

Handvatten Zorgcontractering

Voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders die zorg vanuit de
Zorgverzekeringswet contracteren



1 maart 2026

Inhoudsopgave

1	Visie op het proces van zorgcontractering	4
1.1	Doelstelling	4
1.2	Passende zorg en (regionale) transformatie van zorg	5
2	Opzet Handvatten	6
2.1	Soorten handvatten	6
2.2	Voor wie zijn de handvatten van toepassing?	6
2.3	Vormen van contractering	7
2.4	Totstandkoming van de handvatten	7
2.5	Leeswijzer	7
3	Toezicht vanuit de NZa	8
3.1	Wat kunnen partijen van de NZa verwachten?	8
3.1.1	Escalatieladder face-to-face contractering	8
3.1.2	Escalatieladder digitale contractering	8
3.2	Wat doet de NZa met meldingen?	9
3.2.1	Richtsnoeren	9
3.2.2	Bestaande regelgeving	9
3.3	Contracteervrijheid en zorgplicht	10
3.4	Samenwerken ten behoeve van het contracteerproces	10
4	Ordentelijk contracteerproces	11
4.1	Zorginkoopbeleid en -proces	11
4.2	Wijzigingen zorginkoopbeleid en/of procedure van zorginkoop	12
4.3	Strategisch beleid	12
4.4	Informatietransparantie	13
4.4.1	Aanleveren volumeprognoses	13
4.4.2	Afspraken over gebruikte methoden en technieken	13
4.5	Maatschappelijke opgave	14
4.6	Aanbieden contractvoorstel en offerte	14
4.6.1	Voorleggen onderdelen offerte uiterlijk op 1 september	14
4.6.2	Aanbieden offerte / contract uiterlijk op 1 oktober	15
4.7	Toelichting contractvoorstel en offerte	15

4.7.1	Inhoudelijke toelichting bij offertes en contractvoorstellen	16
4.7.2	Inzichtelijk maken van wijzigingen van het contractaanbod	17
4.7.3	OVA	17
4.8	Reactieperiode contractvoorstel en offerte	17
4.9	Bereikbaarheid	18
5	Informatieverstrekking aan consumenten	19
5.1	Informatieverstrekking aan consumenten door zorgverzekeraars	19
5.1.1	Bruikbare informatie	19
5.1.2	Op elkaar lijkende polissen	19
5.1.3	Inzicht in de kosten	20
5.1.4	Informatie over (niet-)gecontracteerde zorg	20
5.1.5	Uniforme communicatie over gecontracteerd aanbod	21
5.1.6	Transparantie vanaf 12 november	21
5.2	Informatieverstrekking aan consumenten door zorgaanbieders	22
5.2.1	Relevante keuze-informatie	22
5.2.2	Transparantie vanaf 12 november	23
6	Overzicht bestaande normen en kaders	24

1 Visie op het proces van zorgcontractering

Via de zorginkoop realiseren zorgverzekeraars toegang tot goede en betaalbare zorg voor hun verzekerden. Via de verkoop van zorg krijgen zorgaanbieders betaald voor de geleverde of te leveren zorg en worden afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg. De afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover maken, worden vastgelegd in contracten. Dit proces noemen we contractering. Om de zorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden, is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover met elkaar goede inhoudelijke afspraken maken en dit ook contractueel vastleggen. Dit draagt bij aan de transitie naar passende zorg en de maatschappelijke opgave om de zorg (regionaal) duurzaam te organiseren. Dit vraagt aanhoudend inspanning van alle betrokkenen bij de contractering. Dit neemt niet weg dat er sprake is van contracteervrijheid. Partijen zijn vrij om geen contract aan te gaan zolang de toegankelijkheid van zorg daarmee niet in gevaar komt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert dat het contractering in sommige sectoren moeizaam verloopt. Verschillende oorzaken dragen bij aan een moeizaam contracteerproces: onder meer onduidelijkheid en intransparantie tussen partijen over de toelichting van elkaars voorstel, lange reactietermijnen en slechte bereikbaarheid. Met als gevolg dat er vertraging ontstaat in de implementatie van de gemaakte afspraken waardoor de maatschappelijke opgaven (onnodig) meer tijd vergen en consumenten tijdens de overstapperiode niet weten waar ze aan toe zijn als ze willen kiezen voor een zorgverzekering.

1.1 Doelstelling

Dit document Handvatten Zorgcontractering (hierna: document Handvatten) is bedoeld als een hulpmiddel om de maatschappelijke opgave inclusief passende zorg te realiseren door middel van een soepel contracteerproces.

Met de maatschappelijke opgave om de zorg toekomstbestendig te organiseren, bedoelen we de opgave aan het hele zorgveld, inclusief overheidspartijen en patiënten- en cliëntenorganisaties, om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te borgen. Deze maatschappelijke opgaven zijn niet nieuw. Dit is ook verankerd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Partijen hebben in het IZA afspraken gemaakt om de zorg toegankelijk te houden door de zorg anders te organiseren. Wij verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars scherp hebben wat dit vraagt van hun sector en wat het concreet betekent voor de eigen organisatie en de regio.

Ordentelijk inkoopproces

Een soepel contracteerproces creëert ruimte voor het maken van inhoudelijke afspraken om de maatschappelijke opgaven en passende zorg meer te bestendigen in de contracten. Ook zorgt een goed doorlopen contracteerproces voor tijdige helderheid over de feitelijke afspraken die partijen hierover met elkaar hebben gemaakt. Transparantie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is hierbij cruciaal, niet alleen rondom het proces, maar ook over de inhoud en de resultaten van contracten. Dit kan het vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars versterken.

Er is een belang om de noodzakelijke transitie in de zorg vorm te geven via contracten en hierover goede afspraken met elkaar te maken. Dit vraagt veel tijd en aandacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In dit document Handvatten hanteren we 12 november als een richtpunt voor de

afronding van het contracteerproces, zoals ook is overeengekomen in het IZA. Het is belangrijk dat partijen deze datum zo goed als mogelijk nastreven, maar het is evenwel geen harde deadline waar de NZa op zal handhaven. Dit zou de marktverhoudingen naar huidig inzicht teveel verstoren. Tevens stellen de handvatten partijen in staat om hun contracteerproces te evalueren en te versterken. Dit draagt bij aan de samenwerking tussen in- en verkopende partijen, waardoor in meer gezamenlijkheid de beweging naar passende zorg tot stand komt. Hoofdstuk 4 bevat handvatten die bijdragen aan dit doel.

Bruikbare informatieverstrekking

Heldere informatie over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van zorg is gedurende het hele jaar, en zeker tijdens de overstapperiode, belangrijk voor het keuzeproces van consumenten: bijvoorbeeld bij het kiezen van een zorgverzekering, een zorgaanbieder of een behandeling. Daarnaast is het van belang dat consumenten weten of zij moeten bijbetalen voor zorg. Alleen met heldere informatie kunnen zij een weloverwogen keuze maken voor een passende zorgverzekering en negatieve financiële gevolgen voorkomen. Het kan voorkomen dat de contractering op 12 november nog niet is afgerond. Toch is het van belang dat de consument over alle relevante keuze-informatie beschikt om zijn keuze voor een zorgpolis weloverwogen te kunnen maken, waaronder het vergoedingsbeleid dat geldt voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Op dat punt verwacht de NZa van zorgverzekeraars en zorgaanbieders eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument. Hoofdstuk 5 bevat de handvatten die bijdragen aan dit doel.

Tot slot, een soepel contracteerproces draagt bij aan het vertrouwen van de consument in de zorg. De NZa vindt het onwenselijk als tijdens de overstapperiode door partijen uitlatingen worden gedaan, bijvoorbeeld in de media, met oog op het beïnvloeden van de contractering, die leiden tot onrust bij de consument. De NZa creëert met deze handvatten ook voor zichzelf als toezichthouder een duidelijke basis om zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan te spreken wanneer zij niet handelen in lijn met de bedoeling van deze handvatten.

1.2 Passende zorg en (regionale) transformatie van zorg

De contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is een belangrijk middel om passende zorg en de regionale transformatie van zorg te realiseren. We zien dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars steeds meer samenwerken om de (regionale) transformatie van zorg te realiseren. Specifiek bij het vertalen van de regioplannen naar transformatieplannen, waarbij zorgverzekeraars gelijkgericht handelen bij impactvolle transformaties en zorgaanbieders zich hieraan verbinden.

Door contracten kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk concrete doelen stellen die bijdragen aan de transitie naar passende zorg. Dit gezamenlijke proces vraagt om nauwe samenwerking en om binnen de financiële kaders samen de verantwoordelijkheid te nemen en waar nodig verder te kijken dan het eigen belang. Een sterke samenwerkingsrelatie die gebaseerd is op vertrouwen en samenwerking vormt hiervoor de basis. Wanneer partijen de richtsnoeren uit de handvatten naleven, hoopt de NZa die samenwerkingsrelatie te versterken.

2 Opzet Handvatten

2.1 Soorten handvatten

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

Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij, naast het naleven van de bestaande wet- en regelgeving, ook de in dit document beschreven richtsnoeren opvolgen. Hiermee kunnen gesignaleerde knelpunten in het contracteerproces worden weggenomen. Dit kan zo uiteindelijk een bijdrage leveren aan het uitvoeren van de brede, maatschappelijke opgave die er ligt om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

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

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

2.2 Voor wie zijn de handvatten van toepassing?

De handvatten in dit document zijn van toepassing op alle typen onderhandelrelaties tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (in de zin van artikel 1 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)). Het betreft dus zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bijvoorbeeld: de richtsnoeren zijn in de meeste gevallen ook van toepassing zijn op de zorgcontractering van farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Wij beseffen echter dat er niet één zorginkoopmarkt is. Contractering is voor elke sector anders en kan daardoor verschillen in omvang, aanbod, spreiding en beschikbaarheid.

Daarnaast bestaan er grote verschillen in de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken maken. Dit kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de omvang van een zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar of hoe groot het marktaandeel is voor de desbetreffende zorgverzekeraar/zorgaanbieder. Desalniettemin hebben wij getracht generieke richtsnoeren bij alle sectoren op te stellen. In deze handvatten maken wij wel onderscheid tussen 'face-to-face contractering' en 'digitale contractering' omdat sommige richtsnoeren specifiek betrekking hebben op één van de twee vormen van contractering.

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

2.3 Vormen van contractering

Er bestaan grote verschillen in de manieren waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten met elkaar sluiten. In de beschrijving bij de opgestelde richtsnoeren maken we onderscheid tussen contractering die in gespreksdialoog wordt vormgegeven ('face-to-face contractering') waarin zorgaanbieders in veel gevallen als eerste een offerte uitbrengen, en er vervolgens een onderhandeling plaatsvindt. Deze dialoog vindt plaats in een overlegsetting, welke zowel fysiek als via videoconferentie kan zijn. Bij face-to-face-contractering kan het uiteindelijke contract wél digitaal worden gesloten. Daarnaast is er contractering die meer op afstand plaatsvindt en waarbij er geen of beperkt sprake is van een dialoog. Hier vindt de contractering plaats via een digitaal portaal van een zorgverzekeraar, dan wel een proces waarbij een grote groep (kleinere) zorgaanbieders een contract via een meer gestandaardiseerd proces afsluiten ('digitale contractering'). In dit geval zijn het vaak de zorgverzekeraars die een contractaanbod voorleggen. We maken dit onderscheid omdat sommige richtsnoeren specifiek betrekking hebben op één van de twee vormen van contractering.

2.4 Totstandkoming van de handvatten

Dit document is tot stand gekomen in een proces met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en brancheverenigingen. In juli 2023 is de eerste versie van dit document uitgebracht. Om een beeld te krijgen bij de uitwerking van deze handvatten zijn deze in 2024 getoetst op basis van praktijkervaringen, sectorale groepsgesprekken en door schriftelijke consultatie. In 2025 hebben wij de handvatten geëvalueerd door middel van een online vragenlijst, praktijkervaringen en signalen. De opgehaalde inzichten zijn meegenomen in deze derde versie van het document Handvatten dat nu voor u ligt. Concreet zijn er naar aanleiding van de evaluatie een aantal passages verduidelijkt, een aantal richtsnoeren herschreven, een richtsnoer toegevoegd, een aantal richtsnoeren omgezet in regelgeving en wijzigingen in de regelgeving.

2.5 Leeswijzer

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

- Ordentelijk contracteerproces;
- Informatieverstrekking aan consumenten.

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

3 Toezicht vanuit de NZa

3.1 Wat kunnen partijen van de NZa verwachten?

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

De NZa heeft een toezichthoudende rol in het contracteerproces. Bij het niet naleven de wet- en regelgeving kunnen we handhaven. Inhoudelijk mengen wij ons niet in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa is geen geschilbeslechter in individuele casuïstiek maar kan optreden in algemeen consumentenbelang (Beleidsregel Handhaving (TH/BR-030)). Wij zeggen dan ook niets over de hoogte van de voorgestelde tarieven of de inhoud van contracten, mits deze in overeenstemming is met de wet- en regelgeving. Wij kijken alleen in eerste instantie naar gevallen waarbij het contracteerproces is vastgelopen. Hieronder leggen wij kort uit hoe onze toezichtprocedure verloopt.

3.1.1 Escalatieladder face-to-face contractering

Als het proces van face-to-face contractering moeizaam verloopt, vindt de NZa het allereerst aan de betrokken zorgverzekeraar en zorgaanbieder om hierop samen te reflecteren en – met deze handvatten in de hand – te bepalen waarop en hoe verbetering te realiseren is. Als deze interventie niet leidt tot het gewenste effect, kan eventueel escalatie op bestuurlijk niveau plaatsvinden. Wanneer ook deze interventie niet leidt tot het gewenste effect, kan hiervan een melding worden gemaakt bij de NZa. We vragen partijen dan om gezamenlijk een self-assessment in te vullen, zoals te vinden op onze webpagina onder melding contractering. De NZa kan daarna met partijen in gesprek gaan. Ook kunnen betrokken partijen gebruik maken van de mogelijkheden tot geschillenoplossing/-beslechting (zoals mediation, bindend advies of arbitrage) dat het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) aanbiedt. Wanneer regelgeving wordt overtreden kan de NZa handhaven met formele maatregelen zoals beschreven in paragraaf 3.2.2.

3.1.2 Escalatieladder digitale contractering

Wij realiseren ons dat deze escalatieladder niet in iedere situatie gevolgd kan worden, zoals bij digitale contractering. Het is hierbij denkbaar dat escalatie ook via de relevante brancheorganisatie kan plaatsvinden, mits de brancheorganisatie geen versturende rol in de onderhandelingen gaat spelen. Brancheorganisaties hebben immers de kracht om samenwerking te organiseren waar dat nodig is, met inachtneming van spelregels rondom mededinging zoals hieronder beschreven in paragraaf 3.4. Het is ook mogelijk om (anoniem) een melding te maken bij het meldpunt van de NZa. De NZa zal deze informatie (groepsgewijs) delen met zorgverzekeraars en verwacht vervolgens geïnformeerd te worden over hoe de zorgverzekeraar met deze informatie omgaat. Wanneer regelgeving wordt overtreden kan de NZa handhaven met formele maatregelen zoals beschreven in paragraaf 3.2.2.

3.2 Wat doet de NZa met meldingen?

De NZa kan meldingen ontvangen van consumenten, maar ook van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, bijvoorbeeld na het doorlopen van de escalatieladder. Daarnaast komt informatie over zorgcontractering en informatieverstrekking aan consumenten ook op andere manieren tot ons (bijvoorbeeld via de media) en kan de NZa ambtshalve een onderzoek starten. De NZa pakt meldingen individueel of groepsgewijs op, afhankelijk van de aard en de omvang van de informatie, met het oog op het algemeen consumentenbelang. In ons toezicht en keuzes over handhavend optreden, wordt de lokale context meegenomen. Zoals de omvang van de betrokken partijen en de rol in de regionale samenwerking. Hoe de NZa omgaat met meldingen is ook afhankelijk of de situatie ziet op een richtsnoer of op regelgeving.

3.2.1 Richtsnoeren

Dit document bevat richtsnoeren welke in het **groen** worden weergegeven. De richtsnoeren zijn niet in de regelgeving opgenomen en zijn door de NZa niet handhaafbaar. Dit betekent dat de NZa geen formele maatregelen kan opleggen wanneer de richtsnoeren door partijen niet worden nageleefd en het onderliggende doel niet wordt bereikt. De NZa betreft deze richtsnoeren wel situationeel en risicogericht in haar toezicht. In haar prioritering richt de NZa zich hierbij allereerst op de onderhandelrelaties tussen partijen die dusdanig belangrijk zijn voor elkaar om de regionale transitieopgave samen vorm te geven.

De richtsnoeren dienen het doel om een adequaat contracteerproces mogelijk te maken en dragen er aan bij om de consument tijdig van bruikbare keuze informatie te voorzien. Indien dit doel in het onderlinge contracteerproces wordt gerealiseerd, is dat doel leidend. Indien het doel niet wordt gehaald, vormen deze richtsnoeren de basis waarop partijen elkaar kunnen aanspreken en de basis die de NZa in haar toezicht betreft. De NZa doet dan ook een dringend beroep op betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in het maatschappelijke belang, in overeenstemming met deze richtsnoeren, te handelen.

3.2.2 Bestaande regelgeving

In aanvulling op bovengenoemde uitgangspunten grijpt de NZa in als partijen de bestaande regelgeving niet in acht nemen. De bestaande regels die met name relevant zijn voor deze handvatten betreffen de Regeling Transparantie zorgaanbieders (NH/NR-035), Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027), en Regeling Transparantie zorgcontractering Zvw (TH/NR-038). De NZa neemt bij overtreding van deze regelgeving de Beleidsregel Handhaving (TH/BR-030) als uitgangspunt voor haar handhavend optreden, wat bijvoorbeeld kan inhouden dat een formele maatregel volgt. De NZa kan alleen formeel handhaven als wet- en regelgeving wordt overtreden. Deze regelgeving is in dit document weergegeven in het **oranje**.

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

Tot slot, de genoemde wet- en regelgeving in dit document ziet op het moment van verschijnen van deze handvatten. Het kan gebeuren dat na deze publicatie de genoemde wet- en regelgeving wijzigt.

Van partijen wordt verwacht dat zij de actuele wet- en regelgeving kennen en daaraan voldoen. Deze is [hier](#) te raadplegen.

3.3 Contracteervrijheid en zorgplicht

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

Tot slot, zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dit omvat onder meer dat zij de beschikbaarheid van voldoende zorg uit het basispakket moeten organiseren voor hun naturaverzekerden. In de praktijk wordt hieraan grotendeels invulling gegeven door deze zorg in te kopen. De NZa houdt er toezicht op dat zorgverzekeraars aan de zorgplicht voldoen aan de hand van de [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw \(TH/BR-025\)](#) en [De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars](#).

3.4 Samenwerken ten behoeve van het contracteerproces

De NZa moedigt aan dat partijen samenwerken in het contracteerproces om tot goede contracten te komen die bijdragen aan de maatschappelijke opgave en (regionale) transitie van de zorg. Wanneer samenwerking de concurrentie kan schaden, is het van belang dat wordt nagegaan of de samenwerking niet in strijd is met de Mededingingswet (Mw). Het is de Autoriteit Consument en Markt (ACM) die toezicht houdt op de Mw. De NZa gaat in dit document Handvatten dan ook niet in op deze of andere samenwerkingsvormen en verwijst naar informatie hierover op de website van de ACM waar haar meeste actuele inzicht is te vinden. Relevante informatie betreft onder meer:

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

4 Ordentelijk contracteerproces

In dit hoofdstuk zijn de toepasselijke regelgeving en richtsnoeren voor een ordentelijk contracteerproces opgenomen. Met ordentelijk bedoelen we dat partijen de processtappen die nodig zijn om het contracteerproces zo soepel mogelijk te laten verlopen, van en naar elkaar zullen respecteren. De regelgeving volgt uit de Regeling Transparantie zorgcontractering Zvw TH/NR-038. De Regeling heeft als doel de transparantie van het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen te vergroten, zodat dit constructief en zonder onnodige vertragingen verloopt. Zo wordt bevorderd dat verzekerden als gevolg daarvan tijdig – dat wil zeggen bij het kiezen van een zorgverzekering – inzicht hebben in het gecontracteerde zorgaanbod en de gevolgen consequenties voor de vergoeding van zorg.

4.1 Zorginkoopbeleid en -proces

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

Deze regelgeving is vastgelegd in artikel 4 van de Regeling TH/NR-038. Het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop van de zorgverzekeraar bevatten ten minste de onderstaande onderdelen:

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

Met het bekendmaken van de procedure bedoelen we ook de bekendmaking van de gehanteerde inkoopmethodiek, bijvoorbeeld digitale inkoop, selectieve inkoop of een aanbesteding in de zin van de aanbestedingswetgeving. Wanneer zorgverzekeraars in hun zorginkoop specifiek aandacht besteden aan kleine organisaties en nieuwe toetreders in de markt van zorgaanbieders, vermelden ze in het

zorginkoopbeleid op grond van dit artikel uit Regeling [TH/NR-038](#) ook welke eisen voor kleine organisaties en nieuwe toetreders gelden.

4.2 Wijzigingen zorginkoopbeleid en/of procedure van zorginkoop

Indien **de zorgverzekeraar** een wijziging aanbrengt in het zorginkoopbeleid en/of de procedure van de zorginkoop (als bedoeld in artikel 4 van de Regeling [TH/NR-038](#)), maakt hij dit tijdig bekend op dezelfde wijze waarop de bekendmaking van de eerdere informatie heeft plaatsgevonden. Wijzigingen na 1 april worden bij bekendmaking door **de zorgverzekeraar** gemotiveerd.

Deze regel is vastgelegd in artikel 8 van de Regeling [TH/NR-038](#). Een nadere duiding van deze verplichting, bijvoorbeeld ten aanzien van het begrip ‘tijdig’, de wijze van bekendmaking en wat een deugdelijke motivering inhoudt, is opgenomen in de toelichting bij artikel 8 van deze regeling.

4.3 Strategisch beleid

Richt snoer 1: Uiterlijk 1 juni deelt de **zorgaanbieder** die leidend is voor de transitieopgave in de regio, indien door de zorgverzekeraar gevraagd, haar strategisch beleid of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is. Hierbij maakt de zorgaanbieder inzichtelijk hoe de maatschappelijke opgaven worden vertaald in haar strategisch beleid.

Dit richtsnoer is van toepassing op die aanbieders die, voor de desbetreffende zorgverzekeraar, leidend zijn voor de transitieopgave in de regio. Wie leidend is voor een transitieopgave in de regio kan onder andere blijken uit regioplannen of regionale afspraken. Met het vroegtijdig delen van het strategisch beleid wordt beoogd dat gesprekken over financiën en beleid al eerder in het jaar aan elkaar worden gekoppeld. Door de deadline van het delen van het strategisch beleid op 1 juni te zetten, is de zorgverzekeraar vroegtijdig op de hoogte van het strategisch beleid van de zorgaanbieder. Zo kunnen belemmerende verrassingen (bijvoorbeeld plannen voor uitbreiding of nieuwbouw) later in het proces worden voorkomen.

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

Dit richtsnoer is enkel van toepassing in die gevallen waarin de zorgverzekeraars het strategisch beleid van een zorgaanbieder wil ontvangen. Indien de zorgverzekeraar dit wenst laat hij dat de zorgaanbieder uiterlijk 1 april weten. Daarnaast staat het een zorgaanbieder natuurlijk vrij om uit eigen beweging haar strategisch beleid te delen. De zorgverzekeraar maakt ook in het zorginkoopbeleid en/of -procedure bekend op welke wijze invulling wordt gegeven aan de maatschappelijke opgave, artikel 4, lid 6 van de Regeling [TH/NR-038](#).

Wanneer een zorgaanbieder na 1 juni het strategisch beleid nog wil aanvullen of aanpassen, bijvoorbeeld doordat daarna nieuwe informatie is vrijgekomen of nieuwe inzichten zijn opgedaan, dan is

dit mogelijk. Indien partijen onderling afspreken dat een andere datum als deadline wordt gehanteerd, is deze datum leidend.

4.4 Informatietransparantie

4.4.1 Aanleveren volumeprognoses

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

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

4.4.2 Afspraken over gebruikte methoden en technieken

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

Door uiterlijk 1 september transparant te zijn en afspraken te maken over welke methoden worden gebruikt bij de verwerking van objectieve informatie (zoals benchmarking of volumeprognoses) worden eventuele ongelijke inzichten hierover eerder besproken en leidt dit ook eerder tot een meer gemeenschappelijk beeld over wat nodig is, bijvoorbeeld om de maatschappelijke doelen te realiseren. Daarmee kan later in het jaar, wanneer de informatie beschikbaar is, meer ruimte worden gemaakt om het te hebben over de inhoud. Het gaat hier dus om een verduidelijking van de methodes voorafgaand aan de onderhandelingen en niet om de daadwerkelijke uitkomsten van de benchmarks en prognoses. Hiermee wordt beoogd dat discussies over de methodiek en techniek en de belemmeringen die dat kan opleveren, vooraf worden beslecht.

De NZa vindt het belangrijk dat partijen transparant zijn over de opzet en methodiek van de gebruikte benchmarking. De NZa schrijft niet voor op welke wijze de transparantie het beste kan worden geboden, dat is aan partijen zelf. Wel vereist artikel 6, lid 3 van de Regeling [TH/NR-038](#) dat er een duidelijke inhoudelijke toelichting is. Indien, bij face-to-face contractering de onderhandeling, voortschrijdend inzicht of nieuw vrijgekomen informatie vraagt om nieuwe/verdiepende analyses dan is dat mogelijk. De gedachte achter dit richtsnoer is om, voor zover mogelijk al zo vroeg mogelijk in het jaar transparant te zijn over de methoden en technieken, het is niet de bedoeling om 'een slot' te zetten op de analyses na 1 september.

4.5 Maatschappelijke opgave

Richtsnoer 4: Zorgaanbieder en zorgverzekeraar bespreken de bijdrage van beide partijen aan de transitie naar passende zorg en een toekomstbestendig zorglandschap, zodat zij dit kunnen gebruiken als uitgangspunt bij hun contractvoorstellen. Als dit gesprek nog niet gevoerd kan worden, concretiseren zij wanneer zij dit uiterlijk willen bespreken.

Steeds meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn met elkaar aan de slag om (regionale) coalities te vormen waarin de maatschappelijke doelen worden vertaald naar de regionale/lokale situatie en bilaterale afspraken. Tegelijkertijd kan het maatschappelijke belang op gespannen voet staan met de eigen (financiële) belangen van individuele zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Dergelijke tegenstellingen kunnen ertoe leiden dat onderhandelingen lang duren en dat het oplossen van de maatschappelijke opgave vertraging oploopt of zelfs niet van de grond komt. Wederzijdse transparantie over hoe de maatschappelijke opgave is doorvertaald in het beleid en contractvoorstel is hierbij een eerste essentiële stap. Dit komt onder andere ook tot uitdrukking in richtsnoer 1 en artikel 4, lid 6 van de Regeling [TH/NR-038](#).

Wij verwachten van partijen dat ze (de inhoud van) hun beleidsplannen over en weer inzichtelijk maken en dat zij die tot uitdrukking laten komen in de bilaterale contractering. Om dit zo goed mogelijk te doen, vinden wij het van belang dat er, zoveel als mogelijk, in de contractering een expliciete koppeling zit tussen enerzijds de (financiële) afspraken en anderzijds de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de maatschappelijke opgave.

Dit richtsnoer heeft betrekking op onderhandelingen die in gespreksdialoog plaatsvinden. Wij erkennen dat er een onderscheid is over hoe diepgaand partijen dit met elkaar bespreken. Dit is afhankelijk van de grootte van het marktaandeel bij de ander. Voor de marktleider zorgverzekeraar(s) geldt dit onmiskenbaar bij grote zorgaanbieders. Voor de zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel geldt dit naar redelijkheid. In het geval van een kleine zorgverzekeraar met een (zeer) gering marktaandeel bij een zorgaanbieder, kan het volstaan dat er enige aandacht wordt besteed aan de maatschappelijke opgaven.

4.6 Aanbieden contractvoorstel en offerte

4.6.1 Voorleggen onderdelen offerte uiterlijk op 1 september

Richtsnoer 5: In sectoren waarbij de zorgaanbieder een offerte aanbiedt, dient de **zorgaanbieder** uiterlijk 1 september die onderdelen van de offerte die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september, voor te leggen aan de zorgverzekeraar. Tenzij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling anders hebben afgesproken.

De NZa ziet graag dat een volledige offerte al eerder in het jaar, liefst uiterlijk 1 september, aan zorgverzekeraars wordt voorgelegd door zorgaanbieders die face-to-face contracten. Echter, aangezien er in de maand september nog veel relevante informatie beschikbaar komt (onder meer op Prinsjesdag) is dit niet altijd mogelijk en heeft de NZa de deadline voor het aanbieden van de eerste reële offerte (in artikel 6 van de Regeling [TH/NR-038](#)) vastgelegd op 1 oktober. Dit betekent niet dat het de bedoeling is van de NZa dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars wachten tot 1 oktober met het delen van *alle*

informatie. Uiterlijk 1 september is het van belang dat zorgaanbieders onderdelen van de offerte, die niet onlosmakelijk verbonden zijn met de informatie die vrijkomt in september, voorleggen aan zorgverzekeraars. Daarvoor kunnen ze informatie nodig hebben van de zorgverzekeraar en de NZa verwacht dat deze tijdig wordt gedeeld. Dit richtsnoer heeft tot doel partijen te stimuleren om tijdig te starten met de gesprekken om inhoudelijke afspraken te maken.

4.6.2 Aanbieden offerte / contract uiterlijk op 1 oktober

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

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

Deze regels zijn vastgelegd in artikel 6 van de Regeling [TH/NR-038](#). Met het oog op een voortvarende contractering is het van belang dat de zorgaanbieder tijdig een eerste reële offerte indient en de zorgverzekeraar tijdig een contractvoorstel aanbiedt, te weten uiterlijk 1 oktober. Deze stukken zijn voorzien van een duidelijke inhoudelijke toelichting. Artikel 6, lid 3 van de Regeling [TH/NR-038](#) voorziet ook in een uitzonderingsbepaling.

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

Bij digitale contractering ligt de deadline voor het aanbieden van een inhoudelijk toegelicht contractvoorstel ook op 1 oktober voor de zorgverzekeraar. Daaraan voorafgaand kunnen in september vragenlijsten aan de zorgaanbieders worden uitgezet.

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

4.7 Toelichting contractvoorstel en offerte

Het uitgangspunt binnen het Nederlandse zorgstelsel is bilaterale contractering. De doorwerking van de loon- en prijsindexaties en op- en afslagen in relatie tot de tarieven zijn tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder volledig onderhandelbaar in hun bilaterale onderhandelingen. Om constructief met elkaar te onderhandelen is transparantie, duidelijkheid en een deugdelijke toelichting van het contractvoorstel van belang.

4.7.1 Inhoudelijke toelichting bij offertes en contractvoorstellen

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

Deze regels zijn vastgelegd in artikel 6, lid 4 van de Regeling TH/NR-038. Wanneer de contracteerpartijen tijdig beschikken over een toegelichte offerte en/of contractvoorstel kan dat bijdragen aan het soepeler laten verlopen van het contracteerproces. Het ontbreken daarvan maakt het voor zorgaanbieders lastig om binnen de gevraagde termijnen te reageren. De plicht om een inhoudelijke toelichting te geven bij offertes en contractvoorstellen is ook van toepassing bij aanvullende inkoop van zorg.

Een nadere duiding van deze verplichting is opgenomen in de toelichting bij artikel 6, lid 4 van Regeling TH/NR-038. Hier is opgenomen aan welke vereiste een offerte en contractvoorstel en daarbij behorende toelichting dienen te voldoen.

Het is belangrijk dat deze inhoudelijke toelichting ook duidelijk is. Onder een duidelijke toelichting wordt onder andere verstaan dat deze navolgbaar is. Navolgbaar is een inhoudelijke toelichting wanneer bijvoorbeeld te herleiden is hoe het aangeboden tarief is opgebouwd. Het is dan ook van belang dat inzichtelijk is welke elementen zijn meegenomen in de offerte dan wel het contractvoorstel. Daarnaast is het belangrijk dat is toegelicht hoe en waarom de betreffende elementen zijn meegenomen in de offerte dan wel het contractvoorstel. Informatie die in ieder geval (maar niet limitatief) in de toelichting aan de orde dient te komen, zijn:

- de gehanteerde basis(tarief of -bedrag) (bijvoorbeeld het tarief van vorig jaar, het NZa-tarief of anders);
- de doorvertaling van loon- en prijsstijgingen, de daarbij gehanteerde index en eventuele nacalculaties;
- de gehanteerde op- en/of afslagen in relatie tot de tarieven waarop deze op- en/of afslagen worden toegepast. Deze verschillende op- en/of afslagen kunnen om allerlei redenen voor komen, zoals kwaliteit, doelmatigheid, prijsbenchmarking, productiviteit, innovatie, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, specifieke lokale omstandigheden, maatschappelijke opgave et cetera;
- indien van toepassing de volumeopbouw;
- indien van toepassing de opzet en methodiek van de gebruikte benchmarking (welke aannames men gebruikt in een model) en hoe hieraan inhoudelijk invulling is gegeven alsmede hoe dit is uitgewerkt in het contractvoorstel dan wel offerte;
- indien van toepassing een toelichting op de wijze waarop de doelen uit de relevante bestuurlijke akkoorden of regionale of bovenregionale plannen zijn verwerkt in de offerte en het contractvoorstel, als ook de wijze waarop wordt bijgedragen aan de maatschappelijke opgave (of een verwijzing naar een document waarin dat te vinden is).

Tot slot hebben zorgverzekeraars de ruimte om voor groepen van vergelijkbare zorgaanbieders uniforme op- en afslagen te hanteren in het contractvoorstel, mits deze goed zijn toegelicht. Dit zodat het navolgbaar is voor de zorgaanbieder.

4.7.2 Inzichtelijk maken van wijzigingen van het contractaanbod

Richtsnoer 6: In sectoren waarbij het proces van zorginkoop digitaal plaatsvindt maakt de **zorgverzekeraar** inzichtelijk waar het contractaanbod inhoudelijk afwijkt van het contract van het voorgaande jaar. Zorgverzekeraars geven deze toelichting tegelijk met het aanbieden van het contractvoorstel te weten uiterlijk 1 oktober voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop plaatsvindt.

Dit richtsnoer is een aanvulling op artikel 6, lid 4 van de Regeling [TH/NR-038](#) waarin is aangegeven dat de contractvoorstellen van zorgverzekeraars voorzien moeten zijn van een duidelijke inhoudelijke toelichting. In dit richtsnoer is beschreven dat de NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij inzichtelijk maken waar het contractaanbod inhoudelijk afwijkt van het contract van het voorgaande jaar. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een wijzigingenoverzicht. Zorgaanbieders die digitaal contracteren (vaak met een klein marktaandeel) hebben in een korte periode veel contractvoorstellen te bestuderen en te overwegen. Door de wijzigingen inzichtelijk te maken wordt meer ruimte gecreëerd voor de zorgaanbieder om het contractaanbod te bestuderen en vragen te stellen.

4.7.3 OVA

Richtsnoer 7: Als startpunt van de onderhandeling hanteren de **zorgverzekeraar** en **zorgaanbieder** als index voor loonstijgingen de OVA.

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

4.8 Reactieperiode contractvoorstel en offerte

Zorgverzekeraars nemen in het tijdspad voor het zorginkoopproces een redelijke termijn op voor de zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen. Waar de zorgaanbieder een offerte aanbiedt wordt ook een redelijke termijn opgenomen waarbinnen de zorgverzekeraar reageert op de uitgebrachte offerte.

Deze regels zijn vastgelegd in artikel 7 van de Regeling [TH/NR-038](#). De termijn voor contractvoorstellen bedraagt ten minste vier weken en voor offertes ten hoogste zes weken, tenzij partijen anders overeenkomen. Een nadere duiding van deze verplichting is opgenomen in de toelichting bij artikel 7 van de Regeling [TH/NR-038](#). Voor de duidelijkheid, het gaat hier specifiek om de termijn die zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen om te reageren op het contractvoorstel dan wel offerte. Het gaat hier niet om de termijn die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben om gedurende het contracteerproces inhoudelijk te reageren op vragen en opmerkingen van elkaar, deze regels zijn vastgelegd in artikel 5 van de Regeling [TH/NR-038](#).

4.9 Bereikbaarheid

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

Deze regel is vastgelegd in artikel 5 van de Regeling [TH/NR-038](#). Een nadere duiding van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting bij artikel 5 van de Regeling [TH/NR-038](#). In artikel 5, lid 4 van Regeling [TH/NR-038](#) is daaraan toegevoegd dat dit ten minste binnen twee weken nadat een vraag of opmerking is ontvangen en dat partijen in onderling overleg een andere reactietermijn overeen kunnen komen. In artikel 5, lid 5 van Regeling [TH/NR-038](#) staat ten slotte dat indien niet binnen twee weken een antwoord kan worden gegeven en partijen geen andere reactie termijn hebben afgesproken dit dan binnen die twee weken gemotiveerd kenbaar moeten worden gemaakt aan de andere partij waarbij dan moet worden aangegeven wanneer wel inhoudelijke reactie verwacht kan worden. In de toelichting bij artikel 5 van Regeling [TH/NR-038](#) is te lezen dat een redelijke nieuwe reactietermijn niet langer is dan strikt noodzakelijk, en de zorgaanbieder respectievelijk zorgverzekeraar in ieder geval voldoende tijd geeft om de inhoudelijke reactie op de vragen nog mee te nemen in het beslisproces rondom de zorginkoop en de wederpartij voldoende tijd laat voor zijn noodzakelijke acties in dat inkoopproces.

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

5 Informatieverstrekking aan consumenten

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

Een aantal regels afkomstig uit de twee regelingen zijn met name relevant in het kader van contractering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben verantwoordelijkheden bij het voorlichten van de consument over het gecontracteerde zorgaanbod, kosten van zorg en consequenties van de keuze voor (niet-)gecontracteerde zorg. De besproken regelgeving in dit hoofdstuk bevat dus niet een uitputtende bespreking van alle informatieverplichtingen die op zorgverzekeraars en zorgaanbieders rusten.

5.1 Informatieverstrekking aan consumenten door zorgverzekeraars

5.1.1 Bruikbare informatie

De **zorgverzekeraar** verstrekt bruikbare informatie aan de consument.

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

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

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

5.1.2 Op elkaar lijkende polissen

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

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

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

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

5.1.3 Inzicht in de kosten

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

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

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

5.1.4 Informatie over (niet-)gecontracteerde zorg

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

Bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering moet het voor consumenten inzichtelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Voor consumenten kan het namelijk relevant zijn uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen. Zo kunnen consumenten ook nagaan bij welke zorgaanbieders zij

bepaalde voordelen genieten. Of dat rekening moet worden gehouden met omzetplafonds of volumeafspraken. De zorgverzekeraar heeft dan ook de volgende verplichtingen:

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

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

5.1.5 Uniforme communicatie over gecontracteerd aanbod

Richt snoer 8: Bij de plicht van **zorgverzekeraar** om bruikbare informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en consequenties voor de vergoeding van zorg te verstrekken, hanteert zij zoveel mogelijk uniforme, vergelijkbare taal.

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

5.1.6 Transparantie vanaf 12 november

Richt snoer 9: De **zorgverzekeraar** maakt jaarlijks vanaf 12 november transparant met welke zorgaanbieders zij een contract heeft afgesloten en wat de consequenties daarvan zijn voor de vergoeding van zorg.

Voor consumenten is het van belang dat zij tijdig weten of zorgaanbieders gecontracteerd zijn of niet en wat daar de consequenties voor de vergoeding van zorg zijn, zeker tijdens de overstapperiode. In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbeteringen doorvoeren. Eén van de afgesproken verbeteringen is dat zorgverzekeraars zich inspannen om jaarlijks voor 12 november het

contracteerproces af te ronden. Ten tweede maken zij vanaf 12 november transparant met wie zij een contract hebben afgesloten. De NZa onderschrijft dit. Het laat onverlet dat als de onderhandelingen nog lopen na 12 november dat partijen deze gewoon kunnen afronden. In dat geval verwacht de NZa van zorgverzekeraars wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument.

Uit artikel 10, lid 3 van de Regeling [TH/NR-027](#) volgt dat zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode een actueel overzicht geven van wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

De NZa vindt bruikbare informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding van zorg van groot belang. Maar net zo belangrijk vindt zij transparantie over de vergoeding wanneer tijdens de overstapperiode de zorgverzekeraar en zorgaanbieder nog met elkaar in onderhandeling zijn. Als de zorgverzekeraar en zorgaanbieder besluiten om geen nieuw contract met elkaar te sluiten, is wettelijk bepaald dat een consument die onder behandeling is bij deze zorgaanbieder zijn behandeling mag voortzetten zonder te worden geconfronteerd met extra kosten (artikel 13, lid 5 Zvw).

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

5.2 Informatieverstrekking aan consumenten door zorgaanbieders

5.2.1 Relevante keuze-informatie

De **zorgaanbieder** informeert de consument objectief over datgene dat voor de consument van belang is voor het maken van een weloverwogen keuze. Deze informatie is niet sturend.

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

- de prestaties die worden geleverd (artikel 4 lid 2);
- de tarieven die voor de consument van belang zijn (artikel 4 lid 3);
- of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen (artikel 4 lid 4);
- de aan- en of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de consument en over de mogelijke gevolgen daarvan voor de vergoeding van zorg of diensten door de zorgverzekeraar, deze informatie dient actief en aantoonbaar voor de start van de zorgverlening te worden verstrekt (artikel 4 lid 5);
- er sprake is van eventuele eigen betalingen (artikel 4 lid 6).

Een nadere uitleg van deze verplichtingen is opgenomen in de toelichting op van het betreffende artikel. Deze informatie dient tijdig door de zorgaanbieder aan de consument te worden verstrekt (artikel 5, lid 1 Regeling [TH/NR-035](#)).

Van de zorgaanbieder wordt niet verwacht dat zij de inhoud kent van alle verschillende polisvoorwaarden. Daarvoor verwijst de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar levert deze informatie aan de consument overeenkomstig de op hem rustende verplichtingen uit de Regeling [TH/NR-027](#).

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

5.2.2 Transparantie vanaf 12 november

Richtsnoer 10: De **zorgaanbieder** maakt jaarlijks vanaf 12 november transparant met welke zorgverzekeraars zij een contract heeft gesloten en over de mogelijke consequenties daarvan voor de vergoeding van zorg door de zorgverzekeraar.

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

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

6 Overzicht bestaande normen en kaders

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

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

- De Green Deal Duurzame Zorg is een kader waarin aandacht wordt geschonken aan de duurzaamheid binnen de zorg. Het is belangrijk om over de ecologische last transparanter te worden en duurzaamheid in de contractering aandacht te geven.
- De Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp maakt duidelijk wat IGJ verwacht van zorgaanbieders in een drietal situaties waarin er (mogelijk) risico's ontstaan voor de continuïteit van zorg aan patiënten en cliënten.
- In de Beleidsregel 'De juiste zorg op de juiste plek' van de ACM wordt ingegaan op de mogelijkheden van het maken van afspraken in het kader van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek.
- In het document Samenwerking in de zorg van de ACM staan aandachtspunten voor samenwerking, bijvoorbeeld wat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar wel en niet kan en mag doen.
- De leidraad Brancheorganisaties en zorgcontractering is opgesteld door de ACM en gaat in op de rol van branchepartijen bij zorginkoop.
- De Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 beschrijft op welke wijze de NZa toezicht houdt op rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.
- De Beleidsregel Handhaving TH/BR-030 geeft inzicht in de wijze waarop de NZa naleving van wet- en regelgeving in de zorg bevordert.
- De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars is een document voor zorgverzekeraars betreffende de zorgplicht. Zorgverzekeraars hebben de plicht om in het geval van een naturopolis ervoor te zorgen dat consumenten tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen.
- De Regeling Transparantie zorgcontractering Zvw TH/NR-038, de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027 en de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-035 zijn van belang tijdens het contracteerproces.
- De zorgverzekeraar maakt niet alleen afspraken met zorgaanbieders voor de inkoop van zorg. De zorgverzekeraar maakt ook concrete afspraken met andere stakeholders (zoals zorgkantoren en gemeenten) in relatie tot zorginkoop en werkt met hen samen om in het kerngebied - wanneer van toepassing – om de beschikbaarheid, tijdigheid en kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren (zie onder meer artikel 14a Zorgverzekeringswet en artikel 5.4.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning).
- De Whitepaper naar transformatiegerichte contracten in de zorg is geschreven om zorgverzekeraars en zorgaanbieders te helpen en te inspireren die met elkaar een sterke en duurzame samenwerkingsrelatie willen ontwikkelen, gericht op het realiseren van gezamenlijke regionale transformatieopgaven. De whitepaper biedt een (theoretische) duiding en een overzicht van uitgangspunten van de verschillende contracteermodellen, die als basis kunnen dienen om de samenwerkingsrelatie verder vorm te geven. Ook kan deze paper gebruikt worden bij de vormgeving van de samenwerking tussen zorgaanbieders en de gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars bij impactvolle transformaties.

