

Handreiking
juridisch kader
zorgverkoop Wlz
aan zorgkantoren
in **50 vragen &
antwoorden**

Inhoudsopgave

Vooraf	5
ALGEMEEN	6
1 Wat regelt de Wlz?	7
Inleiding	7
De verzekerde aanspraak	9
Leveringsvormen	9
De zorgplicht	10
2 Wat regelt de Wet marktordening gezondheidszorg?	10
Inleiding	10
Tariefregulering en bekostiging van zorg	11
Transparantie-eisen	12
Markttoezicht	12
3 Wat regelt het algemene contractenrecht?	13
4 Welke andere partijen en overheidsorganen zijn betrokken bij de zorginkoop en -verkoop in de Wlz en wat is hun rol daarbij?	14
5 Wat geldt als er een aanspraak is op Wlz-zorg die ook op grond van een andere wet mogelijk bekostigd kan worden?	15
INKOOPPROCEDURE & INKOOPVOORWAARDEN	16
6 Wat zijn de belangrijkste punten om in de gaten te houden bij de inkoopprocedure?	17
7 Hoe ziet het tijdpad van de zorginkoopprocedure eruit?	18
8 Zijn zorgkantoren aanbestedingsplichtig?	19
9 Wat zijn de aanbestedingsbeginselen?	20
10 Welke concrete verplichtingen brengen aanbestedingsbeginselen mee voor inkoopprocedures van zorgkantoren?	20
11 Wanneer is sprake van een reëel tarief?	21
Algemeen	21
Mogen de zorgkantoren een richttariefpercentage hanteren?	22
12 Wat betekent de precontractuele redelijkheid en billijkheid voor zorginkoop van zorgkantoren?	22
13 Zijn zorgkantoren gehouden aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur?	23
14 Wat moet je als zorgaanbieder doen als inkoopdocumenten onduidelijk zijn?	23
15 Wat kan je als zorgaanbieder doen als de inkoopprocedure niet aan de wettelijke vereisten of regels van de NZa voldoet?	23
16 Mogen de inkoopvoorwaarden van het zorgkantoor afwijken van het inkoopdocument van het jaar daarvoor?	24

17. Mag een zorgkantoor als inkoopvoorwaarde hanteren dat een zorgaanbieder de Governance Code Zorg 2022 aantoonbaar heeft ingevoerd?	24
18 Kan een zorgkantoor van de gekozen procedurele stappen van de inkoopprocedure afwijken?	24
19 Welke verplichtingen ontstaan aan de zijde van zorgaanbieder als hij een inschrijving indient?	24
20 Kan de inschrijving worden gewijzigd en/of worden ingetrokken door de zorgaanbieder?	25
21 Kan de zorgaanbieder die zich niet heeft ingeschreven na het verlopen van de inschrijftermijn alsnog worden gecontracteerd?	25
22 Wat als een zorgkantoor mijn inschrijving niet of niet tijdig heeft ontvangen?	25
23 Kan het zorgkantoor de onderhandelingen eenzijdig afbreken?	26
24 Geeft een bestaande overeenkomst met het zorgkantoor garantie op een overeenkomst voor volgend jaar?	26
25 Kan een zorgaanbieder verplicht worden een overeenkomst met een zorgkantoor aan te gaan of met bepaalde contractuele voorwaarden akkoord te gaan?	26
26 Welke gegevens mogen de zorgaanbieder en het zorgkantoor uitwisselen in het kader van de inkoopprocedure?	27
27 Onder welke voorwaarden mogen zorgaanbieders afspraken maken zoals het inschrijven als een combinatie in een aanbesteding?	28
28 Mogen zorgaanbieders met elkaar overleggen over de inschrijving of over de inkoopprocedure?	29
29 Kan je, wanneer je een meerjarenovereenkomst bent overeengekomen met het zorgkantoor, verplicht worden om na één jaar een aanvullend addendum te ondertekenen?	29
INHOUD (MODEL) OVEREENKOMST	30
30 Aan welke wettelijke eisen moet de overeenkomst voldoen?	31
31 Wat kan je als aanbieder doen als er onredelijke eisen of fouten in de modelovereenkomst staan?	31
32 Wat is de rol van de NZa bij de overeenkomsten die zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar sluiten?	32
33 Wat als je geen overeenstemming kan bereiken met het zorgkantoor over productieafspraken?	32
34 Kan elk zorgkantoor zelf bepalen welke kortingen worden gehanteerd op de tarieven van de NZa?	33
35 Kan je iets doen tegen de hoogte van de maximumtarieven van de NZa?	33
36 Moet er een verwerkersovereenkomst worden gesloten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder?	34
37 Wat zijn de relevante verschillen of voordelen van een meerjarenovereenkomst ten opzichte van een eenjarige overeenkomst?	34

CONTINUÏTEIT VAN ZORG	36
38 Kan de zorgaanbieder verplicht zijn of worden om door te gaan met Wlz-zorg na het einde van de overeenkomst met zorgkantoor en als hij niet opnieuw wordt gecontracteerd door het zorgkantoor?	37
39 Welke verplichtingen heeft de zorgaanbieder als de Wlz-indicatie van cliënten gedurende het contractjaar vervalt en overgaat in een Wmo-aanspraak?	37
40 Mag je stoppen met zorgverlening als de zorgverlening niet meer rendabel is?	38
41 Mag een zorgaanbieder de gecontracteerde Wlz-zorg in onderaanneming uitbesteden?	38
42 Is het zorgkantoor verplicht de overproductie te vergoeden?	39
SAMENWERKING	40
43 Mag je samenwerken met andere zorgaanbieder bij het aantrekken/ behouden van personeel?	41
44 Waarop moet je letten bij samenwerking met andere zorgaanbieders?	41
VRAGEN, BEZWAREN EN GESCHILLEN BIJ/OVER DE ZORGINKOOP	44
45 Wanneer verliest de zorgaanbieder zijn recht om bezwaar te maken en wat is de consequentie daarvan?	45
46 Wat betekent het escalatiemodel?	45
47 Kan de gang naar de civiele rechter worden uitgesloten door het zorgkantoor?	46
48 Wat zijn de voor- en nadelen van de Geschilleninstantie Zorgcontractering?	46
49 Welke rechter gaat over de zorginkoop door het zorgkantoor?	47
50 Wat is de rol van de NZa bij een geschil?	47

Vooraf

Deze hernieuwde handreiking geeft in vijftig vragen en antwoorden een beeld van de juridische aspecten van de inkoop en verkoop van zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. De vijftig vragen en antwoorden beschrijven de stand van zaken per 17 mei 2023.

Deze hernieuwde handreiking vervangt de handreiking van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland uit 2018.

Aanleiding voor een hernieuwde handreiking zijn ontwikkelingen in de langdurige zorg en in de inkoop van langdurige zorg door zorgkantoren. Zo hebben rechters na 2018 geoordeeld dat zorgkantoren zijn gebonden aan aanbestedingsbeginselen en dat zij gehouden zijn reële tarieven te betalen voor Wlz-zorg. Daarnaast wordt in deze handreiking meer aandacht besteed aan thema's zoals samenwerking in de zorg. Denk daarbij aan de (on)mogelijkheden om als combinatie in te schrijven.

Hierna wordt achtereenvolgens stilgestaan bij onder meer (i) een algemene toelichting op toepasselijke en relevante wet- en regelgeving, (ii) regels over inkoopprocedures en inkoopvoorwaarden, (iii) regels over continuïteit van zorgverlening onder de Wlz én (iv) regels over vragen, bezwaren en geschillen bij of over zorginkoop.

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



Algemeen

1. Wat regelt de Wlz?

Inleiding

De Wlz is een publiekrechtelijke verzekering en voorziet in de zorg voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of zorg in de nabijheid. Alle inwoners van Nederland zijn in principe verzekerd. De Wlz wordt door inkomensafhankelijke premies gefinancierd.

De Wlz bepaalt dat elke zorgverzekeraar zijn verzekerden voor de uitvoering van de Wlz aanmeldt bij de Wlz-uitvoerder met wie hij tot één groep behoort.

Het recht op zorg kan worden ingeroepen tegenover een Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor de bij hem ingeschreven verzekerden. De Wlz-uitvoerder is een specifiek voor de uitvoering van de Wlz opgerichte rechtspersoon, die deel uitmaakt van een groep waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt. De rechtspersoon moet zich voor de uitvoering van de Wlz melden bij de NZa. Hij mag niet met een winstoogmerk opereren.

In het kader van zijn zorgplicht moet de Wlz-uitvoerder informatie verschaffen over de verschillende leveringsvormen van zorg. Als de zorg in natura wordt verstrekt, moet hij binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand van de verzekerde een geschikte zorgaanbieder beschikbaar hebben.

Voor de uitvoering van de Wlz worden budgettaire kaders gehanteerd. De minister wijst per regio één Wlz-uitvoerder aan die verantwoordelijk is voor de uitvoering van administratie- en controletaken voor alle verzekerden in de regio. Deze regionale uitvoerders worden zorgkantoren genoemd. De verzekerde valt onder het zorgkantoor van de regio waar hij woonachtig is. De wettelijke taken van het zorgkantoor bevinden zich ook op het gebied van persoonsgebonden budgetten.

In de praktijk besteden de Wlz-uitvoerders die voor een bepaalde regio niet zijn aangewezen als zorgkantoor, hun verdere uitvoeringstaken uit aan het voor die regio aangewezen zorgkantoor. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het geven van volmachten om namens hen zorginkoopcontracten met zorgaanbieders te sluiten. Ook worden feitelijke handelingen aan het zorgkantoor opgedragen. Hieronder valt bijvoorbeeld het bijstaan van verzekerden bij het zoeken naar beschikbare zorg. Ook het opstellen van beleid of het voeren van procedures wordt aan de zorgkantoren uitbesteed.

Aan een verzekerde die gebruikmaakt van Wlz-zorg kan de verplichting worden opgelegd een eigen bijdrage te betalen. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot, en de zorg die wordt verstrekt. Het CAK is belast met de inning van de eigen bijdrage.

De verzekerde aanspraak

Het verzekerd pakket omvat de volgende vormen van zorg:

- verblijf in een instelling, met inbegrip van 'hotelmatige' diensten;
- persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging,
- Wlz-specifieke behandeling,
- algemeen medische zorg in combinatie met Wlz-specifieke behandeling,
- het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen,
- vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt, en
- logeeropvang.

De aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg wordt geconcretiseerd door de stand van de wetenschap en praktijk.

De verzekerde prestaties onder de Wlz zijn functiegericht omschreven: het functioneren van de verzekerde in het dagelijks leven staat centraal.

Een verzekerde heeft alleen recht op verzekerde prestaties voor zover hij naar aard, inhoud en omvang, redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege (i) een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, (ii) een psychische stoornis of (iii) een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, en de verzekerde als gevolg daarvan een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of voortdurende zorg.

Binnen dit kader heeft de verzekerde recht op zorg voor zover hij 'naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen'. Zo kan een verzekerde redelijkerwijs aangewezen zijn op een mobiliteitshulpmiddel zoals een rolstoel als hij daarmee zijn zelfredzaamheid behoudt of verbetert, en hij deze rolstoel nodig heeft ten behoeve van het aangaan of onderhouden van sociale contacten (zie de [Handreiking hulpmiddelen Wlz, p. 33](#)).

De mogelijke combinaties aan zorgbehoeften worden samengevat in zorgprofielen. Een 'zorgprofiel' is 'een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen'. De zorgprofielen zijn vastgesteld bij ministeriële regeling.

Of een verzekerde recht op zorg heeft en zo ja, op welke zorg en in welke omvang, wordt vastgesteld door het Centrum indicatiestelling zorg ('CIZ'). Het CIZ stelt in een indicatiebesluit vast wat het best bij de verzekerde passende zorgprofiel is. De verzekerde heeft recht op de zorg die past bij het zorgprofiel. Als er meer zorg nodig is om te voorzien in de behoefte van de patiënt, dan heeft de verzekerde daar recht op. Het indicatiebesluit geldt in principe voor onbepaalde tijd.

Het indicatiebesluit is zowel voor de verzekerde als de Wlz-uitvoerder bindend. Tegen beslissingen van het CIZ staan bezwaar en beroep open.

Leveringsvormen

De Wlz kent twee prestatievormen: zorg in natura of restitutie in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb).

In het naturastelsel heeft de verzekerde recht op zorg. Het uitgangspunt binnen de Wlz is dat de verzekerde die voor Wlz-zorg is geïndiceerd, recht heeft op intramurale zorg. De verzekerde is vrij in de keuze voor een zorgaanbieder uit de met de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders. In principe heeft een verzekerde geen recht op vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Een verzekerde kan ook aanspraak maken op zorg in natura terwijl hij niet in een instelling verblijft. Twee vormen van zorg in natura zijn het 'volledig pakket thuis' (vpt) en het 'modulair pakket thuis' (mpt). Op vpt bestaat aanspraak als de zorg zonder verblijf in een instelling op verantwoorde of doelmatige wijze bij de verzekerde thuis kan worden verleend.

Het mpt is een combinatie van vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld verpleging, persoonlijke verzorging en behandeling. Deze zorg kan door verschillende zorgaanbieders worden geleverd. De zorg is zo afgestemd dat de verzekerde veilig en verantwoord thuis kan wonen. De Wlz-uitvoerder overlegt met de verzekerde over de samenstelling van het pakket. Het mpt zal worden verleend als de zorg verantwoord en doelmatig kan worden verleend en de kosten in principe niet hoger zijn dan bij verblijf in een instelling.

De verzekerde aan wie het pgb is toegekend, heeft tegenover de Wlz-uitvoerder geen recht op zorg, maar is zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van zorg. Het pgb wordt in de Wlz in de vorm van een trekkingsrecht omschreven. De Sociale Verzekeringsbank houdt daartoe namens de verzekerde het pgb op een rekening en voert de betalingen ten laste van verstrekte pgb's en het daarmee verbonden budgetbeheer uit. Als de verzekerde een keuze wil maken voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, kan dit alleen door middel van een pgb (eventuele ondernemingsconstructies daargelaten).

Voorwaarden voor de toekenning van een pgb zijn onder andere dat met het pgb moet worden voorzien in zorg van goede kwaliteit. De verzekerde moet ook in staat zijn op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan een pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren, en de zorgverleners aan te sturen. Het pgb wordt geweigerd als de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een pgb niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen.

Een verzekerde kan eventueel kiezen voor een combinatie van zorg in natura (mpt) en pgb. Zoals vermeld, ligt het zwaartepunt van deze handreiking niet bij het pgb.

De zorgplicht

Hoe ver de zorgplicht van zorgkantoor/Wlz-uitvoerder reikt, hangt onder meer af van de leveringsvorm waarvoor de verzekerde kiest. Als de zorg in natura wordt verstrekt, houdt de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor onder andere in dat ([art. 4.2.1 Wlz](#)):

- hij ervoor zorgt dat de zorg waarop de verzekerde aangewezen is binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar deze wenst te gaan wonen dan wel bij hem thuis, wordt geleverd,
- hij de verzekerde de keuze laat uit alle geschikte, gecontracteerde zorgaanbieders die deze verzekerde de zorg op redelijke termijn kunnen verlenen, of
- hij de verzekerde desgewenst bemiddelt naar geschikte, gecontracteerde zorgaanbieders.

De zorgplicht van de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor houdt verder onder andere in dat ([art. 4.2.1 Wlz](#)):

- hij de bij hem ingeschreven verzekerde informatie verschafft over de leveringsvormen en hem, voor zover mogelijk, keuzevrijheid geeft in deze leveringsvormen,
- hij ervoor zorgt dat voor de verzekerde cliëntondersteuning beschikbaar is waarop de verzekerde, al dan niet met behulp van zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, een beroep kan doen, en
- hij ervoor zorgt dat een cliëntenvertrouwenspersoon beschikbaar is voor een verzekerde (of zijn vertegenwoordiger) op wie de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) van toepassing is.

De zorgplicht betekent niet dat het zorgkantoor met elke aanbieder van langdurige zorg een overeenkomst moet aangaan, maar wel dat hij voldoende overeenkomsten sluit.

2. Wat regelt de Wet marktordening gezondheidszorg?

Inleiding

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

Hierna worden drie belangrijke elementen die de Wmg daarvoor regelt besproken: (i) tariefregulering en bekostiging, (ii) transparantie én (iii) markttoezicht. Bij elk onderdeel wordt ook stilgestaan bij relevante lagere wetgeving van de Wmg (peildatum april 2023).

Kijk altijd op wetten.overheid.nl of de website van de NZa voor de meest recente wetgeving.

Tariefregulering en bekostiging van zorg

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

Zo stelt de NZa prestatiebeschrijvingen en tarieven vast waaraan zorgkantoren en zorgaanbieders zich moeten houden. Dit doet de NZa in zogenaamde prestatie- en tariefbeschikkingen. Deze beschikkingen zijn gebaseerd op beleidsregels van de NZa. Ook stelt de NZa voorschriften voor de registratie en administratie van de zorg. Een aantal relevante documenten kan worden geraadpleegd via: [Welke regels gelden voor de langdurige zorg in 2023? | Langdurige zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#).

Een prestatiebeschrijving is een omschrijving van een (specifieke) zorgprestatie die door een zorgaanbieder geleverd kan worden. Voorbeelden van prestatiebeschrijvingen zijn de verschillende zorgzwaartepakketten (ZZP's).

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

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

Bij Wlz-zorg is in beginsel sprake van maximumtarieven. In de praktijk stellen de zorgkantoren in dat kader een tarief (dat onder het maximumtarief is) vast waarmee de zorgaanbieder wel of niet akkoord kan gaan (zie ook vraag 32, 34 en 35).

Het is niet toegestaan om voor zorgprestaties tarieven in rekening te brengen die in strijd zijn met de toepasselijke tariefbeschikking.

De aantallen en bedragen voor de verschillende zorgprestaties worden opgenomen in de 'aanvaardbare kosten' van een zorgaanbieder. Deze aanvaardbare kosten zijn een door de NZa vastgesteld budget. De aanvaardbare kosten zijn bepalend voor de Wlz-inkomsten van een zorgaanbieder. De NZa stelt de tarieven van een aanbieder zo vast, dat die exact dekking geven aan de aanvaardbare kosten voor het betreffende jaar.

De vaststelling van de aanvaardbare kosten vindt plaats op basis van een jaarlijkse cyclus. Die verloopt als volgt:

- De zorgaanbieder en het zorgkantoor maken een productieafspraken en dienen het totaalbedrag daarvan voor 15 november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarop de aanvaardbare kosten betrekking hebben in bij de NZa (t-1) (budgetronde).
- De zorgaanbieder en het zorgkantoor kunnen de gemaakte productieafspraken wijzigen (herschikking). Zij moeten zo'n wijziging uiterlijk op 1 november van het jaar waarop de aanvaardbare kosten betrekking hebben indienen bij de NZa (t).

- In het jaar na het jaar waarop de aanvaardbare kosten betrekking hebben (t+1) stelt de NZa de aanvaardbare kosten definitief vast (nacalculatie). Dit gebeurt op basis van een 'nacalculatie-opgave', die voor 1 juni t+1 bij de NZa moet zijn ingediend.

Transparantie-eisen

Onder de Wmg gelden er voor Wlz-uitvoerders (en zorgaanbieders) een aantal transparantie-eisen (vgl. art. 40 Wmg). Hierna worden de transparantie-eisen besproken die zien op zorginkoop door zorgkantoren en door de NZa in de Regeling Transparantie contracteerproces Wlz zijn opgenomen.

In de [Regeling Transparantie contracteerproces Wlz](#) stelt de NZa twee transparantie-eisen waar Wlz-uitvoerders/zorgkantoren in het contracteerproces met zorgaanbieders aan moeten voldoen (art. 4 en 5):

- een zorgkantoor moet voorafgaand aan de onderhandelingen over een overeenkomst bekend maken volgens welke modellen hij aan een zorgaanbieder overeenkomsten zal aanbieden, en
- het zorgkantoor moet aan zorgaanbieders met wie een overeenkomst is gesloten voorafgaand aan indiening van de aanvragen budget/tarieven de som bekendmaken van de in de zorgkantoorregio overeengekomen budgetten (zodat de zorgaanbieder hierop kan anticiperen).

Markttoezicht

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

- tariefregulering, zoals naleving van de verschillende prestatie- en tariefbeschikkingen,
- contractering, zoals naleving van regels over transparantie met betrekking tot het
- de rechtmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders/zorgkantoren,
- fusies en overnames, en
- aanmerkelijke marktmacht (AMM).

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

In de [Beleidsregel normenkader Wlz-uitvoerder](#) staan normen die de NZa hanteert bij toezicht op de zorgkantoren, onder meer met betrekking tot de zorginkoop door zorgkantoren.

De NZa let bij haar toezicht op de volgende aspecten:

- of cliënten invloed hebben op zorginkoop,
- of het zorgkantoor voldoende kwalitatief goede zorg inkoop, in aansluiting op te verwachten aantallen cliënten, indicaties, geografische spreiding, cliëntvoorkeuren, en andere voor de zorginkoop relevante factoren,

- of afspraken met zorgaanbieders doelmatige zorgverlening waarborgen,
- of het contracteerproces transparant en objectief is,
- of naleving van de afspraken is gewaarborgd,
- of het zorgkantoor voorziet in zorgbehoeftes op de langere termijn, en
- of het zorgkantoor inzet op preventie en integrale zorg en ondersteuning van cliënten.

Ook staat in de beleidsregel opgenomen dat de NZa monitort of afspraken voor de inkoop van Wlz-zorg binnen de contracteerruimte blijven.

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

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

3 Wat regelt het algemene contractenrecht?

Het uitgangspunt bij contractering tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is contractsvrijheid. Dit houdt in dat zorgkantoren en zorgaanbieders in beginsel vrij zijn om al dan niet met elkaar te contracteren én om naar eigen inzicht invulling te geven aan de inhoud van hun afspraken. Deze vrijheid is niet onbegrensd. Zo mogen afspraken niet in strijd met dwingende wet- en regelgeving zijn.

Rechten en plichten uit bijvoorbeeld de Wlz en de Wmg mogen niet in afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder terzijde worden geschoven of worden doorkruist. Een concreet voorbeeld van een beperking op de contractsvrijheid zijn de maximumtarieven die de NZa jaarlijks vaststelt. Zorgkantoren en zorgaanbieders mogen voor zorgprestaties geen tarieven afspreken die hoger zijn dan de maximumtarieven van diezelfde zorgprestaties.

Ook zijn zorgkantoren en zorgaanbieders niet volledig vrij in hoe zij zich tegenover elkaar gedragen in de fase vóór het al dan niet sluiten van een overeenkomst wordt gesloten (de precontractuele fase). Deze fase wordt beheerst door de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de aanbestedingsbeginselen (zie ook de vragen 8, 9, 10 en 12).

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

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

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is een vereniging van alle zorgverzekeraars en behartigt de belangen van haar leden. De zorgkantoren publiceren in ZN-verband een landelijk inkoopkader of 'visiedocument'.

In principe krijgen alleen die zaken die regionaal van aard zijn of opgepakt worden, gericht op lokale ontwikkelingen, een plek in het regionale beleid van individuele zorgkantoren. Daarmee willen ZN en zorgkantoren gelijkgerichtheid en uniformiteit bevorderen.

De NZa heeft verschillende taken op het gebied van regulering en toezicht van de Wlz-zorg. De NZa verdeelt onder meer de contracteerruimte over de regio's, controleert de gemaakte productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder en stelt maximumtarieven vast. Het toezicht van de NZa heeft onder meer betrekking op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz.

De rol van de NZa wordt verder toelicht in vragen 2, 32 en 50.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) ziet op grond van de Mededingingswet erop toe dat marktdeelnemers – waaronder zorgaanbieders – zich houden aan de regels voor concurrentie en marktwerking. Zie voor een nadere uitwerking de vragen 27, 28, 43 en 44.

De Wlz valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het ministerie van VWS is onder meer verantwoordelijk voor het overheidsbeleid dat ziet op de inkoop van langdurige zorg.

Het ministerie van VWS heeft in het kader van de Wlz ook regelgevende bevoegdheden. Zo kan het ministerie van VWS met een algemene maatregel van bestuur (dit is een besluit van de regering) of met een ministeriële regeling (een besluit van de minister van VWS zelf) de aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg onder de Wlz nader regelen ([art. 3.1.1. Wlz](#)).

Het ministerie van VWS stelt het budgettair kader vast: dat is het bedrag dat beschikbaar is voor de uitvoering van de Wlz. Het ministerie van VWS is voornemens om vanaf 2024 telkens een meerjarig, en dus niet meer een éénjarig, budgettair kader op te stellen (klik op deze [link](#) voor een toelichting, en aldaar p. 3 onder 'Voorgenomen maatregelen per 2024').

Het budgettair kader vormt de basis voor de contractering van zorgaanbieders en de afspraken met zorgverzekeraars en zorgkantoren over de inkoop van zorg (zie vraag 2, zie voor een nadere uitleg over het budgettair kader ook vragen 35 en 36).

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

Algemeen uitgangspunt is dat als zorg op grond van de Wlz bekostigd kan worden, aanspraak op deze zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw, art. 2.1 Besluit zorgverzekering), op maatwerkvoorzieningen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, art. 2.3.5 lid 6 en 7 Wmo) en Jeugdwet (Jw, art. 1.2 lid 1 onder a Jw) niet mogelijk is. Zie bijvoorbeeld de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep van 23 mei 2018 ([ECLI:NL:CRVB:2018:1525](#)) en 2 oktober 2019 ([ECLI:NL:CRVB:2019:3171](#)).



Inkoopprocedure & inkoopvoorwaarden

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

Controleer tijdig de belangrijke data in de inkoopdocumenten van zorgkantoren van het betreffende jaar op en let op termijnen. U kunt bijvoorbeeld meteen in de elektronische agenda van alle personen in uw organisatie die iets moeten aanleveren voor de inkoopprocedure, de belangrijkste data inplannen.

Start meteen met voorbereiding van de inschrijving. Lees – zo mogelijk met een aantal collega's van uw organisatie – het inkoopdocument door en bespreek of alles duidelijk en logisch is. U kunt een projectplanning opstellen op basis van de belangrijke data.

Stel altijd en binnen de daarvoor geldende termijn vragen aan het zorgkantoor bij onduidelijkheden, fouten of voorwaarden die je onredelijk vindt. Stel bij voorkeur vragen op zo'n manier dat het zorgkantoor gedwongen wordt tot het geven van méér duidelijkheid. Bijvoorbeeld: 'begrijpt aanbieder het goed dat (etc), zo niet kunt u toelichten wat u bedoelt?' Of: 'Kunt er mee akkoord gaan dat (etc.), zo niet, kunt u toelichten waarom niet?' Voorkom het stellen van meerdere vragen in één vraag. Anders bestaat het risico dat het zorgkantoor een deel van de vragen mist. Heb je als zorgaanbieder bezwaren tegen een tekstvoorstel? Doe dan zelf een nieuw voorstel. Het niet stellen van vragen kan ertoe leiden dat de zorgaanbieder zijn rechten (ook bij de rechter) verspeelt (zie ook vraag 14).

Neem geen genoegen met een half antwoord. Zorgkantoren zijn niet altijd duidelijk in inkoopdocumenten en in de antwoorden die zij in het kader van vragenrondes geven. Soms kan informeel contact dan nog wel eens helpen. Raadpleeg echter eerst de documenten van de inkoopprocedure voordat je dit doet. Zo staat in inkoopdocumenten vaak informatie over hoe contact kan worden opgenomen met de zorginkoper. Ook kan in deze documenten staan dat alleen in het kader van vragenrondes vragen mogen worden gesteld over voorwaarden uit inkoopprocedure, en evenmin anderszins contact mag worden opgenomen met zorginkoper. Overtreding daarvan kan mogelijk gevolgen hebben voor de geldigheid van de inschrijving.

Als de onduidelijkheid niet door het zorgkantoor wordt weggenomen, maak dan – met de interne of externe jurist – de afweging of het zinvol is om van de in de inkoopdocumenten voorgeschieden klachtenprocedure of bezwaarprocedure gebruik te maken of naar de rechter te stappen.

Wacht niet te lang met een gang naar de rechter. Als ondanks de vragenronde(s) er onduidelijkheden, fouten of onredelijke voorwaarden blijven bestaan, kan de zorgaanbieder besluiten om naar de rechter te stappen. Vaak is in het inkoopbeleid opgenomen dat de gang naar de rechter maar gedurende een bepaalde periode open staat. Als de zorgaanbieder niet binnen die periode naar de rechter stapt, bestaat de kans dat de zorgaanbieder zijn rechten verspeelt om dat op een later moment alsnog te doen (zie ook vraag 45).

Dien geen inschrijving onder voorbehoud en/of onder bezwaar in. Vaak staat opgenomen dat het zorgkantoor een dergelijke inschrijving als niet-ingediend beschouwt. Klachten en bezwaren tegen voorwaarden moeten daarom niet met een voorbehoud onder woorden

worden gebracht in de inschrijving, maar aan de kaak gesteld worden in vragenrondes en eventuele voorgeschreven klachtenprocedures dan wel gerechtelijke procedures.

Meld het de NZa als het inkoopbeleid niet in lijn is met de NZa beleidsregels. Dat kan ook anoniem via onderstaande link: <https://meldingsformulier.nza.nl>.

Als je je inschrijft als een combinatie, houd dan rekening met de mededingingsregels, raadpleeg bijvoorbeeld de [Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#) en de ACM [Beleidsregel Juiste zorg op de juiste plek](#) (zie vraag 27)

Probeer nooit en maak nooit afspraken met andere zorgorganisaties die (mogelijk) de concurrentie belemmeren. Het gaat dan bijvoorbeeld over het maken van afspraken over een in te dienen prijsaanbod, samen afstemmen of wel of niet een inschrijving wordt gedaan, marktverdeling, boycotacties, het delen van concurrentiegevoelige informatie en andere mededingingsbeperkende praktijken (zie ook vragen 27 en 28).

Controleer de inschrijving voor indiening nog één keer op de vraag of aan alle formaliteiten, vinkjes, etc. is voldaan.

Wacht niet tot de laatste dag met het indienen van de inschrijving. Technische fouten bij indiening – zoals een mail die vertraagd aankomt – komen in principe voor rekening van de zorgaanbieder (zie ook vragen 20 en 22).

7 Hoe ziet het tijdpad van de zorginkoopprocedure eruit?

Het exacte tijdpad dat voor de zorginkoopprocedure wordt gehanteerd, hangt af van het landelijke inkoopbeleid en het regionale inkoopbeleid van het zorgkantoor. Op 1 juni 2023 wordt het eerstvolgende landelijke inkoopbeleid gepubliceerd.

Vaak bestaat een inkoopprocedure uit de volgende stappen:

1. Publicatie landelijk inkoopkader ('landelijke visie') en regionale inkoopkaders;
2. Een korte termijn (vaak: twee weken) voor het indienen van vragen, bezwaren, onduidelijkheden of onjuistheden in het inkoopkader;
3. Publicatie nota van inlichtingen;
4. Een korte periode (vaak: twintig dagen na publicatie nota van inlichtingen) voor het aanhangig maken van een kort geding procedure als partijen het niet eens zijn met het inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde nota van inlichtingen;
5. Inschrijving nieuwe en bestaande zorgaanbieders;
6. Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden;
7. Voorlopige contractering;
8. Een korte periode (vaak: twintig dagen na aanbod voorlopige contractering) om een kort geding aanhangig te maken over de voorlopige contractering;
9. Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa.

Ga altijd nauwkeurig na wat het landelijke en regionale inkoopbeleid bepaalt over de data waarbinnen de zorgaanbieder zijn vragen, opmerkingen of bezwaren bij het zorgkantoor moet indienen dan wel procedures moet starten.

8 Zijn zorgkantoren aanbestedingsplichtig?

Als een zorgkantoor kwalificeert als een 'publiekrechtelijke instelling' in de zin van de Aanbestedingswet 2012 (Aw 2012), dan brengt dat mee dat zorgkantoren moeten voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien uit deze wet. Zij zijn dan aanbestedingsplichtig. Ook brengt dit mee dat zij de beginselen van de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht in acht te nemen (zie vraag 9 en 10).

In de Aanbestedingswet is opgenomen dat voor diensten voor gezondheidszorg de aanbestedingsprocedure voor sociale en andere specifieke diensten (SAS-procedure) wordt toegepast, tenzij de aanbestedende dienst anders besluit. De SAS-procedure is een vereenvoudigde aanbestedingsprocedure en biedt meer ruimte om naar eigen inzicht de inkoopprocedure in te richten dan andere aanbestedingsprocedures.

De inkoper in een SAS-procedure moet zich in beginsel aan onder andere de volgende regels houden:

- de aanbestedingsbeginselen en
- de [Gids proportionaliteit](#) (art. 1.7 sub Aw 2012 en art. 1.10 lid 4 Aw 2012) en
- daarbij de volgende stappen doorlopen (art. 2.39 Aw 2012):
 - a. een vooraankondiging of aankondiging van de opdracht bekendmaken,
 - b. het toetsen of inschrijvingen voldoen aan de door de aanbestedende dienst gestelde technische specificaties, eisen en normen,
 - c. een proces-verbaal opmaken van de opdrachtverlening,
 - d. het al dan niet sluiten van de overeenkomst, en
 - e. de aankondiging van de gegunde overheidsopdracht bekendmaken; denk daarbij aan bekendmaking welke zorgaanbidders de opdracht gegund hebben gekregen.

De wetgever gaat ervan uit dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn. In de memorie van toelichting bij de Wlz staat namelijk: "De regering ervan uit [gaat] dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn" ([Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3, p. 29](#)). Ook VGN stelt zich op het standpunt dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn.

De vraag of zorgkantoren aanbestedende diensten zijn kwam aan de orde in de rechtszaak die onder meer door de VGN en ruim 40 van haar leden was aangespannen in 2020 tegen een door de zorgkantoren opgelegde tariefkorting. De rechtbank oordeelde dat in het midden kon blijven of zorgkantoren aanbestedende diensten zijn, omdat uitsluiting van de aanbestedingsbeginselen in verband met de bijzondere omstandigheden van het geval naar de maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. In andere woorden: zorgkantoren zijn volgens deze rechtbank sowieso verplicht zich aan de aanbestedingsbeginselen te houden, ook als zij niet aanbestedingsplichtig zouden zijn.

De rechtbank betrok daarbij de volgende omstandigheden:

- De inkoopprocedure vertoont grote gelijkenissen met gereguleerde aanbestedingsprocedures.
- Zorgkantoren voorzien in een behoefte van algemeen belang, zorgkantoren hebben een wettelijke zorgplicht en de zorg wordt grotendeels gefinancierd met publiekrecht. Daarmee opereren de zorgkantoren niet onder normale marktvoorwaarden: er is geen concurrentie en bij de zorginkoop beschikken de zorgkantoren over aanmerkelijke marktmacht.
- Er is geen sprake van daadwerkelijke contractsvrijheid: het niet aangaan van een overeenkomst is voor zorgaanbieders weliswaar een theoretische, maar geen feitelijke en realistische optie is.

Als gevolg daarvan kwam de rechtbank tot het oordeel dat de zorgkantoren in volle omvang gebonden zijn aan de aanbestedingsbeginselen, zoals de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit ([Rechtbank Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527](#)). Zie ook het hoger beroep: [Gerechtshof Den Haag 30 maart 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:2375](#)). In een latere procedure hebben de zorgkantoren niet meer betwist dat de aanbestedingsbeginselen op hen van toepassing waren ([rechtbank Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:11368](#)).

De kans is klein dat een rechter in de toekomst oordeelt dat zorgkantoren niet aan de aanbestedingsbeginselen gebonden zijn. Zelfs als zorgkantoren in inkoopdocumenten expliciet melden dat de aanbestedingsbeginselen op de inkoopprocedure niet van toepassing zijn.

9 Wat zijn de aanbestedingsbeginselen?

De aanbestedingsbeginselen zijn:

- transparantie: de procedure moet vooraf bekend, inzichtelijk en controleerbaar zijn,
- gelijke behandeling: alle aanbieders moeten op gelijke wijze worden behandeld; iedereen moet objectief en op dezelfde wijze behandeld worden en iedereen moet dezelfde informatie krijgen;
- non-discriminatie: onderscheid moet zoveel mogelijk worden gemaakt op basis van objectieve criteria; en
- proportionaliteit: de inkoopcriteria moeten noodzakelijk en passend zijn met het oog op de zorginkoop; de inkoopcriteria moeten in redelijke verhouding staan tot het doel daarvan.

10 Welke concrete verplichtingen brengen aanbestedingsbeginselen mee voor inkoopprocedures van zorgkantoren?

Het proportionaliteitsbeginsel brengt mee dat de voorwaarden die door zorgkantoren worden gesteld in een redelijke verhouding tot het voorwerp van de opdracht moeten staan. Hieruit volgt onder andere dat zorgkantoren gehouden reële tarieven te bieden (zie bijvoorbeeld [Rechtbank Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:11368](#) en [Rechtbank Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527](#). Zie ook vraag 11).

Het transparantiebeginsel brengt mee dat de te volgen procedure vooraf bekend, inzichtelijk en controleerbaar moet zijn. Ook houdt het transparantiebeginsel in dat zorgkantoren de geboden tarieven moeten motiveren.

Het objectiviteitsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel houden in dat alle betrokken zorgaanbieders gelijke kansen moeten hebben om deel te nemen aan de aanbesteding en dat de selectiecriteria voor inkoop objectief en meetbaar zijn én ook als zodanig moeten worden toegepast.

11 Wanneer is sprake van een reëel tarief?

Algemeen

Maatgevend voor de vraag of sprake is van een reëel tarief voor een bepaalde prestatie is of (onderdelen van) het geboden tarief ten minste de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder dekt. Als (onderdelen van) een tarief niet de kostprijs van een redelijk efficiënte functionerende zorgaanbieder dekt, kan geen sprake zijn van een reëel tarief.

Het ligt op de weg van het zorgkantoor om – net zoals bij de inkoop van zorg die onder de Jeugdwet of de Wmo valt – bij de tarifiering in ieder geval de volgende kostprijselementen te verdisconteren:

- de kosten van de beroepskracht;
- redelijke overheadkosten;
- kosten voor niet-productieve uren van de beroepskrachten als gevolg van verlof, ziekte, scholing en werkoverleg;
- reis- en opleidingskosten;
- indexatie van de reële prijs voor het leveren van een dienst; en
- overige kosten als gevolg van door het zorgkantoor gestelde verplichtingen voor Wlz-aanbieders, waaronder rapportageverplichtingen en administratieve verplichtingen.

Ook is het aannemelijk dat zorgkantoren op grond van de aanbestedingsbeginselen en in het kader van reële tarieven verplicht zijn om onder andere:

- rekening te houden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid (denk daarbij aan omstandigheden zoals inflatie en de krapte op de arbeidsmarkt) en
- acht te slaan op regionale- en organisatiespecifieke omstandigheden.

Reële tarieven betekent niet dat het tarief voor alle aanbieders kostendekkend moet zijn. Dat zou immers meebrengen dat het tarief ten minste gelijk zou moeten zijn aan de hoogste kostprijs, wat efficiëntieslagen en kostenbeheersing kan frustreren. Wel moeten de tarieven kostendekkend zijn voor de redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder.

Mogen de zorgkantoren een richttariefpercentage hanteren?

De voorzieningenrechter heeft bij het vorige inkoopbeleid vooralsnog toegestaan dat zorgkantoren werken met een richttariefpercentage van het NZa-maximumtarief waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen.

De rechtbank overwoog weliswaar dat deze systematiek kan meebrengen dat niet alle individuele zorgaanbieders een reëel tarief betaald krijgen, maar vond dat niet doorslaggevend. In dat kader vond de voorzieningenrechter het van belang dat de zorgkantoren een hardheidsclausule in het leven hadden geroepen en er regionale aanpassingsmogelijkheden waren ([rechtbank Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:11368](#)).

Voor 2024-2026 hebben de zorgkantoren wederom gezamenlijk een richttariefpercentage vastgesteld. De zorgkantoren hebben (nog) niet de onderliggende rekeningen gedeeld. Evenmin is nog onduidelijk hoe een hardheidsclausule en/of eventuele regionale aanpassingsmogelijkheden eruit komen te zien.

Het ligt op de weg van de zorgkantoren om een goed onderbouwde, transparante en uitlegbare systematiek te hanteren. Hierdoor kunnen zorgaanbieders toetsen of de onderliggende berekeningen van de richttariefpercentages kloppen, en of in de tariefstelling de verschillende kostprijselementen zoals hiervoor toegelicht voldoende zijn verdisconteerd. Zowel 'onder de streep' als ten aanzien de verschillende kostprijselementen, moeten de zorgkantoren reële tarieven betalen.

12 Wat betekent de precontractuele redelijkheid en billijkheid voor zorginkoop van zorgkantoren?

De precontractuele redelijkheid en billijkheid is een verzameling aan normen die van toepassing is in de fase vóórdat zorgkantoor en zorgaanbieder een overeenkomst met elkaar sluiten (de precontractuele fase). De precontractuele redelijkheid en billijkheid is ook van toepassing op inkoopprocedures: een inkoopprocedure vindt immers plaats in de precontractuele fase.

De precontractuele redelijkheid en billijkheid houdt in dat partijen op een redelijke en billijke manier met elkaar omgaan in de precontractuele fase. Meer concreet kan dit betekenen dat als het zorgkantoor een redelijke verwachting opwekt dat zij op een bepaalde manier gaat handelen, zij daar ook uitvoering aan moet geven: belofte maakt schuld. Zo is een zorgkantoor in principe op grond van de precontractuele redelijkheid en billijkheid gehouden aan de beoordelingscriteria van inschrijvingen die in inkoopdocumenten op papier zijn gezet.

13 Zijn zorgkantoren gehouden aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur?

Deze algemene beginselen van behoorlijk bestuur (a.b.b.b.) zijn ontwikkeld om ervoor te zorgen dat overheidsorganen op een eerlijke, rechtvaardige, transparante en verantwoordelijke manier handelen bij het uitvoeren van hun taken. De algemene beginselen van behoorlijk bestuur hebben qua effect bij inkoopprocedures van overheidsorganen overlap met de aanbestedingsbeginselen.

Bij het inkopen van Wlz-zorg oefenen zorgkantoren geen publiekrechtelijke bevoegdheid uit. Bij het sluiten van overeenkomsten met Wlz-aanbieders, kunnen zorgkantoren dus niet worden beschouwd als (een orgaan van) de overheid. Daarom zijn zorgkantoren bij de inkoop van Wlz-zorg niet gebonden aan de a.b.b.b. (vgl. [Hoge Raad 4 april 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF2830](#)).

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

Als de inkoopdocumenten onduidelijk zijn of anderszins op onderdelen niet naar wens zijn, verdient het sterk de aanbeveling om daar in de vragenronde(s) concrete vragen over te stellen.

Als er meer dan één vragenronde is, geldt het volgende. Is het antwoord op je vraag in de eerste vragenronde onduidelijk of stelt een andere zorgaanbieder een voorwaarde of eis aan de kaak waar je het eigenlijk ook niet mee eens bent? Stel dan in de tweede vragenronde een (vervolg)vraag die daarop betrekking heeft (enzovoorts voor eventuele latere vragenrondes).

Als je niet actief bezwaarlijke voorwaarden aan de kaak stelt bij het zorgkantoor, dan loop je het risico dat je jouw recht om hier later tegen op te komen verliest (rechtsverwerking). In de rechtspraak is een wisselend beeld te zien in hoeverre zo'n voorwaarde proportioneel is. Hier geldt daarom: voorkomen is beter dan genezen.

Als de vragenronde(s) niet het gewenste effect hebben, overweeg dan om gebruik te maken van de interne klachten- of bezwaarprocedure indien van toepassing. Een andere overweging kan een gerechtelijke gang zijn. Het verdient aanbeveling om bij het overwegen van beide stappen juridisch advies – intern of eventueel extern – in te winnen. Het aanhangig maken van een procedure bij de rechtbank over voorwaarden in inkoopprocedures is niet mogelijk zonder advocaat.

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

Hier gelden in de eerste plaats dezelfde stappen en gevolgen als bij de vorige vraag zijn omschreven. Eventueel kan je (ook) een anonieme klacht indienen bij de NZa (zie ook vraag 50).

16 Mogen de inkoopvoorwaarden van het zorgkantoor afwijken van het inkoopdocument van het jaar daarvoor?

Het staat het zorgkantoor in beginsel vrij om ieder jaar – of bij meerjarencontracten de eerste ronde zorginkoop na afloop van dat meerjarencontract – nieuwe of andere voorwaarden en criteria te stellen in het inkoopdocument (vgl. [Rechtbank Breda 24 februari 2009, ECLI:NL:RBBRE:2009:BH4450](#)).

Uiteraard mogen nieuwe of andere voorwaarden/criteria niet in strijd zijn met dwingende wet- en regelgeving.

17 Mag een zorgkantoor als inkoopvoorwaarde hanteren dat een zorgaanbieder de Governance Code Zorg 2022 aantoonbaar heeft ingevoerd?

Ja, dat mag. In verschillende uitspraken is die voorwaarde in algemene zin aanvaard (zie bijvoorbeeld [Gerechtshof Den Haag 3 april 2018, ECLI:NL:GHDHA:2018:553](#)). Wel kan uitsluiting van de zorgaanbieder omdat hij de GCZ niet (volledig) in de statuten had verwerkt, onder omstandigheden ontoelaatbaar zijn (zie bijvoorbeeld [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 26 november 2015, ECLI:NL:RBZWB:2015:7626](#)).

Op zich mag het zorgkantoor steekproefsgewijs controleren of aan deze eis is voldaan. Een 100% controle van alle inschrijvingen is niet verplicht. Het zorgkantoor mag echter niet selectief zijn, het zorgkantoor moet op basis van objectieve criteria al dan niet over gaan tot controle.

18 Kan een zorgkantoor van de gekozen procedurele stappen van de inkoopprocedure afwijken?

Dat mag in beginsel alleen als het zorgkantoor in de inkoopdocumenten op een duidelijke, nauwkeurige en ondubbelzinnige wijze heeft aangegeven dat dit zorgkantoor mag afwijken van de door hem gekozen procedure. Als het zorgkantoor vervolgens afwijkt, moet dat in beginsel aan alle betrokken zorgaanbieders kenbaar worden gemaakt.

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

Door het indienen van een inschrijving doet een zorgaanbieder een aanbod om de gevraagde Wlz-zorg onder de gestelde voorwaarden te leveren. Hiermee stemt een zorgaanbieder in met de voorwaarden zoals die zijn neergelegd in de toepasselijke inkoopdocumenten (zie bijvoorbeeld [Rechtbank Midden-Nederland 27 januari 2016, ECLI:NL:RBMNE:2016:397](#)).

De zorgaanbieder moet – om in aanmerking te komen voor een contract – de procedure en verplichtingen uit het inkoopdocument volgen. Nadat een inschrijving is ingediend moeten de stappen van de inkoopprocedure zoals opgenomen in het inkoopdocument worden gevolgd.

20 Kan de inschrijving worden gewijzigd en/of worden ingetrokken door de zorgaanbieder?

Dat kan in beginsel niet. Daarmee wordt namelijk afgeweken van de voorgeschreven inkoopprocedure. Een inkoopprocedure bevat vaak de voorwaarde dat een inschrijver zijn aanbieding onvoorwaardelijk doet en dat de aanbieding tot een bepaalde datum geldig moet zijn. Inschrijven houdt tevens een acceptatie van voorwaarden in, zodat intrekken van het aanbod dan niet mogelijk is. Belangrijkste reden hiervoor is dat dit de belangen van andere zorgaanbieders kan schaden (vgl. [Rechtbank Breda 8 november 2011, ECLI:NL:RBBRE:2011:BU3989](#)).

Als een inkoopdocument niet de voorwaarde bevat dat een inschrijving bijvoorbeeld onvoorwaardelijk is, is het denkbaar dat het intrekken van een inschrijving vóórdat de inschrijftermijn is verlopen wel mogelijk is.

Een wijziging van de inschrijving is in principe ook mogelijk als het gaat om een eenvoudige precisering of een herstel van een kennelijke materiële fout – denk aan het herstellen van een spelfout (zie bijvoorbeeld [Gerechtshof Den Haag 3 april 2018, ECLI:NL:GHDHA:2018:553](#)).

21 Kan de zorgaanbieder die zich niet heeft ingeschreven na het verlopen van de inschrijftermijn alsnog worden gecontracteerd?

Afwijken van de inschrijftermijn is in beginsel niet mogelijk omdat dit in strijd is met het beginsel van gelijke behandeling. Slechts als de procedure daarvoor ruimte biedt of onder bijzondere omstandigheden kan worden afgeweken van de inkoopprocedure. Dit laatste vormt de uitzondering op de regel.

Een dergelijke uitzondering is er in elk geval voor nieuwe zorgaanbieders. Op basis van de [Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2023](#) kan een nieuwe zorgaanbieder samen met een zorgkantoor een beschikkingsaanvraag indienen bij de NZa. Er gelden specifieke voorwaarden, die in de beleidsregel staan.

22 Wat als een zorgkantoor mijn inschrijving niet of niet tijdig heeft ontvangen?

Het is in beginsel voor risico van de zorgaanbieder als hij een inschrijving niet tijdig of incorrect indient.

Uit rechtspraak blijkt dat als een inschrijving slechts enkele minuten na het verstrijken van de deadline is ontvangen, een zorgaanbieder mag worden uitgesloten van de verdere procedure.

Het komt daarnaast voor risico van de zorgaanbieder om de inschrijving juist in te dienen. Een tijdige inschrijving bij een niet-bestaand emailadres van het zorgkantoor leidt ook tot – volgens de rechter terechte – uitsluiting van de procedure (zie bijvoorbeeld [Gerechtshof 's-Hertogenbosch 28 augustus 2012, ECLI:NL:GHSHE:2012:BX6052](#)).

Alleen als het niet of te laat indienen evident in de risicosfeer van het zorgkantoor ligt (bijvoorbeeld als een fout emailadres is opgegeven door het zorgkantoor), is uitsluiting niet gerechtvaardigd.

23 Kan het zorgkantoor de onderhandelingen eenzijdig afbreken?

Dit kan uitsluitend met inachtneming van de eigen inkoopprocedure. Als in de inkoopdocumenten bijvoorbeeld een bevoegdheid of mogelijkheid tot eenzijdig afbreken van de onderhandelingen is opgenomen, kan dit.

Als onderhandelingen door het zorgkantoor eenzijdig worden afgebroken ten opzichte van een individuele zorgaanbieder geldt eveneens dat moet worden bepaald of dit past binnen de procedure. In dat geval is toetsing aan het gelijkheidsbeginsel relevant: een zorgkantoor mag niet willekeurig de onderhandelingen met één zorgaanbieder afbreken.

24 Geeft een bestaande overeenkomst met het zorgkantoor garantie op een overeenkomst voor volgend jaar?

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

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

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

Slechts in uitzonderlijke omstandigheden kan een zorgaanbieder verplicht worden een (betaal) overeenkomst met een zorgkantoor af te sluiten of met bepaalde contractuele voorwaarden akkoord te gaan.

Een zorgaanbieder kan door de NZa verplicht worden een overeenkomst met het zorgkantoor aan te gaan als sprake is van aanmerkelijke marktmacht (zie [artikel 48 Wmg](#)). In 2022 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (Cbb) uitspraak gedaan in een geschil waarin zorgaanbieder Emergis een door de NZa opgelegde contracteer- en transparantieverplichting aanvocht ([College van Beroep voor het bedrijfsleven 15 maart 2022, ECLI:NL:CBB:2022:113](#)).



Het Cbb is de bestuursrechter die over de dit type handhavingsmaatregelen van de NZa gaat. De zaak gaat over zorg dat onder de Zvw valt, maar de regel op grond waarvan NZa de maatregelen heeft genomen is ook van toepassing op de Wlz.

Emergis is een belangrijke aanbieder van geestelijke gezondheidszorg in Zeeland. De NZa had Emergis een contracteerverplichting en transparantieverplichting opgelegd omdat de zorgaanbieder volgens de NZa op een aantal relevante markten over AMM beschikt. Zo slaagde Emergis erin (i) bij zorgverzekeraars verhogingen van omzetplafonds af te dwingen, (ii) geen afspraken te maken over doelmatigheid van zorg aan complexe patiënten én (iii) dure patiënten uit te zonderen van de overeengekomen omzetplafonds. In deze acties zag NZa noodzaak een transparantie- en contracteerverplichting aan Emergis op te leggen.

De transparantieverplichting bestaat eruit dat Emergis een plan van aanpak moet opstellen dat – sterk samengevat – ten doel heeft doelmatigheid te verbeteren. Het plan van aanpak moet worden afgestemd met de vier grote zorgverzekeraars, waarbij Emergis ook de verplichting heeft gedurende drie jaar over de voortgang te rapporteren bij deze zorgverzekeraars en bij de NZa.

De contracteerverplichting heeft als doel om zeker te stellen dat de uit de transparantieverplichtingen voortvloeiende doelmatigheidsverbeteringen ook geëffectueerd worden. Zo moet Emergis voldoen aan redelijke verzoeken van zorgverzekeraars tot het overeenkomen van billijke contractvoorwaarden.

Het Cbb stelde de NZa in het gelijk. Volgens de Cbb waren de genoemde maatregelen geschikt om geconstateerde problemen op te lossen, zijn deze maatregelen noodzakelijk om de zorgverzekeraars de door de wetgever beoogde rol in het zorgstelsel waar te laten maken én is gekozen maatregel proportioneel.

De Emergis-zaak is uitzonderlijk in die zin dat de NZa zelden een contracteerplicht oplegt. Zie voor een ander voorbeeld [College van Beroep voor het bedrijfsleven 7 juni 2012, ECLI:NL:CBB:2012:BW7731](#).

26 Welke gegevens mogen de zorgaanbieder en het zorgkantoor uitwisselen in het kader van de inkoopprocedure?

De zorgaanbieder mag alle soorten informatie delen met het zorgkantoor ten behoeve van een inkoopprocedure (de verplichtingen op het gebied van persoonsgegevens blijven hier buiten beschouwing). Het zorgkantoor mag met een individuele zorgaanbieder alle informatie delen, behalve informatie over andere zorgaanbieders. Het zorgkantoor mag in het kader van de inkoopprocedure bijvoorbeeld niet informatie delen waaruit volgt welke zorg een andere zorgaanbieder (voornemens) is aan te bieden (zie ook vraag 36, voor welke informatie zorgaanbieders met elkaar mogen uitwisselen zie vragen 27 en 28).

27 Onder welke voorwaarden mogen zorgaanbieders afspraken maken zo als het inschrijven als een combinatie in een aanbesteding?

De hoofdregel is dat het zogenoemde kartelverbod concurrenten verbiedt om gezamenlijk prijsafspraken te maken, onderling klanten of afzetgebieden te verdelen, samen de afzet of de capaciteit te beperken of vooroverleg hebben bij inschrijving op aanbestedingen. Maar ook afspraken tussen marktpartijen die niet elkaars concurrenten zijn, kunnen afhankelijk van de omstandigheden van het geval de concurrentie beperken. Dat is bijvoorbeeld het geval als een leverancier van een bepaald hulpmiddel afnemers daarvan verbiedt om producten van concurrerende leveranciers te verkopen (zie rnr 9 van de [ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'](#)).

Hierna wordt in hoofdlijnen toegelicht wanneer een combinatieovereenkomst – de afspraak om als combinatie in te schrijven – niet in strijd is met het mededingingsrecht.

Een combinatieovereenkomst is verboden als deze het doel heeft of het gevolg heeft de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan te verminderen, beperken of te vervalsen (zie [art. 6 Mededingingswet \(Mw\)](#)). In drie gevallen vermindert, beperkt of vervalst een combinatieovereenkomst de mededinging in het algemeen niet.

In de eerste plaats valt een combinatieovereenkomst tussen zorgaanbieders die niet met elkaar concurreren in beginsel niet onder kartelverbod (zie rnr 38 van de [Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#)).

In de tweede plaats is een combinatieovereenkomst toegestaan in het geval alle betrokken zorgaanbieders zelfstandig niet in staat zijn aanspraak te maken op de opdracht, dan wel zelfstandig niet in staat zijn de opdracht uit te voeren (zie rnr 38 van de [Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#)).

In de derde plaats wordt de mededinging niet beperkt of vervalst als de combinatie bestaat uit slechts een beperkt aantal ondernemingen met een gezamenlijke omzet van niet meer dan € 1.100.000 (zie [art. 7 Mw](#)). Als deze grens wordt overschreden, dan is er geen sprake van een verhindering of beperking van de mededinging indien de combinatie in de relevante markt een gezamenlijk marktaandeel heeft van minder dan 10% én de combinatie geen negatieve invloed heeft op de handel tussen lidstaten van de EU (zie [art. 4.3 Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#)).

Als een combinatie de concurrentie verhindert of beperkt, dan kan deze niettemin alsnog toelaatbaar zijn (zie [art. 6 Mw](#)). Zorgaanbieders kunnen uitgezonderd zijn van het kartelverbod als de gezamenlijke inschrijving leidt tot voordelen die ten goede komen aan cliënten, genoeg concurrentie overblijft en de samenwerking niet verder gaat dan noodzakelijk (zie rnr. 52 [Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#)). Als daarentegen de combinatie negatieve gevolgen teweegbrengt voor de prijzen, productie, innovatie of het aanbod of de kwaliteit van goederen en diensten (zie rnr. 46 [Beleidsregels combinatieovereenkomsten 2013](#)), dan gaat deze uitzondering niet op.

In de [Handleiding Combinatieovereenkomsten](#) van het ministerie van Economische Zaken wordt gesteld dat combinatieovereenkomsten wegens de hiervoor genoemde uitzondering in “veel gevallen” is toegestaan. Dit is geen garantie. Beoordeel telkens zelf – met interne of externe juridische hulp – of de combinatieovereenkomst al dan niet in strijd is met het kartelverbod.

28 Mogen zorgaanbieders met elkaar overleggen over de inschrijving of over de inkoopprocedure?

Volgens de [ACM](#) staat het zorgaanbieders vrij te overleggen over:

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

Er mag niet over alle onderwerpen worden overlegd. Concurrentiegevoelige informatie mag niet worden uitgewisseld. Het gaat dan onder andere over afgesproken tarieven, kostprijzen, omzetgegevens, en strategische plannen ten aanzien van werkgebieden en toekomstig aanbod. Het is ook niet toegestaan om te overleggen of afspraken te maken over de inschrijving die zorgaanbieders van plan zijn te doen in een inkoopprocedure.

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

29 Kan je, wanneer je een meerjarenovereenkomst bent overeengekomen met het zorgkantoor, verplicht worden om na één jaar een aanvullend addendum te ondertekenen?

Nee, tenzij de meerjarenovereenkomst daarvoor een concrete basis biedt. Wel kan in een meerjarenovereenkomst zijn bepaald dat per (kalender)jaar aanvullende afspraken kunnen worden gemaakt of bepaalde afspraken van een update worden voorzien. Hier kunnen (afgesproken) spelregels aan zijn verbonden. Bijvoorbeeld dat in het kader van een productieafpraak voor een volgend jaar, de zorgaanbieder akkoord moet gaan met een tarief dat gelijk is aan dat van het vorige jaar met dien verstande dat een indexatie met betrekking tot dit tarief plaatsvindt.

Als de meerjarenovereenkomst niets regelt over de inhoud van een addendum, kan de zorgaanbieder niet verplicht worden te ondertekenen. Dit tenzij dat standpunt onredelijk zou zijn (bijvoorbeeld als het addendum nodig is voor het zorgkantoor om aan nieuwe (beleids)regels van de NZa te voldoen).

Inhoud (model) overeenkomst

30 Aan welke wettelijke eisen moet de overeenkomst voldoen?

Een overeenkomst of onderdelen van een overeenkomst mogen niet in strijd zijn met geldende wet- en regelgeving uit bijvoorbeeld de Wmg en de Wlz. De Wlz stelt een aantal concrete voorwaarden aan inkoopovereenkomsten die Wlz-uitvoerders/zorgkantoren met zorgaanbieders sluiten (zie [art. 4.2.2 Wlz](#)).

De overeenkomst moet schriftelijk zijn en mag een maximale duur van vijf jaar hebben. Ook moet de overeenkomst de volgende elementen bevatten:

- de ingangsdatum, duur en mogelijkheden voor tussentijdse beëindiging,
- de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid en de omvang van de te verlenen zorg,
- de prijs van de te verlenen zorg,
- de wijze waarop de verzekerden van informatie worden voorzien,
- de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en vrijwilligers betrokken kunnen worden
- de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen, en
- de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen.

31 Wat kan je als aanbieder doen als er onredelijke eisen of fouten in de modelovereenkomst staan?

Op grond van de regeling [Transparantie contracteerproces Wlz](#) zijn de zorgkantoren verplicht voorafgaand aan de (zorginkoop)onderhandelingen met zorgaanbieders, bekend te maken conform welke modellen overeenkomsten worden aangeboden. Omdat de regeling [Transparantie contracteerproces Wlz](#) verwijst naar publicatie voor de "(zorginkoop) onderhandelingen" laat de NZa onduidelijkheid bestaan over de vraag of bedoeld is publicatie gelijk met het inkoopbeleid op 1 juni of dat publicatie in augustus/september als de individuele gesprekken plaatsvinden volstaat.

De praktijk is op dit moment het laatste waarbij op 1 juni, als de inkoopdocumenten worden gepubliceerd, de modellen van ZN al wel bekend zijn maar de invulling van delen daarvan door de zorgkantoren zelf nog niet.

Bij onredelijke eisen of fouten in het door ZN vastgestelde model, ligt het voor de hand dit met de VGN te bespreken om te kijken of op het niveau van de brancheverenigingen een oplossing mogelijk is. Het verdient aanbeveling om problemen in modellen aan de kaak te stellen in de vragenronde en bezwaarprocedure die gaat lopen na publicatie van het inkoopbeleid door het zorgkantoor op 1 juni. Zorgaanbieders moeten dus (ook) zelf actie ondernemen.

Als van de verschillende momenten om te reageren op de modelovereenkomst geen gebruik wordt gemaakt, dan staat in de regel in de inkoopdocumenten dat de zorgaanbieder het recht verliest om te klagen.

32 Wat is de rol van de NZa bij de overeenkomsten die zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar sluiten?

De NZa heeft de taak om, als de zorginkoopprocedure succesvol is verlopen en zorgkantoor en zorgaanbieder een overeenkomst met elkaar willen sluiten, productieafspraken uit deze overeenkomst goed te keuren. De NZa beoordeelt of deze productieafspraken – die gaan over het totaalbedrag van volume en prijs van de te leveren zorg – passen binnen de door haar vastgestelde contracteerruimte van de betreffende regio.

Op grond van het [Beleidskader Budgettair kader Wlz 2023](#) moeten de productieafspraken in een formulier worden vastgelegd (het budgetformulier) en vóór 15 november van het jaar t-1 bij de NZa zijn ingediend (zie ook vraag 2).

De in het budgetformulier vastgestelde productieafspraken kunnen in principe alleen in de herschikkingsronde door een tweezijdige aanvraag van zorgkantoor en zorgaanbieder worden herzien. Een eenzijdige aanvraag wijst de NZa af, tenzij de weigering van het zorgkantoor volgens de NZa kennelijk onredelijk is.

De NZa toetst of het totale bedrag van de budgetaanvragen de contracteerruimte niet overschrijdt. In haar beleid maakt de NZa duidelijk wat zij doet als sprake is van een overschrijding:

- Is in de regio van een zorgkantoor sprake van een overschrijding in de budgetronde (ofwel: het totaal van de omzetafspraken is hoger dan de regionale contracteerruimte), dan wordt deze overschrijding bij de zorgaanbieders in de desbetreffende regio in mindering gebracht op de toegekende productieafpraak. De hoogte van die correctie wordt berekend naar rato van het aandeel van de aanvraag per zorgaanbieder op het totaal van de ingediende aanvragen.
- Is in de herschikkingsronde sprake van een overschrijding, dan wordt deze bij de zorgaanbieders die verzoeken om verhoging van de in de budgetronde vastgestelde aanvraag gecorrigeerd naar rato van het aandeel van de aanvragen van deze zorgaanbieders op de totale toename.

Het besluit van de NZa op de aanvraag van zorgaanbieder en zorgkantoor tot goedkeuring van de productieafspraken is een besluit in de zin van de Awb, waartegen bezwaar open staat en vervolgens beroep bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. De termijn voor het indienen van een bezwaar- en beroepschrift tegen een besluit van een bestuursorgaan, is op grond van [artikel 6:7 Awb](#) zes weken na bekendmaking van het besluit. De NZa informeert zorgaanbieders in het besluit zelf over de termijn waarbinnen het bezwaar- of beroepschrift moet zijn ingediend.

33 Wat als je geen overeenstemming kan bereiken met het zorgkantoor over productieafspraken?

Uitgangspunt is dat overeenstemming wordt bereikt door de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Daarna dienen beiden een tweezijdig verzoek voor deze productieafspraken in bij



de NZa. Als partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen over de productieafspraken (zie vraag 32), dan kunnen het zorgkantoor en de zorgaanbieder ieder een eenzijdig verzoek tot goedkeuring van de afspraken indienen bij de NZa.

Een eenzijdig verzoek is alleen mogelijk als in dezelfde ronde géén tweezijdig verzoek is ingediend. De beslisregels die de NZa hanteert bij een éénzijdig verzoek staan in de beleidsregel Budgettair Kader Wlz. Deze zijn samengevat als volgt (zie [Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2023](#)):

Als het een verzoek in de budgetronde betreft, gaat de NZa uit van ofwel (i) de laagste als twee éénzijdige verzoeken zijn ingediend, ofwel (ii) een productieafpraak van nul als maar één of geen van partijen een verzoek indient.

Een eenzijdig verzoek om aanpassing van een in de eerste budgetronde vastgestelde productieafpraak wordt in beginsel zonder inhoudelijk oordeel afgewezen. Alleen als de gehonoreerde productieafpraak in de budgetronde geen reële productieafpraak is, kan dat anders zijn. In dat geval gaat de NZa uit van 85% van de naar een heel jaar geëxtrapoleerde realisatie van het eerste half jaar. De NZa vindt een productieafpraak geen reële productieafpraak als de realisatie in het eerste half jaar hoger is dan de oorspronkelijke productieafpraak voor het gehele jaar.

34 Kan elk zorgkantoor zelf bepalen welke kortingen worden gehanteerd op de tarieven van de NZa?

De tarieven van de NZa voor prestaties die onder de Wlz vallen, zijn doorgaans maximumtarieven. Zorgkantoor en zorgaanbieder kunnen prijzen afspreken die lager zijn dan deze maximumtarieven. Bij de inkoopprocedure zijn reële tarieven wel de ondergrens: zorgkantoren zijn gehouden reële tarieven te bieden voor Wlz-zorg (zie vragen 10 en 11).

35 Kan je iets doen tegen de hoogte van de maximumtarieven van de NZa?

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

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

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

36 Moet er een verwerkersovereenkomst worden gesloten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder?

Nee, tussen het zorgkantoor en zorgaanbieder hoeft geen verwerkersovereenkomst te worden gesloten. Zij zijn beide (in de algemene gevallen) zelfstandig verwerkingsverantwoordelijke en zijn op grond van de Wlz gerechtigd (binnen de daarin genoemde kaders) om de daar genoemde persoonsgegevens uit te wisselen. Afspraken voor deze uitwisseling kunnen niettemin naar de wens van de betrokken partijen worden vastgelegd in een overeenkomst.

Als zorgaanbieders cliëntgegevens delen met zorgkantoren kwalificeert dat als een verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) geeft algemene regels over de verwerking van persoonsgegevens. Op grond van de Wlz mogen zorgaanbieders persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, delen met zorgkantoren (en andersom) voor zover dit noodzakelijk is voor onder andere het sluiten van overeenkomsten met zorgkantoren, de zorgplicht van het zorgkantoor, de zorglevering, het betalen van de geleverde prestaties aan zorgaanbieders en het verrichten van controle of fraudeonderzoek door het zorgkantoor.

De AVG maakt onderscheid tussen de verwerkingsverantwoordelijke en de verwerker van persoonsgegevens. De verwerkingsverantwoordelijke is degene die, al dan niet tezamen met een ander, het doel en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt. De verwerkingsverantwoordelijke bepaalt het 'hoe' en 'waarom' van de gegevensverwerking. Met andere woorden: het initiatief voor de gegevensverwerking ligt bij de verwerkingsverantwoordelijke en de verwerkingsverantwoordelijke moet een bepaalde mate van controle kunnen uitoefenen over de verwerking van persoonsgegevens.

Anders dan een verwerkingsverantwoordelijke, verwerkt de verwerker uitsluitend persoonsgegevens ten behoeve en in opdracht van de verwerkingsverantwoordelijke en neemt de verwerker geen beslissingen over het gebruik van de gegevens. De verwerker mag uitsluitend in opdracht en volgens de instructies van de verwerkingsverantwoordelijke handelen bij de gegevensverwerking. Zodra een verwerker de gegevens ook voor eigen doeleinden gaat verwerken, kan hij ook (mede) verwerkingsverantwoordelijke worden. Deze rol kan hij innemen naast zijn rol als verwerker voor zover de gegevensverwerkingen voldoende los van elkaar kunnen worden gezien.

Zorgaanbieders en zorgkantoren die als verwerkingsverantwoordelijken persoonsgegevens verwerken maken doorgaans gebruik van de diensten van derden, denk aan een IT-leverancier of een uitvoerder voor de salarisadministratie. In dat geval is een verwerkersovereenkomst verplicht. Artikel 28 AVG geeft een checklist van bepalingen die een verwerkersovereenkomst dient te bevatten.

37 Wat zijn de relevante verschillen of voordelen van een meerjarenovereenkomst ten opzichte van een eenjarige overeenkomst?

Uiteraard zijn er voordelen en nadelen verbonden aan de duur van een overeenkomst. Het hangt af van de omstandigheden van het geval waar voor zorgkantoor of zorgaanbieder de voorkeur naar uit gaat.



Zo biedt een eenjarige overeenkomst meer flexibiliteit. Ook biedt een eenjarige overeenkomst over het algemeen (eventueel) meer mogelijkheid tot heronderhandeling, hoewel dit gelet op de beperkte ruimte in de inkoopkaders niet overschat moet worden.

Aan de andere kant kan een meerjarenovereenkomst onder meer de volgende voordelen bieden:

- Een langere termijn van samenwerking zorgt over het algemeen voor meer continuïteit en stabiliteit in de relatie.
- Bij meerjarenovereenkomsten kunnen bedrijfsactiviteiten beter gepland worden. Denk aan het ontwikkelen van strategieën en een strategie voor inzet van personeel op lange termijn.
- Minder administratieve lasten die bijvoorbeeld gemoeid zijn bij (nieuwe) inkoopprocedures.

Continuïteit van zorg

38 Kan de zorgaanbieder verplicht zijn of worden om door te gaan met Wlz-zorg na het einde van de overeenkomst met zorgkantoor en als hij niet opnieuw wordt gecontracteerd door het zorgkantoor?

Als een overeenkomst voor een bepaalde vorm van Wlz-zorg eindigt en het zorgkantoor en de zorgaanbieder sluiten geen opvolgende overeenkomst voor die vorm van zorg, behoudt de verzekerde die al bij de zorgaanbieder daarvoor in zorg was, zolang die zorg noodzakelijk en verantwoord is, tegenover het zorgkantoor recht op ononderbroken voortzetting van deze zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder (zie art. 4.2.2 lid 5 Wlz).

In beginsel gelden in geval van voortzetting van zorg bij een niet meer gecontracteerde zorgaanbieder de voorwaarden van de overeenkomst toen deze er nog wel was (zie art. 4.2.2 lid 6 Wlz). Wel is mogelijk dat de aard, omvang of de prijs van de zorg zodanig verandert, dat het handhaven van de oorspronkelijke voorwaarden van de overeenkomst niet langer in het belang van de verzekerde zou zijn en toch moet worden bijgesteld (Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3, p. 167).

Het voorgaande betekent dat de zorgaanbieder bij het einde van de overeenkomst in beginsel de zorg aan bestaande cliënten niet kan beëindigen.

39 Welke verplichtingen heeft de zorgaanbieder als de Wlz-indicatie van cliënten gedurende het contractjaar vervalt en overgaat in een Wmo-aanspraak?

Als de Wlz-indicatie van cliënten vervalt en overgaat in een Wmo-aanspraak, is de vraag in hoeverre de zorgaanbieder verplicht is de zorg te continueren. Dit kan zich voordoen als een tijdelijke Wlz-indicatie afloopt en herindicatie voor de Wlz niet aan de orde is.

De Wlz-aanbieder kan een behandeling stoppen als daarvoor een gewichtige reden is. Volgens het [model](#) algemene voorwaarden van de VGN is van een zwaarwegende reden in ieder geval sprake als de omvang of zwaarte van de zorg- en of dienstverlening door een gewijzigde (zorg) vraag zich zodanig ontwikkelt dat deze buiten de reikwijdte van de overeenkomst gaat vallen en de zorgaanbieder en de zorgvrager geen afspraken kunnen maken over een aanpassing van de overeenkomst. Hiervan zal sprake zijn als de Wlz-indicatie vervalt en overgaat in een Wmo-aanspraak. Bovendien zal de zorgaanbieder in principe geen vergoeding meer ontvangen van het zorgkantoor als de Wlz-indicatie vervalt. Als de cliënt de zorg dan niet voor eigen rekening afneemt bij de zorgaanbieder, levert dat volgens de algemene voorwaarden ook een zwaarwegende grond op.

Voor het beëindigen van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst moet een redelijke termijn in acht worden genomen (het model algemene voorwaarden houdt een termijn van twee maanden aan) en de zorgaanbieder zal mee moeten helpen bij het zoeken naar een alternatief voor de cliënt.

Het voorgaande geldt ook als de Wlz- indicatie vervalt en overgaat in een aanspraak op grond van de Jeugdwet.

40 Mag je stoppen met zorgverlening als de zorgverlening niet meer rendabel is?

Het uitgangspunt is dat een zorgaanbieder de zorgverlening niet zomaar mag stopzetten omdat het financieel niet langer rendabel is. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is vastgelegd dat de hulpverlener, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet mag opzeggen (7:460 BW). De wet definieert niet wat gewichtige redenen zijn.

In het model algemene voorwaarden zorg- en dienstverlening Wlz van de VGN (2019) staat dat zonder 'zwaarwegende redenen' de zorgaanbieder de zorg- en dienstverlening niet mag opzeggen. Onder zwaarwegende redenen wordt onder meer verstaan de situatie waarin de zorgaanbieder geen vergoeding meer ontvangt van het zorgkantoor voor de uitvoering van de overeengekomen zorg- en dienstverlening en de zorgvrager deze ook niet voor eigen rekening neemt.

Daarvan is niet direct sprake als een zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is voor een bepaalde vorm van zorg. In die gevallen – zoals omschreven in vraag 38 – blijft het zorgkantoor namelijk verplicht om deze zorg te vergoeden aan bestaande cliënten.

Hiermee is niet de vraag beantwoord of een zorgaanbieder kan stoppen met zorgverlening als hij daarvoor nog wel een vergoeding ontvangt, maar deze vergoeding de kosten van de zorg niet dekt. Het is aannemelijk dat een zorgaanbieder in dit soort gevallen de zorgverlening niet snel kan beëindigen.

41 Mag een zorgaanbieder de gecontracteerde Wlz-zorg in onderaanneming uitbesteden?

Een zorgaanbieder mag de gecontracteerde Wlz-zorg in onderaanneming uitbesteden, onder de voorwaarden die daaraan zijn gesteld in de zorginkoopovereenkomst. Dit kunnen bijvoorbeeld de volgende voorwaarden zijn:

- bij inschrijving in de bestuursverklaring/instemmingsverklaring melden of van onderaannemers gebruik wordt gemaakt,
- voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van het zorgkantoor voor inzet van een onderaannemer,
- bij de onderaannemer is geen IGJ-maatregel van kracht, noch een onderzoek naar vermoeden van fraude, en
- de hoofdaannemer garandeert dat de zorgverlening door de onderaannemer aan dezelfde eisen voldoet als die het zorgkantoor aan de zorgaanbieder heeft gesteld.

Vanuit het mededingingsrecht is verder van belang dat als een zorgaanbieder werkzaamheden in onderaanneming verleent aan een andere zorgaanbieder, dit een vorm van samenwerking is die moet worden getoetst aan het kartelverbod. Er is bijvoorbeeld sprake van verboden afstemming als twee zorgaanbidders besluiten dat één van hen inschrijft en de ander niet

omdat daarmee een hoger tarief kan worden behaald. Zo'n afspraak is in strijd met het kartelverbod (zie voor samenwerking en het kartelverbod ook vraag 27 en 44).

Ook is het op grond van het kartelverbod belangrijk terughoudend te zijn bij het uitwisselen van informatie met de onderaannemer, met name over met het zorgkantoor gecontracteerde prijzen of volumes.

42 Is het zorgkantoor verplicht de overproductie te vergoeden?

In beginsel zijn de contractuele afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder bepalend bij overproductie (en onderproductie). Vaak bevatten deze afspraken rapportageverplichtingen met betrekking tot productie en overlegmogelijkheden in het kader van een eventuele herschikking. Uitgangspunt daarbij is steeds dat het zorgkantoor niet verplicht is tot vergoeding van overproductie (of betaling van meer dan de daadwerkelijke geleverde productie in het geval van onderproductie).

Dit kan anders zijn als het zorgkantoor de verwachting heeft gewekt bij de zorgaanbieder dat hij voor overproductie een vergoeding betaalt. Deze verwachting kan zijn opgewekt in bijvoorbeeld het inkoopbeleid of de overeenkomst, of naderhand in gesprekken, brieven of mails.

Een andere (uitzonderlijke) uitzondering op de regel is dat een zorgkantoor gehouden kan zijn overproductie te vergoeden als hij anders in strijd handelt met zijn zorgplicht (vgl. [Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19 oktober 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3159](#)). Dit kan aan de orde zijn wanneer de cliënt anders niet de zorg kan krijgen waarop hij recht heeft.

Overigens hanteren de meeste zorgkantoren als uitgangspunt persoonsvolgende bekostiging tot de contracteerruimte benut is. Het is belangrijk te bepalen welke systematiek het zorgkantoor hanteert bij het informeren over de uitputting van de contracteerruimte en wat het beleid is bij (dreigende) overschrijding. Zorgkantoren zijn uiteraard gehouden om hun eigen beleid daarin te volgen.

Samenwerking

43 Mag je samenwerken met andere zorgaanbieder bij het aantrekken/ behouden van personeel?

Er is behoorlijk wat ruimte voor zorgaanbieders om samen te werken bij het aantrekken van personeel. Zo mogen werkgevers gezamenlijk onderzoek doen naar de ontwikkelingen op de lokale arbeidsmarkt. Bijvoorbeeld om een beter beeld te krijgen van het (potentiële) arbeidsaanbod, en hoe dit aansluit bij hoeveel personeel er nodig is om te voldoen aan de zorgvraag van de lokale bevolking. Zij mogen de informatie uit het onderzoek gebruiken voor hun eigen beleid of voor gezamenlijke opleidingsplannen.

Werkgevers mogen ook samenwerken voor opleiding en (na)scholing. Door hun ervaring en kennis te bundelen kunnen zij betere of aantrekkelijkere opleidingen aanbieden. Zorgpersoneel kan dan na de opleiding op meer plekken en bij meer werkgevers terecht.

Het opzetten van een gezamenlijke flexpool of een flexibele schil van werknemers is eveneens toegestaan. De werknemers zijn dan in dienst bij één van de werkgevers en kunnen ervoor kiezen om ook te werken voor de andere werkgever(s). Belangrijke voorwaarden hierbij zijn:

- Werknemers bepalen zelf of zij ook bij een andere werkgever aan de slag willen.
- Waar cao-afspraken ruimte laten, beslissen werkgevers individueel over de arbeidsvoorwaarden. Zij mogen hierover geen gezamenlijke afspraken maken.
- Werkgevers mogen niet samen beslissen dat zij minder of geen zzp'ers inhuren.

Werkgevers mogen voorts gezamenlijk instrumenten inzetten om werknemers makkelijker inzicht te geven in openstaande diensten bij de werkgevers in een regio, bijvoorbeeld met een digitaal platform.

Er zijn ook bepaalde terreinen waarop zorgaanbieder géén afspraken mogen maken. Zo mogen werkgevers onderling geen afspraken maken over arbeidsvoorwaarden van werknemers in loondienst, buiten de cao-onderhandelingen en cao-afspraken. Denk bijvoorbeeld aan de hoogte van salarissen, het aantal uren of het opleidingsbudget. Ook mag geen afspraak gemaakt worden tussen werkgevers dat zij elkaars personeel niet werven of in dienst nemen. Ook mag niet gezamenlijk afgestemd worden om zzp'ers niet of in mindere mate in te huren. Een werkgever mag dat uiteraard wel individueel besluiten. Ook gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld de maximale tarieven van zzp'ers of de inroostering van hun diensten, is niet toegestaan. Wederom mag elke werkgever wel hierin zijn eigen beleid voeren.

De ACM houdt toezicht op het bovenstaande.

44 Waarop moet je letten bij samenwerking met andere zorgaanbieders?

Er zijn verschillende aspecten waar zorgaanbieders op moeten letten als zij willen samenwerken. Hier volgen vijf belangrijke aspecten.

In de eerste plaats de juridische vorm van de samenwerking. Hierbij geldt: vorm volgt inhoud. Eerst moeten partijen bij de samenwerking hun doelstellingen en de wijze waarop ze die gaan

behalen helder formuleren. Vervolgens kan daarbij de passende structuur vormgegeven worden. De juridische vorm van samenwerking tussen zorgaanbieders kent grofweg twee smaken: samenwerking door middel van een rechtspersoon (zoals een stichting, coöperatie of BV) of samenwerking door middel van een overeenkomst.

Wat bepaalt de keuze tussen een rechtspersoon en een overeenkomst? Over het algemeen is een keuze voor een aparte rechtspersoon logischer als de samenwerking een verschuiving van verantwoordelijkheden of geldstromen beoogt of veroorzaakt. Een samenwerking die een aparte inkomensstroom genereert, bijvoorbeeld om een eigen declaratie aan het zorgkantoor wordt gestuurd, zal men eerder willen onderbrengen in een aparte entiteit. Dat biedt de mogelijkheid om de samenwerking onder een eigen naam in de markt te zetten en onder een eigen bestuur te laten opereren. Inkomsten en uitgaven, en daarmee de risico's verbonden aan de samenwerking, worden dan gescheiden van de moederinstellingen.

Een samenwerking waarbij partijen tegenover de patiënt en het zorgkantoor een eigen verantwoordelijkheid en gezicht behouden, kan in de regel even goed of beter via een overeenkomst geregeld worden. Denk aan het poolen van personeel. Een overeenkomst voegt, anders dan een aparte rechtspersoon, ook niet per definitie bestuurlijke drukte toe. Er is geen bestuur dat bemand moet worden, of een ledenvergadering die bezocht moet worden.

In de tweede plaats is het belangrijk om te realiseren dat voor het aangaan van samenwerkingen veelal advies gevraagd moet worden aan bijvoorbeeld de ondernemingsraad en cliëntenraad.

In de derde plaats verplicht de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ([art. 4 lid 1 sub b](#)) dat organisaties met samenwerkingspartners schriftelijke overeenkomsten sluiten, waarin staat opgenomen hoe de naleving van de verplichtingen uit de Wkkgz (zoals het verlenen van goede zorg) worden gewaarborgd. Omdat het maken van fouten nooit 100% kan worden voorkomen, is het voorts belangrijk om na te denken over de aansprakelijkheid. Zorgaanbieders kunnen zich voor medische aansprakelijkheid verzekeren. Bij de totstandkoming van afspraken en samenwerkingsverbanden is het belangrijk om te verifiëren of de bestaande verzekeringen voldoende dekking bieden. Wij verwijzen voorts naar de [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2022\)](#) van de KNMG.

In de vierde plaats is uiteraard het mededingingsrecht van belang. Daarbij zijn drie thema's van belang.

- De economische machtspositie. Ondernemingen mogen een economische machtspositie hebben, maar mogen daarvan geen misbruik maken. In het kader van een samenwerking in de zorg kan sprake zijn van een bepaalde economische machtspositie of kan zo een machtspositie ontstaan.
- Het concentratietoezicht. Afhankelijk van de omvang moeten ondernemingen voorgenomen concentraties, zoals fusies, overnames en de oprichting van joint ventures melden bij de NZa, de ACM of de Europese Commissie. Vervolgens wordt getoetst of de concentratie de daadwerkelijke mededinging op (een deel van) de Nederlandse of de Europese interne markt zou kunnen belemmeren.

- Het kartelverbod. Dit verbiedt ondernemingen om afspraken te maken die tot doel of als gevolg hebben dat de concurrentie op de markt wordt verstoord. Prijsafspraken, marktverdelingsafspraken, afspraken over de omvang van de productie en uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie zijn handelingen die vrijwel altijd verboden. Het kartelverbod komt bij vrijwel iedere samenwerking om de hoek kijken.

In 2019 heeft de ACM de [handreiking](#) en [beleidsregel](#) 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' gepubliceerd. In deze handreiking zet de ACM uiteen dat veel samenwerking gewoon mag. Als de voordelen voor patiënten en verzekerden opwegen tegen de nadelen, zijn ook afspraken met grote gevolgen voor de concurrentie toegestaan. Als deze toch te ver gaan, moeten ze wel worden aangepast. De NZa heeft echter toegezegd geen boetes op te leggen voor de overtreding van het kartelverbod als de gemaakte afspraken zijn gebaseerd op een vijftal procedure voorwaarden. Het gaat om de volgende cumulatieve voorwaarden.

- Afspraken tot verplaatsing van zorg zijn gebaseerd op een gedeeld en openbaar regiobeeld.
- Afspraken tot verplaatsing van zorg en daarmee nagestreefde doelstellingen zijn onderbouwd.
- Bij het komen tot een afspraak voor verplaatsing van zorg worden zorgaanbieders, zorginkopers en patiëntenorganisaties volwaardig betrokken.
- De gemaakte afspraken zien niet op het beperken, verhinderen of anderszins bemoeilijken van toetreding en/of uitbreiding van activiteiten.
- De afspraken tot verplaatsing van zorg, de doelstellingen en de wijze waarop deze meetbaar en (achteraf) toetsbaar zijn, zijn transparant en openbaar.

In de vijfde plaats moet nagedacht worden over de toedeling van verplichtingen en verantwoordelijkheid met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

Vragen, bezwaren en geschillen bij/ over de zorginkoop

45 Wanneer verliest de zorgaanbieder zijn recht om bezwaar te maken en wat is de consequentie daarvan?

Bij vraag 7 is beschreven hoe het tijdspad van een zorginkoopprocedure eruit ziet. In het landelijke of regionale inkoopbeleid staat aangegeven binnen welke termijn de zorgaanbieder zijn vragen, opmerkingen of bezwaren bij het zorgkantoor moet indienen. Ook bevat het inkoopbeleid vaak termijnen waarbinnen een eventueel kort geding gestart moet worden.

Voor het indienen van vragen, opmerkingen of bezwaren via de nota van inlichtingen tegen het gepubliceerde inkoopbeleid geldt vaak een termijn van twee weken. Als de zorgaanbieder niet binnen de voorgeschreven termijn zijn vragen, opmerkingen of bezwaren aan het kantoor kenbaar maakt, bestaat het risico dat de zorgaanbieder het recht verliest om zijn bezwaren in een procedure inhoudelijk aan de orde te stellen. Het daarom belangrijk om de verschillende data in het landelijke en regionale inkoopbeleid steeds scherp te hebben.

46 Wat betekent het escalatiemodel?

Een escalatiemodel in het kader van de zorginkoopprocedure beschrijft welke stappen kunnen of moeten worden ondernomen – en in welke volgorde – in het geval van een geschil tussen het zorgkantoor en een zorgaanbieder. In het inkoopbeleid of de modelovereenkomst is een escalatiemodel opgenomen.

In het escalatiemodel kunnen bijvoorbeeld de volgende stappen worden beschreven:

- dat bij een geschil eerst partijen het samen moeten proberen op te lossen, door overleg op een bepaald niveau en dat als men er op dat niveau niet uitkomt op een hoger niveau (bijvoorbeeld de raad van bestuur) wordt geprobeerd het geschil op te lossen,
- dat bij een geschil eerst aan het zorgkantoor melding moet worden gemaakt van het voornemen een rechtsmiddel in te stellen,
- welke rechtsmiddelen kunnen worden aangewend (en welke dus niet),
- binnen welke termijn rechtsmiddelen moeten worden aangewend, en
- bij wie het rechtsmiddel moet worden aangewend (bijvoorbeeld de Geschilleninstantie Zorgcontractering of de Rechtbank in Amsterdam).

Zorgkantoren hanteren soms een vergelijkbare eis in hun inkoopdocument bij het maken van bezwaar. Er moet eerst bezwaar worden gemaakt voordat een kort geding kan worden gestart. Als er niet eerst bezwaar wordt gemaakt, zal het zorgkantoor zich beroepen op niet-ontvankelijkheid van het kort geding.

47 Kan de gang naar de civiele rechter worden uitgesloten door het zorgkantoor?

De gang naar de civiele rechter kan niet worden uitgesloten.

Wel kan de gang naar de civiele rechter in zekere zin worden beperkt als partijen daarover overeenstemming bereiken. Zo wordt in inkoopprocedures vaak opgenomen dat door deel te nemen aan die procedure, vragen te stellen of daartegen bezwaar te maken, wordt geaccepteerd dat alleen een kortgedingprocedure kan worden gestart binnen een bepaalde termijn. Ook staat in inkoopprocedures vaak dat je door inschrijving akkoord gaat met de voorwaarden van de zorginkoop, en je daarna hiertegen niet meer in rechte kan opkomen.

Dergelijke voorwaarden staan er echter niet aan in de weg om alsnog naar de rechter te stappen. Uiteraard kunnen dergelijke factoren wel de kansen op succes beïnvloeden als deze voorafgaande procedure stappen niet zijn gezet.

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

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen afspraken in geval van precontractuele of contractuele geschillen rond zorgcontractering de [Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering](#) (OGZ) in te schakelen.

De voordelen zijn:

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

De nadelen zijn:

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

49 Welke rechter gaat over de zorginkoop door het zorgkantoor?

Over de zorginkoop door het zorgkantoor bij zorgaanbieders gaat de civiele rechter. In de inkoopprocedure handelt het zorgkantoor als private partij. Dit geldt zowel voor een bodemprocedure als voor een kortgedingprocedure. In kortgeding gaat dit om een speciale civiele rechter: de voorzieningenrechter (ook wel kortgedingrechter genoemd). Het zorgkantoor bepaalt meestal in de inkoopprocedure de locatie van de bevoegde rechtbank (bijvoorbeeld de Rechtbank Den Haag).

50 Wat is de rol van de NZa bij een geschil?

In het geval van een geschil tussen zorgaanbieder en zorgkantoor is het de NZa wettelijk verboden een aanwijzing te geven om individuele gevallen tot een oplossing te brengen. In die zin heeft de NZa bij een geschil tussen zorgaanbieder en zorgkantoor geen zelfstandige rol.

Wel kan in het geval van een geschil waarbij de zorgaanbieder van mening is dat het zorgkantoor niet handelt volgens de (beleids)regels van de NZa, aan de civiele rechter een oordeel vragen over de naleving hiervan. Ook kan de zorgaanbieder druk uitoefenen op het zorgkantoor door melding te doen bij de NZa van de overtreding van de regels door het zorgkantoor. In dat geval kan de NZa de melding onderzoeken en een aanwijzing geven als de regels inderdaad worden overtreden. Uiteraard kan de NZa ook optreden in geval van AMM (zie vraag 25).

Is de zorgaanbieder of het zorgkantoor het niet eens is met het besluit van de NZa op het verzoek tot goedkeuring van de productieafspraken, dan kan daarover een geschil met de NZa ontstaan. In dat geval is de NZa partij bij het geschil. De partij die het oneens is met het besluit van de NZa kan daartegen eerst bestuursrechtelijk bezwaar maken bij de NZa zelf. Tegen de beslissing van de NZa op het bezwaar kan de betrokken partij beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (bestuursrechter).

Bezoekadres

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postadres

Postbus 413
3500 AK Utrecht

T 030-273 93 00

E info@vgn.nl

