



**HET  
ROER  
GAAT  
OM**

# **Gelijkwaardig contracteren**



## Inhoud

<b>Gelijkwaardig contracteren</b>	
Good Contracting Practices – april 2016	4
<b>1 Algemene uitgangspunten</b>	4
<b>2 Concretisering good contracting practices: proces en inhoud</b>	4
<b>3 Wat is er afgesproken voor het contracteerproces voor 2017?</b>	5
A: Evaluatie contractering 2016	5
B: Opstellen en uitwerken van nieuw beleid voor het komende contract	6
C: Contracteerfase	6
D: Na het contracteren	7
E: Het ‘volgen’ van contracten	7
Bijlage 1: Gelijkwaardig contracteren - tijdslijn	10
Bijlage 2: NZa Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw	11

# Gelijkwaardig contracteren

## Good Contracting Practices

april 2016

In het traject van Het Roer Gaat Om is uitwerking en verbetering van *good contracting practices* (GCP) als een belangrijke aanbeveling naar voren gekomen om de contractering tussen huisartsen(samenwerkingsverbanden)\* en zorgverzekeraars beter te laten verlopen. De resultaten van de besprekingen zijn hieronder weergegeven voor alle betrokken partijen bij de contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vanaf 2016.

\*: waar het om de gehele groep gaat verder te noemen 'zorgaanbieders'

### 1. Algemene uitgangspunten

#### A. Aanbevelingen ter versterking onderling vertrouwen en gelijkwaardigheid in het proces:

- Zoek op een respectvolle manier verbinding
- Deel je dilemma's
- Benoem daarbij steeds ieders belang
- Onderhoudt wederzijds regulier contact en wees bereikbaar op het juiste niveau
- Streef naar gelijkwaardigheid bij het maken van (contractuele) afspraken
- Zorg dat alle betrokkenen bij de uitvoering tijdig en volledig op de hoogte zijn van datgene dat wordt besproken/afgesproken.

#### B. Landelijk overeengekomen beleidsuitgangspunten:

- Vertrouwen. Bij het inkoopbeleid staat het vertrouwen in het professioneel handelen van de zorgaanbieder voorop, het is de zorgaanbieder die de medische afwegingen maakt bij zijn beleid voor een patiënt.
- Kwaliteit. De zorgverzekeraar sluit bij de contractering aan bij de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en zorgstandaarden.
- Stimuleren samenwerking. Het inkoopbeleid stimuleert en faciliteert samenwerking in de zorg, zowel multidisciplinair als tussen huisartsen onderling.
- De administratieve lasten van het contracteerproces worden verminderd. Dit blijft ook in de toekomst een aandachtspunt. Dataverzameling zal betekenisvol moeten zijn voor kwaliteit van en/of doelmatigheid van zorg. Over de invulling hiervan kunnen partijen regionaal aanvullende afspraken maken.

### 2. Concretisering good contracting practices: proces en inhoud

De NZa heeft in de 'Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw' (TH/NR-005)(bijlage 2) een aantal richtlijnen gegeven voor het goed verlopen van het contracteringsproces. De GCP geven een nadere invulling van de NZa regels voor huisartsenzorg, ketenzorg en de gezondheidscentra. Over onderstaande afspraken bestaat consensus tussen zorgverzekeraars, ZN, LHV, VPHuisartsen en InEen.

Voor de overzichtelijkheid wordt hieronder het proces chronologisch weergegeven en worden enige algemene afspraken apart vermeld.

### 3. Wat is er afgesproken voor het contracteerproces voor 2017?

#### Algemene uitgangspunten

- Voldoende tijd voor evaluatie en inventarisatie van wensen van partijen.
- Voldoen aan de NZa vereisten.
- Voldoende tijd en ruimte voor overleg met (regionale) partijen over de invulling van het beleid voor de komende contractperiode.
- Tijdig bekendmaken van concrete uitwerking ( en eventuele aanpassingen) van het beleid voor de komende periode.
- Na aanbod van de contracten krijgen zorgaanbieders ruim voldoende tijd om het contract af te sluiten.
- Ook zorgaanbieders kunnen de zorgverzekeraars een contractaanbod doen als basis voor verdere onderhandelingen.
- Indien het contractaanbod vanwege bijzondere omstandigheden niet past bij specifieke situaties van een contractant, wordt in deze periode ruimte voor overleg geboden .
- Afronding van het totale contracteringsproces (inclusief volgen en inregelen) geschiedt ruim voor het nieuwe contractjaar.

#### Zorgverzekeraars en aanbieders zijn structureel in verbinding en in contact

- De zorgverzekeraar is gedurende het jaar de gehele werkweek telefonisch en digitaal bereikbaar voor vragen of knelpunten over de contractering. Dit wordt helder gecommuniceerd.
- Van beide zijden wordt gezorgd voor een goed aanspreekpunt.
- Alle relevante informatie is tijdig digitaal toegankelijk.
- Op vragen of problemen wordt uiterlijk binnen 5 werkdagen gereageerd. Afhandeling van meer bewerkelijke vragen geschiedt uiterlijk binnen 2 werkweken.
- Tussen de zorgverzekeraar en de regionale representatieve vertegenwoordigers vindt uitwisseling plaats over gesignaleerde structurele knelpunten en verbetervoorstellen.

#### Meerjarige contracten

Zorgverzekeraars bieden vanaf 2016 ook meerjarige contracten aan voor de generalistische huisartsenzorg, ketenzorg en gezondheidscentra, die rust en zekerheid bieden om te investeren in goede kwaliteit van zorg. Onder meerjarig wordt verstaan een periode van ten minste 2 jaar en bij voorkeur 3 jaar of langer, passend bij de aard van de gecontracteerde zorg of aangegane verplichtingen.

Als uitzonderingsbepaling kan worden opgenomen, dat indien wettelijke of budgettaire wijzigingen of onduidelijkheden (buiten de macht van partijen) hiertoe aanleiding geven, aanpassingen in goed overleg jaarlijks kunnen plaatshebben. Hiertoe wordt de cyclus zoals hier omschreven en volgens de NZa normen doorlopen.

#### Het contracteerproces in 2016 voor het contractjaar 2017 (en verder)

De verschillende fasen in het contracteringsproces worden hier toegelicht:

##### *A: Evaluatie contractering 2016*

Alvorens nieuw beleid voor de contractering wordt opgesteld, houden zorgverzekeraars een evaluatie van de lopende contractperiode onder contractanten. Dit kan door middel van een enquête onder de zorgaanbieders en/of door een formele bespreking met een representatieve delegatie van zorgaanbieders en de koepel organisaties. De resultaten hiervan worden gedeeld met alle contractanten en met representatieve vertegenwoordigers van de zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars houden de evaluatie over de contractering van het voorgaande jaar zodanig tijdig, dat de resultaten gebruikt kunnen worden voor de nieuwe contractperiode. Voor een nieuw contract 2017 of wijzigingen in een doorlopend contract betekent dit afronding uiterlijk eind februari 2016.

*B: Opstellen en uitwerken van nieuw beleid voor het komende contract (inclusief tussentijdse wijzigingen bij meerjarige contracten)*

Zorgverzekeraars betrekken (representatieve vertegenwoordigers van) zorgaanbieders zo vroeg mogelijk en intensief bij het opstellen en uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode (2017 e.v.). Zorgaanbieders realiseren (regionaal) de representatieve vertegenwoordiging.

Dit proces start uiterlijk direct na verwerking van de evaluatie. Zorgverzekeraars dienen wel volgens voorschrift van de NZa uiterlijk 1 april van dit jaar hun voorgenomen inkoopbeleid op hoofdlijnen en het contracteerproces bekend te maken. Ook publiceert de NZa uiterlijk op 1 juli 2016 mogelijke wijzigingen in beleidsregels, die van invloed kunnen zijn op de contracten.

Inhoudelijk overleg kan echter tussen het moment van afronding van de evaluatie en het publiceren van het contractaanbod doorlopen. Streven is dat dit gelijkwaardig inhoudelijk overleg voor 1 juli uitmondt in een uitgewerkt concreet contracteerbeleid huisartsenzorg dat naar verwachting positief zal worden ontvangen door het overgrote merendeel van de individuele zorgaanbieders. Dit geldt ook voor de uitgangspunten voor contractering van ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), waar met de afzonderlijke organisaties nadere invulling aan wordt gegeven.

Indien de aanpassingen in de beleidsregels van de NZa wezenlijke aanpassingen in het voorgenomen contracteerbeleid noodzakelijk maken, treden eerder genoemde partijen zo spoedig mogelijk met elkaar hierover in overleg. De resultaten hiervan worden verwerkt in het definitieve contractaanbod, dat voor individuele zorgaanbieders uiterlijk 15 september bekend moet zijn en voor samenwerkingsverbanden op 15 juli.

Afspraken over regionale projecten, GEZ en ketenzorg kunnen van invloed zijn op de beoordeling van het individuele contract door de huisartsen. Daarom zijn de deadlines voor het afronden van deze contracten eerder gesteld, opdat de uitkomsten tijdig gecommuniceerd kunnen worden aan de aangesloten individuele huisartsen.

*C: Contracteerfase*

Zorgverzekeraars hebben de plicht om uiterlijk 19 november van elk jaar bekend te maken met wie zij welke zorg gecontracteerd hebben. Daarnaast is het voor contractanten van belang dat de afspraken tijdig voor 1 januari administratief worden ingeregeld ten behoeve van de declaratie. Om dit te kunnen realiseren, is de sluiting van de contracteermogelijkheid gesteld op uiterlijk 7 november. Vanwege de noodzaak om voldoende reactietijd te hebben, is afronding van het overlegproces ruim daarvoor geplaatst. Uiterlijk op 1 oktober 2016 openen zorgverzekeraars hun contracteerportal of bieden het contract op een andere wijze aan, zodat individuele zorgaanbieders tenminste 5 weken de tijd hebben om het aanbod te bestuderen en te contracteren.

Voor die tijd dient derhalve alle informatie die van belang is voor de contractering beschikbaar te zijn, inclusief de gevolgen van de afspraken die met zorggroepen/samenwerkingsverbanden zijn gemaakt.

### D: Na het contracteren

De zorgaanbieder kan ervoor kiezen het contract ook aan andere zorgverzekeraars aan te bieden. Indien de zorgaanbieder hierom vraagt, zorgt de preferente\* zorgverzekeraar ervoor, dat de informatie over de relevante delen van het gesloten contract tijdig wordt doorgestuurd aan de verre zorgverzekeraars die het contract als volgcontract krijgen aangeboden (zie ook hieronder bij volgen). Dit om de administratieve lasten te beperken.

Zorgverzekeraars zorgen ervoor, dat tijdig ontvangen (volg-)contracten ook tijdig administratief worden verwerkt, opdat declaratie in januari zonder problemen kan plaatshebben.

\*: Onder preferente zorgverzekeraar wordt verstaan de zorgverzekeraar (meestal, maar niet noodzakelijkerwijs, degene met het grootste aandeel verzekerden in de populatie) waarvan de zorgaanbieder het contract wenst te laten volgen door andere zorgverzekeraars .

### E: Het 'volgen' van contracten

Uitgangspunt is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars *contracteervrijheid* hebben. Die vrijheid biedt ruimte aan beide partijen om een eigen invulling te geven aan het aanbod dat aan de ander wordt gedaan.

Er is geen *verplichting* voor een van beide partijen om een gesloten contract ook te laten gelden voor de relatie met andere zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Duidelijkheid over de ruimte en randvoorwaarden voor zorgverzekeraars om een contract van een andere zorgverzekeraar te volgen draagt tegelijkertijd echter bij aan door beide partijen gewenste vermindering van administratieve lasten en reductie van onzekerheid over het nakomen van financiële en andere afspraken.

Het *initiatief* om een contract ook aan een of meer andere zorgverzekeraars voor te leggen, ligt bij de contracterende zorgaanbieder. Een zorgaanbieder kan ook met meerdere verzekeraars verschillende contracten afsluiten, indien hierover met hen overeenstemming kan worden bereikt. Ook staat het de huisarts vrij om een eigen contract of het contract van een zorgverzekeraar met een kleiner marktaandeel als preferent te beschouwen en aan de (andere) verzekeraars voor te leggen.

Uiteraard is de zorgverzekeraar ook vrij om een aangeboden contract wel of niet te volgen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven voornemens te zijn de aangeboden contractuele afspraken met de 'preferente' zorgverzekeraar van de zorgaanbieder, op inhoud en voor zover in belang van hun verzekerden, te volgen.

Wanneer een zorgverzekeraar besluit een contract of onderdelen daarvan niet te volgen, maakt hij dit tijdig kenbaar met toelichting.

Ten aanzien van de te vergoeden tarieven kan een zorgverzekeraar het door de zorgaanbieder aangeboden contract ook volgen. Dit is echter in alle gevallen een zelfstandige afweging van de zorgverzekeraar.

De naar verwachting meest voorkomende situatie is, dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio als primaire (of preferente) contractpartner optreedt voor de huisartsenzorg-aanbieders en daarmee tot overeenstemming komt. De zorgverzekeraar kan daarmee ook een samenhangend beleid voeren ten opzichte van andere zorgaanbieders in de regio, zoals ziekenhuizen, apothekers en thuiszorg.

Indien sprake is van twee of meer zorgverzekeraars met een vergelijkbaar of in ieder geval substantieel marktaandeel in een regio of praktijkpopulatie, kan een situatie ontstaan waarbij geen eenduidigheid is in (zorginhoudelijk) beleid en zorgverzekeraars vasthouden aan het eigen contract. Dit kan leiden tot meer administratieve lasten, te weinig draagvlak voor projecten of bepaald zorgaanbod en grote onzekerheid over de financiering van activiteiten. Zorgverzekeraars die het betreft hebben aangegeven oog te hebben voor de door zorgaanbieders genoemde knelpunten en mee te werken aan oplossingen van de ervaren problematiek op lokaal of regionaal niveau.

Betrokken partijen (zorgverzekeraars en aanbieders) treden in dat geval met elkaar in overleg opdat er in het belang van de patiënt/verzekerde en voor zover noodzakelijk een oplossing wordt gevonden. Hierbij hechten zorgverzekeraars belang aan de samenhang in de contractering tussen S1/S3 en de ketenzorg (S2).

Indien toch sprake blijft van 2 of meer contracten, bepaalt de zorgaanbieder of hij de verschillende contracten tekent of dat het voor hem best passende aanbod als preferent contract ook aan de overige zorgverzekeraars wordt aangeboden. Het is dan weer aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of deze met dat aanbod akkoord wil gaan.

### **Andere algemene afspraken**

- **Afwijking van landelijke afspraken is mogelijk in bijzondere situaties**

Het inkoopproces is erop gericht alle huisartsen(organisaties) een passend contract te geven. Indien door bijzondere omstandigheden het contractaanbod niet past voor een individuele zorgaanbieder, is er altijd de mogelijkheid om hierover (ook tussentijds) in contact te treden met de zorgverzekeraar ten behoeve van maatwerk. Dit geldt met name als er sprake is van een situatie waarbij een wezenlijke verandering optreedt in de praktijk of directe omgeving, en/of de kwaliteit en/of de continuïteit in het gedrag komt. Te denken valt aan situaties als praktijkovername of uitvallen van een of meer huisartsen, voornemen tot opgaan in een samenwerkingsverband of HOED, grote veranderingen in de populatie van wijk of praktijk vanwege bijv. nieuwbouw of vestiging bijzondere patiëntengroepen, effecten van krimpgebieden of qua zorg afwijkende populaties.

- **Conflicten over de contractering**

Bij conflicten treden partijen eerst met elkaar in overleg. Partijen reageren binnen 2 weken op een ingebracht knelpunt.

Als na zorgvuldig overleg geen overeenstemming is bereikt, kunnen partijen zich wenden tot een landelijke onafhankelijke geschillencommissie. Op dit moment wordt onder coördinatie van ZN, samen met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, verdere invulling gegeven aan de totstandkoming van een onafhankelijke geschillencommissie die per april operationeel zou moeten zijn. De beoogde geschillencommissie ziet zowel op de precontractuele fase (voordat de contracten definitief worden aangeboden) als de contractuele fase.

- **Projecten, flexibiliteit en maatwerk tijdens de looptijd**

Binnen de contracteerperiode blijven er mogelijkheden bestaan om in het belang van goede zorg onderling aanvullende afspraken te maken. De looptijd hiervan kan afwijken van de lopende contracten. Het gaat hier met name om innovatieve projecten en het inspelen op veranderingen in de zorgvraag. Zorgverzekeraars bieden ruimte voor (regionaal) maatwerk.



Zorgverzekeraars maken vooraf, na overleg met de regionale vertegenwoordigers, kenbaar aan welke eisen een projectvoorstel dient te voldoen en hoe wordt getoetst. Afwijzing kan alleen op basis van deze vooraf geformuleerde eisen en wordt gemotiveerd. Er dient te worden voorzien in een beroepsmogelijkheid voor de indieners van een projectvoorstel.

Zorgverzekeraars stellen (liefst in overleg met zorgaanbieders) voor 1 april 2016 voorbeelden, rekenmodellen en business cases uit bestaande contracten beschikbaar, in ieder geval voor zorgaanbieders waarmee contracten worden afgesloten. Doel is dat tijd wordt bespaard bij het regionaal opstellen hiervan.

- **Langjarige contractering in de toekomst**

Het is wenselijk om meer tijd te hebben voor zorgvuldige consultatie en besluitvorming en eerder duidelijkheid te kunnen verschaffen aan contractanten over de inhoud van de contracten. Dit is mogelijk bij meerjarige contracten en indien niet jaarlijks grote wettelijke of beleidsaanpassingen plaatshebben. Streven is uiterlijk 1 april 2017 voor het contractjaar 2018 de gehele cyclus van beleidsvorming te hebben doorlopen.

VWS onderzoekt wat de meerwaarde is van meerjarige contractering en of, en hoe, VWS het afsluiten van meerjarige contracten kan stimuleren. Hierbij is er aandacht voor het effect van tijdige publicatie van wijzigingen in wet- en regelgeving (NZa-beleidsregels). Nu is 1 juli de uiterste datum hiervoor, wat veel druk geeft op de tijdige afronding van het overleg in de zomer. De jaarlijkse verplichting van zorgverzekeraars om voor 1 april het inkoopbeleid bekend te maken heeft ook invloed op de overlegmogelijkheden van partijen.

Deze Good contracting practices voor het contracteerproces vanaf 2016 - geformuleerd door de werkgroep Samenwerking & Gelijkwaardigheid<sup>1</sup> - zijn vastgesteld door de stuurgroep Het Roer Gaat Om, in maart 2016.

Deze stuurgroep bestaat uit LHV, InEen, NHG, VPHuisartsen, NPCF en de zorgverzekeraars, in samenspraak met VWS, NZa, ACM en IGZ.

<sup>1</sup> Met uitzondering van DSW Zorgverzekeraar, die zich distantieert van deze nieuwe afspraken over het contracteringsproces.

# Gelijkwaardig contracteren - tijdslijn

## 1 januari - 1 februari

- evaluatie afgelopen periode
- partijen delen wensen en dilemma's

## 1 februari - 1 juli

- partijen overleggen over nadere invulling van beleid en contracten (zowel individueel als ketenzorg)
- eigen contractaanbod huisartsen

## Continu

- overleg tussen zorgverzekeraars en regio en GEZ voor regionaal maatwerk, substitutie, innovatie
- individueel maatwerk in bijzondere situaties

## 1 juli

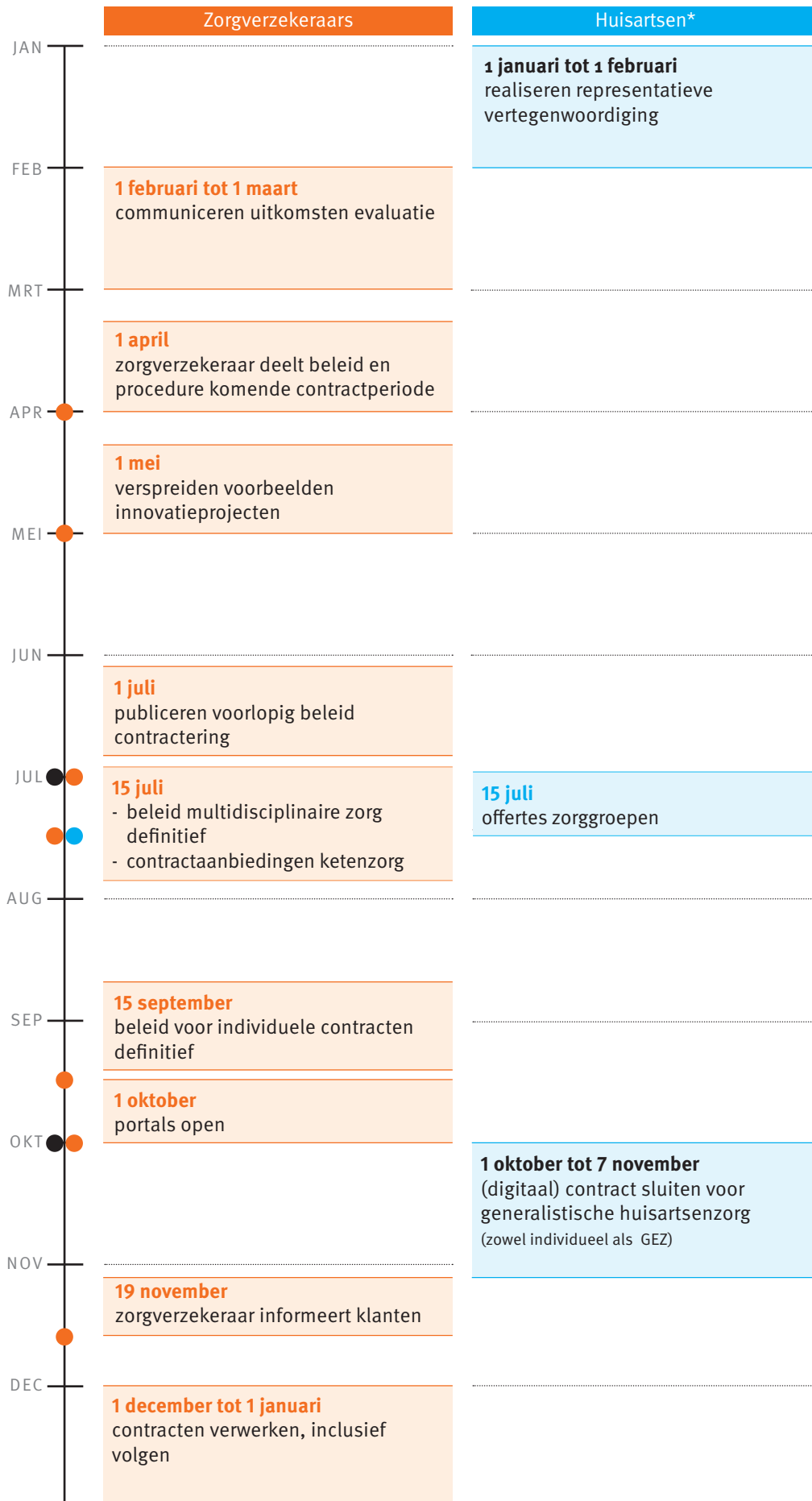
NZa geeft beleidsregels en tariefbeschikking af

## 1 juli - 1 oktober

- overleg over laatste aanpassingen inkoopbeleid, wanneer beleidsregels NZa daartoe aanleiding geven;
- voor individueel contract tot 15 september
- onderhandelingen over ketenzorg tot 1 oktober

## 1 oktober

- onderhandelingen zorggroepen afgerond
- zorgaanbieders inzicht in alle definitieve contracten



\* Onder huisartsen worden in deze afspraken ook samenwerkingsverbanden van huisartsen en/of de huisartsen- en/of eerstelijns organisaties verstaan.

Bijlage 2:

# NZa Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw



## Regeling TH/NR-005 Transparantie zorginkoopproces Zvw

Kenmerk  
TH/NR-005

Ingevolge artikel 45 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten.

### 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1<sup>o</sup>, Wmg en zorgaanbieders in de zin van artikel 1, onderdeel c, Wmg.

### 2. Doel van de regeling

Deze regeling ziet op het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen. De regeling beoogt de transparantie van dit proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten.

### 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

1. zorgverzekeraar: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, onder 1<sup>o</sup> Wmg;
2. zorgaanbieder: een natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c, Wmg.

### 4. Bekendmaking zorginkoopbeleid en procedure van zorginkoop

Zorgverzekeraars maken het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden bekend. Deze informatie betreft in ieder geval:

1. de verschillende fasen waaruit de zorginkoop bestaat en de termijnen waarbinnen de zorgaanbieder onderscheidelijk de zorgverzekeraar in de verschillende fasen moeten reageren;
2. de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar gedurende de zorginkoop;
3. het kwaliteitsbeleid dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop hanteert;
4. de minimumeisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract;
5. in welke mate de zorgverzekeraar ruimte biedt voor innovatief zorgaanbod en, indien van toepassing, welke specifieke eisen de zorgverzekeraar stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod.

## Bijlage 2:

Nederlandse Zorgautoriteit

**5. Voldoende beschikbaarheid**

1. De zorgverzekeraar is vanaf het publiceren van de informatie, genoemd in artikel 4, tot het moment waarop de contracten gesloten zijn voldoende beschikbaar voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders.
2. De zorgaanbieder is vanaf de datum, bedoeld in artikel 4, aanhef, tot het moment waarop de contracten gesloten zijn voldoende beschikbaar voor vragen en opmerkingen van zorgverzekeraars.

Kenmerk

TH/NR-005

Pagina

2 van 5

**6. Redelijke termijn voor bestudering**

De zorgverzekeraar neemt in het tijdspad voor het zorginkoopproces een redelijke termijn op voor de zorgaanbieders om het voorstel te bestuderen en vragen te stellen.

**7. Bekendmaking van wijzigingen**

1. Indien de zorgverzekeraar een wijziging aanbrengt in de informatie zoals bekendgemaakt op grond van artikel 4, maakt hij dit tijdig bekend op dezelfde wijze waarop de bekendmaking van de eerdere informatie heeft plaatsgevonden.
2. Wijzigingen na 1 april worden bij bekendmaking door de zorgverzekeraar gemotiveerd.

**8. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016 voor alle contracten die ingaan op 1 januari 2017 of een latere datum. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling **Transparantie zorginkoopproces Zvw**'.

**Toelichting***Algemeen*

Het doel van deze regeling is de transparantie van het zorginkoopproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. De NZa heeft veel signalen ontvangen met klachten over het zorginkoopproces. In 2010 en 2014 heeft de NZa Good Contracting Practices (GCP's) uitgebracht, waarin aanbevelingen werden opgenomen om het zorginkoopproces soepeler te laten verlopen. Een deel van deze aanbevelingen ziet op de transparantie van het zorginkoopproces. Met deze regeling wordt een aantal GCP's omgezet in een door de NZa handhaafbare regeling. Met deze regeling wordt het *proces* van de zorginkoop voor een deel gereguleerd.

Deze regeling geldt voor zorg die wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Het gaat daarmee alleen om zorg die onder de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering) valt.

*Artikelsgewijs*Artikel 4

Op grond van dit artikel maken zorgverzekeraars het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend. Indien zorgverzekeraars in hun zorginkoop speciaal aandacht besteden aan kleine organisaties en nieuwe toetreders in de markt van zorgaanbieders, vermelden ze in het inkoopbeleid op grond van dit artikel ook welke eisen voor kleine organisaties en nieuwe toetreders gelden.

Wanneer een zorgverzekeraar helemaal geen zorg inkoop is het ook niet noodzakelijk om het zorginkoopbeleid en de procedure daarbij bekend te maken.

## Lid 1

Zorgverzekeraars dienen op basis van dit artikel inzichtelijk te maken wat de belangrijke momenten in het contracteerproces zijn (zoals het verzenden van de contractvoorstellen) en wanneer deze plaatsvinden, alsmede welke reactietermijnen er gelden in het contracteerproces. Voor zorgaanbieders is het immers van belang te weten welke stappen wanneer worden gezet in het zorginkoopproces zodat zij hierop kunnen anticiperen.

## Lid 4

Onder eisen wordt onder meer verstaan eisen aan de kwaliteit van de te leveren zorg.

## Lid 5

De zorgverzekeraar is niet verplicht om bij de zorginkoop speciaal beleid te voeren voor innovatief zorgaanbod. Op grond van dit artikel vermeldt de zorgverzekeraar wel of deze bij de zorginkoop speciaal beleid voert voor innovatief zorgaanbod, en zo ja, welke specifieke eisen de zorgverzekeraar daarbij stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod.

Artikel 5

De regel om voldoende beschikbaar te zijn geldt voor het gehele zorginkoopproces, dus ook bijvoorbeeld voor vragen over wijzigingen die op grond van artikel 7 na 1 april zijn aangebracht.

**Kenmerk**

TH/NR-005

**Pagina**

3 van 5

**Bijlage 2:****Nederlandse Zorgautoriteit**

Het vereiste van voldoende beschikbaarheid geldt zowel voor zorgverzekeraars (lid 1) als zorgaanbieders (lid 2).

**Kenmerk**

TH/NR-005

**Artikel 6**

Het gaat hier om het initiële contractvoorstel dat een zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder aanbiedt. Onder voorstel wordt ook verstaan het antwoord van de zorgverzekeraar op een offerte van een zorgaanbieder.

**Pagina**

4 van 5

Het is van belang dat zorgaanbieders een redelijke termijn krijgen voor het bestuderen van een overeenkomst die zorgverzekeraars aanbieden. Wat een redelijke termijn precies zou moeten zijn is in zijn algemeenheid niet vast te stellen. Dit kan onder meer afhangen van de complexiteit van de aangeboden overeenkomst, de sector, de hoeveelheid te bestuderen stukken en de mate waarin de overeenkomst verschilt ten opzichte van vorige jaren.

**Artikel 7**

Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de ruimte om de informatie, als bedoeld in artikel 4, te wijzigen. De zorgverzekeraar dient de wijziging te motiveren en tijdig te publiceren. Dit artikel heeft met name betrekking op wijzigingen door externe factoren. Dit gaat met name om nieuwe standpunten van het Zorginstituut Nederland, wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS.

**Artikel 8**

Deze regel treedt in werking op 1 januari 2016. De eerste contracteerronde waar deze regels op van toepassing zijn, zijn de contracten die ingaan op 2017.

**ineen**  
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

 **LHV**  
Landelijke Huisartsen Vereniging



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

  
nederlands huisartsen  
genootschap

 **Patiënten  
federatie NPCF**  
samen de zorg beter maken

 **Huisartsen**  
vereniging praktijkhoudende huisartsen

Zorgverzekeraars Nederland



# HET ROER GAAT OM

