzekeraar en zorgaanbieder nog met elkaar in onderhandeling zijn. Als de zorgverzekeraar en zorgaanbieder besluiten om geen nieuw contract met elkaar te sluiten, is wettelijk bepaald dat een consument die onder behandeling is bij deze

zorgaanbieder zijn behandeling mag voortzetten zonder te worden geconfronteerd met extra kosten (artikel 13, lid 5 Zorgverzekeringswet).

De NZa is van oordeel dat voor een beperking van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg geen ruimte is als de zorgverzekeraar te weinig zorg heeft ingekocht of de ingekochte zorg niet voldoet aan de normen voor tijdigheid, bereikbaarheid en/of kwaliteit. Als de consument niet tijdig toegang kan krijgen tot een gecontracteerd alternatief, voldoet de zorgverzekeraar namelijk niet aan zijn zorgplicht (zie de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw [TH/BR-025](#)).

4.3 Informatieverstrekking aan consumenten door zorgaanbieders

Goede informatieverstrekking aan consumenten door zorgaanbieders is evenzeer van groot belang. Regeling [TH/NR-035](#) schept hiervoor de regels en is complementair aan de hierboven beschreven verplichtingen voor de zorgverzekeraar. Deze regeling heeft tot doel om duidelijk te maken welke informatie een zorgaanbieder moet verstrekken en op welk moment. Dit om zo de consument in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken om zorg of diensten van een zorgaanbieder te vergelijken. Hieronder komt slechts een selectie van de regels uit Regeling [TH/NR-035](#) aan de orde in het kader van de Handvatten vanwege de relevantie. Voor de volledige regels verwijzen wij nadrukkelijk naar Regeling [TH/NR-035](#).

Relevante keuze-informatie

De **zorgaanbieder** informeert de consument objectief en zakelijk over datgene dat voor de consument van belang is voor het maken van een weloverwogen keuze, zonder daarmee die keuze te sturen.

Uitgangspunt is dat zorgaanbieders consumenten moeten informeren over die zaken die van belang zijn voor het vergelijken en ontvangen van zorg, om zo de consument in staat te stellen daarin weloverwogen keuzes te maken (artikel 4, lid 1 van de Regeling [TH/NR-035](#)).

Dit betreft onder meer informatie over de prestaties die worden geleverd (lid 2) en de tarieven die voor de consument van belang zijn (lid 3). Verder moet de zorgaanbieder de consument onder meer vertellen of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen (lid 4). Ook moet de zorgaanbieder de consument voor de start van zorgverlening actief en aantoonbaar informeren over de aan- en of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de consument en over de mogelijke gevolgen daarvan voor de vergoeding van zorg of diensten door de zorgverzekeraar (lid 5). En dient de zorgaanbieder aan te geven of er sprake is van eventuele eigen betalingen (lid 6). Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 4 van de Regeling [TH/NR-035](#). Deze informatie dient tijdig door de zorgaanbieder aan de consument te worden verstrekt (artikel 5, lid 1 Regeling [TH/NR-035](#)).

Van de zorgaanbieder wordt niet verwacht dat zij de inhoud kent van alle verschillende polisvoorwaarden. Daarvoor verwijst de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar levert deze informatie aan de consument overeenkomstig de verplichtingen in Regeling [TH/NR-027](#). De hierboven opgesomde informatieverplichtingen (lid 1 tot en met 6) uit artikel 4 raken aan het contracteerproces. Het verdient de opmerking dat artikel 4 van de Regeling [TH/NR-035](#) meer informatieverplichtingen bevat, onder meer over doorverwijzing naar vervolgzorg (lid 7).

Belangrijk is dat de informatieverstrekking objectief en zakelijk gebeurt, en dus niet sturend mag zijn. Informatie die subjectief of selectief is, kan dat (onwenselijke) sturende effect wel hebben. In dit kader definiëren wij 'zorgsturing' als volgt: van zorgsturing is sprake als een zorgaanbieder de consument informatie geeft over het overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering, én die informatie richting geeft aan een keuze voor een zorgverzekeraar of zorgverzekering. Benadrukt wordt dat het verstrekken van sturende informatie voldoende is om te spreken van zorgsturing. Het is daarvoor niet nodig dat de consument zijn keuzes hier daadwerkelijk op afstemt. Het handelen van de zorgaanbieder is in dezen dus bepalend.

Om dergelijke zorgsturing te voorkomen, is er artikel 4 van Regeling [TH/NR-035](#). Het artikel en bijbehorende toelichting, geeft een nadere duiding van hetgeen de NZa op dit gebied van zorgaanbieders verwacht. Het doel is ook dat de informatie die een zorgaanbieder aan een consument verstrekt objectief en zakelijk, en daarmee niet sturend is. Alleen dan zal een consument daadwerkelijk in staat worden gesteld weloverwogen keuzes te maken. Hiermee dringen we zorgsturing terug, zoals in de afgelopen jaren in toenemende mate zichtbaar is geworden gedurende de zorginkoop.

Transparantie vanaf 12 november

Richtsnoer 13: De **zorgaanbieder** maakt jaarlijks vanaf 12 november transparant met welke zorgverzekeraars zij een contract heeft gesloten.

Eén van de afgesproken verbeteringen in het IZA is dat zorgaanbieders zich inspannen om jaarlijks voor 12 november het contracteerproces af te ronden. Ten tweede maken zij voor 12 november transparant met wie zij een contract hebben afgesloten. Dit doen zij ten minste op concernniveau, en waar mogelijk op polisniveau. Voor consumenten is het van belang dat zij tijdig weten of zorgaanbieders gecontracteerd zijn of niet. In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbeteringen doorvoeren. De NZa onderschrijft dit en verwacht hier ook verbetering in van partijen. Dit laat onverlet dat als de onderhandelingen nog lopen na 12 november dat partijen deze gewoon kunnen afronden. In dat geval verwacht de NZa van zorgaanbieders wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument.

Het richtsnoer laat onverlet dat de zorgaanbieder de consument te allen tijde informeert (dus ook buiten de overstapperiode) over de gecontracteerde status, de gevolgen daarvan voor de kosten van de zorg en eventueel het bereiken van omzetplafonds overeenkomstig de verplichtingen uit artikel 4 van de Regeling [TH/NR-035](#) (zie onder meer norm Relevante keuze informatie).

5 Overzicht bestaande normen en kaders

De onderstaande normen en kaders zijn beschikbaar en relevant voor een transparant contracteerproces en informatieverstrekking aan consumenten over gecontracteerde zorg. Wij verwachten van partijen dat zij op de hoogte zijn van de inhoud van deze documenten en ernaar handelen wanneer het op hen van toepassing is. Voor een actueel overzicht van de kaders verwijzen wij ook naar de websites van de hieronder genoemde organisaties.

- Het Integraal Zorgakkoord is gezamenlijk opgesteld door het ministerie van VWS en een groot aantal partijen in de zorg. Het IZA heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.
- Het Kader Passende Zorg van het ZIN is een door het veld gedragen kader dat de gezamenlijke beweging van passende zorg beschrijft. Het is een normatief vertrekpunt voor de concretisering van passende zorg waarin een uitwerking van de principes van passende zorg staat beschreven. Het kader schetst hoe de principes zich verhouden tot de maatschappelijke opgaven, wat zij betekenen voor de verschillende partijen en welke normen over passende zorg hieruit voortkomen. In de werkplaats van het ZIN is het Kader Passende Zorg geconcretiseerd voor het contracteren van passende zorg. Hierin kwam naar voren dat het van belang is dat de inhoud leidend is bij het contracteren van passende zorg. Tevens dient middels contractering invulling te worden gegeven aan de maatschappelijke opgaven. Het startpunt hiervoor is vaak de regionale opgave/context. Het gezamenlijk opstellen van (regionale) doelen is de basis voor de afspraken die partijen met elkaar maken. Het gezamenlijk invulling geven aan de opgave in de regio is een lerend traject.
- Het Kader Goed Bestuur geeft richting aan de verwachtingen die de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben ten aanzien van intern toezicht bij zorgaanbieders. Het is belangrijk om de publieke belangen goed te bewaken en goed bestuur is hierin een belangrijke factor.
- De Good Contracting Practices (GCP) zijn opgesteld in 2014 ter ondersteuning bij het contracteerproces. De GCP's waren bedoeld als Handvatten aan het veld. Het document bevatte alleen *practices* waarvan de NZa naleving niet kon afdwingen. De als richtsnoer bedoelde GCP's zijn later gedeeltelijk omgezet naar meer bindende voorschriften. Dit heeft geleid tot het opstellen van de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw TH/NR-034. Deze regeling beoogt de transparantie van het zorginkoopproces te vergroten en is nog steeds geldig.
- De Gedragscode goed zorgverzekeraarschap bevat een aantal specifieke Gedragsrichtlijnen die betrekking hebben op de relatie die zorgverzekeraars aangaan met verschillende groeperingen en individuen. Dit document is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.
- De Governancecode Zorg is een instrument die ervoor zorgt dat de maatschappelijke doelstellingen en het vertrouwen in de zorg wordt gewaarborgd. De code bestaat uit zeven basisprincipes en bevat regels op het gebied van goed bestuur en medezeggenschap binnen organisaties in de zorg.

- De Green Deal Duurzame Zorg is een kader waarin aandacht wordt geschonken aan de duurzaamheid binnen de zorg. Het is belangrijk om over de ecologische last transparanter te worden en duurzaamheid in de contractering aandacht te geven.
- De Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp maakt duidelijk wat IGJ verwacht van zorgaanbieders in een drietal situaties waarin er (mogelijk) risico's ontstaan voor de continuïteit van zorg aan patiënten en cliënten.
- In de Beleidsregel 'De juiste zorg op de juiste plek' van de ACM wordt ingegaan op de mogelijkheden van het maken van afspraken in het kader van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek.
- In het document Samenwerking in de zorg van de ACM staan aandachtspunten voor samenwerking, bijvoorbeeld wat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar wel en niet kan en mag doen.
- De leidraad Brancheorganisaties en zorgcontractering is opgesteld door de ACM en gaat in op de rol van branchepartijen bij zorginkoop.
- De Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 beschrijft op welke wijze de NZa toezicht houdt op rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.
- De Beleidsregel Handhaving TH/BR-030 geeft inzicht in de wijze waarop de NZa naleving van wet- en regelgeving in de zorg bevordert.
- De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars is een document voor zorgverzekeraars betreffende de zorgplicht. Zorgverzekeraars hebben de plicht om in het geval van een naturopolis ervoor te zorgen dat consumenten tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen.
- De Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw TH/NR-034, de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027 en de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-035 zijn van belang tijdens het contracteerproces.
- De zorgverzekeraar maakt niet alleen afspraken met zorgaanbieders voor de inkoop van zorg. De zorgverzekeraar maakt ook concrete afspraken met andere stakeholders (zoals zorgkantoren en gemeenten) in relatie tot zorginkoop en werkt met hen samen om in het kerngebied - wanneer van toepassing – om de beschikbaarheid, tijdigheid en kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren (zie onder meer artikel 14a Zorgverzekeringswet en artikel 5.4.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

