

Handreiking

Juridisch kader
zorgverkoop Zvw aan
zorgverzekeraars in

50 vragen &
antwoorden

Juni 2024

Inhoudsopgave

Vooraf	5
Leeswijzer	6
INKOOPPROCEDURE EN VOORWAARDEN	7
1. Wat zijn de belangrijkste punten om in de gaten te houden bij de inkoopprocedure?	8
2. Hoe ziet het tijdpad van de zorginkoopprocedure eruit?	9
3. Zijn zorgverzekeraars aanbestedingsplichtig?	11
4. Waarom hebben zorgverzekeraars allemaal andere contracteisen?	13
5. Wat moet je als zorgaanbieder doen als inkoopdocumenten onduidelijk zijn?	14
6. Kan een zorgverzekeraar van de gekozen procedurele stappen van de inkoopprocedure afwijken?	14
7. Wat kan je als zorgaanbieder doen als de inkoopprocedure niet aan de wettelijke vereisten of regels van de NZa voldoet?	15
8. Mogen de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraar afwijken van het inkoopdocument van het jaar daarvoor?	15
9. Welke verplichtingen ontstaan aan de zijde van zorgaanbieder als hij een inschrijving indient?	15
10. Kan een zorgaanbieder die zich niet heeft ingeschreven na het verlopen van de inschrijftermijn alsnog worden gecontracteerd/kan ik tussentijds contracteren?	16
11. Kan ik onderhandelen met de zorgverzekeraar en heb ik recht op een individueel gesprek met de zorgverzekeraar?	16
12. Kan de zorgverzekeraar de onderhandelingen eenzijdig afbreken?	17
13. Wat kan ik doen als ik het niet eens ben met een contractvoorstel?	18
14. Geeft een bestaande overeenkomst met de zorgverzekeraar garantie op een opvolgende overeenkomst?	19
15. Kan een zorgaanbieder verplicht worden een overeenkomst met een zorgverzekeraar aan te gaan of met bepaalde contractuele voorwaarden akkoord te gaan?	20
16. Wat zijn de consequenties als een zorgaanbieder zich niet (langer) kan houden aan de in een overeenkomst gestelde voorwaarden?	21
17. Wat zijn de grootste verschillen tussen zorgverkoop onder de Zvw en de Wet langdurige zorg?	22

DE INHOUD VAN HET CONTRACT 23

18. Aan welke wettelijke eisen moet de overeenkomst voldoen?	24
19. Hoe worden de tarieven bepaald?	24
20. Heb ik recht op reële tarieven?	25
21. Kan ik iets doen tegen de hoogte van de maximumtarieven van de NZa?	26
22. Wat is een zorgkostenplafond en moet ik daarmee instemmen?	27
23. Wat is een doorleverplicht en moet ik daarmee instemmen?	28
24. Wat zijn machtigingen en waarom gebruikt de zorgverzekeraar machtigingen?	29
25. Wat als ik gedurende jaar toch meer productie heb dan vooraf afgesproken?	30
26. Kan de zorgverzekeraar eisen stellen aan mijn bedrijfsvoering?	30
27. Heb ik recht op groei als zorgaanbieder?	31
28. Wat is controle en verantwoording door zorgverzekeraar?	32

HET INTEGRAAL ZORG AKKOORD (IZA) 33

29. Wat betekent het IZA voor de contractering met zorgverzekeraars?	34
--	----

MEDEDINGING 35

30. Mogen zorgverzekeraars samen optrekken bij (de voorbereiding van) de contractering?	36
31. Mogen zorgaanbieders samen optrekken bij (de voorbereiding van) de contractering?	36
32. Mogen zorgaanbieders samenwerken of met hoofd- en onderaanneming werken?	37

NIET-GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDERS 40

33. Wat zijn gevolgen voor cliënten als ik geen overeenkomst meer sluit met de zorgverzekeraar?	41
34. Wat zijn de voor- en nadelen van niet-contracteren?	42
35. Wat is een betaalovereenkomst en heb ik daar recht op?	42
36. Kan ik zonder overeenkomst of betaalovereenkomst toch rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar?	43
37. Ik wil gaan werken als gecontracteerde zorgaanbieder. Waar heb ik recht op?	44

GESCHILLEN	45
38. Kan een zorgaanbieder bezwaar of beroep indienen tegen het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar?	46
39. Wat zijn de voor- en nadelen van de civiele rechter?	46
40. Kan de gang naar de rechter worden uitgesloten door de zorgverzekeraar?	46
41. Wat zijn de voor- en nadelen van de Geschilleninstantie Zorgcontractering?	47
42. Kan de NZa wat betekenen bij een geschil tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar?	47
OVERIG	49
43. GZSP: is het voor de zorgaanbieder verplicht om een schriftelijke zorg- en dienstverleningsovereenkomst met de cliënt te sluiten?	50
44. De zorgverzekeraar heeft niet juist op de website staan dat er wel/geen contract, wat nu?	50
45. Kan ik een cliëntenstop instellen voor een of meer zorgverzekeraars?	51
ALGEMEEN	53
46. Wat regelt de Zvw?	54
Inleiding	54
De verzekerde aanspraak	55
Leveringsvormen en zorgplicht	57
47. Wat regelt de Wmg?	59
Inleiding	59
Tariefregulering en bekostiging van de zorg	59
Transparantie-eisen	60
Markttoezicht	60
48. Wat regelt het algemeen contractenrecht?	60
49. Welke andere partijen en overheidsorganen zijn betrokken bij de zorginkoop- en verkoop in de Zvw en wat is hun rol daarbij?	61
50. Wat geldt als er een aanspraak is op Zvw-zorg die ook op grond van een andere wet mogelijk bekostigd kan worden?	62

Vooraf

Deze handreiking geeft in vijftig vragen en antwoorden een beeld van de juridische aspecten van de inkoop en verkoop van zorg die onder de Zorgverzekeringswet ('Zvw') valt. De vijftig vragen en antwoorden beschrijven de stand van zaken per 1 juli 2024.

Hierna wordt achtereenvolgens stilgestaan bij onder meer (i) regels over inkoopprocedures en inkoopvoorwaarden, (ii) de inhoud van het contract, (iii) het Integraal Zorgakkoord, (iv) mededinging, (v) niet-gecontracteerde zorgaanbieders, (vi) geschillen, (vii) overige vragen en tot slot (viii) een algemene toelichting op toepasselijke en relevante wet- en regelgeving.

Deze handreiking is tot stand gekomen op initiatief van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en in samenwerking met de zorgadvocaten van advocatenkantoor AKD.



Leeswijzer

Deze handreiking is opgesteld voor organisaties in de gehandicaptenzorg die in het kader van de Zvw professionele ondersteuning bieden en zorg leveren aan mensen met een beperking.

Het doel van de handreiking is om de organisaties van (juridische) informatie te voorzien in de verschillende situaties die zich kunnen voordoen bij de contractering met zorgverzekeraars, waar mogelijk aan de hand van praktijkvoorbeelden uit de rechtspraak.

Relevante regelgeving en uitspraken zijn te raadplegen via de hyperlinks in de tekst. Ook zijn de uitspraken en arresten te vinden op rechtspraak.nl door middel van het 'ECLI' nummer. Dat nummer ziet er als volgt uit: ECLI, gevolgd door het land waar de uitspraak is gedaan, in deze handreiking dus vrijwel overal NL, gevolgd door de afkorting van de instantie zoals HR voor Hoge Raad en GHDHA voor het gerechtshof Den Haag, gevolgd door het jaartal waarin in de uitspraak is gedaan en tot slot gevolgd door het nummer zoals dat door de gerechtelijke instantie aan de uitspraak of het arrest is toegevoegd. Het ECLI-nummer van het arrest van het hof Den Haag van februari 2024 over de tarieven in de gehandicaptenzorg ziet er dus als volgt uit: ECLI:NL:GHDHA:2024:199.

Inkoopprocedure & inkoopvoorwaarden

1 Wat zijn de belangrijkste punten om in de gaten te houden bij de inkoopprocedure?

Er bestaan grote verschillen in de manier waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor Zorgverzekeringswet-zorg contracten met elkaar sluiten. Grofweg zijn er twee typen te onderscheiden.



Contractering die in gespreksdialogoog plaatsvindt (face-to-face contractering), waarin zorgaanbieders in veel gevallen als eerste een contractaanbod/offerte uitbrengen.



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.



Ongeacht het type contractering, zijn de volgende punten belangrijk om in de gaten te houden.

- Neem tijdig de inkoopdocumenten van de verschillende zorgverzekeraars door en noteer belangrijke termijnen. U kunt bijvoorbeeld meteen in de agenda van alle personen in uw organisatie die iets moeten aanleveren of opstellen de belangrijkste data inplannen.
- Lees – zo mogelijk met een aantal collega's van uw organisatie – de inkoopdocumenten door en bespreek of alles duidelijk en logisch is. Stel zo snel mogelijk vragen als onderdelen van het inkoopbeleid onduidelijk zijn. Zorgverzekeraars moeten in beginsel binnen twee weken inhoudelijk reageren.
- Neem geen genoegen met onduidelijke of halve antwoorden. Als de onduidelijkheid niet door de zorgverzekeraar kan worden weggenomen, maak dan – met de interne of externe jurist – de afweging of het zinvol is om juridische stappen te ondernemen. Meld het de NZa als het inkoopbeleid niet in lijn is met de NZa beleidsregels. Dat kan ook anoniem via meldingsformulier.nza.nl.
- Start tijdig met het opstellen van de offerte en de toelichting daarop dan wel de voorbereiding van de inschrijving. U kunt een projectplanning opstellen op basis van de belangrijke data.
- In het geval van face-to-face contractering: maak verslagen van de gevoerde contractonderhandelingen met daarin de gemaakte afspraken en to-do's en deel deze met de contactpersonen van de zorgverzekeraar.
- Controleer de inschrijving voor indiening nog één keer op de vraag of aan alle

formaliteiten, vinkjes, etc. is voldaan. Wacht niet tot de laatste dag met het indienen van de inschrijving.

- Als je je inschrijft als een combinatie, houd dan rekening met de mededingingsregels, raadpleeg bijvoorbeeld de [Beleidsregels combinatie-overeenkomsten 2013](#) en de [ACM Beleidsregel Juiste zorg op de juiste plek](#). Maak nooit afspraken met andere zorgorganisaties die (mogelijk) de concurrentie belemmeren. Het gaat dan bijvoorbeeld over het maken van afspraken over een in te dienen prijsaanbod, samen afstemmen of wel of niet een inschrijving wordt gedaan, marktverdeling, boycotacties, het delen van concurrentiegevoelige informatie en andere mededingingsbeperkende praktijken (zie ook vragen 31 en 32).

2 Hoe ziet het tijdpad van de zorginkoopprocedure eruit?

In de zomer van 2023 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het document [Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg](#) gepubliceerd. Het document bevat een bundeling van bestaande, bindende normen en kaders uit de [Regeling transparantie zorginkoopproces \(TH/NR-034\)](#) en een duiding daarbij. Ook bevat het document nieuwe richtsnoeren. Een deel van de nieuwe richtsnoeren uit de Handvatten is al opgenomen in de gewijzigde Regeling transparantie zorginkoopproces en daarmee bindend. Het resterende deel van de nieuwe richtsnoeren is echter (nog) niet opgenomen in regelgeving en dus niet-bindend.

De niet-bindende richtsnoeren zijn te zien als aanbevelingen om het contracteerproces soepeler te laten verlopen. De NZa beoogt met de Handvatten een basis te geven waarop partijen elkaar kunnen aanspreken. De NZa doet aan zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars een dringend beroep om ook de nieuwe, niet-bindende richtsnoeren na te leven.

In onderstaande tijdpad wordt expliciet vermeld als een termijn niet-bindend is. Voor het overige zijn het allemaal bindende termijnen.

1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden: **publicatie van het zorginkoopbeleid** en de procedure van de zorginkoop door de zorgverzekeraar. Bij de publicatie van het inkoopbeleid, geeft de zorgverzekeraar een overzicht van de **wijzigingen** ten opzichte van het voorgaande inkoopbeleid.

1 april de zorgverzekeraar laat weten of hij het strategisch beleid van de zorgaanbieder wil ontvangen. Met het vroegtijdig delen van strategisch beleid wordt beoogd dat gesprekken over financiën en beleid al eerder aan elkaar worden gekoppeld (bijvoorbeeld plannen voor uitbreiding of nieuwbouw). Dit speelt met name bij partijen die leidend zijn voor de transitieopgave in de regio. Dit is een niet-bindend richtsnoer.

Verschillende fasen zorginkoop

De verschillende fasen waaruit de zorginkoop bestaat en de termijnen waarbinnen de zorgaanbieder moet reageren, kan verschillen per zorgverzekeraar en per zorgsoort. Deze termijnen staat opgenomen in het betreffende inkoopbeleid. In elk geval geldt een termijn van tenminste vier weken om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te kunnen stellen.

1 juni aanleveren strategische beleid door de zorgaanbieder, als de zorgverzekeraar daarom gevraagd heeft. Het blijft mogelijk om het strategisch beleid na 1 juni nog aan te vullen of aan te passen, bijvoorbeeld omdat er nieuwe informatie is vrij gekomen of er nieuwe inzichten zijn opgedaan. Dit is een niet-bindend richtsnoer.

Zorgaanbieders leveren op verzoek van de zorgverzekeraar hun volumeprognoses aan bij de zorgverzekeraar. Dit is een niet-bindend richtsnoer.

Vóór 1 juli is het streven van de NZa om de tariefbeschikkingen voor het daarop volgende jaar gepubliceerd te hebben.

Vóór 1 september hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieder die face-to-face contracteren afspraken gemaakt over de techniek en/of methodiek van zaken als benchmarking of volumeprognoses, als zij daarvan gebruik maken. Met behulp van benchmarking vergelijkt de zorgverzekeraar de prestaties van een zorgaanbieder met de prestaties van een (vergelijkbare) andere zorgaanbieder. Volumeprognoses geven de zorgverzekeraar inzicht in het aantal behandelingen of andere zorgdiensten dat een zorgaanbieder verwacht te leveren in een bepaalde periode en kan bijvoorbeeld gebruikt worden bij het maken van tariefafspraken. Het doel is als eerder in het jaar transparantie bestaat over welke methoden gebruikt worden bij de verwerking van objectieve informatie, er later in het jaar – als de benodigde informatie beschikbaar is – meer ruimte bestaat om het te hebben over de inhoud. Dit is een niet-bindend richtsnoer.

1 oktober bieden zorgaanbieders die face-to-face contracteren uiterlijk hun eerste reële offerte aan, inclusief een duidelijke inhoudelijke toelichting (bijvoorbeeld over de volumeopbouw), tenzij anders afgesproken.

1 oktober biedt de zorgverzekeraar, in het geval van digitale contractering, het contract aan inclusief een duidelijke inhoudelijke toelichting (zoals over de indexering en de opzet en methodiek van de gebruikte benchmarking).

Vóór 12 november: streefdatum om contracteerproces afgerond te hebben. Dit is een niet-bindend richtsnoer.

Vanaf 12 november: de zorgverzekeraar maakt transparant voor verzekerden met welke zorgaanbieders zij een contract heeft gesloten. De zorgverzekeraar heeft de verplichting om aan verzekerden/consumenten de juiste informatie te verstrekken over de status van de onderhandelingen, zie daarvoor vraag en antwoord 4.

3 Zijn zorgverzekeraars aanbestedingsplichtig?

Aangenomen wordt dat zorgverzekeraars niet aanbestedingsplichtig zijn.

Het Europese aanbestedingsrecht is in de eerste plaats van toepassing op overheden: de Staat, provincies, gemeenten etc. Daarnaast geldt het voor 'publiekrechtelijke instellingen': partijen die tot de semi-publieke sector behoren. Eén van de criteria die bepalen of een partij een publiekrechtelijke instelling is, is of die partij voorziet 'in behoeften van algemeen belang die niet van commerciële of industriële aard zijn'. Als een zorgverzekeraar een publiekrechtelijke instelling zou zijn, moet zij voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien uit de Aanbestedingswet 2012. Zij zouden dan onder andere de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht in acht moeten nemen.



- Het Hof Den Bosch heeft geoordeeld dat zorgverzekeraars geen 'publiekrechtelijke instelling' zijn en daarom niet Europees hoeven aan te besteden (Hof Den Bosch 12 mei 2015, [ECLI:NL:GHSHE:2015:1697](#)). Volgens het Hof is het aanbieden van zorgverzekeringen een commerciële activiteit. De intensieve regulering van zorgverzekeraars maakt dat voor het Hof niet anders.
- De Rechtbank Zeeland-West-Brabant zorgde in juni 2014 voor een verrassing door te oordelen dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop Europees moeten aanbesteden (Vzr. Rechtbank Zeeland-West-Brabant 19 juni 2014, [ECLI:NL:RBZWB:2014:4205](#)). Dat gebeurde in een geschil tussen een producent van stomamaterialen en de zorgverzekeraar CZ. CZ ging in hoger beroep. Vanwege het grote belang van de zaak heeft een groot aantal andere partijen (waaronder Zorgverzekeraars Nederland) aan de procedure deelgenomen.
- Het Hof Den Bosch vindt dat de activiteiten van zorgverzekeraars wel van commerciële aard zijn. De overheid heeft er bewust voor gekozen de zorgverzekering te laten uitvoeren door 'gewone' schadeverzekeraars die bedrijfsmatig worden bestuurd en met elkaar concurreren. De vereveningsbijdrage neemt de prikkel tot efficiënt ondernemen niet weg. Ook de andere 'sociale randvoorwaarden' brengen hierin geen verandering. Daarom zijn zorgverzekeraars geen 'publiekrechtelijke instelling' en hoeven zij niet Europees aan te besteden.

Hoe zat het ook alweer bij de zorgkantoren? In de memorie toelichting bij de Wet langdurige zorg (**Wlz**) staat dat de regering ervan uit gaat dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn.



- De rechtbank Den Haag oordeelde in 2020 dat de vraag of zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn in het midden kon blijven, omdat de zorgkantoren hoe dan ook aan de aanbestedingsbeginselen gebonden zijn. De rechtbank oordeelde namelijk dat vanwege de bijzondere omstandigheden van het geval, uitsluiting van deze beginselen onaanvaardbaar zou zijn (Vzr. Rb. Den Haag 1 oktober 2020, [ECLI:NL:RBDHA:2020:9527](#) en het hoger beroep van hof Den Haag 30 maart 2021, [ECLI:NL:GHDHA:2021:2375](#)).

Over zorgverzekeraars is in de rechtspraak tot op heden niet expliciet benoemd dat zij gebonden zijn aan de beginselen van het aanbestedingsrecht. Wel worden er eisen gesteld in het inkoopbeleid die daarop lijken:



→ Er is namelijk rechtspraak waaruit volgt dat het inkoopbeleid en de uitvoering daarvan objectief, transparant en non-discriminatoir moet zijn (Vzr. Hof Den Bosch 19 oktober 2021, [ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)). Zie ook Vzr. Rechtbank Den Haag 3 maart 2023, [ECLI:NL:RBDHA:2023:2685](#)).



→ Het hof Den Bosch oordeelde dat bij de inkoop van zorg door zorgverzekeraars, contractsvrijheid geldt. Zo zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet verplicht om met elkaar een overeenkomst te sluiten. De contractsvrijheid is echter niet onbegrensd. Zo mag een zorgverzekeraar geen feitelijke hinderpaal opwerpen bij het afnemen van niet-gecontracteerde zorg. Het hof heeft geoordeeld dat het stelsel van de wet meebrengt dat een zorgverzekeraar mag bepalen onder welke voorwaarden zij overeenkomsten met zorgaanbieders wil sluiten. Die voorwaarden vormen het inkoopbeleid. Het inkoopbeleid en het uitvoeren daarvan moet objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. Het hof oordeelde vervolgens dat het de zorgverzekeraar vrijstaat om van het inkoopbeleid af te wijken, maar dat de zorgverzekeraar er dan wel voor moet waken dat het beleid of de uitvoering daarvan niet-discriminatoir en niet-transparant wordt tegenover andere zorgaanbieders. Een afwijking moet dus gerechtvaardigd kunnen worden door de bijzondere omstandigheden van het geval.

→ De rechtbank Den Haag heeft zich hierbij aangesloten. Daaraan heeft de rechtbank toegevoegd dat in het specifieke geval dat voorlag – waarbij de zorgverzekeraar een zeer groot marktaandeel had – de maatstaven van redelijkheid en billijkheid voorts meebrachten dat de zorgverzekeraar bij haar handelen een bijzondere zorgvuldigheid in acht moest nemen. De aanbestedingsbeginselen waren echter niet van toepassing, zo oordeelde de rechter. De zorgverzekeraar had namelijk geen aanbestedingsprocedure georganiseerd en de inkoopprocedure vertoonde ook niet dusdanig grote gelijkenissen met een aanbestedingsprocedure dat deze daaraan feitelijk gelijk te stellen was.

4 **Waarom hebben zorgverzekeraars allemaal andere contracteisen?**

Zorgverzekeraars zijn ondernemingen in de zin van het mededingingsrecht. Daardoor zijn zij bij de in te kopen zorg, anders dan zorgkantoren, gehouden aan de bepalingen uit de Mededingingswet (zie ook vraag en antwoord 30). Het gevolg is dat de zorgverzekeraars elk een eigen inkoopbeleid hanteren en de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een contract kunnen verschillen.

Voor de inhoud van de contracten hebben zorgverzekeraars samengewerkt aan eenduidige bepalingen op de niet-concurrentiële onderwerpen. Dit heeft geresulteerd in de zogenoemde 'Algemene Bepalingen' die worden gehanteerd in de sectoren GGZ, Farmacie, Huisartsenzorg, Multidisciplinaire zorg, Paramedie, Wijkverpleging, Eerstelijnszorg en Zintuigelijke Gehandicaptenzorg.

In deze sectoren bestaan de overeenkomsten steeds uit een deel 'Algemene Bepalingen' en een zorgverzekeraar specifiek deel. In het zorgverzekeraar specifieke deel zijn de specifieke afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder opgenomen, die niet in de geuniformeerde Algemene Bepalingen zijn vastgelegd. In het zorgverzekeraar specifieke deel kan niet worden afgeweken van de bepalingen die zijn opgenomen in het landelijk geuniformeerde deel en kunnen daarmee ook niet in tegenspraak zijn. Wel kunnen deze bepalingen in het zorgverzekeraar specifieke gedeelte worden aangevuld. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (**GZSP**) zijn daarnaast de gezamenlijke Uitgangspunten Individuele GZSP en Uitgangspunten GZSP in een groep opgesteld.

Deze laatste twee documenten zijn in overleg tussen medisch adviseurs van zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/beroepsorganisaties tot stand gekomen. Het doel is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor zorg in een groep en individuele zorg binnen GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Deze uitgangspunten zijn aanvullend op de geldende wet- en regelgeving. Zorgverzekeraars hanteren de uitgangspunten uniform bij het opstellen en uitvoeren van het inkoopbeleid en de contractering.

Daarnaast geldt dat hoewel zorgverzekeraars verschillende contracteisen kunnen hebben, elk inkoopbeleid de volgende aspecten moet bevatten (Zie [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#)):



- De verschillende fasen waaruit de zorginkoop bestaat en de termijnen waarbinnen de zorgaanbieder onderscheidenlijk de zorgverzekeraar in de verschillende fasen moeten reageren;
- De bereikbaarheid van de zorgverzekeraar gedurende de zorginkoop;
- Het kwaliteitsbeleid dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop hanteert;
- De minimumeisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een specifiek contract;
- In welke mate de zorgverzekeraar ruimte biedt voor innovatief zorgaanbod en, als van toepassing, welke specifieke eisen de zorgverzekeraar stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod;
- 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 of 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;

→ Een overzicht van de wijzigingen in het inkoopbeleid ten opzichte van het voorgaande inkoopbeleid.

5 Wat moet je als zorgaanbieder doen als inkoopdocumenten onduidelijk zijn?

Als de inkoopdocumenten onduidelijk zijn is het belangrijk om daar aan de zorgverzekeraar concrete vragen over te stellen. Anders bij de zorginkoop onder de Wlz – waar wordt gewerkt met nota's van inlichtingen en korte termijnen om vragen te stellen op straffe van verval van recht – bevat het inkoopbeleid voor Zvw-zorg niet altijd een uiterste termijn voor het stellen van vragen. Voor vragen over het contractvoorstel geldt op grond van de [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) in elk geval een minimumtermijn van vier weken. Dat neemt niet weg dat het de aanbeveling verdient om vragen zo tijdig mogelijk te stellen. Voor de beantwoording van de vraag door de zorgverzekeraar geldt op grond van de Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw een termijn van twee weken.

Als de gestelde vragen niet het gewenste effect hebben, overweeg dan om gebruik te maken van de klachtenprocedure – als die in het inkoopbeleid staat. Een andere overweging kan bestuurlijke escalatie of een gerechtelijke gang zijn (zie vraag 39 en 41). Het verdient aanbeveling om bij het overwegen van deze stappen juridisch advies – intern of eventueel extern – in te winnen.

Meld het de NZa als het inkoopbeleid niet in lijn is met de NZa beleidsregels. Dat kan ook anoniem via het [anoniem meldingsformulier.nza.nl](#).

6 Kan een zorgverzekeraar van de gekozen procedurele stappen van de inkoopprocedure afwijken?

Uit de de [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) volgt dat de zorgverzekeraar in het inkoopbeleid moet opnemen hoe de inkoopprocedure eruit ziet (zie vraag en antwoord 4). Het aanbrenge van wijzigingen in het inkoopbeleid is mogelijk, maar alleen als de zorgverzekeraar deze wijzigingen tijdig en op dezelfde wijze als de bekendmaking van de eerdere informatie heeft plaatsvonden (artikel 8 van de Regeling). Bij wijzigingen na 1 april moet de wijziging ook gemotiveerd worden.

De NZa kan bestuurlijke boetes opleggen in het geval zorgverzekeraars deze verplichting niet naleven. Zie bijvoorbeeld rechtbank Rotterdam 1 september 2022, [ECLI:NL:RBROT:2022:7248](#).



Zie voorts Hof Den Bosch 19 oktober 2021, [ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)). Het stelsel van de wet brengt mee dat een zorgverzekeraar mag bepalen onder welke

voorwaarden zij overeenkomsten met zorgaanbieders wil sluiten. Die voorwaarden vormen het inkoopbeleid. Het inkoopbeleid en het uitvoeren daarvan moet objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. De zorgverzekeraar mag afwijken van het inkoopbeleid, maar de zorgverzekeraar moet ervoor waken dat het beleid of de uitvoering daarvan discriminatoir en niet-transparant wordt tegenover andere zorgaanbieders. Een afwijking moet dus gerechtvaardigd kunnen worden door de bijzondere omstandigheden van het geval.

7 Wat kan je als zorgaanbieder doen als de inkoopprocedure niet aan de wettelijke vereisten of regels van de NZa voldoet?

De eerste stap is om de zorgverzekeraar erop te wijzen dat de inkoopprocedure niet aan de wettelijke vereisten of NZa-regelgeving voldoet. Als de zorgverzekeraar niet (voortvarend) tot wijziging wil overgaan, kan de zorgaanbieder afhankelijk van het onderwerp ofwel naar de civiele rechter/geschilleninstantie zorgcontractering ofwel een klacht of handhavingsverzoek indienen bij de NZa. Zie daarvoor vraag en antwoord 39, 41 en 42.

Het indienen van een klacht bij de NZa kan ook anoniem: meldingsformulier.nza.nl.

8 Mogen de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraar afwijken van het inkoopdocument van het jaar daarvoor?

Ja, dat mag. Wel moet de zorgverzekeraar in het inkoopbeleid aangeven in hoeverre het inkoopbeleid afwijkt van het voorgaande jaar ([Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#)).

Er zijn uitzonderingssituaties denkbaar, bijvoorbeeld als een zorgverzekeraar wijzigingen doorvoert die een grote impact hebben op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en de zorgaanbieders onvoldoende gelegenheid krijgen om daarop te anticiperen. Zie ook vraag en antwoord 14.

9 Welke verplichtingen ontstaan aan de zijde van zorgaanbieder als hij een inschrijving indient?

Bij vraag en antwoord 1 is aangegeven dat er in Zvw twee typen onderhandelingen zijn te onderscheiden: face-to-face en digitaal contracteren.



Bij face-to-face contracteren stelt de zorgaanbieder in de regel een offerte op, waarover met de zorgverzekeraar wordt onderhandeld. Zo lang partijen geen overeenstemming hebben bereikt, ontstaan voor beide partijen geen verplichtingen anders dan het handelen in lijn met de precontractuele redelijkheid en billijkheid. Zie ook vraag en antwoord 12 over het eenzijdig afbreken van onderhandelingen.



Bij digitaal contracteren is er in de regel weinig tot geen ruimte tot onderhandeling. Met het accepteren van het contractaanbod komt de overeenkomst tot stand. Vanaf dat moment is de zorgaanbieder gebonden aan de gemaakte afspraken in de overeenkomst.

10 Kan een zorgaanbieder die zich niet heeft ingeschreven na het verlopen van de inschrijftermijn alsnog worden gecontracteerd/kan ik tussentijds contracteren?

Als tussentijds contracteren mogelijk is, staat die optie opgenomen in het inkoopbeleid van de betreffende zorgverzekeraar.

11 Kan ik onderhandelen met de zorgverzekeraar en heb ik recht op een individueel gesprek met de zorgverzekeraar?

Ja, onderhandelen met de zorgverzekeraar is toegestaan. Maar het is zorgverzekeraars ook toegestaan aan zorgaanbieders een niet-onderhandelbaar aanbod te doen. Er bestaat niet zoiets als een 'onderhandelingsrecht'.



→ In 2005 heeft de Hoge Raad geoordeeld over deze vraag onder de Ziekenfondswet. De Hoge Raad oordeelde dat het zorgverzekeraars vrij stond om aan zorgaanbieders een niet-onderhandelbaar aanbod te doen en slechts op die voorwaarden overeenkomsten te sluiten, zolang die handelswijze niet in strijd is met de mededingingswet en de in acht nemen normen van redelijkheid en billijkheid (zie Hoge Raad 8 april 2005, [ECLI:NL:HR:2005:AS2706](#)). Ditzelfde kader kan gehanteerd worden bij het beoordelen van een niet-onderhandelbaar aanbod onder de Zvw, zoals bijvoorbeeld het College van Beroep voor het bedrijfsleven ('Cbb') in 2013 heeft gedaan.

→ Wat speelde er? Twee huisartsen ontvingen van een zorgverzekeraar een niet-onderhandelbaar aanbod en kregen geen mogelijkheid om individueel met de zorgverzekeraar in gesprek gegaan. Daarop verzochten de huisartsen de NZa om handhavend op te treden tegen de zorgverzekeraar, omdat deze zou beschikken over aanmerkelijke marktmacht en misbruik maakte van haar machtspositie. De NZa besloot om geen nader onderzoek te doen en niet

handhavend op te treden. Tegen die beslissing kwamen de huisartsen op bij het Cbb – het Cbb is de hoogste bestuursrechter die onder meer over bepaalde type handhavingsmaatregelen van de NZa gaat. Onder verwijzing naar de uitspraak van de Hoge Raad kwam het Cbb tot het oordeel dat het doen van een niet-onderhandelbaar aanbod door een zorgverzekeraar aan een of meer zorgaanbieders in beginsel toelaatbaar is (Cbb 1 oktober 2013, [ECLI:NL:CBB:2013:180](#)).

Er bestaat geen recht op een individueel gesprek met de zorgverzekeraar. Wel volgt uit de [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) dat zorgverzekeraars voldoende beschikbaar moeten zijn vanaf het moment van bekendmaking van het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop tot het moment van het sluiten van het contract voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders. Ook moet de zorgverzekeraar tijdig een duidelijke en inhoudelijke reactie op vragen en opmerkingen van de zorgaanbieder geven (en vice versa), in beginsel binnen twee weken. Zie artikel 5 van de Regeling.

12 Kan de zorgverzekeraar de onderhandelingen eenzijdig afbreken?

Afhankelijk van hoe ver de onderhandelingen gevorderd zijn, kan een van de partijen de onderhandelingen eenzijdig afbreken. Dat sluit bij uitstek aan bij het vertrekpunt van contractsvrijheid. Bij het uitgangspunt dat het eenieder vrijstaat om contractuele afspraken te maken met wie men wil en waarover men wil, past immers ook dat de onderhandelingen over die afspraken ook weer kunnen worden afgebroken. Zie vraag en antwoord 33 voor de gevolgen voor bestaande en nieuwe cliënten als een zorgaanbieder die voorheen een overeenkomst had, niet langer gecontracteerd wordt door de zorgverzekeraar.

De hoofdregel is dus dat het (eenzijdig) afbreken van onderhandelingen kan, tenzij dat vanwege het gerechtvaardigd vertrouwen van de wederpartij in het totstandkomen van de overeenkomst of in verband met andere omstandigheden onaanvaardbaar is. Daarbij speelt een rol de mate waarin en de wijze waarop de partij die de onderhandelingen afbreekt, tot het ontstaan van dat vertrouwen heeft bijgedragen en met de gerechtvaardigde belangen van deze partij.



→ In 2010 overwoog de voorzieningenrechter van de rechtbank Utrecht dat er geen sprake was van een gerechtvaardigd vertrouwen van de zorgaanbieder dat de zorgverzekeraar met haar zou contracteren op basis van een integratief tarief. Zowel de betreffende prestatie- en tariefbeschikking van de NZa als het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar gaven geen aanwijzingen voor een dergelijke bekostigingswijze. Bovendien mocht de zorgaanbieder er na één bespreking en enkele e-mailberichten en telefoongesprekken niet gerechtvaardigd op vertrouwen dat een overeenkomst met dat resultaat zou worden bereikt. Zie rechtbank Utrecht 15 november 2010, [ECLI:NL:RBUTR:2010:BO6726](#)).



→ In 2020 gebood de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland-West-Brabant de zorgverzekeraar om de onderhandelingen met de zorgaanbieder over een overeenkomst voort te zetten. De reden daarvoor was de zorgverzekeraar tijdens de precontractuele onderhandelingen niet had gehandeld zoals van een zorgverzekeraar verwacht mag worden. De rechtbank vond dat de zorgverzekeraar niet zorgvuldig te werk was gegaan, onder meer doordat de gehanteerde uitgangspunten voor het omzetplafond maar gedeeltelijk bleek uit het inkoopbeleid. Van daadwerkelijk overleg was voorts geen sprake geweest, terwijl partijen verschilden van mening over de in het verleden gedeclareerde omzetten en patiëntenaantallen. Alle voorstellen werden door de zorgverzekeraar afgewezen, zonder tegenvoorstellen. De zorgverzekeraar is ook niet ingegaan op verzoeken om een gesprek. Dat terwijl de zorgverzekeraar wel aangaf dat er ruimte was. (rechtbank Zeeland-West-Brabant 20 juni 2020, [ECLI:NL:RBZWB:2020:7128](#)). In het hoger beroep was de motivering van het hof anders, maar de uitkomst gelijk: de zorgverzekeraar werd verplicht om de onderhandelingen over een overeenkomst voort te zetten (hof Den Bosch 19 oktober 2021, [ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)).

13 Wat kan ik doen als ik het niet eens ben met een contractvoorstel?

Allereerst kan een zorgaanbieder proberen om de zorgverzekeraar te overtuigen dat een ander of aangepast voorstel beter past. Dat kan de zorgaanbieder doen door middel van een tegenvoorstel (met name bij de face-to-face contractering, zie vraag en antwoord 1 en 11).

Het beschikken over een (financiële) toelichting bij het contractvoorstel kan helpen bij het gesprek met de zorgverzekeraar dat het gedane contractvoorstel niet acceptabel is. In de [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) staat dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders in hun contractvoorstel en offerte transparant moeten zijn over in elk geval welke basis en indexaties zij hebben gehanteerd. Als de gehanteerde indexaties afwijken van de landelijke beschikbare sectorale indexaties, inclusief nacalculaties, moeten zij toelichten hoe zij daartoe zijn gekomen. Ook moeten beide partijen in hun contractvoorstel/offerte transparant zijn over op- en afslagen van de tarieven en waarom die worden opgenomen. Zie ook de [Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg](#) en vraag en antwoord 2.

Als de zorgaanbieder het oneens blijft met het contractvoorstel kan de zorgaanbieder besluiten om geen overeenkomst aan te gaan met de zorgverzekeraar. Er is weliswaar de mogelijkheid voor de minister om bij algemene maatregel van bestuur een contracteerplicht op te leggen (artikel 12 lid 2 Zvw), maar van die mogelijkheid is nooit gebruik gemaakt. De zorgaanbieder zal voor de verzekerden van deze zorgverzekeraar dan gelden als 'niet-gecontracteerde zorgaanbieder'. Zie daarover vraag en antwoord nummer 33.

Voordat het besluit om als niet-gecontracteerde zorgaanbieder verder te gaan wordt genomen is het aan te raden om te overleggen met de interne of externe jurist, zodat deze kan toetsen of het contractvoorstel dan wel de reactie van de zorgverzekeraar voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Zonodig kunnen juridische stappen genomen worden.



Zie bijvoorbeeld de uitspraak van het hof Den Bosch van 19 oktober 2021. Het hof vond dat het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar CZ objectief, transparant en niet-discriminerend moet zijn ([ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)). Dat leidde vervolgens tot een inhoudelijke beoordeling van het omzetplafond dat CZ aan een aanbieder van ggz had aangeboden. De zorgverzekeraar werd verplicht om de onderhandelingen voort te zetten.

14 Geeft een bestaande overeenkomst met de zorgverzekeraar garantie op een opvolgende overeenkomst?

Nee, dat geeft een bestaande overeenkomst in principe niet. Mogelijk spreken de zorgverzekeraar en zorgaanbieder wel een optie tot verlenging met elkaar in de overeenkomst af. Maar dit is iets anders dan een garantie op een overeenkomst voor het volgende jaar, buiten de situatie dat een meerjarige overeenkomst is gesloten.



→ Wel kan onder bepaalde omstandigheden een lange contractduur soms meespelen in de gerechtvaardigde verwachtingen die een partij mag hebben. Zo mocht VGZ bij een contractuele relatie met een zorgaanbieder van 12 jaar, bij haar beslissing om de contractuele relatie al dan niet voort te zetten dan wel enkel onder sterk gewijzigde en voor de zorgaanbieder ingrijpende voorwaarden, zich niet alleen laten leiden door haar eigen gerechtvaardigde belangen, die van haar verzekerden en die van de mede door haar behartigde belangen van de gezondheidszorg in het algemeen, maar zich ook mede moest laten leiden door de gerechtvaardigde belangen van haar jarenlange contractpartner (Vzr. Rechtbank Arnhem, 18 juni 2012, [ECLI:NL:RBARN:2012:BW9172](#)).

→ Het hof Arnhem-Leeuwarden oordeelde in een andere kwestie dat hoewel partijen gedurende 25 jaar met elkaar via opeenvolgende contracten voor bepaalde tijd samenwerkten, niet volgt dat een duurovereenkomst was ontstaan. De duur van de samenwerking kon slechts worden meegenomen bij de toetsing aan de maatstaven van redelijkheid en billijkheid, waarbij namelijk alle omstandigheden van het geval worden meegewogen (Hof Arnhem Leeuwarden 2014, [ECLI:NL:GHARL:2014:3666](#), bekrachtigd in cassatie, [ECLI:NL:HR:2015:3565](#)).

15 Kan een zorgaanbieder verplicht worden een overeenkomst met een zorgverzekeraar aan te gaan of met bepaalde contractuele voorwaarden akkoord te gaan?

Nee, in beginsel kan een zorgaanbieder daar niet toe verplicht worden. Een zorgaanbieder heeft namelijk contractsvrijheid.

Slechts in uitzonderlijke omstandigheden kan een zorgaanbieder verplicht worden een (betaal)overeenkomst met een zorgverzekeraar af te sluiten of met bepaalde contractuele voorwaarden akkoord te gaan. Een zorgaanbieder kan namelijk door de NZa verplicht worden een overeenkomst met het zorgverzekeraar aan te gaan als sprake is van aanmerkelijke marktmacht (zie [artikel 48 Wmg](#)). Zie onderstaand voor zo'n uitzonderlijke casus en zie voorts vraag en antwoord 35:



- In 2022 heeft het Cbb uitspraak gedaan in een geschil waarin zorgaanbieder Emergis een door de NZa opgelegde contracteer- en transparantieverplichting aanvocht ([College van Beroep voor het bedrijfsleven 15 maart 2022, ECLI:NL:CBB:2022:113](#)).
- Emergis is een belangrijke aanbieder van geestelijke gezondheidszorg in Zeeland. De NZa had Emergis een contracteerverplichting en transparantieverplichting opgelegd omdat de zorgaanbieder volgens de NZa op een aantal relevante markten over AMM beschikt. Zo slaagde Emergis erin (i) bij zorgverzekeraars verhogingen van omzetplafonds af te dwingen, (ii) geen afspraken te maken over doelmatigheid van zorg aan complexe patiënten én (iii) dure patiënten uit te zonderen van de overeengekomen omzetplafonds. In deze acties zag de NZa noodzaak een transparantie- en contracteerverplichting aan Emergis op te leggen.
- De transparantieverplichting bestaat eruit dat Emergis een plan van aanpak moet opstellen dat – sterk samengevat – ten doel heeft doelmatigheid te verbeteren. Het plan van aanpak moet worden afgestemd met de vier grote zorgverzekeraars, waarbij Emergis ook de verplichting heeft gedurende drie jaar over de voortgang te rapporteren bij deze zorgverzekeraars en bij de NZa.
- De contracteerverplichting heeft als doel om zeker te stellen dat de uit de transparantieverplichtingen voortvloeiende doelmatigheidsverbeteringen ook geëffectueerd worden. Zo moet Emergis voldoen aan redelijke verzoeken van zorgverzekeraars tot het overeenkomen van billijke contractvoorwaarden.
- Het Cbb stelde de NZa in het gelijk. Volgens de Cbb waren de genoemde maatregelen geschikt om geconstateerde problemen op te lossen, zijn deze maatregelen noodzakelijk om de zorgverzekeraars de door de wetgever beoogde rol in het zorgstelsel waar te laten maken én is gekozen maatregel proportioneel. De Emergis-zaak is uitzonderlijk in die zin dat de NZa zelden een

contracteerplicht oplegt. Zie voor een ander voorbeeld College van Beroep voor het bedrijfsleven 7 juni 2012, [ECLI:NL:CBB:2012:BW7731](#).

16 Wat zijn de consequenties als een zorgaanbieder zich niet (langer) kan houden aan de in een overeenkomst gestelde voorwaarden?

Als een zorgaanbieder zich niet langer kan houden aan de overeengekomen afspraken, is er sprake van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis. Als deze tekortkoming aan de zorgaanbieder kan worden toegerekend, is er sprake van wanprestatie. De zorgaanbieder is in dat geval schadeplichtig. De zorgverzekeraar kan in beginsel de zorgaanbieder alsnog aanspreken op nakoming, de overeenkomst ontbinden (afhankelijk van de ernst van de tekortkoming), schadevergoeding vorderen of zijn eigen verplichting opschorten. De daadwerkelijke aanspraak van de zorgverzekeraar hangt steeds af van de afspraken uit de overeenkomst en de ernst van de wanprestatie.

Uitgangspunt is dat een partij die de afspraken niet of niet goed nakomt, eerst in de gelegenheid moet worden gesteld om de tekortkoming te herstellen. De wederpartij – hier de zorgverzekeraar – stuurt dan een zogenaemde 'ingebrekestelling'. Dit is een sommatie waarin staat aan welke verplichtingen de zorgaanbieder niet voldoet en waarin de zorgaanbieder een redelijke termijn krijgt om de tekortkoming alsnog te herstellen. Doet de zorgaanbieder dat niet, dan is er sprake van verzuim en is de zorgaanbieder schadeplichtig. In sommige gevallen is een ingebrekestelling echter overbodig, omdat nakoming blijvend onmogelijk is geworden. In die gevallen treedt het verzuim direct in en is de zorgaanbieder meteen aansprakelijk.

Als een zorgaanbieder in een toestand verkeert dat hij heeft opgehouden te betalen, kan de rechtbank een zorgaanbieder failliet verklaren. Het faillissement kan worden aangevraagd door de zorgaanbieder zelf of een schuldeiser, mits de zorgaanbieder minstens twee schulden bij twee schuldeisers heeft, waarvan ten minste één schuld opeisbaar is (bijvoorbeeld vanwege een verlopen betalingstermijn). Bij een faillietverklaring verliest de zorgaanbieder de beschikking over zijn vermogen en wordt een curator aangesteld om het faillissement af te wikkelen. Dit leidt vaak tot het stopzetten van de bedrijfsactiviteiten, beëindiging van contracten en onslag van de werknemers, hoewel de curator kan besluiten bepaalde overeenkomsten voort te zetten. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd beschrijft in de [Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp](#) dat zorgaanbieders bij (dreigende) discontinuïteit door faillissement een actuele analyse van hun cliëntenpopulatie, een risico-inventarisatie voor de cliëntenzorg en duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling en communicatielijnen vastleggen.

17 Wat zijn de grootste verschillen tussen zorgverkoop onder de Zvw en de Wet langdurige zorg?

In diverse vragen en antwoorden komt naar voren dat er verschillen bestaan tussen de zorgverkoop onder de Zvw en de Wet langdurige zorg.

Denk aan de volgende verschillen:

- Zorgverzekeraars zijn gebonden aan het mededingingsrecht, zorgkantoren zijn dat niet. Zie vraag en antwoord 30.
- Zorgverzekeraars hanteren geen gezamenlijk inkoopbeleid, zorgkantoren doen dat voor een aanzienlijk gedeelte wel. Zie vraag en antwoord 4.
- Het is nog geen uitgemaakte zaak dat voor Zvw-zorg ook de leer van 'reële tarieven' geldt, zoals bij de zorgkantoren. Daarvoor zijn wel aanwijzingen, zie vraag en antwoord 20. Afhankelijk van de sector is het daarnaast mogelijk voor zorgaanbieders om te onderhandelen met zorgverzekeraars over de hoogte van de tarieven en andere contractvoorwaarden. Zie vraag en antwoord 11.
- Onder de Zvw is het mogelijk om zonder overeenkomst met de zorgverzekeraar zorg te leveren. Onder omstandigheden kan de zorgaanbieder deze zorg zelfs declareren bij de zorgverzekeraar, via een betaalovereenkomst of cessie. Zie vraag en antwoord 35. In de Wlz is het voor aanbieders van Wlz-zorg niet mogelijk om zorg te leveren zonder overeenkomst met het zorgkantoor, uitgezonderd van zorg via het persoonsgebonden budget.

De inhoud van het contract

18 Aan welke wettelijke vereisten moet de overeenkomst voldoen?

De Zvw regelt niet welke voorwaarden zorgverzekeraars in hun contract verhouding met de zorgaanbieder moet opnemen, daarvoor geldt contractsvrijheid. Zo is bijvoorbeeld niet voorgeschreven wat de looptijd van een overeenkomst moet zijn. Zorgverzekeraars leggen in hun inkoopbeleid vast binnen welke kaders en onder welke voorwaarden zij overeenkomsten willen aangaan, afwijking van het bepaalde in het inkoopbeleid is beperkt mogelijk (zie vraag 4 en 6).

Om te kunnen spreken van een rechtsgeldige overeenkomst is wel steeds vereist dat er sprake is van een aanbod en de aanvaarding daarvan. Is er geen aanbod tot stand gekomen – bijvoorbeeld doordat partijen in verkennende gesprekken zijn blijven steken – of is het aanbod niet aanvaard – bijvoorbeeld omdat de wederpartij de tarieven niet goed genoeg vindt – dan komt de overeenkomst niet tot stand.

19 Hoe worden de tarieven bepaald?

Ook hier geldt dat er een verschil zichtbaar is tussen zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraars individueel onderhandelen en de zorgaanbieders aan wie de zorgverzekeraars een aanbod doen (zie vraag en antwoord 1). In het eerste geval komen de tarieven tot stand door onderhandeling. In het tweede geval wordt veelal een bepaald tarief geboden waarvan de zorgaanbieder kan besluiten dat al dan niet te accepteren. Daarbij geldt dat het vertrekpunt vrije-, vaste- of maximumtarieven kunnen zijn, zie vraag en antwoord 47.

Voor GZSP gelden voor bepaalde prestaties vrije tarieven (bijvoorbeeld voor paramedische zorg, dat onderdeel kan zijn van GZSP groepsbehandeling) en voor andere prestaties maximum tarieven (bijvoorbeeld voor onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg). Ook voor de zintuigelijke gehandicaptenzorg gelden maximum tarieven.

De [NZa reguleert de tarieven in de gezondheidszorg](#). In het geval van vaste- of maximumtarieven zijn zorgaanbieders niet vrij om de tarieven te bepalen die zij gebruiken om zorg te declareren. Zij moeten daarvoor de prestaties en tarieven gebruiken die de NZa in tariefbeschikkingen heeft vastgesteld.

De NZa stelt die maximumtarieven meestal vast op basis van onderzoek naar de kosten van zorgaanbieders. Het gemiddelde van die kosten in een bepaald jaar is dan de basis voor de tarieven. Het CBb, de rechter die over de tarieven gaat, heeft die methode van tariefberekening geaccepteerd. De [regel van het CBb](#) is dat de tarieven van de NZa dekking moeten geven aan de redelijke kosten van de zorg. De NZa moet de tarieven bovendien draagkrachtig onderbouwen. Zie ook vraag en antwoord 21 hierna.

In de [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) en de [Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg](#) heeft de NZa opgenomen dat, om constructief te kunnen onderhandelen, transparantie, duidelijkheid en een deugdelijke toelichting van het contractvoorstel van belang zijn. Dat geldt ook voor de transparantie en duidelijkheid over de techniek (zie vraag en antwoord nummer 2 hiervoor).

Als startpunt van de onderhandeling hanteren de zorgverzekeraar en zorgaanbieder als index voor loonstijgingen de OVA (Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling).



Deze afspraak volgt ook uit IZA (zie ook vraag en antwoord 29). Een zorgverzekeraar die deze index niet als startpunt had gebruikt – er was geheel geen rekening gehouden met de OVA – werd verplicht de OVA volledig en zonder korting door te berekenen in de tarieven (Vzr. Rechtbank Den Haag 12 oktober 2023, [ECLI:NL:RBDHA:2023:15338](#)).

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn beide in hun contractvoorstel en offerte transparant over welke basis en indexaties zij hebben gehanteerd. Als de gehanteerde indexatie afwijken van de landelijk beschikbare sectorale indexaties, inclusief nacalculaties, wordt toegelicht hoe zij hiertoe gekomen zijn.

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn beide in hun contractvoorstel en offerte transparant over welke op- en/of afslagen in relatie tot de tarieven zij toepassen en lichten toe waarom op- en afslagen worden genomen.

20 Heb ik recht op reële tarieven?

Onder reële tarieven wordt verstaan tarieven die een goede verhouding kennen tussen de prijs voor de levering van een voorziening en de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van dezelfde voorziening. Dat betekent niet dat steeds het tarief moet worden vastgesteld dat voor elk zorgaanbieder kostendekkend is – dat zou immers de duurste aanbieder bepalend maken en de kostenbeheersing te zeer onder druk zetten. Wel moet in bepaalde gevallen rekening gehouden worden met organisatie-specifieke en regionale effecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw.



In maart 2023 heeft de rechtbank Den Haag voor het eerst geoordeeld dat een zorgverzekeraar 'reële tarieven' moet bieden aan een zorgaanbieder (Vzr. Rechtbank den Haag 3 maart 2023, [ECLI:NL:RBDHA:2023:2685](#)). Een belangrijke uitspraak omdat er geen plicht staat opgenomen tot het betalen van 'reële tarieven' in de Zvw en tot op heden niet geoordeeld is dat zorgverzekeraars gebonden zijn aan de aanbestedingsbeginselen (zie ook vraag en antwoord 3). De grondslag voor het moeten bieden van reële tarieven vloeit volgens de rechtbank Den Haag voort uit de redelijkheid en billijkheid. De zorgverzekeraar – die in de voorliggende kwestie een heel groot marktaandeel had – was verplicht om 'een bijzondere zorgvuldigheid' in acht te nemen bij het bieden van haar tarieven.

Voor de gemeentelijke zorg (Wmo 2015 en Jeugdwet) staat sinds 2015 in de wet dat gemeenten 'reële tarieven' moeten betalen. Uit jurisprudentie volgt ook dat de Dienst Justitiële Inrichtingen voor forensische zorg en zorgkantoren voor Wlz-zorg reële tarieven moeten betalen.



→ Sinds 2020 weten we dat ook zorgkantoren reële tarieven moeten betalen voor langdurige zorg (Vzr. Rechtbank Den Haag 1 oktober 2020, [ECLI:NL:RBDHA:2020:9527](#)). De reden daarvan is dat zorgkantoren zijn geboden aan de beginselen van het aanbestedingsrecht, waaronder het proportionaliteitsbeginsel. Dat betekent dat er een redelijke verhouding moet zijn tussen de gevraagde dienstverlening en de daarvoor geboden tarieven.

→ Dezelfde rechtbank Den Haag kwam daarnaast enkele maanden later in een geschil tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder van hulpmiddelen tot de conclusie dat er geen sprake was van een zorgplicht voor de zorgverzekeraar om reële tarieven te bieden, omdat de Zvw daarvoor geen grondslag kent en er ook van zeer specifieke omstandigheden geen sprake was (Vzr. Rechtbank Den Haag, 20 december 2023, [ECLI:NL:RBDHA:2023:20563](#)).

Een zwaluw maakt echter nog geen zomer. Er zijn goede aanknopingspunten dat ook zorgverzekeraars reële tarieven moeten betalen, maar de rechtspraak is op dit punt nog in ontwikkeling.

21 Kan ik iets doen tegen de hoogte van maximumtarieven van de NZa?

De NZa heeft de verplichting kostendekkende maximumtarieven vast te stellen (zie bijvoorbeeld [College van Beroep voor het bedrijfsleven 26 april 2022](#), [ECLI:NL:CBB:2022:182](#)).

Als een of meerdere maximumtarieven volgens de zorgaanbieder niet kostendekkend zijn, kan de zorgaanbieder niet de zorgverzekeraar aanspreken: zij gaan immers niet over de hoogte van de maximumtarieven. Dat is de NZa.

Het is dus aan te raden om in een situatie waarin er bezwaren bestaan tegen de hoogte van de maximumtarieven om (tijdig) [bezwaar en zo nodig beroep](#) aan te tekenen tegen de tariefbeschikking van de NZa waarin de betreffende maximumtarieven zijn vastgesteld. Het verdient aanbeveling om intern en zo nodig extern juridisch advies in te winnen alvorens deze stappen worden ondernomen. Als geen bezwaar en beroep ingesteld wordt, komen de maximumtarieven definitief vast te staan.

De NZa bepaalt of wijzigt de maximumtarieven op basis van de resultaten uit een (periodiek) kostenonderzoek. Het doel van het kostenonderzoek is ervoor te zorgen dat de tarieven kostendekkend zijn en de zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. De NZa verzoekt

zorgaanbieders om kostengegevens te verstrekken. De NZa analyseert deze gegevens om een representatief beeld te krijgen van de kosten die gemoeid zijn bij het leveren van verschillende zorgdiensten. Vervolgens raadpleegt de NZa belanghebbenden, waaronder zorgaanbieders en zorgverzekeraars, om de bevindingen te bespreken alvorens de maximumtarieven vast te stellen. Het is daarom in het belang van zorgaanbieders om mee te werken aan deze onderzoeken, omdat dit bijdraagt aan het vaststellen van eerlijke en kostendekkende maximumtarieven.

22 Wat is een zorgkostenplafond en moet ik daarmee instemmen?

Een zorgkostenplafond – ook wel budgetplafond – is een afspraak tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder waarbij partijen afspreken dat zorg geleverd boven het plafond niet voor vergoeding in aanmerking komt. De zorgaanbieder mag de zorg geleverd boven het plafond ook niet in rekening brengen bij de verzekerde.

Het zorgkostenplafond kan op verschillende manieren ingericht worden, bijvoorbeeld één maximumbedrag voor alle geleverde zorg of verschillende plafonds per zorgsoort/ behandeling. Een gemiddelde kostprijs per cliënt (relatief budgetplafond genoemd) en staffelafspraken komen ook voor. Een voorbeeld van een staffelafpraak is dat de geleverde zorg tot € 100.000,- volledig wordt vergoed, de daarna geleverde zorg voor 50% tot aan € 125.000,- en de overige zorg niet.



- Uit diverse uitspraken blijkt dat budgetplafonds gebruikelijk zijn en niet in strijd met de Zvw of andere regelgeving ([ECLI:NL:RBGEL:2019:6336](#), [ECLI:NL:RBDHA:2019:1128](#), [ECLI:NL:RBDHA:2019:7545](#), [ECLI:NL:GHDHA:2022:828](#), [ECLI:NL:RBGEL:2023:117](#)).
- Een zorgaanbieder is niet verplicht om met een zorgkostenplafond in te stemmen. Wel bestaat het risico dat er vervolgens geen overeenkomst tot stand komt. In de regel is de zorgaanbieder te laat als hij past klaagt bij een terugvordering als gevolg van een overeengekomen budgetplafond: van een zorgaanbieder mag verwacht worden dat hij de inhoud van de overeenkomst overziet en dus vóór het sluiten van de overeenkomst klaagt ([ECLI:NL:RBDHA:2019:7545](#), [ECLI:NL:RBGEL:2023:1176](#)).
- In een beperkt aantal gevallen was een budgetplafond toch niet geldig, omdat het plafond bijvoorbeeld onvoldoende onderbouwd of helder bleek te zijn ([ECLI:NL:RBGEL:2019:6336](#), [ECLI:NL:RBGEL:2020:2700](#), [ECLI:NL:GHDHA:2021:1096](#)).

In het inkoopbeleid staat veelal opgenomen hoe om te gaan met de situatie van een dreigende overschrijding van het zorgkostenplafond. In de regel wordt van de zorgaanbieder verwacht dat hij tijdig aan de belt trekt bij een dreigende overschrijding, bijvoorbeeld als het zorgkostenplafond voor 70-80% is volgelopen. Ook vragen

zorgverzekeraars in de regel om een verklaring van de verwachte overschreiding, een onderbouwde prognose en plannen om de omzetstijging te beperken. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval, kan de zorgverzekeraar besluiten om bij te contracteren. Bijcontracteren is echter de uitzondering en niet de regel.

Het bereiken van het zorgkostenplafond is in beginsel geen legitieme reden voor een zorgaanbieder om de behandelingsovereenkomst met de cliënt te beëindigen. Mogelijk kan de zorgaanbieder wel een 'cliëntenstop' in voeren voor nieuwe cliënten, om op die manier de overschrijding te voorkomen of te beteugelen. Zie daarvoor vraag en antwoord 23 hierna voor situaties waarin dat niet toegestaan is.



Tip: denk goed na over de gevolgen van een zorgkostenplafond. Vraag de zorgverzekeraar om de hoogte van het aangeboden zorgkostenplafond te onderbouwen (zie vraag en antwoord 2 en 13). Is er bij de berekening van het plafond voldoende rekening gehouden met relevante ontwikkelingen, bijvoorbeeld een groeiende vraag of verzwaarde doelgroep? Zie vraag en antwoord 27 voor de vraag of een zoraanbieder recht heeft op groei. Kom je er niet uit met de zorgverzekeraar? Schakel dan tijdig de interne of externe jurist in voor advies.

23 Wat is een doorleverplicht en moet ik daarmee instemmen?

Een doorleverplicht (ook wel acceptatieplicht genoemd) kan opgenomen worden in een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Een doorleverplicht wordt gekoppeld aan een zorgkostenplafond (zie vraag en antwoord 22). De afspraak houdt in dat het bereiken van het plafond geen reden mag zijn voor de zorgaanbieder om nieuwe verzekerden van de zorgverzekeraar te weigeren. De aanbieder moet alle cliënten, ook nieuwe, in behandeling nemen zonder dat daar vergoeding tegenover staat of een beperktere vergoeding. Feitelijk komt daarmee het risico van overschrijding van het zorgkostenplafond geheel voor rekening van de zorgaanbieder.

Net als bij het zorgkostenplafond is er geen verplichting voor een zorgaanbieder om met een doorleverplicht in te stemmen. Het is denkbaar dat een zorgverzekeraar zonder een doorleverplicht geen overeenkomst wil sluiten.



- Er is nog geen rechtspraak over de toelaatbaarheid van de doorleverplicht bij Zvw-zorg. Wel is er rechtspraak die ziet over de Jeugdwet/Wmo. Daarbij werd geoordeeld dat bij een combinatie van zorgkostenplafond en doorleverplicht, waarbij een reële kans bestaat op overschrijding van het budgetplafond een passende-risico verdeling voor de hand ligt. Het risico volledig leggen bij de jeugdhulpaanbieder is niet proportioneel.
- Een 'veiligheidsventiel' kan een oplossing zijn als het op voorhand duidelijkheid creëert over de vraag hoe in een voorkomend geval wordt omgegaan met een

aan niet aan de zorgaanbieder te wijten overschrijding van het budget. Het 'in gesprek gaan' bij een overschrijding is geen veiligheidsventiel, omdat de uitkomst van het gesprek ongewis is. Een opzegtermijn van zes maanden kan bijvoorbeeld wel een veiligheidsventiel zijn ([ECLI:NL:GHDHA:2017:260](#), [ECLI:NL:RBLIM:2018:6210](#)).



Tip: zeker in het geval van een doorleverplicht is het belangrijk om een adequaat zorgkostenplafond overeentekomen. Denk goed na over de gevolgen van de doorleverplicht en denk aan de optie van een adequaat veiligheidsventiel als een doorleverplicht wordt afgesproken.

24 Wat zijn machtigingen en waarom gebruikt de zorgverzekeraar machtigingen?

Zorgverzekeraars kunnen als voorwaarde stellen dat de verzekerde bij bepaalde vormen van zorg – zoals bijvoorbeeld geplande zorg in het buitenland of niet-gecontracteerde wijkverpleging – vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Deze voorafgaande toestemming heet ook wel een machtiging. Blijft toestemming uit, dan wordt de desbetreffende zorg niet vergoed. Het hanteren van een dergelijke voorwaarde moet blijken uit de verzekeringsvoorwaarden.

Het machtigingsvereiste is voor zorgverzekeraars een instrument om de door verzekerden af te nemen zorg te sturen. Het stelt hen in staat om vóóraf te beoordelen of de voorgenomen zorg onder de verzekeringsdekking valt en of de verzekerde daarop aangewezen. Dat is met name krachtig tegenover niet-gecontracteerde zorgaanbieders, omdat in die gevallen de mogelijkheden tot controle achteraf lastiger zijn.



→ De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (**SKGZ**) [oordeelde](#) in 2021 dat de verzekeraar geen beroep kon doen op de eis van voorafgaande toestemming voor de behandeling in het buitenland, omdat de verzekerde niet op een juiste wijze voorafgaand of bij het sluiten van de zorgverzekerings-overeenkomst in kennis is gesteld van de geldende verzekeringsvoorwaarden.

→ De voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland-West-Brabant wees de vordering van een zorgaanbieder tot verbieden van de zorgverzekeraar om een beroep te doen op het machtigingsvereiste in de polisvoorwaarden af. De rechtbank kon op basis van drie afgewezen machtigingsaanvragen niet concluderen dat sprake was van stelselmatig onterecht dan wel onvoldoende gemotiveerd afwijzen van machtigingsaanvragen. Een generiek verbod zou zorgverzekeraars daarnaast ten onrechte beperken in de vrijheid om in voorkomende gevallen vergoeding te weigeren wanneer voor een weigering wettelijke of contractuele gronden bestaan ([ECLI:NL:RBZWB:2017:12](#)).

25 Wat als ik gedurende het jaar toch meer productie heb dan vooraf afgesproken?

Het hangt af van de gemaakte afspraken wat de gevolgen zijn van een hogere productie dan voorzien. Relevant is of er een zorgkostenplafond (zie vraag en antwoord 22) is en of er een doorleverplicht (zie vraag en antwoord 23) is. Als er een doorleverplicht is, dan is de zorgaanbieder verplicht om ook nieuwe cliënten in behandeling te blijven nemen (zie vraag en antwoord 23).

Belangrijk is om de zorgverzekeraar tijdig op de hoogte te stellen van nadere overproductie. Door tijdig het gesprek aan te gaan is er nog ruimte om te bezien of het budgetplafond opgehoogd kan worden. Vaak staan in de overeenkomst met zorgverzekeraars ook afspraken opgenomen bij welk percentage (veelal 70-80%) en op welk moment in het jaar de zorgaanbieder de zorgverzekeraar moet inlichten over een naderende overschrijding of vollopen van het plafond.

26 Kan de zorgverzekeraar eisen stellen aan mijn bedrijfsvoering?

Ja, dat kan de zorgverzekeraar doen. De zorgverzekeraar neemt dergelijke eisen op in het inkoopbeleid.

De eisen in het inkoopbeleid kunnen variëren. Denk bijvoorbeeld aan eisen die zien op het aantoonbaar hebben ingevoerd van de Governancecode Zorg, het hebben van bepaalde kwaliteitskeurmerken en het zorgen voor transparante administratie. Ook de eis voor het maken van een zorgprogramma kan de bedrijfsvoering raken: bijvoorbeeld als het zorgprogramma beoogt invloed te hebben op de organisatie van de zorg, de inzet van het personeel en/of de administratieve processen.

De uniformere uitgangspunten GZSP in een groep en GZSP individueel bevatten ook diverse eisen voor zorgaanbieders. Bijvoorbeeld dat de zorgaanbieders het kwaliteitsbeleid van hun beroepsorganisatie (Verenso, NVAVG, NIP, KNGF, PPN) volgen. Een ander vereiste is dat de gedragswetenschapper een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper is, die andere disciplines kan inzetten als er een zorgprogramma is waarin dit duidelijk beschreven is.

Zoals volgt uit vraag en antwoord 3 (onderste blokje met rechtspraak) en vraag en antwoord 12, is de zorgverzekeraar in beginsel vrij om de voorwaarden te formuleren waaronder zij wil contracteren. In elk geval is de zorgverzekeraar gehouden aan de maatstaven van redelijkheid en billijkheid. In het geval een zorgaanbieder van oordeel is dat de voorwaarden niet acceptabel zijn – omdat zij bijvoorbeeld discriminatoir of simpelweg niet-uitvoerbaar zijn – kan een zorgaanbieder in het uiterste geval het inkoopbeleid ter toetsing voorleggen aan de rechter of de geschilleninstantie zorgcontractering (zie vraag 39 en 41).

27 Heb ik recht op groei als zorgaanbieder?

Nee, een zorgaanbieder heeft geen 'recht' op groei.

Een zorgverzekeraar kan de omzetgroei van een zorgaanbieder beperken door een zorgkostenplafond op te nemen. Een zorgkostenplafond als zodanig is niet onrechtmatig (zie ook vraag en antwoord 22).



Uiteraard heeft de zorgverzekeraar zich te houden aan de maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Dat brengt bijvoorbeeld mee dat een zorgaanbieder wel in de gelegenheid gesteld moet worden om de bedrijfsvoering af te stemmen op de nieuwe situatie (rechtbank Arnhem 18 juni 2012, [ECLI:NL:RBARN:2012:BW9172](#)). Op deze grond kan een zorgaanbieder zich bijvoorbeeld ook verweren tegen (forse) krimpafspraken.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over de maximale volumegroei mogelijk in de sectoren medisch specialistische zorg, GGZ, wijkverpleging, huisartsenzorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg en multidisciplinaire zorg. Daaruit volgt geen recht voor individuele zorgaanbieders:

"Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages op het macrokader per sector en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie."

In het IZA zijn voor de sectoren eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en GZSP geen groeipercentages afgesproken. Een ruime groei is daar mogelijk, waarbij de groei ruimte jaarlijks eenzijdig door VWS wordt bepaald. Ook voor deze sectoren geldt dat deze afspraken geen 'recht' op groei geven. Dat de VGN geen partij is bij de IZA, doet aan het voorgaande niet af.



Het is daarnaast denkbaar dat zorgverzekeraars aan aanbieders die voorheen nog geen contract met de betreffende verzekeraar hadden minder aantrekkelijke voorwaarden krijgen aangeboden dan bestaande zorgaanbieders – denk aan een lager zorgkostenplafond of lagere tarieven. Dat is in beginsel toelaatbaar (zie hof Den Bosch 19 oktober 2021, [ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)).

28. Wat is controle en verantwoording door de zorgverzekeraar?

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht te controleren of de zorg rechtmatig en doelmatig is verleend. Zorgverzekeraars hebben daarvoor verschillende instrumenten tot hun beschikking:

Formele controle: de zorgverzekeraar controleert of de gedeclareerde zorg behoort tot het verzekerde pakket, of de zorgaanbieder bevoegd was om die zorg te leveren en of het juiste en overeengekomen tarief is gedeclareerd.

Materiële controle: de zorgverzekeraar controleert of de zorgaanbieder de meest aangewezen zorg, gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde, geleverd heeft. De zorgaanbieder is verplicht om mee te werken aan een materiële controle, uitgevoerd zoals beschreven in de [Regeling zorgverzekering](#). Doorgaans heeft de zorgverzekeraar aanvullende gegevens van de zorgaanbieder nodig. De zorgaanbieder moet daarbij de verplichtingen omtrent de bescherming van persoonsgegevens in ogenschouw nemen.

Fraudeonderzoek: de zorgverzekeraar onderzoekt of de verzekerde of de zorgaanbieder fraude hebben gepleegd bij de totstandkoming of in de uitvoering van de overeenkomst. Fraude omvat valsheid in geschrifte, bedrog, verduistering of benadeling van belanghebbenden, met als doel het verkrijgen van onrechtmatig voordeel voor de verzekerde of de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is verplicht om mee te werken aan een fraudecontrole (mits op de wijze omschreven in de [Regeling zorgverzekering](#)).

Het Integraal Zorgakkoord

29 Wat betekent het IZA voor de contractering met zorgverzekeraars?

Het **Integraal Zorgakkoord** is een overkoepelend hoofdlijnenakkoord voor een groot deel van de Zorgverzekeringswet zorg. Het IZA is een overeenkomst gesloten tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland ('ZN'), de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de Nederlandse Zorgautoriteit en diverse brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverleners. In het IZA hebben partijen afspraken gemaakt over de organisatie van de zorg in Nederland. Via contractering kunnen zorgverzekeraars actief sturen op de naleving van de afspraken uit het IZA.

Individuele zorginstellingen of hulpverleners zijn geen partij bij het IZA en zijn niet bij de totstandkoming van dit akkoord betrokken geweest. Dat maakt dat de bewoordingen van de bepalingen, gelezen in het licht van de gehele overeenkomst, in beginsel van doorslaggevende betekenis zijn. De afdwingbaarheid van het IZA hangt dus in belangrijke mate af van de wijze waarop de afspraken in het IZA zijn geformuleerd.

De VGN is geen partij bij het IZA. Dat maakt de verplichting vanuit ZN om zich aan het IZA te houden niet anders, maar de VGN kan de zorgverzekeraars niet direct op de eventuele niet-naleving daarvan aanspreken.

Mededinging

30 Mogen zorgverzekeraars samen optrekken bij (de voorbereiding van) de contractering?

Zorgverzekeraars zijn ondernemingen in de zin van het mededingingsrecht. Daardoor zijn zij bij de in te kopen zorg, anders dan zorgkantoren, gehouden aan de bepalingen uit de Mededingingswet. Het gevolg is dat zorgverzekeraars enkel kunnen samenwerken als daardoor de concurrentie niet wordt beperkt of als de samenwerking belangrijke voordelen meebrengt voor bijvoorbeeld de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg, de samenwerking niet verder gaat dan noodzakelijk en de voordelen ten goede komen aan de cliënten/verzekerden.

Dat betekent echter niet dat samenwerken helemaal nooit mogelijk is. In de eerste plaats is er 'volgbeleid'. Met volgbeleid mogen zorgverzekeraars onder bepaalde voorwaarden elkaars contract volgen, en hoeven zorgaanbieders niet met alle zorgverzekeraars verschillende contracten af te sluiten. Er wordt met één zorgverzekeraar afspraken gemaakt en de zorgaanbieder verzoekt de andere zorgverzekeraars die afspraken te volgen. Dat maakt het makkelijker de zorg beter te coördineren en in samenhang aan te bieden, de zorginkoop regionaal af te stemmen en administratieve lasten te verminderen.

De Autoriteit Consument en Markt ('ACM') heeft een zestal uitgangspunten geformuleerd om te toetsen of het volgbeleid voldoet aan de concurrentieregels:



- Het volgbeleid komt van de zorgaanbieder, niet van de zorgverzekeraar;
- De zorgaanbieder bepaalt welk contract wordt voorgelegd;
- Een volgverzoek mag ook gaan over tarieven;
- Een volgverzoek is een verzoek en geen verplichting;
- Een zorgverzekeraar bepaalt zelfstandig om wel of niet in te gaan op een volgverzoek van een zorgaanbieder en
- Zorgverzekeraars mogen (ook naar elkaar) de intentie uitspreken om, voor zover dat in het belang van hun verzekerden is, positief op een volgverzoek te reageren.

In de tweede plaats kan inkoopsamenwerking onder omstandigheden in overeenstemming met het mededingingsrecht plaatsvinden, omdat de mededinging niet wordt beperkt of omdat de samenwerking kortgezegd een positief effect heeft op de mededinging op de markt (art. 6 lid 3 Mw).

31 Mogen zorgaanbieders samen optrekken bij de voorbereiding van) contractering?

De hoofdregel is dat het zogenoemde kartelverbod concurrenten verbiedt om gezamenlijk prijsafspraken te maken, onderling klanten of afzetgebieden te verdelen, samen de afzet of de capaciteit te beperken of vooroverleg hebben bij inschrijving op aanbestedingen.

Maar ook afspraken tussen marktpartijen die niet elkaars concurrenten zijn, kunnen afhankelijk van de omstandigheden van het geval de concurrentie beperken. Dat is bijvoorbeeld het geval als een leverancier van een bepaald hulpmiddel afnemers daarvan verbiedt om producten van concurrerende leveranciers te verkopen (zie rnr 9 van de [ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'](#)).

Er mag dus niet over alle onderwerpen worden overlegd. Concurrentiegevoelige informatie mag niet worden uitgewisseld. Het gaat dan onder andere over afgesproken tarieven, kostprijzen, omzetgegevens, strategische plannen ten aanzien van werkgebieden en toekomstig aanbod. Het is ook niet toegestaan om te overleggen of afspraken te maken over de inschrijving of offerte die zorgaanbieders van plan zijn te doen in een inkoopprocedure. Ook het bespreken óf een zorgaanbieder een overeenkomst aangaat met een of meerdere zorgverzekeraars mag niet onderling gedeeld worden.

De [ACM](#) geeft de volgende voorbeelden van onderwerpen waar zorgaanbieders wel gezamenlijk over mogen overleggen:

- demografische ontwikkelingen en de invloed daarvan op de zorgvraag,
- de economische ontwikkeling en effecten daarvan,
- opbouw van de woningvoorraad en spanning op de woningmarkt,
- de mate van stedelijkheid en de afstand tot voorzieningen, en
- welke capaciteit er in totaal in een regio beschikbaar moet zijn (los van de vraag wie deze capaciteit mogen aanbieden).

In bijvoorbeeld de [Leidraad uitwisselen informatie afbouw capaciteit zorg](#) geeft de ACM specifiek de regels aan voor het uitwisselen van informatie bij de afbouw van bepaalde zorg.

32 Mogen zorgaanbieders samenwerken of met hoofd- en onderaanneming werken?

Er is veel ruimte voor samenwerking, zolang de concurrentie niet onnodig wordt beperkt en de afspraken niet schadelijk zijn voor cliënten en verzekerden. Vanuit mededingingsperspectief zijn drie thema's van belang.

1. Ondernemingen die een economische machtspositie hebben, mogen geen misbruik daarvan maken. In het kader van een samenwerking in de zorg kan sprake zijn van een bestaande economische machtspositie of kan een machtspositie ontstaan.
2. Het concentratietoezicht. Als een zorgaanbieder wil fuseren, een overname wil doen of een joint venture wil oprichten, is in veel gevallen goedkeuring van de NZa, ACM dan wel Europese Commissie nodig.

3. Het kartelverbod. Dit verbiedt ondernemingen afspraken te maken die tot doel of als gevolg hebben dat de concurrentie op de markt wordt verstoord. Prijsafspraken, marktverdelingsafspraken, afspraken over de omvang van productie en uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie (met name over actuele verkoopprijzen) zijn handelingen die vrijwel altijd verboden zijn.

Op het kartelverbod gelden twee uitzonderingen.

- Afspraken tussen maximaal 8 ondernemingen met lage omzetten of een laag gezamenlijk marktaandeel vallen niet onder het kartelverbod (omdat ze gebruik kunnen maken van een aparte uitzonderingsgrond, de zogenaamde "bagatelvrijstelling"). Als de samenwerkende partijen gezamenlijk meer dan € 1.100.000 omzet hebben, dan is de bagatelvrijstelling niet van toepassing. Daarmee is het effect van die vrijstelling voor de zorg erg beperkt.
- De tweede uitzondering op het kartelverbod is vaak relevant voor veel samenwerkingen. De samenwerking is uitgezonderd van het kartelverbod als het voldoet aan de volgende criteria:
 - a. Er moet sprake zijn van verbetering van de kwaliteit van de zorg, waarbij dat aspect ruim opgevat mag worden. Zo is er wetenschappelijke consensus dat een zekere specialisatie leidt tot kwaliteitsverbetering. Een samenwerking die dat tot doel heeft (en aannemelijk kan maken dat dat doel bereikt wordt), neemt die eerste horde.
 - b. De kwaliteitsvoordelen moeten ten goede komen aan de 'klant'. Dat zal het geval zijn als de samenwerking gezondheidswinst bij de cliënt beoogt. Als de kwaliteitswinst zit in lagere kosten, dan verwacht de ACM dat dat voordeel ook aan de cliënt (of zijn verzekeraar) wordt doorgegeven.
 - c. de samenwerking moet noodzakelijk zijn en ook niet verdergaan dan noodzakelijk is ('proportioneel' zijn).
 - d. Er moet voldoende restconcurrentie overblijven. Een samenwerking die alle restconcurrentie wegdrukt, kan niet onder de uitzondering van het kartelverbod worden gebracht.

Van belang is voorts de in 2019 gepubliceerde [Beleidsregel Juiste zorg op de Juiste plek van de ACM](#). In deze handreiking zet de ACM uiteen dat veel samenwerking gewoon mag. Als de voordelen voor cliënten en verzekerden opwegen tegen de nadelen, zijn ook afspraken met grote gevolgen voor de concurrentie toegestaan. Als deze toch te ver gaan, moeten ze wel worden aangepast. De ACM heeft echter toegezegd geen boetes op te leggen voor de overtreding van het kartelverbod als de gemaakte afspraken zijn gebaseerd op een vijftal procedure voorwaarden.

Het gaat om de volgende cumulatieve voorwaarden.

- Afspraken tot verplaatsing van zorg zijn gebaseerd op een gedeeld en openbaar regiobeeld.
- Afspraken tot verplaatsing van zorg en daarmee nagestreefde doelstellingen zijn onderbouwd.
- Bij het komen tot een afspraak voor verplaatsing van zorg worden zorgaanbieders, zorginkopers en cliëntenorganisaties volwaardig betrokken.

- De gemaakte afspraken zien niet op het beperken, verhinderen of anderszins bemoeilijken van toetreding en/of uitbreiding van activiteiten.
- De afspraken tot verplaatsing van zorg, de doelstellingen en de wijze waarop deze meetbaar en (achteraf) toetsbaar zijn, zijn transparant en openbaar.

Tot slot is van belang dat ook uit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar bepaalde voorwaarden kunnen volgen. Zo kan bijvoorbeeld als eis gesteld worden dat slechts een bepaald percentage van de zorg in onderaanneming geleverd mag worden, of dat voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

33 Wat zijn de gevolgen voor bestaande cliënten en nieuwe cliënten als ik geen overeenkomst meer wil sluiten met de zorgverzekeraar?

De gevolgen van het niet langer contracteren door een zorgaanbieder met een zorgverzekeraar zijn voor bestaande cliënten anders dan voor nieuwe cliënten.

Voor zorgverlening aan bestaande cliënten moet de zorgverzekeraar gedurende een bepaalde periode hetzelfde tarief vergoeden als toen er nog een overeenkomst bestond. Uit [artikel 13 lid 5 Zvw](#) volgt namelijk dat in zo'n situatie de verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht heeft op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van de zorgverzekeraar.

Uit rechtspraak volgt dat de zorgaanbieder bij het voorzetten van deze zorgverlening recht heeft op het laatst geldende tarief (rechtbank Midden-Nederland 8 april 2015, [ECLI:NL:RBMNE:2015:2742](#)). Algemeen uitgangspunt is om daarbij een overgangstermijn aan te houden van één jaar.

Dat geldt niet voor nieuwe cliënten. Voor hen is de zorgaanbieder 'gewoon' een niet-gecontracteerde aanbieder. De zorgaanbieder kan aan hen ieder tarief in rekening brengen, zo lang dat tarief niet in strijd is met door de NZa vastgestelde tarieven (vastel- dan wel maximumtarieven). Wel is het goed denkbaar dat de zorgverzekeraar het gefactureerde bedrag niet volledig zal vergoeden.

In veel polisvoorwaarden van naturaverzekeringen staat dat de zorgverzekeraar slechts een bepaald percentage van de facturen voldoet van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Zij betalen bijvoorbeeld een bepaald percentage van het gemiddelde door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief. Het verschil tussen de factuur van de zorgaanbieder en het deel dat de zorgverzekeraar betaalt, komt voor rekening van de cliënt/verzekerde. Wel is het mogelijk dat de zorgaanbieder besluit om het resterende deel van de factuur dat niet gedekt wordt door de verzekering, voor eigen rekening te nemen.

In restitutiepolissen staat veelal opgenomen dat restitutieverzekerden het gehele bedrag vergoed krijgen, zolang dit bedrag 'naar Nederlandse marktomstandigheden passend' is. Naar Nederlandse marktomstandigheden passend betekent dat de zorgverzekeraars de kosten die hoger zijn dan de naar Nederlandse marktomstandigheden passende kosten niet hoeven te vergoeden.



→ Uit rechtspraak (Hoge Raad 21 april 2023, [ECLI:NL:HR:2023:664](#)) volgt dat het op de weg van de zorgverzekeraar ligt om aan te tonen dat van dergelijke kosten sprake is. In de rechtspraak is aangenomen dat de zorgverzekeraar de methodiek van de zogeheten 'tweestappentoets' kan inzetten om aan te tonen dat een bedrag hoger is dan 'naar Nederlandse marktomstandigheden passend'. De zorgverzekeraar zal eerst in kaart moeten brengen welke bandbreedte van tarieven voor een specifieke behandeling als marktconform worden beschouwd (stap 1) en zal vervolgens moeten beoordelen of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van deze bandbreedte (stap 2).

- De SKGZ **oordeelde** dat de zorgverzekeraar met de enkele stelling dat slechts twee procent van de declaraties uitgaat van een hoger tarief niet voldoet aan de 'tweestappentoets'.

Als er NZa-maximumtarieven zijn, dan moet de zorgverzekeraar in ieder geval tot aan dat maximumtarief vergoeden.

34 Wat zijn de voor- en nadelen van niet-contracteren?



Voordelen kunnen zijn:

- Het zelf kunnen vaststellen van tarieven binnen de ruimte die daarvoor bestaat op grond van de tariefregulering, hogere omzet;
- Niet gebonden aan budgetplafond en/of doorleverplichten;
- Met een betaalovereenkomst (zie vraag en antwoord 35) blijft de facturering via zorgverzekeraar verlopen;
- Mogelijk een lagere administratielast.



Nadelen kunnen zijn:

- Cliënten met een naturapolis krijgen in beginsel niet het volledige factuurbedrag vergoed van de zorgverzekeraar, potentieel verlies cliënten;
- Geen doorverwijzingen vanuit bemiddeling zorgverzekeraar, potentieel verlies cliënten;
- Polisvoorwaarden die zorgverzekeraars hanteren, zoals een verwijzing of machtiging die alleen nodig is als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil gaan, potentieel verlies cliënten;
- Zonder betaalovereenkomst (zie vraag en antwoord 35) moet de zorgaanbieder rechtstreeks bij de cliënt declareren, dat levert een incassorisico op.

35 Wat is een betaalovereenkomst en heb ik daar recht op?

Een betaalovereenkomst is een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, die alleen gaat over de manier waarop de zorgaanbieder declaraties bij de zorgverzekeraar kan indienen.

Als een zorgaanbieder geen overeenkomst heeft gesloten met een zorgverzekeraar, dan moet de zorgaanbieder in beginsel de facturen rechtstreeks aan de cliënt versturen. De cliënt kan de factuur indienen bij zijn zorgverzekeraar. In plaats van uitbetaling direct door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder, zal de zorgverzekeraar het geld aan de verzekerde betalen. De verzekerde/cliënt moet vervolgens zelf de zorgaanbieder betalen. Dat levert een incassorisico op voor de zorgaanbieder. Een betaalovereenkomst voorkomt dat risico.

'Betaalovereenkomst' is geen wettelijk gedefinieerd begrip. Met een betaalovereenkomst wordt de aanbieder niet een 'gecontracteerde' aanbieder. Afgezien van de rechtstreekse betaling door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder, wordt er niets in de betaalovereenkomst geregeld, ook niet over wel tarief er in rekening gebracht kan worden.



Een zorgverzekeraar kan niet gedwongen worden om een betaalovereenkomst aan te gaan. In de rechtspraak is voor een specifieke situatie wel een uitzondering aangenomen, namelijk bij een zorgaanbieder met voor een gedeelte een zeer kwetsbare doelgroep (verslavingscliënten met schuldenproblematiek). In die situatie oordeelde het hof dat de zorgverzekeraar met de ggz-aanbieder een betaalovereenkomst moest sluiten, maar dan alleen voor de groep van klanten van de zorgaanbieder voor wie het niet-rechtstreeks betalen van de vergoedingen aan de zorgaanbieder door de zorgverzekeraar een hinderpaal vormt om de zorg af te nemen en voor zover de zorgverzekeraar niet op andere wijze rechtstreekse betalingen van de vergoedingen van de zorgaanbieder mogelijk maakt. Het hof expliciteerde dat het hierbij niet gaat om de gemiddelde zorggebruiker, maar om de 'gemiddelde kwetsbare' (hof Den Bosch 19 oktober 2021, [ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](https://www.eclii.nl/GHSHE:2021:3159)).

36 Kan ik zonder overeenkomst of betaalovereenkomst toch rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar?

Zoals volgt uit vraag en antwoord 35 is een overeenkomst of betaalovereenkomst nodig om rechtstreeks te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Er bestaat echter nog een alternatief: het werken met akte van cessies.

Bij een akte van cessie dragen cliënten van de zorgaanbieder hun vorderingsrecht op de zorgverzekeraar over aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan op die manier alsnog de zorgverlening aan deze cliënten rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar.

Er zijn echter ook veel zorgverzekeraars die (voor bepaalde type van zorg) in de polisvoorwaarden hebben opgenomen dat verzekerden hun vorderingen niet kunnen overdragen aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit wordt ook wel een cessieverbod genoemd. Een dergelijk verbod is in beginsel toelaatbaar. Als zorgverzekeraars zo'n verbod hebben opgenomen, dan is het niet mogelijk voor de zorgaanbieder om gebruik te maken van aktes van cessie. In die gevallen moet de zorgaanbieder toch rechtstreeks declareren bij de cliënt.

37 Ik wil gaan werken als gecontracteerde zorgaanbieder. Waar heb ik recht op?

Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft geen 'recht' op een overeenkomst met een zorgverzekeraar. In beginsel staat de contractsvrijheid voorop.

In het inkoopbeleid staat beschreven hoe nieuwe aanbieders in aanmerking kunnen komen voor een overeenkomst. Vaak zijn de eisen dusdanig geformuleerd dat de zorgverzekeraar voor zichzelf behoorlijk wat ruimte houdt om alsnog een zorgaanbieder een contract te weigeren.



Zie bijvoorbeeld rechtbank Gelderland 16 december 2014, [ECLI:NL:RBGEL:2014:8103](#), waar het onder meer ging om de eis dat nieuwe aanbieders moeten kunnen aantonen dat zij doelmatiger werken dan de al gecontracteerde aanbieders. Een dergelijke eis was toegestaan.

Geschillen

38 Kan een zorgaanbieder bezwaar of beroep indienen tegen het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar?

In de regel voorziet het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars hier niet in, anders bij de Wlz. Vragen, opmerkingen of klachten over het inkoopbeleid kan de zorgaanbieder rechtstreeks aan de zorgverzekeraar melden. Wel is het zaak om dat steeds na te gaan in het specifieke inkoopbeleid van de zorgverzekeraar.

De zorgaanbieder kan geschillen aan de rechter of de Geschilleninstantie Zorgcontractering voorleggen. Zie bijvoorbeeld de rechtspraak bij vraag en antwoord 12, 14, 19, 20, 35 en 37. Zie ook vragen 39 en 41.

39 Wat zijn de voor- en nadelen van de civiele rechter?

Zoals volgt uit vraag en antwoord 38, kan een geschil met betrekking tot de contractering voorgelegd worden aan de civiele rechter. Daarbij bestaan verschillende voor- en nadelen. Zie ook vraag en antwoord 41.



Voordelen

- Deskundigheid en professionaliteit van rechters.
- Snelheid in het geval een kort geding.
- Mogelijkheid van hoger beroep.
- De openbaarheid van de uitspraak.
- Het procesrisico is beperkt, door dat de 'griffiekosten' (de kosten voor de behandeling van de zaak door de rechter) beperkt zijn. De verliezende partij wordt in de regel veroordeeld in de proceskosten van de andere partij, maar ook dit is beperkt omdat het om een forfaitaire vergoeding gaat.



Nadelen

- Lange duur van bodemprocedures, vaak minimaal een jaar voor de procedure in eerste aanleg. Met hoger beroep gaat het al snel om een proces van jaren.
- Geen invloed op wie het geschil gaat beslechten, kennis van de zorg is geen gegeven.
- De openbaarheid van de uitspraak kan afhankelijk van de kwestie ook een nadeel zijn.


40 Kan de gang naar de rechter worden uitgesloten door de zorgverzekeraar?


Artikel 17 van de Grondwet bepaalt dat 'niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekomt'. Soortgelijke bepalingen staan

ook opgenomen in Europese verdragen, zoals het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Zorgverzekeraars kunnen dan ook niet eenzijdig bepalen dat de gang naar de rechter niet mogelijk is.

41 Wat zijn de voor- en nadelen van de Geschilleninstantie Zorgcontractering?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspreken in geval van precontractuele of contractuele geschillen rond zorgcontractering de [Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering](#) ('OGZ') in te schakelen. De OGZ is ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut. Zie vraag en antwoord 39 voor de voor- en nadelen van de civiele rechter.

-  De voordelen zijn:
 - Diegenen van de OGZ tot wiens oordeel het geschil valt, zijn vaak deskundig en hebben ervaring op het gebied van zorgcontractering. Zij komen vaak zelf uit de zorgbranche.
 - De OGZ biedt in vergelijking met een gang naar de rechter vaak een snellere manier om geschillen op te lossen.
 - Een procedure bij de OGZ heeft een informeel karakter.
 - Partijen kunnen afspreken dat de uitspraak van de OGZ vertrouwelijk blijft; dat kan bij de 'gewone' rechter niet.

-  De nadelen zijn:
 - De mediators, bindend adviseurs en arbiters van de OGZ zijn mogelijk minder deskundig op het gebied van het recht en rechtsvragen.
 - De partijen dragen hun eigen kosten voor juridische bijstand en moeten de kosten van de OGZ ook betalen. Deze laatste kosten zijn vaak (veel) hoger dan de kosten van de rechter in de vorm van het griffierecht. In het [Convenant van de OGZ](#) staat daarover dat in beginsel de in het ongelijk gestelde partij die kosten betaalt. Bij mediation, een schikking of tussentijds staken worden de kosten gelijkelijk verdeeld over de beide partijen.

42 Kan de NZa wat betekenen bij een geschil tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar?

De NZa verduidelijkt in het document Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg wat de NZa van zorgverzekeraars en zorgaanbieders verwacht in de contractering. De NZa moedigt partijen aan om eventuele geschillen eerst onderling op te lossen, eventueel via escalatie op bestuurlijk niveau. Als dit niet tot het gewenste effect leidt, dan kan de zorgaanbieder het (onderwerp van) geschil melden bij de NZa. De NZa kan de ontvangen signalen (groepsgewijs) delen met de zorgverzekeraars en verwacht

van hen dat zij de NZa informeren over de wijze waarop zij met deze signalen omgaan. De NZa kan echter niet op individueel niveau een rol spelen in het conflict.

Als de voorgaande stappen niet tot een oplossing leiden, kunnen partijen besluiten om geen zorgovereenkomst te sluiten, gebruikmaken van de mogelijkheden tot geschillenoplossing en -beslechting van het OGZ of de gang naar de rechter maken. Zie de vragen en antwoord 33 en verder, 39 en 41.

Overig

43 Is het voor de zorgaanbieder verplicht om een schriftelijke zorg- en dienstverleningsovereenkomst met de cliënt te sluiten?

Een schriftelijke zorgovereenkomst is niet nodig. Begin april 2024 hebben Zorgverzekeraars Nederland, VWS, VGN en andere branche- en beroepsorganisaties een [gezamenlijk statement](#) uitgebracht waarin staat dat een schriftelijke zorgovereenkomst niet nodig is. Zorgverzekeraars en zorgkantoren stellen een handtekening dan ook niet verplicht. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met een (digitale) welkomstbrief, met daarin een verwijzing naar de algemene voorwaarden. Via het gezamenlijk statement zijn ook voorbeelden te vinden hoe zorgaanbieders dit juridisch regelen.

44 De zorgverzekeraar heeft niet juist op de website staan dat er wel/geen contract is, wat nu?

Op grond van artikel 40 Wmg mag een zorgverzekeraar geen misleidende informatie verstrekken over haar aanbod. De NZa heeft in de ['Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten'](#) nadere regels gesteld over de informatie die zorgverzekeraars moeten verstrekken aan consumenten. In dat kader zijn zorgverzekeraars verplicht om aan consumenten in de relevante openbare communicatiekanalen (zoals de website) een actueel overzicht op te nemen met welke zorgaanbieders op dat moment per polis is gecontracteerd. De zorgverzekeraar moet daarbij de informatie vermelden die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, zoals volumeafspraken of omzetplafonds (art. 10 lid 2 van de Regeling).

Als een zorgverzekeraar niet juist op zijn website heeft staan dat er wel of geen contract is met een bepaalde zorgaanbieder of daarbij niet de juiste voorwaarden noemt, handelt de zorgverzekeraar in strijd met de Regeling en de Wmg. De NZa kan daarvoor een bestuurlijke boete opleggen. In het verleden heeft de NZa vaker boetes opgelegd aan zorgaanbieders voor het overtreden van (de voorganger van) deze regeling. Andere middelen voor de NZa zijn het geven van een aanwijzing of het opleggen van een last onder dwangsom, zodat de zorgverzekeraar alsnog in lijn handelt met de genoemde regelgeving.

Daarnaast heeft ook de verzekerde die op grond van de onjuiste informatie een verzekeringsovereenkomst is aangegaan opties om op te komen tegen de verzekeraar. Te denken valt aan een beroep op dwaling (art. 6:228 BW), wanprestatie (6:74 BW) of oneerlijke handelspraktijken.



→ De SKGZ heeft in 2016 [geoordeeld](#) over een situatie waarbij het niet helder was dat bij een restitutiepolis ook sprake kon zijn van een omzetplafond. In die situatie oordeelde de SKGZ dat de verzekeraar het omzetplafond niet aan de verzekerde mocht tegenwerpen.



- In enkele andere uitspraken oordeelde de SKGZ dat de zorgverzekeraar weliswaar zijn informatieplicht heeft geschonden, maar dat daar geen consequenties aan verbonden hoeven worden, omdat de schending van de informatieplicht door de zorgverzekeraar niet leidde tot (financieel) nadeel bij de verzekerde. Zie bijvoorbeeld de [uitspraken van 28 juli 2021](#) en [26 augustus 2020](#).
- Het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden oordeelde dat de wet- en regelgeving niet voorschrijft dat zorgverzekeraars de gemiddeld overeengekomen tarieven voor diverse behandelingen inzichtelijk moeten maken voor aspirant-verzekerden van naturaverzekeringen, omdat bij een naturaverzekering de gecontracteerde zorg centraal staat en de informatie over tarieven niet essentieel bijdraagt aan de afweging ([ECLI:NL:GHARL:2019:7106](#)).
- De rechtbank Gelderland overwoog dat de verzekerde uit de tekst op de website van de zorgverzekeraar af mocht leiden dat zij recht had op de vergoeding van de kosten van een borstverkleining. De website duidde de borstverkleining aan als medische indicatie en stelde geen nadere eisen aan de aard en het gewicht daarvan. Het standpunt van de zorgverzekeraar dat het een feit van algemene bekendheid is dat een website tekst een beknopte weergave bevat, trof geen doel ([ECLI:NL:RBGEL:2013:2662](#)).

45 Kan ik een cliëntenstop instellen voor een of meer zorgverzekeraars?

Het hanteren van een cliëntenstop – het niet aannemen van nieuwe cliënten die verzekerd zijn bij een of meerdere zorgverzekeraars – kan een manier zijn voor zorgaanbieders met het (bijna) bereiken van een zorgplafond om te gaan. Het moet voorkomen dat er zorg geleverd moet worden waarvoor geen vergoeding van de zorgverzekeraar tegenover staat.

Of een cliëntenstop toelaatbaar is, is in de eerste plaats afhankelijk van wat daarover in het contract tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is afgesproken. Als in het contract een doorleverplicht is afgesproken (zie vraag en antwoord 23), dan is een cliëntenstop in beginsel niet toelaatbaar. Het uitgangspunt is immers dat contractuele afspraken nageleefd moeten worden. Bijzondere omstandigheden kunnen dat anders maken.

Als er in de overeenkomst wel een zorgkostenplafond is opgenomen maar geen doorleverplicht, is een cliëntenstop in beginsel mogelijk. In beginsel, omdat het uiteraard afhangt van de uitleg van de rest van de overeenkomst. Daarnaast heeft de zorgaanbieder behalve de overeenkomst met de zorgverzekeraar ook rekening heeft te houden met de behandelingsovereenkomst met de cliënt. Deze behandelingsovereenkomst kan alleen op grond van gewichtige redenen worden opgezegd. Het naar verwachting bereiken van een overeengekomen omzetplafond, kwalificeert waarschijnlijk niet als geldige reden om een behandelingsovereenkomst te beëindigen. Lastig kan zijn

dat uit bijvoorbeeld de ['Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de KNMG](#) volgt dat al heel snel sprake is van een behandelingsovereenkomst – vaak al voordat het consult heeft plaatsgevonden. Dat beperkt de ruimte voor zorgaanbieders om 'nieuwe' cliënten te weigeren en vraagt om scherpte bij de toepassing van een eventuele stop.

In een uitzonderlijk geval was de invoering van een cliëntenstop aanleiding voor de NZa om een onderzoek te doen naar de mogelijke marktmacht van deze aanbieder. Zie daarvoor vraag en antwoord 47 hiervoor.

Algemeen

46 Wat regelt de Zvw?

Inleiding

Iedereen die woont of werkt in Nederland is op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht om een zorgverzekering af te sluiten.

Een zorgverzekering is een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer gesloten schadeverzekering. Op de zorgverzekeraars rust de verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, kwaliteit en beheersing van de kosten van de zorg, in een model van gereguleerde concurrentie.

Welke zorg onder de zorgverzekering valt is wettelijk gereguleerd ("het wettelijk omschreven pakket"). In de Zvw staat ook dat zorgverzekeraars verplicht zijn om iedereen die in zijn werkgebied woont te accepteren voor het afsluiten van een zorgverzekering.

Alle verzekerden vanaf 18 jaar zijn een nominale premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars zijn in beginsel vrij in hun premievaststelling. De premie is de prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars en voor het kostenbewustzijn van de verzekerden.

Zorgverzekeraars mogen niet differentiëren in de premie, bijvoorbeeld vanwege de gezondheidstoestand van de verzekerde. Een zorgverzekeraar moet voor elke 'variant' van de zorgverzekering die hij aanbiedt één nominale premie rekenen. Een uitzondering: zorgverzekeraars kunnen korting op de premie geven als verzekerden vrijwillig meer eigen risico dragen.

De financiering van de zorgverzekeraar bestaat uit de nominale premies van zijn eigen verzekerden en de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt uit het Zorgvereveningsfonds. Dit fonds wordt beheerd door de overheid en 'gevuld' met door de Belastingdienst geheven inkomensafhankelijke bijdragen en een bijdrage uit de begroting van de Rijksoverheid.

Door de acceptatieplicht hebben zorgverzekeraars niet in de hand welke verzekerden zich bij hen verzekeren. Het verbod op premiedifferentiatie maakt dat zij 'dure' verzekerden niet een hogere premie mogen aanrekenen. Een verzekeraar die onevenredig veel dure verzekerden in zijn portefeuille heeft, zou daardoor financiële problemen kunnen krijgen. Om dit te voorkomen, wordt de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds bepaald op basis van kenmerken van de verzekerden, zodat verzekeraars voor dure verzekerden een hogere bijdrage ontvangen. Dit zeer complexe systeem van risicoverevening draagt bij aan een level playing field tussen zorgverzekeraars. Risicoselectie moet hiermee worden ontmoedigd.

De verzekerde aanspraak

In de Zvw zijn acht vormen van zorg genoemd die tot het wettelijk verzekerde pakket worden gerekend. Het gaat om:

- geneeskundige zorg,
- mondzorg,
- farmaceutische zorg,
- hulpmiddelenzorg,
- verpleging,
- verzorging waaronder kraamzorg,
- verblijf in verband met geneeskundige zorg en
- vervoer in verband met het ontvangen van bepaalde zorg of diensten.

De inhoud en omvang van het verzekerde pakket zijn nader geregeld bij het Besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Met het dwingendrechtelijk voorgeschreven verzekerde pakket is bedoeld om slechts noodzakelijke zorg te vergoeden, die aantoonbaar werkt, kosteneffectief is en waarvan de noodzaak tot collectieve financiering blijkt. De zorgverzekeraar mag niet minder, maar ook niet méér verzekeren dan wettelijk is bepaald. De zorgverzekeraar kan zorg die niet in het basispakket zit vergoeden via een aanvullende ziektekostenverzekering. Voor deze aanvullende verzekeringen bepalen de zorgverzekeraars zelf de voorwaarden, vergoedingen en premie. Aanvullende verzekeringen zijn niet verplicht en blijven in deze handreiking verder buiten beschouwing.

De omschrijving van sommige verzekerde prestaties is globaal en van andere verzekerde prestaties exact.

Een voorbeeld van een globale omschrijving is die van geneeskundige zorg: "zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, [...] die plegen te bieden, zintuigelijk gehandicaptenzorg [...]". Een aantal specifieke vormen van geneeskundige zorg zijn uitgesloten, zoals het gros van de plastisch chirurgische behandelingen. Onder zintuigelijk gehandicaptenzorg wordt verstaan "multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren".

Een voorbeeld van een exacte omschrijving is die van farmaceutische zorg: "de terhandstelling [...] van [...] de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen". Deze ministeriële regeling, de Regeling zorgverzekering, bevat lange lijsten verzekerde geneesmiddelen.

De inhoud en omvang van het verzekerde pakket wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. De stand van de wetenschap en praktijk sluit aan bij het door de beroepsgroep aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. 'Evidence based medicine' is het leidende principe. Daarmee wordt bedoeld dat medisch wetenschappelijke

inzichten gebruikt worden om het medisch handelen te ondersteunen en de kwaliteit ervan te verhogen. Er wordt specifiek gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling wordt gebruikt.

De stand van de wetenschap en praktijk en de wettelijke omschrijvingen van de te verzekeren prestaties worden als communicerende vaten beschouwd. Hoe gedetailleerder de wetgever een te verzekerden prestatie heeft gedefinieerd, hoe minder ruimte overblijft om aan een verzekerde prestaties invulling te geven via de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut is onder meer belast met de bevordering van de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties. Ter uitvoering van deze taak brengt het Zorginstituut onder meer standpunten uit over de vraag of bepaalde vormen van diagnostiek of behandeling tot de stand van de wetenschap en praktijk behoren. De standpunten van het Zorginstituut zijn zwaarwegend maar niet bindend. De zorgverzekeraar of rechter/geschilleninstantie zorgcontractering kan daarvan alleen afwijken als die afwijking van een deugdelijke motivering is voorzien.

Voor zover de wettelijke regeling daar nog ruimte toe laat, is het aan zorgverzekeraars om invulling te geven aan het verzekerde pakket.

In de eerste plaats hebben de zorgverzekeraars enige ruimte om de verzekerde prestaties zelf mede te bepalen.

Bij de farmaceutische zorg biedt de wetgever de zorgverzekeraars daartoe expliciet de mogelijkheid. Deze zorg omvat de terhandstelling van geneesmiddelen die bij ministeriele regeling zijn aangewezen, voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Uit een veelheid van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof wijst de zorgverzekeraar periodiek één of meer geneesmiddelen aan (de 'preferente' geneesmiddelen). De preferente geneesmiddelen worden op basis van prijs geselecteerd. De verzekerde heeft uitsluitend recht op deze geneesmiddelen, tenzij het preferente middel voor de verzekerde niet verantwoord is.

Als een wettelijke basis voor een preferentiebeleid ontbreekt, bestaat niettemin de mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om bepaalde vormen van zorg als preferent aan te wijzen. De Hoge Raad heeft geoordeeld dat een zorgverzekeraar een vorm van zorg in verband met de hoogte van de kosten aan zijn verzekerden kan onthouden. Voorwaarde hiervoor is dat een andere vorm wordt verstrekt die daarmee voldoende uitwisselbaar (voldoende gelijkwaardig) is.

In de tweede plaats hanteert de Zvw functiegerichte prestatieomschrijvingen van de te verzekeren zorg. De Zvw regelt niet door wie de zorg geleverd moet worden. Dit komt tot uitdrukking met de veelgebruikte zinsnede 'zoals [...] plegen te bieden'. Door de functiegerichte omschrijving kunnen in de modelovereenkomst van zorgverzekeraars eisen worden gesteld aan de kwalificatie van de zorgaanbieder, met als doel het bevorderen van de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg.

Als een vorm van zorg tot het verzekerd pakket behoort, betekent dit niet automatisch dat een verzekerde de door hem genoten zorg ook daadwerkelijk wordt vergoed. Een verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Het primaat bij de indicatiestelling ligt bij de behandelend arts of regiebehandelaar. De beoordeling vindt enkel plaats op basis van zorginhoudelijke criteria. Het weigeren van bepaalde zorg op grond van leeftijd is dus niet toegestaan.

Leveringsvormen en zorgplicht

Een zorgverzekeraar kan in principe zelf kiezen in welke vorm hij een zorgverzekering aanbiedt. De Zvw kent twee hoofdvormen: de naturapolis en de restitutiepolis. Voorts is van belang dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft ten aanzien van de zorg die behoort tot het verzekerd pakket, die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde recht heeft op zorg of de vergoeding van de kosten van deze zorg (art. 11 Zvw).

Een naturapolis geeft de verzekerde recht op zorg. Op de zorgverzekeraar rust de resultaatsverplichting om de verzekerde te voorzien van de zorg die deze behoeft. Hiertoe moet de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden voldoende zorg inkopen. Dat doet de zorgverzekeraar door overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar kan niet volstaan met het bemiddelen tussen verzekerde en zorgaanbieder, maar dient erop toe te zien dat de gecontracteerde zorgaanbieders daadwerkelijk zorg verlenen en zo nodig in rechte tegen deze op te treden. De verzekerde heeft bij toerekenbare niet nakoming van deze verplichting recht op een schadevergoeding.

Wanneer is er voldoende zorg ingekocht? Uitgangspunt is dat de zorg binnen redelijke termijn geleverd kan worden en binnen redelijke afstand. Wat een redelijke afstand is, zal afhangen van het soort zorg.

Wat is een redelijke termijn? De toelichting op de Zvw zegt dat voor het bepalen van een termijn waarbinnen de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht moet voldoen, allerlei factoren een rol spelen. Onder andere de type zorg, de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn voorgeschiedenis kunnen van belang zijn. In de toelichting staat verder dat jurisprudentie en door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf ontwikkelde normen een belangrijke rol hebben.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben in het jaar 2000 maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg met elkaar afgesproken: de zogenaamde Treeknormen. De Treeknormen zijn door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gebaseerd op wat medisch én, naar hun mening, maatschappelijk aanvaardbaar is. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders noemen deze treeknormen 'streefnormen'. Een redelijke interpretatie van deze afspraken is niettemin dat overschrijding van een Treeknorm betekent dat zorg niet binnen een medisch aanvaardbare termijn wordt geleverd.

Zorg die niet binnen een aanvaardbare termijn wordt geleverd, is zorg die te laat wordt geleverd. De verzekerde krijgt in dat geval niet de zorg die hij nodig heeft.

De zorgverzekeraar schiet in zijn zorgplicht tekort. Treeknormen zijn dus vooral nuttig omdat zij aangeven welke wachttijden medisch aanvaardbaar zijn.

Een restitutiepolis geeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg. De resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar is het vergoeden van zorg, voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar een inspanningsverplichting om te bemiddelen. Als de verzekerde zich tot de zorgverzekeraar wendt om te bemiddelen bij het verkrijgen van zorg, als hij daartoe zelfstandig niet afdoende in staat is, is de zorgverzekeraar verplicht "voortvarende actie" te ondernemen. De zorgverzekeraar is echter niet verantwoordelijk voor de tijdigheid en kwaliteit van de zorg. Tekorten hierin komen voor risico van de verzekerde. Het is de verantwoordelijkheid van de restitutieverzekerde zelf de zorgaanbieder te vinden waarvan hij de zorg nodig heeft.

De aan de zorgverzekeraar toebedeelde taak om kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te bevorderen vervult hij bij naturapolissen door verzekerden te geleiden naar zorgaanbieders waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten. Dat doen zorgverzekeraars door in hun verzekeringsvoorwaarden te bepalen dat de verzekerde geen volledige vergoeding krijgt als die zich wendt tot een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. In zo'n geval heeft de verzekerde recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding. De Hoge Raad heeft geoordeeld dat deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een 'feitelijke hinderpaal' zou vormen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden.

Sinds deze uitspraak van de Hoge Raad wordt over de precieze invulling van dit 'hinderpaalcriterium' discussie gevoerd. Vooralsnog lijkt de zorgverzekeraar een zekere mate van vrijheid te hebben om de hoogte van de vergoeding te bepalen en daarmee in concurrentie te treden met andere zorgverzekeraars.

Ook de NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zo kan de NZa een aanwijzing geven aan een zorgverzekeraar, als deze een zorgverzekering aanbiedt of uitvoert die niet aan het bepaalde bij of krachtens de Zvw voldoet. Als de zorgverzekeraar daaraan niet voldoet, kan de NZa een last onder bestuursdwang opleggen of openbaar maken dat de zorgverzekeraar de zorgverzekeringen niet uitvoert in overeenstemming met de wet – en regelgeving.

In het voorjaar van 2024 heeft de NZa voor het eerst twee zorgverzekeraars een formele maatregel opgelegd voor het niet nakomen van hun zorgplicht. De zorgverzekeraars krijgen zes maanden de tijd om de tekortkomingen te verbeteren. Als zij dit onvoldoende oppakken, kan de NZa de maatregel openbaar maken. De grootste verbeterpunten zijn het in beeld krijgen van de knelpunten in het aanbod, de acties die zij daarop nemen en het evalueren en bijstellen van deze acties.

47 Wat regelt de Wet marktordening gezondheidszorg?

Inleiding

Het doel van de Wet Marktordening gezondheidszorg ('Wmg') is het bevorderen van doelmatigheid, concurrentie en transparantie in de Nederlandse gezondheidszorg. Ook de beheersbaarheid van kosten van zorg is een doel van de Wmg ([Kamerstukken II 2004/05, 30 186, nr. 3, p. 4](#)).

Hierna worden drie belangrijke elementen die de Wmg daarvoor regelt besproken: (i) tariefregulering en bekostiging, (ii) transparantie én (iii) markttoezicht. Bij elk onderdeel wordt ook stilgestaan bij relevante lagere wetgeving van de Wmg (peildatum april 2024).

Tariefregulering en bekostiging van zorg

De Wmg bevat regels die zien op tariefregulering en bekostiging van zorg. Deze regels hebben onder andere tot doel de kosten van gezondheidszorg beheersbaar te houden.

Zo stelt de NZa prestatiebeschrijvingen en tarieven vast waaraan zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich moeten houden. Dit doet de NZa in zogenaamde prestatie- en tariefbeschikkingen. Deze beschikkingen zijn gebaseerd op beleidsregels van de NZa. Ook stelt de NZa voorschriften voor de registratie en administratie van de zorg.

Een prestatiebeschrijving is een omschrijving van een (specifieke) zorgprestatie die door een zorgaanbieder geleverd kan worden.

De NZa kan voor een zorgprestatie voor de volgende type tarieven kiezen:

- een vrij tarief (de zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen een tarief afspreken),
- een vast tarief (de NZa bepaalt het tarief), of
- een maximumtarief (het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om een tarief af te spreken, maar dit tarief mag niet hoger zijn dan het maximumtarief).

Het is niet toegestaan om voor zorgprestaties tarieven in rekening te brengen die in strijd zijn met de toepasselijke tariefbeschikking. Niettemin is er één mogelijkheid om een tarief in rekening te brengen dat 10% hoger is dan het maximumtarief. Dit zijn de zogenoemde max-maxtarieven. Max-maxtarieven kunnen alleen in rekening worden gebracht als de zorgaanbieder dat schriftelijk met de zorgverzekeraar is overeengekomen. Met dit aanvullende maximum kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders extra afspraken maken op het gebied van innovatie en kwaliteit.

Voor GZSP gelden voor bepaalde prestaties vrije tarieven (bijvoorbeeld voor paramedische zorg) en voor andere prestaties maximum tarieven (bijvoorbeeld voor onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg). Voor de zintuiglijke gehandicaptenzorg gelden maximum tarieven.

Transparantie-eisen

Onder de Wmg gelden er voor zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) een aantal transparantie-eisen (vgl. [art.40 Wmg](#)). Hierna worden de transparantie-eisen besproken die zien op zorginkoop door zorgverzekeraars en door de NZa in de Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw zijn opgenomen.

De [Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw](#) geeft kaders voor het proces van zorgverkoop voor zowel de zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Zo eist de NZa van zorgverzekeraars dat zij uiterlijk op 1 april het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend maken (art. 4) en moeten latere wijzigingen gemotiveerd worden (art. 8). In sectoren waarbij zorgaanbieders een offerte aanbieden aan de zorgverzekeraar, moet de zorgaanbieders deze offerte in beginsel uiterlijk op 1 oktober aanbieden (art. 6).

Markttoezicht

De Wmg regelt dat de NZa ook een toezichthoudende taak heeft ([art. 16 Wmg](#)). Het gaat daarbij onder andere om de volgende onderwerpen:

- tariefregulering, zoals naleving van de verschillende prestatie- en tariefbeschikkingen,
- contractering, zoals naleving van regels over transparantie met betrekking tot het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders,
- de rechtmatige uitvoering van de Zvw,
- fusies en overnames, en
- aanmerkelijke marktmacht (**AMM**).

De NZa beschikt over handhavingsbevoegdheden voor het geval zij bij haar toezicht overtredingen aantreft.

In de [Beleidsregel aanmerkelijke marktmacht in de zorg](#) geeft de NZa inzicht in de manier waarop zij omgaat met haar bevoegdheid om verplichtingen op te leggen aan een of meer zorgaanbieders, zorgverzekeraars of zorgkantoren die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (**AMM**).

Onder AMM wordt verstaan de positie van een of meer zorgaanbieders om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van (i) zijn concurrenten, (ii) zorgverzekeraars en zorgkantoren, (iii) zorgaanbieders en (iii) consumenten

48 Wat regelt het algemene contractenrecht?

Het uitgangspunt bij contractering tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is contractsvrijheid. Dit houdt in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in beginsel vrij zijn

om al dan niet met elkaar te contracteren én om naar eigen inzicht invulling te geven aan de inhoud van hun afspraken. Deze vrijheid is niet onbegrensd. Zo mogen afspraken niet in strijd met dwingende wet- en regelgeving zijn.

Rechten en plichten uit bijvoorbeeld de Zvw en de Wmg mogen niet in afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder terzijde worden geschoven of worden doorkruist. Een concreet voorbeeld van een beperking op de contractsvrijheid zijn de maximumtarieven die de NZa jaarlijks vaststelt voor bepaalde zorgvormen, zoals bij een aantal prestaties bij geneeskundige zorg voor specifieke cliëntgroepen (**gzsp**) het geval is. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogen voor deze zorgprestaties geen tarieven afspreken die hoger zijn dan de maximumtarieven van diezelfde zorgprestaties.

49 Welke andere partijen en overheidsorganen zijn betrokken bij de zorginkoop en -verkoop in de Zvw en wat is hun rol daarbij?

Hierna wordt de positie van ZN, de NZa, de ACM en het Ministerie van VWS toegelicht.

ZN is de brancheorganisatie van alle zorgverzekeraars en behartigt de belangen van haar leden. Zo heeft ZN bijvoorbeeld namens de zorgverzekeraars het Integraal Zorgakkoord (IZA) getekend, zie vraag en antwoord 29. Anders dan bij de zorginkoop en -verkoop in de Wet langdurige zorg, publiceren de zorgverzekeraars echter geen landelijk inkoopkader of 'visiedocument' in ZN-verband voor Zvw-zorg. Op deelterreinen wordt wel samengewerkt, zie bijvoorbeeld de [ZN-visie Verduurzaming zorgsector](#), voortvloeiend uit de door partijen in de zorgsector gesloten Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Zie ook vraag en antwoord 31 over samenwerking tussen zorgverzekeraars.

De NZa heeft verschillende taken op het gebied van regulering en toezicht van de Zvw-zorg. De NZa houdt onder meer toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraars, maar bijvoorbeeld ook op de transparantie van de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. De rol van de NZa wordt verder toelicht in vragen [2, 13, 15 en 21].

De ACM ziet op grond van de Mededingingswet erop toe dat marktdeelnemers – waaronder zorgaanbieders – zich houden aan de regels voor concurrentie en marktwerking. Zie voor een nadere uitwerking de vragen 30, 31 en 32.

De Zvw valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('VWS'). Het ministerie van VWS is onder meer verantwoordelijk voor het overheidsbeleid dat ziet op inhoud van het verzekerd pakket en de hoogte van het verplicht eigen risico.

50 Wat geldt als er een aanspraak is op Zvw-zorg die ook op grond van een andere wet mogelijk bekostigd kan worden?

Algemeen uitgangspunt is dat als de zorg op grond van een andere wet bekostigd kan worden (zoals de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 of de Jeugdwet), er geen aanspraak bestaat onder de Zorgverzekeringswet (art. 2.1 Besluit zorgverzekering).

Een voorbeeld. Als een cliënt een Wlz-indicatie heeft en in een instelling verblijft waar de cliënt ook behandeld wordt, komen de volgende zorgkosten ten laste van de Wlz: geneeskundige zorg van algemene aard, zoals huisartsenzorg, mondzorg, psychiatrische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en specifieke kleding. Als de cliënt wel verblijft maar van behandeling geen sprake is, vallen deze kosten niet onder de Wlz. De zorg valt dan onder de Zvw.

Een tweede voorbeeld. Zintuigelijke gehandicaptenzorg valt onder de Zvw. Het doel van deze zorg is om de cliënt zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De ondersteuning bestaat uit diagnostiek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap en interventies die de beperking opheffen of compenseren om daarmee de zelfredzaamheid te vergroten. Wat niet onder de Zvw valt, is zorg of ondersteuning die erop is gericht om maatschappelijk te functioneren. Deze zorg kan wel onder de Wmo 2015 vallen. Dit betekent dat de cliënt dus naast de Zvw, mogelijke aanspraak kan maken op ondersteuning vanuit de Wmo 2015.

In het IZA is afgesproken dat de overheid (regionale) samenwerking faciliteert door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden. Dat heeft onder meer geleid tot een handreiking van het Zorginstituut (september 2023) over welke activiteiten in het kader van domeinoverstijgende samenwerking onder verzekerde aanspraken van de Zvw vallen.

juni 2024

