

## **“Contracteerbeleid”**

### **Handreiking bij contracteren in de AWBZ**

Versie november 2004 inclusief addendum

Arcares  
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg  
GGZ Nederland  
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

31 augustus 2004

Deze handreiking is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze handreiking onjuistheden en/ of onvolkomenheden bevat. Arcares, GGZ Nederland, de LVT en VGN aanvaarden geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden.

## Inhoudsopgave

### Ten geleide

#### Hoofdstuk 1: Inleiding

- 1.1 Marktwerking en ondernemerschap
- 1.2 Wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg
- 1.3 Versterking positie zorgkantoor
- 1.4 Versterking rol zorgaanbieder
- 1.5 Positie verzekerde/cliënt

#### Hoofdstuk 2: Het speelveld van zorgcontractering in de AWBZ

- 2.1 Zorgplicht van de verzekeraar
- 2.2 Regionaal monopolie zorgkantoor
- 2.3 Grenzen van de contractvrijheid; privaatrechtelijke normen
- 2.4 Mededingingswet; Europese aanbestedingsrichtlijnen
- 2.5 Toezicht CTZ en Zorgautoriteit
- 2.6 Gedragscode van de zorgverzekeraar

#### Hoofdstuk 3: Thematische inhoud van het contract

- 3.1 Afspraken over de te leveren prestatie
- 3.2 Waarborgen voor continuïteit
- 3.3 Jaarlijkse verantwoording
- 3.4 Afspraken over kwaliteit
- 3.5 Juridische vormgeving zorgcontract

#### Addendum:

#### Hoofdstuk 4: (Onder)handelen in zorg

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Hoofdpunten contracteerbeleid
- 4.3 ZN-Selectiecriteria
- 4.4 De overgangsregeling voor zorgcontracten 2004-2005

#### Bijlage: Contract-model AWBZ

## Ten geleide

“Gereguleerde marktwerking” krijgt de komende jaren in de gezondheidszorg ruim baan. Meer mededinging in de zorg doet een beroep op het ondernemerschap van zorgaanbieders, en op dat van verzekeraars. De relatie zorgaanbieder – zorgverzekeraar, in de AWBZ het zorgkantoor, zal hierdoor op een meer zakelijke en competitieve leest geschoeid zijn. Dit zal zijn weerslag krijgen in de overeenkomsten die aanbieder en verzekeraar sluiten. Liggen deze contractuele bepalingen nog tot 31 december 2004<sup>1</sup> per branche vast in een Uitkomst van Overleg, met ingang van 1 januari 2005 bepalen instelling en verzekeraar deze voorwaarden in beginsel zelf. Daarnaast wordt met ingang van 1 september 2004 de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg afgeschaft. Nieuw is daarbij dat in deze extramurale zorgmarkt het zorgkantoor als aanbestedende partij gehouden is aan de Europese regels voor aanbesteding. Voor de zorgaanbieder, als wederpartij, wijzigt daarmee ook de wijze waarop een contract in de extramurale zorg tot stand komt.

Om sterker in de onderhandelingen over de contractvoorwaarden te staan doen zorgaanbieders er verstandig aan zich te bezinnen op hun onderhandelingspositie en om een contracteerbeleid te ontwikkelen. Deze Handreiking geeft het nieuwe kader aan ondersteunt zorgaanbieders bij het te voeren contracteerbeleid. De Handreiking geeft daarbij een tussenstand aan. De komende maanden komt meer zicht op de wijze waarop de contracten in het nieuwe regelkader tot stand komen, en wordt het nieuwe regelkader aangevuld met instrumenten van bijvoorbeeld Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze Handreiking wordt dientengevolge aangevuld met meer praktische uitwerkingen.

### *Leeswijzer*

Allereerst wordt in Hoofdstuk 1 de inhoud en betekenis van de gereguleerde marktwerking en verwante onderwerpen als mededinging en herziening van het overeenkomstenstelsel geschetst. Vervolgens worden in Hoofdstuk 2 de posities van aanbieder en zorgverzekeraar / zorgkantoor in termen van taken en verantwoordelijkheden beschreven. Waar mogelijk wordt voor de uitvoering van de AWBZ de term zorgkantoor gebruikt. De thema's waarover aanbieder en zorgkantoor afspraken maken worden uitgebreid belicht in Hoofdstuk 3.

De Handreiking is ontwikkeld door de brancheorganisaties van zorgaanbieders in de AWBZ: Arcares, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Met medewerkers van ZN heeft enkele malen een verkennend gesprek plaatsgevonden over het nieuwe contracteerkader. Ook is overleg gevoerd met het CVZ.

---

<sup>1</sup> De Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg treedt zeer waarschijnlijk in werking op 1 januari 2005.

## Hoofdstuk 1 Inleiding

### 1.1. Marktwerking en ondernemerschap

Zorgaanbieders in de AWBZ hebben te maken met steeds hogere eisen aan hun zorg- en dienstverlening, een toenemend beroep op transparantie in de relatie tussen kosten en opbrengsten, ontwikkeling naar prestatiebekostiging en met geëmancipeerde cliënten. Er wordt – kortom – een groot beroep gedaan op het ondernemerschap van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders profileren zich als “maatschappelijk ondernemer”. *Ondernemer* om aan te geven dat op de AWBZ-markt ruimte is voor ondernemerschap; *maatschappelijk* omdat ook de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid in de gezondheidszorg gediend moeten worden<sup>2</sup>. Maatschappelijk Ondernemerschap brengt bijvoorbeeld met zich mee dat ook aan externe stakeholders verantwoording wordt afgelegd en dat de winst<sup>3</sup> niet aan derden wordt uitgekeerd, maar wordt geïnvesteerd in de eigen organisatie.

Dit ondernemerschap wordt nadrukkelijk gestimuleerd door de overheid die een systeem van gereguleerde marktwerking voorstaat. Om meer marktwerking in de zorg mogelijk te maken zijn de wetsvoorstellen Wet Tarieven Gezondheidszorg ExPres (WTG Expres), Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (Wet HOZ) ingediend. Deze laatste wet vormt een belangrijk kader voor het nieuwe contracteerbeleid, daarover in de volgende paragraaf meer.

Marktwerking in de zorg krijgt daarnaast een impuls vanwege het toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). De NMa houdt reeds enkele jaren toezicht op de mededinging in het tweede verzekeringscompartiment: huisartsen, ziekenhuizen, fysiotherapeuten en particuliere verzekeraars en ziekenfondsen<sup>4</sup> zijn gehouden aan de eisen van de Mededingingswet. Dit voorjaar kwam de NMa tot de conclusie dat ook de AWBZ-zorgmarkt een markt is waarbinnen concurrentie mogelijk is. Een uitzondering werd echter gemaakt voor de zorginkoopmarkt. AWBZ-aanbieders vallen derhalve wel, zorgkantoren vallen niet onder het toezicht van de NMa<sup>5</sup>.

### 1.2 Wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg

Met de Wet HOZ wil het Kabinet de omzetting van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht systeem bevorderen. Daarmee hoopt het Kabinet de dynamiek in de gezondheidszorg te vergroten. Het wetsvoorstel betreft in de kern drie aspecten van de wettelijk contractuele relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars c.q. zorgkantoren:

- a. afschaffing van de Uitkomsten van Overleg (Uvo's) en de zgn. Modelovereenkomst;
- b. opheffing van de contracteerplicht;
- c. vergroten restitutiemogelijkheden.

#### Ad a. Afschaffing Uvo's

Een zorgaanbieder die zorg in natura levert, mag dit uitsluitend leveren indien er een overeenkomst is afgesloten tussen de zorgverzekeraar c.q. het zorgkantoor en de tot de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. Op dit moment is de basis van deze overeenkomsten gelegen in een zogenaamde Uitkomst van Overleg (Uvo), dan wel in een Modelovereenkomst. De Uvo is veelal te beschouwen als een mengvorm van leveringsvoorwaarden en inkoopvoorwaarden bij de productieafspraken.

Een Uvo komt tot stand na overeenstemming hierover tussen de landelijke brancheorganisaties van zorgverzekeraars en aanbieders en na goedkeuring door het CVZ. Indien er op landelijk niveau geen overeenkomst tot stand is gekomen, dan stelt het CVZ een “modelovereenkomst” vast.

Het wetsvoorstel HOZ schaft de Uvo en de modelovereenkomst af per 1 januari 2005. De wet HOZ bepaalt wel - net als nu het geval is - over welke onderwerpen afspraken moeten worden gemaakt:

- tijdstip van aanvang en beëindiging van de overeenkomst;

<sup>2</sup> Vgl. De waarde van de maatschappelijke onderneming geborgd, Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming, januari 2003.

<sup>3</sup> In het kader van de Wet Toelatingen Zorginstellingen staat het (niet) uitkeren van winst aan derden ter discussie.

<sup>4</sup> Het is zeer wel mogelijk dat als gevolg van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie inzake AOK Krankenkasse d.d. 16 maart 2004 de NMa zal oordelen dat de Nederlandse ziekenfondsen niet als onderneming zijn aan te merken en daarom niet aan haar mededingingstoezicht zijn onderworpen.

<sup>5</sup> Vgl. Visiedocument AWBZ-zorgmarkten, 3130/66, Nederlandse Mededingingsautoriteit, januari 2004.

- duur van de overeenkomst die maximaal 5 jaar kan zijn;
- bepalingen over tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
- de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid en de omvang van de te verlenen zorg;
- de prijs van de te verlenen zorg;
- de wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien;
- de controle op de naleving van de overeenkomst;
- de administratieve voorwaarden bij de uitvoering van de overeenkomst.

Het wetsvoorstel HOZ bepaalt verder dat reeds gesloten overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgkantoor uiterlijk een jaar na inwerkingtreding van de Wet HOZ vervallen.

#### Ad. b. Opheffen contracteerplicht

De Wet HOZ vergroot de mogelijkheid om bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) per deelmarkt de contracteerplicht<sup>6</sup> op te heffen. De afschaffing van de contracteerplicht houdt in dat een zorgkantoor niet meer verplicht is om met elke tot de AWBZ toegelaten instelling een contract aan te gaan. De AWBZ bevatte reeds de mogelijkheid dat bij AMvB categorieën van instellingen kunnen worden aangewezen waarvoor de contracteerplicht niet geldt, vandaar dat het kabinet de mogelijkheid had reeds per 1 september 2004 de contracteerplicht voor extramurale zorg af te schaffen, evenals voor de functies dieetadvisering, prenatale zorg en uitleenartikelen.

#### Ad c. Restitutiesysteem

De AWBZ gaat – net als de Ziekenfondswet - uit van het zgn. naturastelsel. Dit houdt in dat er een directe contractuele relatie bestaat tussen het uitvoeringsorgaan c.q. de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder van wie de verzekerde zorg en/of ondersteuning ontvangt. Dit systeem heeft voor de aanbieder het voordeel dat de financiering van de zorg zekerder is en administratief minder belastend is dan bij betalingen rechtstreeks door de cliënt.

De Wet HOZ opent de mogelijkheid dat bij AMvB per deelmarkt mag worden afgeweken van de verplichting voor zorgverzekeraars om overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders over levering van zorg in natura. Cliënten ontvangen op een dergelijke deelmarkt zorg op restitutiebasis. Zorgaanbieders moeten dan zorgdragen voor een crediteurenadministratie, facturering en inning bij de cliënt. Een variant op dit restitutiesysteem is de regeling waarbij de aanbieder de rekening rechtstreeks aan de zorgverzekeraar van de cliënt stuurt. Het restitutiesysteem biedt de cliënt aanmerkelijk meer keuzevrijheid. Voor de in de AWBZ verzekerde zorg bestaan op dit moment geen plannen om het restitutiesysteem in te voeren.

### 1.3 Versterking positie zorgkantoor

Het afschaffen van de contracteerplicht versterkt de positie van het zorgkantoor bij de zorginkoop, althans op die markten waar relatief weinig schaarste bestaat, zoals de extramurale zorgmarkt. In dit verband is van belang dat sinds 1 april 2003 in de functioneel geordende AWBZ wordt voorzien in de mogelijkheid sectoroverstijgend extramurale zorg aan te kunnen bieden: zorgaanbieders kunnen over de volle breedte van de AWBZ-branches zorg aanbieden. Hoewel het zorgkantoor op grond van zijn zorgplicht gehouden is voldoende zorg voor zijn verzekerden in te kopen, kan het zorgkantoor met het wegvallen van de contracteerplicht besluiten om met bepaalde zorgaanbieders geen contract aan te gaan dan wel om contracten van beperkte omvang te sluiten.

Aangezien het zorgkantoor in zijn regio de enige zorginkoper is, is er geen concurrentie vanuit de inkoopkant. Verzekerden kunnen feitelijk niet “met de voeten stemmen”, omdat de aanbieders in de regio waar de verzekerde zorg wil ontvangen gebonden zijn aan het zorgkantoor in die regio. Het zorgkantoor zal als regisseur pro-actief en resultaatgericht zorg moeten gaan inkopen op basis van de zorgvraagontwikkelingen in diens regio. Het zorgkantoor dient hiervoor een objectief, transparant en non-discriminair inkoopbeleid te ontwikkelen<sup>7</sup>. Dit vloeit voort uit het beginsel van gelijke

<sup>6</sup> Hierbij geldt tevens dat een zorgaanbieder geen verplichting meer heeft om met iedere zorgverzekeraar die hierom verzoekt, een contract aan te gaan onder precies dezelfde condities als met de zorgverzekeraar met wie de eerste overeenkomst is afgesproken: de zogenaamde omgekeerde contracteerplicht. Als gevolg van de zorgkantoorconstructie heeft de omgekeerde contracteerplicht geen werking in de AWBZ gehad.

<sup>7</sup> Arrondissementsrechtbank Amsterdam 14 januari 1999, RZA 199 nr. 56 : i.c. ging het om het weigeren van een overeenkomst aan een zorgaanbieder. De president besliste dat de machtspositie van het ziekenfonds in de regio vergt dat het normen gelijkelijk laat gelden tegenover de belanghebbenden. Het is aannemelijk dat dit ook geldt voor het zorgkantoor. HR 4 april 2003, RZA nr 155: i.c. had de zorgverzekeraar zelf voor een aanbestedingsprocedure gekozen. HR oordeelde dat de zorgverzekeraar gehouden was zich

behandeling. In de Aanwijzing zorgkantoren<sup>8</sup> is de voorwaarde opgenomen dat zorgkantoren verplicht zijn hun medewerking te verlenen aan de afspraken uit het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren. Hierin is onder andere bepaald dat zorgkantoren een contracteerbeleid moeten opstellen en de vereisten voor het contracteren van zorg.<sup>9</sup> De regels die voor het zorgkantoor gelden worden belicht in het volgende hoofdstuk.

#### 1.4 *Versterking rol zorgaanbieder*

Hoe de zorginkoopmarkt eruit ziet is sterk afhankelijk van de aard en de inhoud van het zorgaanbod. Waar schaarste is, bestaat er geen keus en heeft het zorgkantoor relatief weinig invloed op de contractvoorwaarden. Op deelmarkten, dat kunnen geografische markten of productmarkten zijn, waar voldoende capaciteit is en waar geen omvangrijke investeringen nodig zijn of bijvoorbeeld belemmeringen van personele aard een rol spelen, kan al snel een situatie ontstaan waarin de zorgaanbieder en het zorgkantoor sterk moeten onderhandelen.

Voor zorgaanbieders is het van belang de ondernemingsruimte optimaal op te zoeken. Hoe groter de dynamiek in de markt des te belangrijker is het uitzetten van een plan voor de toekomst. De zorgaanbieder moet op systematische wijze een richting bepalen op basis van de markt, de omgeving en organisatie. Vertrekpunt hierin is het kennen van de eigen bestaansredenen, wat de organisatie wil, waarin het zich wil onderscheiden, de doelstellingen en de strategieën.

De functiegerichte AWBZ-aanspraken en (extramurale) verstrekkingen voorzien potentieel in veel ruimte voor het bepalen van het zorgaanbod en in de mogelijkheid voor het bepalen van de doelgroepen waar zorg aan wordt geleverd. Voorts kunnen zorg en diensten worden aangeboden die niet tot de AWBZ behoren en uit andere financieringsstromen bekostigd worden: bijvoorbeeld via de gemeenten of eigen betalingen van de cliënten dan wel hun aanvullende verzekering. Inzicht hebben in de producten waar de organisatie zich op richt c.q. wil richten, inclusief de kostprijzen en de kwaliteit, zijn nodig om zich goed te positioneren.

#### 1.5 *Positie cliënt/verzekerde*

Het nieuwe contracteerbeleid kan haaks staan op de keuzevrijheid van de verzekerde. De cliënt kan zich niet meer wenden tot de instelling van zijn keuze, maar is in zijn keuze beperkt tot die instellingen die door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt zijn zorg via een Persoonsgebonden budget (PGB) inkoopt. Met een PGB koopt de cliënt zelf zijn zorg in bij de aanbieder van zijn voorkeur, ongeacht of de aanbieder is toegelaten en/of gecontracteerd door een zorgkantoor.

---

te gedragen overeenkomstig de in de precontractuele fase geldende maatstaven van redelijkheid en billijkheid, hetgeen bij een aanbesteding betekent dat de zorgverzekeraar gehouden was de verschillende aanbieders gelijk te behandelen. Zie ook Rb Breda van 27 maart 2000, RZA 2000, nr. 80 en Hof 's-Hertogenbosch van 3 augustus 2000.

<sup>8</sup> Stscrt 18 januari 2002, nr. 13 pag. 10.

<sup>9</sup> Partijen bij dit convenant zijn VWS, CVZ en ZN. De zorgaanbieder kan hier geen rechtstreeks beroep op doen. Het CTZ houdt toezicht op de naleving. In een vorm van klachtrecht is niet voorzien, evenmin is er een wettelijk klachtrecht. Wil de zorgaanbieder het zorgkantoor aanspreken, dan zal dit langs de weg van de burgerlijke rechter moeten gebeuren.

## Hoofdstuk 2 Het speelveld van zorgcontractering in de AWBZ

Met het wegvallen van de contracteerplicht en de Uvo/modelovereenkomst ontstaat een ander speelveld tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Hieronder worden de grenzen van het speelveld en de randvoorwaarden waarbinnen de zorgverzekeraar zijn onderhandelingsvrijheid kan en mag benutten belicht.

### 2.1 *Zorgplicht van de verzekeraar*

De AWBZ-verzekerde maakt aanspraak op verzekerde zorg jegens de zorgverzekeraar. Artikel 6 AWBZ bepaalt dat de uitvoeringsorganen van de AWBZ de aanspraken op zorg voorzover de verzekerden daarop naar aard en omvang zijn aangewezen, geldend moeten maken: de zogenaamde zorgplicht. Daarvoor sluiten de uitvoeringsorganen, de ziekenfondsen/zorgverzekeraars, overeenkomsten met de zorgaanbieders. De uitvoeringsorganen hebben deze taak opgedragen aan de zorgkantoren in een mandaat- en volmachtovereenkomst.

In het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 19 maart 2003 van VWS, ZN en CVZ worden de taken en verantwoordelijkheden van de zorgkantoren uitgewerkt (zie artikel 3 en Bijlage 4 van dit Convenant). Het CTZ zal toezien op het nakomen van deze convenantsafspraken, dus via het CTZ kunnen zorgkantoren hierop worden aangesproken. Belangrijke verantwoordelijkheid van de zorgkantoren is om tijdige, kwalitatief verantwoorde en maatschappelijk gewenste zorg in te kopen. Daartoe stelt het zorgkantoor een contracteerbeleid op. Dit contracteerbeleid wordt vastgelegd in een Jaarplan dat tijdig voor aanvang van het nieuwe jaar gereed moet zijn. Dit Jaarplan is afgeleid van het Beleidsplan dat eens in de vier jaar door het zorgkantoor wordt opgesteld.

#### *Tijdige zorg*

Op de zorgkantoren rust de plicht om voldoende zorg in te kopen, dat wil zeggen dat een zodanig volume wordt gecontracteerd dat alle cliënten met een indicatie zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is de benodigde zorg kunnen ontvangen. De Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening van 19 december 2002 van het CVZ specificeert deze verantwoordelijkheid als volgt: het zorgkantoor

- a. heeft een transparante en actieve aanpak van de tijdige zorgverlening;
- b. zorgt voor voorlichting aan verzekerden en bemiddeling bij knelpunten;
- c. verzamelt de benodigde informatie voor de aanpak van wachttijden, en;
- d. stuurt de zorglevering in de exploitatiefase aan de hand van een systematische risicobewaking.

De factoren die bepalend zijn voor de tijdigheid van de zorg zijn medisch-inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. In het Treekakkoord van 2000 zijn streefnormen voor wachttijden opgenomen. De meeste Uvo's (of modelovereenkomsten) leggen aan zorgaanbieder en zorgkantoor een inspanningsverplichting op terzake van de minimalisering van de wachttijden en verwijzen naar deze normen.

#### *Maatschappelijk gewenste zorg, gedifferentieerd pakket i.v.m. keuzevrijheid*

De zorgkantoren moeten zich samen met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, provincies en aanpalende sectoren zoals welzijn, huisvesting e.d. een beeld vormen van het maatschappelijk en individueel gewenste zorgaanbod.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ligt primair bij de zorgaanbieder, maar op het zorgkantoor rust de verplichting om kwalitatief verantwoorde zorg te contracteren.

Het bovengenoemde Convenant inzake taken en verantwoordelijkheden schrijft voor dat het aanbod dat gecontracteerd wordt voldoende divers moet zijn zodat aan de keuzevrijheid van cliënten kan worden voldaan. Dit is van belang omdat cliënten zijn aangewezen op een door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder. De opdracht tot een gedifferentieerde zorginkoop ondersteunt de keuzevrijheid die de individuele verzekerde in artikel 10 AWBZ krijgt. De individuele vrijheid betekent nog niet dat er een claimrecht is om te kunnen beschikken over gezondheidsproducten – en diensten. Individuele vrijheid kan onder omstandigheden worden ingeperkt om maatschappelijke waarden voor anderen (iedereen) vorm te kunnen geven. Binnen overwegingen van deze aard zal een zorgkantoor moeten besluiten over contractering ten behoeve van individuele cliënten.

## 2.2 Regionaal monopolie zorgkantoor

De grondslag voor de taken van de zorgkantoren is gedeeltelijk op artikel 16 AWBZ gebaseerd. Op grond van dit artikel kunnen de uitvoeringsorganen van de AWBZ, dat zijn de zorgverzekeraars, de administratie- en controletaken aan verbindingskantoren (nu zorgkantoren genoemd) mandateren. Naast de invulling van dat mandaat is in de privaatrechtelijke overeenkomst tussen de uitvoeringsorganen, de Mandaatovereenkomst 2002, per volmacht ook het contracteren van zorgaanbieders opgedragen aan de zorgkantoren. Daarbij hebben de uitvoeringsorganen het zorgkantoor volmacht gegeven tot het in de aangewezen regio voeren van onderhandelingen en sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders. Op deze afspraak bestaan twee uitzonderingen:

- a. zorgkantoren overleggen met elkaar over de uitvoering als tenminste 35% van de cliënten van een aanbieder uit een andere regio komen dan uit de regio van vestiging van die aanbieder en
- b. zorgkantoren spreken in onderling overleg af wie de contractant voor de aanbieder zal zijn als 85% of meer van de cliënten uit een andere regio komen dan de regio van vestiging van deze aanbieder.

De volmacht beoogt dat alle aanbieders die hun plaats van statutaire vestiging in de regio van dat zorgkantoor hebben gebonden zijn aan het betreffende zorgkantoor. De regio-indeling is gebaseerd op de WZV-regio's. Door een nieuwe rechtspersoon op te richten met een statutaire vestiging in een andere zorgkantoorregio en voor die rechtspersoon een nieuwe toelating aan te vragen kan een zorgaanbieder voor die rechtspersoon met het zorgkantoor uit de betreffende regio onderhandelen.

De Staatssecretaris wil de zorgkantoren als uitvoerders van de AWBZ voorlopig handhaven en in 2006 een beslissing nemen over de toekomstige vormgeving van de zorginkoop<sup>10</sup>. Dit betekent dat de zorgkantoren de komende jaren zullen blijven bestaan. De Staatssecretaris stelt wel diverse maatregelen voor om in deze periode zorgkantoren te prikkelen de zorginkoop te verbeteren:

- Het CTZ ontwikkelt in 2004 prestatie-indicatoren voor het functioneren van zorgkantoren. Die gaan, onder andere, over de (financiële) resultaten van de zorginkoop, tijdige zorgverlening, afhandelingssnelheid en zorgvuldigheid bij eigen bijdragen en klanttevredenheid.
- De prestaties van zorgkantoren spelen een belangrijke rol bij de nieuwe aanwijzing van zorgkantoren per 2006. De Staatssecretaris denkt eraan om zorgkantoren die (op onderdelen) niet presteren, niet "zomaar" opnieuw aan te wijzen als zorgkantoor. Eerst zal het zorgkantoor een plan van aanpak moeten ontwikkelen op welke wijze de uitvoering verbeterd zal worden.

Een dergelijk aanpak sluit aan op het convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren d.d. 19 maart 2003 van VWS, ZN en CVZ. Hierin is reeds vastgelegd dat het CVZ een Benchmarkonderzoek uitvoert onder zorgkantoren om de prestaties te kunnen vergelijken. Daarnaast is opgenomen dat ZN een Visitatieronde uitvoert onder zorgkantoren om de kwaliteit van de uitvoering van de AWBZ in beeld te brengen. Dit alles leidt er toe dat de druk op zorgkantoren toeneemt om de zorginkoop te verbeteren.

Op het zorginkoopmonopolie van de zorgkantoren kunnen in feite alleen de uitvoeringsorganen zelf een inbreuk maken. Zij kunnen de volmacht aan het zorgkantoor intrekken. ZN heeft - naar aanleiding van het besluit van de Staatssecretaris om de zorgkantoren vooralsnog te handhaven - bekrachtigd dat men de volmacht aan de zorgkantoren in stand zal houden. Toch is niet ondenkbaar dat de uitvoeringsorganen deze overeenkomst op den duur willen beëindigen en zelf overwegende belangen gaan krijgen bij zorgcontractering ten behoeve van hun verzekerden. Een zorgaanbieder die niet gecontracteerd wordt door het zorgkantoor, dan wel niet tevreden is over de omvang van het contract of de voorwaarden waaronder het zorgkantoor zorg wil inkopen, kan zich rechtstreeks wenden tot de uitvoeringsorganen, daar steun trachten te krijgen voor zijn onderhandelingspositie en rechtstreeks met een uitvoeringsorgaan een overeenkomst te sluiten, indien het uitvoeringsorgaan daartoe bereid is. De bevoegdheid om zelf zorg in te kopen heeft het uitvoeringsorgaan immers behouden. Een zorgaanbieder die met een andere zorgverzekeraar dan het zorgkantoor een contract sluit is niet gebonden aan de volmacht van de uitvoeringsorganen. Zo'n overeenkomst is dus geldig.

<sup>10</sup> Brief VWS aan Tweede Kamer d.d. 29 april 2004 inzake de positie van zorgkantoren (Kamerstuknummer: 26 631, nr. 91).

### 2.3 Grenzen van de contractsvrijheid; privaatrechtelijke normen

Contracteervrijheid is de basis van het Nederlandse overeenkomstenrecht. Het houdt in dat niemand verplicht kan worden een overeenkomst aan te gaan indien daartoe geen wil bestaat. Een uitzondering op die vrijheid kan in een wet zijn gemaakt, zoals tot nu toe in Ziekenfondswet en AWBZ, maar ook de redelijkheid en billijkheid beperken de contracteervrijheid. Van de contracteervrijheid mag dus geen onredelijk gebruik worden gemaakt. Dit geldt temeer voor een monopolist.

Anderzijds zal een rechter redeneren dat de wetgever kennelijk kiest voor contracteervrijheid. De rechter zal dit niet ongedaan maken door een zorgkantoor in feite te verplichten om te contracteren of te onderhandelen. De nadelige gevolgen van de beëindiging van duurovereenkomsten heeft de wetgever kennelijk onderkend en aanvaard met het oog op de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening.

De contracteerplicht jegens individuele (vrijgevestigde) medewerkers, in de Ziekenfondswet is in 1992 opgeheven. In de jurisprudentie met betrekking tot die medewerkerovereenkomsten zijn zorgvuldigheidsnormen geformuleerd die de zorgverzekeraar in acht dient te nemen. Deze normen zullen zonder meer ook voor het contracteerbeleid in de (vooralsnog alleen extramurale zorg in de) AWBZ gelden. Immers, door de zorgkantoorconstructie is de macht van de zorginkoper en daarmee de afhankelijkheid van de aanbieder groter en gelden strengere eisen om willekeur en onredelijkheid tegen te gaan.

Hieronder volgt een omschrijving van eisen van redelijkheid, billijkheid en zorgvuldigheid die de zorgverzekeraar in acht dient te nemen. Deze zijn afkomstig uit jurisprudentie in geschillen tussen ziekenfondsen en individuele zorgaanbieders.<sup>11</sup>

#### *Bij het aangaan of weigeren van een contract:*

- Monopolistisch ziekenfonds moet zijn beslissingen aangaande medewerkerovereenkomsten zorgvuldig nemen en handelen volgens kenbare redelijke beleidslijnen.
- In een casus waarin het ziekenfonds van mening was dat een van de twee zorgaanbieders overbodig was, stelde de rechter zich terughoudender op. De rechter toetste marginaal of het ziekenfonds een keuze had gemaakt die geen redelijk handelend ziekenfonds zou maken.
- Criteria van het ziekenfonds voor een contracteerbeleid moeten in het kader van de statutaire doelstelling van het ziekenfonds passen.
- Partijen zijn onderworpen aan de precontractuele eisen van redelijkheid en billijkheid vanaf het moment dat zij in onderhandeling zijn: als een aanbod is gedaan en de tegenpartij is gevraagd om een uitvoerig onderbouwd tegenvoorstel te formuleren kan dat tegenvoorstel niet zonder meer worden gepasseerd. Daarvoor moeten inhoudelijke argumenten worden aangevoerd. Ziekenfonds mag niet ondertussen met een andere aanbieder in zee gaan die wel het aanbod meteen accepteerde. Immers als een aanbod van een oligopolist wordt aangenomen wil dat niet zonder meer zeggen dat dat aanbod redelijk was.
- Een weigering om te contracteren kan ongeoorloofd zijn indien er een onevenredigheid bestaat tussen de wederzijdse betrokken belangen. Relevante aspecten zijn: er zijn geen klachten over kwaliteit van de zorg of van de organisatie, het regionaal ziekenfonds heeft een monopoliepositie.
- Een redelijke voorwaarde die een ziekenfonds kan stellen is bijvoorbeeld de samenwerking tussen aanbieders in de regio.
- Een ziekenfonds kan er voor kiezen om aan alle beoogde wederpartijen een gelijkkluidend en niet-onderhandelbaar aanbod te doen en slechts op die voorwaarden overeenkomsten te sluiten. Wel moeten eisen van zorgvuldigheid, redelijkheid en billijkheid in acht worden genomen. I.c. was het aanbod deels niet juist, deels niet duidelijk en was aan de aanbieders een heel korte reactietijd gegund: in dat geval moet het ziekenfonds op de oude voet verder gaan totdat een aanbod is gedaan dat redelijkerwijs door de aanbieders geaccepteerd kan worden. In dit geval bepaalde de rechter dat het oude contract nog een half jaar blijft gelden.

<sup>11</sup> Rechtspraak zorgverzekering (RZA) 1993- e.v. Kluwer, Deventer.

*Bij het beëindigen van een contract:*

- q Een eis van redelijkheid en billijkheid kan bijvoorbeeld zijn dat een onafhankelijk deskundigenonderzoek wordt gedaan naar de vermeende wanprestatie van een aanbieder. Er moet een gegronde reden zijn voor een ziekenfonds om geen vertrouwen meer te hebben.
- q Met name als aan een lang bestaande relatie een eind wordt gemaakt zal de rechter strenge toetsingsnormen hanteren om willekeur en onredelijkheid tegen te gaan.
- q Ook na afloop van een contract geldt de eis van de goede trouw: de postcontractuele goede trouw. Zolang partijen het nog niet eens zijn met de nieuwe overeenkomst wordt de oude overeenkomst op dezelfde voet voortgezet. Gelet op de jarenlange contractuele relatie moeten partijen zich laten leiden door hun wederzijdse gerechtvaardigde belangen. Dat betekent dat zij serieus met elkaar moeten onderhandelen, d.w.z. motiveren waarom voorstellen niet aanvaardbaar zijn en constructieve voorstellen doen om aan de belangen van de wederpartij tegemoet te komen. Vanuit de zorgverzekeraar moet bij een beleidswijziging i.h.a. een redelijke termijn in acht worden genomen.

In de circulaire van CVZ d.d. 18 augustus 2004 (nr 04/43) wordt over de spelregels waaraan partijen zich moeten houden opgemerkt dat van zorgkantoren mag worden verwacht dat zij een doorzichtige procedure volgen en zorgaanbieders faire kansen bieden voor eerlijke en open onderhandelingen. Als voorbeeld hiervan noemt CVZ dat het zorgkantoor aan een aanbieder met wie in de periode voorafgaand aan de overeenkomst ook al een overeenkomst was gesloten, kenbaar maakt dat hernieuwing van het contract gebeurt op basis van mededingende zorgaanbieders, met dien verstande dat een wederzijds naar tevredenheid verlopen samenwerking bij de uiteindelijke keus een prioriterende rol zal spelen.

Naarmate partijen een contractueel verleden met elkaar hebben, en naarmate het onderhandelingstraject verder is gevorderd (van verkenning, tot onderhandeling tot afronding) staan partijen minder vrijblijvend ten opzichte van elkaar en kan een breuk aanleiding geven tot een schadevergoedingsclaim.

#### *24 Mededingingswet; Europese aanbestedingsrichtlijnen*

De NMa heeft in het Visiedocument AWBZ zorgmarkten aangegeven dat de zorgkantoren niet als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet kunnen worden aangemerkt. Aangezien de Mededingingswet alleen betrekking heeft op het gedrag van ondernemingen is er dus geen toezicht van de NMa op de zorgkantoren. Voor hen geldt niet het kartelverbod, het verbod van ondernemingen om overeenkomsten te sluiten of gedragingen onderling af te stemmen als dat er toe strekt of ten gevolg heeft dat de mededinging op de Nederlandse markt wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Met andere woorden de zorgkantoren kunnen gezamenlijk een inkoopbeleid vaststellen. Ook het verbod van art. 24 Mededingingswet, het verbod om misbruik te maken van een economische machtspositie geldt niet voor de zorgkantoren. In het al genoemde Visiedocument stelt de NMa dat zorgaanbieders wel als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet worden aangemerkt en dat zij de ruimte voor concurrentie die steeds groter wordt niet mogen beperken door het maken van kartelafspraken, geen misbruik mogen maken van hun economische machtspositie dan wel als gevolg van fusies economische machtsposities mogen laten ontstaan. Voor het contracteerbeleid brengt dit met zich mee dat de mogelijkheden voor het organiseren van verkoopmacht door zorgaanbieders jegens het zorginkoopmonopolie tamelijk beperkt zijn. Het door zorgaanbieders leveren van een gezamenlijke zorgproductie behoort – zij het onder voorwaarden- evenwel tot de mogelijkheden. Dat blijkt uit de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa<sup>12</sup> waarin de normen van de Mededingingswet voor de zorgsector zijn vastgelegd. Een aangepaste Richtsnoer voor de Zorgsector, waarin ook aandacht wordt besteed aan de AWBZ-zorgmarkten, wordt binnenkort verwacht.

Met de constatering dat de zorgkantoren niet als onderneming kunnen worden aangemerkt komt de vraag op of de Europese aanbestedingsrichtlijnen dan van toepassing zijn. Deze richtlijnen gelden voor de overheid en voor publiekrechtelijke rechtspersonen.

Zolang er contracteerplicht bestaat is het weinig zinvol om de verplichting op te leggen aan zorgkantoren om Europees aan te besteden. Nu er echter sprake is van opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale zorg is die aanleiding er wel: zowel CVZ als ZN hebben de conclusie getrokken dat zorgkantoren Europees aanbestedingsplichtig zijn. Dit betekent dat

<sup>12</sup> Richtsnoeren voor de zorgsector, oktober 2002, zie [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl). Zie voor gezamenlijke zorgproductie 2.4.1. van de Richtsnoeren.

zorgkantoren hun inkoop vanaf een bepaalde drempelwaarde<sup>13</sup> bekend moeten maken bij alle zorgorganisaties in de Europese Unie opdat alle instellingen in de gelegenheid worden gesteld om mee te dingen naar de opdracht. Naast de voordelen van aanbesteding - de waarborg van zorgvuldigheid door een transparante, non-discriminatoire procedure- kleven aan aanbesteden veel nadelen: voor patiënten/cliënten bijvoorbeeld het risico dat hun keuzevrijheid erg wordt beperkt. Voor aanbieders zijn de nadelen dat zij hun marktpositie abrupt kwijt kunnen raken. Daarnaast worden de regels nogal eens als rigide ervaren. Omdat de richtlijnen weinig ruimte laten om na indiening van een offerte te overleggen, specificaties te veranderen, laat staan te onderhandelen, kan bij de aanbestedende partij de neiging ontstaan om zoveel mogelijk eisen te stellen bij de selectie (de toets of de aanbieder aan de selectiecriteria voldoet) en de gunning (de toets van de aanbieder van de aanbieder). Daarmee wordt de dynamiek en de ruimte voor onderhandelen beperkt.

Hoe zorgkantoren uitvoering gaan geven aan de vereisten van de Europese aanbesteding is op dit moment (medio augustus 2004) nog niet bekend. Informatie over Europees aanbesteden is te vinden op [www.minez.nl](http://www.minez.nl), [www.ovia.nl](http://www.ovia.nl) en [www.simap.eu.nl](http://www.simap.eu.nl).

## 2.5 Toezicht CTZ en Zorgautoriteit

Zorgkantoren zullen volgens de kabinetsplannen in ieder geval bestaan totdat de Zorgverzekeringswet de kinderziekten voorbij is en de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is ingevoerd. De regionale benadering van de zorginkoop in de zorgkantoren willen de zorgverzekeraars laten voortduren, ook als de contracteerplicht is opgeheven. ZN, CVZ en CTZ hebben in een bestaand Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, hierboven reeds genoemd, een basis gelegd voor de eisen die aan zorgkantoren worden gesteld. Belanghebbenden moeten de zorgkantoren daarop kunnen aanspreken. Het CTZ zal toezien op de nakoming van de Convenantafspraken, dus via het CTZ kunnen zorgkantoren worden aangesproken op hun contracteerbeleid.

De Staatssecretaris stelt in de in paragraaf 2.3 genoemde brief aan de Tweede Kamer dat er voldoende waarborgen moeten zijn dat het zorgkantoor geen misbruik maakt van zijn monopoliepositie. Dat de NMa geen bevoegdheden heeft betekent nog niet dat er geen toezicht op de uitvoering door de zorgkantoren is, volgens de Staatssecretaris. Met de convenantpartijen (ZN, CVZ en CTG) is afgesproken de eisen voor de komende jaren aan te scherpen. Het CTZ zal toezien op adequate uitvoering van het inkoopbeleid. Ook de expertise van de Zorgautoriteit zal worden ingezet voor niet alleen prijstoezicht maar ook gedragsregulering.

## 2.6 Gedragscode van de zorgverzekeraar

De Gedragscode van de Zorgverzekeraar van ZN bevat gedragsrichtlijnen met betrekking tot relaties van zorgverzekeraars met verzekerden en zorgaanbieders.

In de Code voor het speelveld van zorgcontractering staat een aantal relevante opmerkingen.

De zorgverzekeraar neemt bij het kiezen en contracteren van zorgaanbieders de belangen van de verzekerde als uitgangspunt. De zorgaanbieder zelf behoudt de eerste verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk leveren van kwaliteit aan de verzekerde.

Bij de uitvoering van de wettelijke bepalingen rust op de zorgverzekeraar de verplichting om dusdanige relaties aan te gaan met zorgaanbieders dat duurzame zorg optimaal beschikbaar is voor de verzekerden. De verantwoordelijkheid impliceert ook een zorgvuldige keus van aanbieders, heldere afspraken over kwaliteit en doelmatigheid en een gemeenschappelijk streven naar beheersing van de kosten.

De Gedragscode noemt een aantal richtlijnen voor de zorgverzekeraar in relatie tot de zorgaanbieders:

- zorgvuldigheid bij het al dan niet aangaan van overeenkomsten;
- meedelen van redenen voor niet willen aangaan van contract;
- openbare en objectieve criteria bij de keuze van aanbieders;
- rekening houden met de wet- en regelgeving waaraan zorgaanbieders gebonden zijn;
- wijzigingen in contracteerbeleid tijdig bekend maken.

<sup>13</sup> De drempelwaarden voor het publiceren van openbare aanbestedingen in het Publicatieblad van de EU is voor Diensten genoemd in Bijlage 1b bij de Richtlijn (hieronder vallen de gezondheidsdiensten, dus de zorgcontracten) € 236.945 excl. BTW. Voor deze in Bijlage 1b genoemde diensten gelden veel minder procedure voorschriften.

Naast deze Gedragscode van de Zorgverzekeraar op brancheniveau hebben veel zorgverzekeraars een eigen gedragscode. Door deze code op te nemen in de overeenkomst bindt een zorgkantoor zich aan de zorgvuldigheidsnormen jegens de aanbieder.

## Hoofdstuk 3 Thematische inhoud van het contract

De gereguleerde marktwerking doet een beroep op het (maatschappelijk) ondernemerschap van zorgaanbieders, en zet aan tot een nieuw contracteerbeleid. Vanuit het ondernemerschap zijn 5 hoofdthema's voor zorgcontractering te onderscheiden:

1. zakelijke afspraken over de te leveren prestatie;
2. waarborgen voor de continuïteit van de organisatie;
3. passende wijze van verantwoording en uitwisseling op wederkerige basis van informatie die voor een goede uitvoering van de overeenkomst nodig is;
4. afspraken over de kwaliteit van de zorgverlening en de bedrijfsvoering;
5. juridische vormgeving.

### 3.1 Afspraken over de te leveren prestatie

De AWBZ-brede insteek van deze handreiking houdt in dat veel en uiteenlopende zorgvormen onder de werkingssfeer kunnen vallen van de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Dat kan variëren van ondersteunende begeleiding tot behandeling, van extramuraal tot intramuraal en ook nog eens voor zeer verschillende doelgroepen en sectoren in de AWBZ (V&V, GGZ, GZ). Sommige instellingen zullen meerdere zorgvormen aanbieden aan verschillende doelgroepen. Anderen leggen zich toe op een bepaalde zorgvorm gericht op een specifieke doelgroep.

In de overeenkomst met het zorgkantoor moet de reikwijdte van de onderhavige overeenkomst helder zijn. Het ligt in de rede bij de beschrijving daarvan uit te gaan van de officiële AWBZ-functies en verbijzonderingen naar de doelgroepen. Dat laatste geschiedt via een verwijzing naar de grondslagen zoals onderscheiden in de AWBZ-zorgaanspraken. Deze grondslag wordt ook vermeld in het indicatiebesluit dat afgegeven wordt door het indicatieorgaan.

Het expliciteren van de reikwijdte van de individuele overeenkomst verschaft de zorgaanbieder het recht op vergoeding voor de te leveren zorg en biedt het zorgkantoor helderheid voor welke zorgvormen hij de zorgaanbieder kan aanspreken.

Algemeen uitgangspunt is dat de zorgaanbieder de zorg zal leveren conform de indicatiestelling, waarbij de indicatie wordt gesteld in een zorgklasse per functie. Deze zorgklasse geeft de intensiteit van de zorg weer in termen van uren met een bandbreedte op weekbasis. Niet in alle gevallen is het noodzakelijk die zorgklasse te beschouwen als een taakstelling die van week tot week moet worden nageleefd. De geïndiceerde zorgklasse dient eerder te worden gezien als een ijkpunt waaraan de gemiddelde zorg bezien over een langere periode moet voldoen. Op die wijze kan ook beter recht worden gedaan aan schommelingen in de zorgvraag.

In geval de zorgvraag structureel wijzigt en niet meer past binnen de oorspronkelijk gestelde indicatie, dient een nieuwe indicatie worden aangevraagd. Het ligt in de rede dat de zorgaanbieder dit bewaakt en meer in algemene zin de cliënt tijdig informeert over de noodzaak om een nieuwe indicatie aan te vragen. Een nieuwe indicatie is ook aan de orde als de geldigheidstermijn van de afgegeven indicatie afloopt terwijl voortzetting van zorg nodig is.

Er zijn situaties denkbaar dat in redelijkheid niet (meer) van een zorgaanbieder verwacht kan worden dat die zorg (nog langer) verstrekt aan een verzekerde, bijvoorbeeld omdat de veiligheid van de cliënt, diens naasten of van medewerkers in het geding is, of omdat de noodzakelijke kwaliteit niet kan worden gegarandeerd, e.d. In samenspraak met het zorgkantoor wordt per geval gezocht naar een oplossing. Zorgaanbieders kunnen niet zonder meer gehouden worden aan een acceptatieplicht van (nieuwe) cliënten..

Bij het maken van volume en tariefafspraken wordt aangesloten op de vigerende voorschriften en beleidsregels van het CTG. Niet duidelijk is op dit moment wanneer de product/prestatiebekostiging (gekenmerkt door een differentiatie van tarieven naar doelgroepen/sectoren) plaats zal maken voor een volledige functiegerichte bekostiging.

### 3.2 *Waarborgen voor continuïteit*

Een volumeafpraak is wenselijk voor beide partijen. Voor het zorgkantoor om zicht te kunnen hebben op de omvang van de gecontracteerde zorg (is die toereikend voor zijn verzekerden en hoe verhoudt die zich tot de financiële ruimte van het zorgkantoor?). Voor de zorgaanbieder is een afspraak over het volume van belang uit hoofde van een adequate bedrijfsvoering (krimpen, groeien, herschikken, e.d.). Ook uit hoofde van de bevoorschotting is een productieafpraak nodig teneinde de omvang van de bevoorschotting te kunnen afstemmen op de financiële verplichtingen van de zorgaanbieder.

Meerjarige volumeafspraken zijn gewenst in het kader van een doelmatige bedrijfsvoering en infrastructurele verplichtingen<sup>14</sup> zowel vanuit de optiek van zorgaanbieders als die van zorgkantoren. De zorgplicht van een zorgkantoor loopt gevaar wanneer een zorgaanbieder zich plotseling terugtrekt uit de markt. Omgekeerd komt een zorgaanbieder in problemen wanneer zijn contract plotseling niet meer wordt verlengd.

De nagestreefde wijze van bekostiging in de AWBZ, waarbij de geleverde zorg de basis vormt voor vergoeding, leidt er hoe langer hoe meer toe dat vormen van zorginnovatie die niet direct prestatievergoedingen genereren, in het gedrang komen. Tegelijkertijd zal als gevolg van de toenemende marktwerking in de zorg een grote verscheidenheid aan zorgaanbieders ontstaan met zeer uiteenlopende marktstrategieën. Een deel daarvan mikt op (grootschalige) productie en heeft geen interesse in minder rendabele activiteiten en zorgvernieuwing. Naar gelang het eigen beleid over innovatie in de zorg van de zorgaanbieder is het van belang hierover apart aandacht te hebben in de overeenkomst.

### 3.3 *Jaarlijkse verantwoording*

Vanuit het gedachtegoed van Health Care Governance draagt de zorgaanbieder zorg voor een goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Kenmerken van Health Care Governance zijn openheid, inzichtelijkheid en beïnvloeding door stakeholders. Voor het vervullen van hun maatschappelijke functie vinden organisaties wegen om verantwoording af te leggen aan de diverse belanghebbenden, de stakeholders. Het zorgkantoor is een van de stakeholders. Aandacht voor maatschappelijke zaken (Jaarlijkse verantwoording) en voor operationele zaken (Uitvoeringsinformatie) maken deel van de adequate verantwoording.

De zorgaanbieder legt in elk geval verantwoording af aan de stakeholders conform de wettelijke eisen. De verantwoording voldoet onder meer aan de Regeling Jaarverslaglegging Zorginstellingen, de Wet op het CBS, art. 22 Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Zorgaanbieders in de AWBZ streven naar een zo groot mogelijke ruimte voor ondernemerschap opdat creatieve en innovatieve oplossingen voor de zorg aan mensen in een kwetsbare positie ook daadwerkelijk kunnen worden gerealiseerd. Tegenover de vrijheid staat maatschappelijke verantwoording. Door een transparante opstelling kunnen zorgaanbieders aangeven een vertrouwenswekkende partner te zijn voor betrokken partijen. De AWBZ-middelen zijn publieke middelen: de besteding en de toegevoegde waarde ervan door instellingen geniet maatschappelijke belangstelling. Er gelden een aantal wetten op basis waarvan toegelaten instellingen zich officieel moeten verantwoorden. Verantwoording gaat hand in hand met registratie. Voor de maatschappij en voor zorgaanbieders is het van belang met zo min mogelijk administratieve lasten te voorzien in adequate maatschappelijke verantwoording. De sector Verpleging en Verzorging beschikt over een Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. In dit integrale verantwoordingsdocument wordt een groot aantal officiële verantwoordingsrapportages samengevoegd zodat met behoud van informatie de administratieve lasten sterk verminderen. Het ligt in de bedoeling de opzet van dit integrale verantwoordingsdocument AWBZ-breed toe te passen<sup>15</sup>. Zorgkantoren mogen algemeen verwachten dat instellingen met wie een contract wordt aangegaan zich houden aan de verantwoordingsplichten.

<sup>14</sup> De wet HOZ bepaalt dat de duur van de overeenkomst maximaal 5 jaar is. In relatie met het vervallen van de contracteerplicht voor AWBZ-zorg zonder verblijf levert deze begrenzing waarschijnlijk problemen op voor de financiering van langlopende investeringen (bijv. voor ruimten voor dagactiviteit en zorginfrastructuur bij scheiden van wonen en zorg).

<sup>15</sup> Bepaalde onderdelen uit het huidige jaardocument zijn bedoeld voor zorgverzekeraars (Kwaliteitsverslag en Exploitatie overzichten zorgkantoor). Het jaardocument zal verder ontwikkeld worden: meer beperkt, geen dubbele aanlevering met

Ook de zorgkantoren werken met publieke middelen en moeten zich houden aan wet- en regelgeving en zich publiekelijk verantwoorden. De zorgaanbieder als contractpartner is een belanghebbende partij en heeft belang bij een inzichtelijk zorgkantoor. Het in hoofdstuk 2 al genoemde Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren biedt inzicht in de eisen die aan de zorgkantoren worden gesteld.

#### *Uitvoeringsinformatie*

De zorgaanbieder levert aan het zorgkantoor gegevens aan voor zover die nodig zijn voor de uitvoering van de AWBZ-verzekering. Het betreft gegevens over operationele zaken. De uitvoeringsinformatie heeft betrekking op de geleverde productie, de uitvoering van de eigen bijdrageregeling en gegevens over de uitvoering van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Voorts heeft het zorgkantoor een controletaak bij instellingen.

In regionaal overleg worden afspraken gemaakt over de frequentie en wijze van aanlevering.

Idealiter worden deze gegevens elektronisch uitgewisseld zonder dubbele gegevensstromen en is er eenheid van taal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de landelijk overeengekomen externe integratiestandaarden. Alle registraties en aanlevering van gegevens voldoen aan de eisen die worden gesteld op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

De ICT-mogelijkheden van zorgaanbieders zijn beperkt, mede als gevolg van het uitblijven van adequate faciliteiten door de landelijke overheid. Zorgkantoren voeren (ten dele) een eigen beleid in de gegevensuitwisseling en in de ondersteuning van zorgaanbieders. Hierdoor bestaan er regionale verschillen in mogelijkheden en tempo. Voorts wordt op landelijk niveau gewerkt aan een synergie van de gegevensstromen naar het zorgkantoor om de groeiende administratieve lasten te beteugelen.

#### *Beschikbaarheid van gegevens*

Zorgaanbieders moeten actief kunnen beschikken over de regionale informatie over de ontwikkeling in de vraag, het aanbod en wachtlijst-informatie. Deze informatie is nodig ter oriëntatie en bespiegeling van het eigen beleid van de organisatie en om pro-actief in te spelen op de cliëntvraag. Zorgkantoren voeren een eigen AZR-beleid en gaan wisselend om met het beschikbaar stellen van de genoemde informatie. Onderwerpen bij de onderhandeling zijn zoals de wijze van gegevensaanlevering, frequentie van de aan te leveren gegevens, de terugkoppeling/beschikbaarstelling van informatie van het zorgkantoor aan de zorgaanbieder. Het is raadzaam om in het contract een bepaling op te nemen over de wijze van ingebrekestelling, dat wil zeggen een bepaling waarin partijen zich verplichten om elkaar gelegenheid te bieden binnen een bepaalde termijn alsnog de afgesproken prestatie te leveren.

#### *Controle door zorgkantoren*

Zorgkantoren hebben belang bij een goed lopende zorgaanbieder.. Zij kunnen een materiële controle uitvoeren. De materiële controle is bedoeld om vast te stellen of de geregistreerde productie overeenkomt met de feitelijk geleverde productie. De materiële controle kan in de gehele AWBZ worden toegepast, maar de aanpak is wel gedifferentieerd. Het zorgkantoor moet een risicoanalyse maken bij welke sectoren, instellingen of typen prestaties een hoog risico op afwijkingen bestaat tussen geleverde en geregistreerde productie. Als het risico hoog wordt ingeschat, zal het zorgkantoor een relatief intensieve vorm van materiële controle uitvoeren. Dit is in ieder geval van toepassing op de GGZ. Daarbij is het mogelijk dat het zorgkantoor op basis van een steekproef op cliëntniveau de productie gaat beoordelen. De precieze mogelijkheden zijn beschreven in CTG Beleidsregel Productieprotocol (II-657 / III-846). Deze is te vinden op [www.ctgzorg.nl](http://www.ctgzorg.nl)."

### *3.4 Afspraken over kwaliteit*

Vanaf begin jaren negentig heeft het kwaliteitsbeleid in de zorg zich stevig ontwikkeld. Met de introductie van - vaak branchespecifieke- kwaliteitssystemen werden hulpmiddelen aangereikt om intern de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. Daarnaast zijn instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van zorg extern te laten beoordelen, en hieraan consequenties te verbinden (lidmaatschapscriteria, auditing, visitatie en registratie, certificering). De afgelopen jaren vindt een omslag plaats in het denken over kwaliteit van zorg waarbij niet langer het systeem, maar het resultaat centraal staat. Kern van dit resultaatgericht kwaliteitsmanagement is dat zorgprocessen worden aangestuurd vanuit het beoogde resultaat: het bieden van verantwoorde zorg door het vakbekwaam ondersteunen van de bestaanskwaliteit van cliënten. Kwaliteitssystemen zijn hierbij een hulpmiddel bij uitstek.

uitvoeringinformatie en de inhoud moet zijn gericht op meer partijen. Dan wordt nagegaan welke informatie uit het jaardocument specifiek is voor zorgkantoren en rechtstreeks kan worden aangeleverd.

### *Kwaliteit en zorginkoop*

Zorgaanbieders hebben weliswaar de afgelopen tien jaar veel geïnvesteerd in kwaliteitsbeleid. In het zorginkoopproces heeft het kwaliteitsaspect zich evenwel geen majeure plaats verworven. Bij de productie-afspraken staat in het algemeen het onderhandelen over het volume en de aard van de in te kopen zorg centraal. Hoewel verzekeraars ook in de AWBZ wettelijk<sup>16</sup> verplicht zijn ook kwaliteit van zorg mee te wegen in het realiseren van een adequaat aanbod voor hun verzekerden, was kwaliteit tot op heden geen item waar verzekeraars zich sterk voor inzetten. De huidige Uitkomsten van Overleg bevatten dan ook in beperkte mate bepalingen die verband houden met de kwaliteit van zorg.

In het nieuwe overeenkomstenstelsel wordt de positie van verzekeraar als inkoper van zorg vergroot. Daarbij zullen verzekeraars ook nadrukkelijker worden aangesproken op het contracteren op kwaliteit<sup>17</sup>.

Voor zorgaanbieders biedt deze ontwikkeling beslist kansen. Als verzekeraars daadwerkelijk kunnen worden aangesproken op aspecten rond de kwaliteit van zorg kan van hen worden gevraagd te investeren in zorg vernieuwing en te stimuleren dat “good practices” navolging kunnen vinden. Uitgangspunt is dat contracteren op kwaliteit plaatsvindt *op basis van wederkerigheid*. Als de verzekeraar voor zijn verzekerden een kwalitatief onderscheidend aanbod wil inkopen dient hij dit met voldoende financiële middelen mogelijk te maken. Andersom geldt dat de zorgaanbieders de beloofde inspanningen moeten waarmaken, en dat zij – bijvoorbeeld met een aantoonbare investering in hun kwaliteitssysteem, via een extern visitatietraject of met behulp van uitkomstindicatoren – worden afgerekend op hun prestaties.

### *Naar kwaliteitsafspraken*

Bij het contracteren op kwaliteit is het belangrijk dat er overeenstemming is over de inhoud van het begrip kwaliteit en dat partijen verkennen over welke aspecten van kwaliteit zij afspraken willen maken. Het is daarnaast raadzaam zorgvormen te onderscheiden, zodat afspraken over kwaliteit van zorg specifiek toegesneden kunnen worden op de aard van de zorg (bijvoorbeeld enkelvoudige zorg versus chronische complexe zorg).

Van de zorgaanbieder mag hierbij gevraagd worden wat zijn inzet is geweest voor het kwaliteitsbeleid van zijn instelling(en), welke resultaten zijn behaald, hoe zijn toekomstig beleid eruit ziet en wat zijn ontwikkelingsmogelijkheden dienaangaande zijn. Belangrijk is dat wordt aangesloten bij het stadium waarin het kwaliteitsbeleid van de instelling zich bevindt.

Het zorgkantoor zal duidelijkheid willen krijgen hoe de kwaliteit van zorg ontwikkeld wordt en welke kwaliteitswaarborgen er voor verzekerden bestaan. Het zorgkantoor zal in zijn contracteerbeleid aangeven waarop hij op het terrein van kwaliteitsbeleid inzet en hoe hij de zorgaanbieder hierbij zal faciliteren.

Bij contracteren op kwaliteit zijn grosso modo drie contractthema's te onderscheiden:

#### *a. Focus op het kwaliteitssysteem*

- afspraken over een kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld HKZ) en de systematische toepassing ervan. Partijen kunnen een aantal topics benoemen die expliciet binnen de kwaliteitscyclus worden belicht, en waarover wordt gerapporteerd (bijvoorbeeld rond zorgplan, rond veiligheid, rond informatieverstrekking aan cliënten);
- afspraken over het verrichten van een cliëntenwaarderingsonderzoek, over het bespreken van de uitkomsten hiervan met cliënten en cliëntenraden, en over het verspreiden van deze gegevens;
- afspraken over verbetertrajecten voor kwaliteit. Dergelijke (veelal meerjarige) afspraken zullen zich overwegend richten op meetbare verbeterdoelen. Uitkomsten kunnen gespiegeld worden aan bijvoorbeeld benchmarkgegevens of “good practices”.

<sup>16</sup> Vgl. Centrale Raad van Beroep 24 juli 2002 die constateert dat zorgkantoren een controlerende taak hebben tegenover zorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit van de door die zorgaanbieders verstrekte zorg, op grond van artikel 42 lid 4 AWBZ en artikel 9 van de van toepassing zijnde modelovereenkomst, zie ook CVZ-circulaire 02/48.

<sup>17</sup> De CVZ heeft voor het tweede verzekeringscompartment hiervoor een richtsnoer ontwikkeld (CVZ 445/56 Richtsnoer “Onderhandelen over de kwaliteit van zorg”); een soortgelijk richtsnoer wordt voor de AWBZ ontwikkeld en komt naar verwachting in oktober 2004 beschikbaar.

- b. *Focus op het toepassen van richtlijnen, branchecodes, lidmaatschapscriteria*
  - afspraken over toepassing van richtlijnen die steunen op wetenschappelijke kennis (bijvoorbeeld decubitusrichtlijn);
  - afspraken over het hanteren van codes ontwikkeld door de branche (bijvoorbeeld governancecode of branchecode) of het voldoen aan kwaliteitscriteria die zorgaanbieders op brancheniveau hebben vastgesteld.
- c. *Focus op de uitkomsten van zorg*
  - afspraken over prestaties aan de hand van outputindicatoren.

### 3.5 *Juridische vormgeving zorgcontract*

#### *Minimum eisen overeenkomst*

In het wetsvoorstel HOZ staat welke onderwerpen minimaal geregeld moeten zijn<sup>18</sup>. Op overeenkomsten die in strijd zijn met de bepalingen uit de HOZ staat de sanctie dat deze nietig zijn<sup>19</sup>. Deze onderwerpen zijn door de wetgever niet nader geregeld, hetgeen inhoudt dat voldoende is als er iets over opgenomen is in de overeenkomst. In de HOZ is niet voorzien in toetsing van algemene voorwaarden of contractsmodellen. Deze kunnen volgens de regels van het bestaande recht getoetst worden. Naast de HOZ gelden de normen uit het Burgerlijk Wetboek.

#### *De prijs*

Nieuw in de HOZ is dat bepalingen over de prijs moeten worden opgenomen. Deze bepalingen zullen moeten voldoen aan de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Ook in de huidige situatie wordt ervan uitgegaan dat de tariefafspraken deel uit maken van de individuele overeenkomst<sup>20</sup>.

#### *De wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien*

Dit is eveneens een nieuwe bepaling, die bedoeld is om het zorgaanbod voor verzekerden transparanter te maken.

#### *Duur overeenkomst*

In de overeenkomst die zorgaanbieder/zorgverzekeraar met elkaar aangaan dienen bepalingen te staan over de duur en het eindigen van de overeenkomst. In de HOZ is de maximale duur voor de overeenkomst bepaald op vijf jaar. De overeenkomst voor bepaalde tijd eindigt van rechtswege door de overeengekomen contractsduur. In de huidige AWBZ is in artikel 42 bepaald onder welke voorwaarden tijdens de looptijd van de overeenkomst kan worden opgezegd. Bij de wetswijziging is in het nieuwe artikel 42 van de AWBZ alleen bepaald dat de overeenkomst bepalingen over tussentijdse beëindiging dient te bevatten. Partijen dienen dus zelf gronden voor beëindiging op te nemen. Daarnaast kunnen in de overeenkomst ook bepalingen over het einde van de overeenkomst opgenomen worden, zonder dat daartoe opzegging is vereist.

#### *Geschilbeslechting*

De concrete invulling van het begrip zorgvuldigheid in de zorgcontractering zal in de praktijk verder vorm moeten krijgen. De rechtsverhouding tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor wordt beheerst door het privaatrecht<sup>21</sup>. Bij welke instantie kan een aanbieder in concreto terecht wanneer over het al dan niet aangaan van een contract ofwel over de omvang van dat contract onenigheid blijft bestaan? Geschillen over het aangaan van een overeenkomst (precontractuele fase), de uitvoering van de overeenkomst en de periode na afloop van een overeenkomst (postcontractuele fase) kunnen aan de bevoegde burgerlijke rechter worden voorgelegd, volgens de regels van het Nederlands burgerlijk procesrecht. Formeel is het zorgkantoor, dat uit hoofde van de volmacht contracteert geen partij van de zorgaanbieder. In een procedure zal de zorgaanbieder dan ook het uitvoeringsorgaan moeten dagvaarden.

<sup>18</sup> Zie hiervoor hoofdstuk 1 onder 1.2.

<sup>19</sup> De nietigheid treedt van rechtswege in, onafhankelijk van een latere gebeurtenis of de wil van partijen. De wet ontzegt zonder meer het beoogde rechtsgevolg(en) aan de overeenkomst.

<sup>20</sup> Mr G.R.J. de Groot: Tarieven in de gezondheidszorg, hoofdstuk V.

<sup>21</sup> In de privaatrechtelijke fase van het tot stand komen van de overeenkomst verandert door de WTG niets. De overeenstemming over het tarief maakt deel uit van de overeenkomst. De contractsvrijheid die partijen hebben bij de budget/tariefaafspraken wordt wel beperkt door de WTG. De beleidsregels bepalen in beginsel de onderhandelingsvrijheid die partijen hebben. Na overeenstemming verzoeken partijen het CTG om goedkeuring. Bij gebrek aan overeenstemming kan een partij om vaststelling verzoeken. De Algemene wet bestuursrecht (Awb) is van toepassing op WTG-geschillen.

Zolang de Uitkomst van overleg nog bestaat is er een voorliggende geschillenregeling, namelijk de regeling voor de Commissie voor de Rechtspraak. Deze Commissie verklaarde zich eerder niet bevoegd, als het geschil betreft het al dan niet aangaan van een nieuwe overeenkomst. Dat hoort bij de burgerlijke rechter thuis, tenzij partijen zijn overeengekomen de bevoegdheid van de Commissie daartoe uit te breiden.

Bij het wegvallen van de Uitkomst van overleg kunnen individuele aanbieders en zorgkantoren een eigen geschillenregeling opnemen in hun contract. Zij kunnen afspreken een geschil eerst door middel van mediation trachten te beëindigen, ze kunnen een commissie aanwijzen die een bindend advies uitbrengt of een arbitragecommissie benoemen en deze ook de bevoegdheid geven om geschillen te beslechten in de postcontractuele fase. Over een toekomstige opvolging van de geschillenregeling in de uitkomsten van overleg op brancheniveau wordt nog gesproken tussen brancheorganisaties van aanbieders en ZN.

## Hoofdstuk 4 (Onder)handelen in zorg

Het vierde hoofdstuk *(Onder)handelen in zorg* maakt onderdeel uit van 'Contracteerbeleid, Handreiking bij contracteren in de AWBZ' die in augustus 2004 door Arcares, LVT, GGZ Nederland en VGN is uitgegeven.

### 4.1 Inleiding

Essentieel voor succesvol onderhandelen is dat je de belangen, de positie en de (al dan niet wettelijke) verplichtingen van de wederpartij voldoende kent en redelijkerwijs kunt inschatten welke waarde deze partij aan de belangen en verplichtingen toekent. Het speelveld van de zorgcontractering en de positie van het zorgkantoor is daarom in hoofdstuk 1 t/m 3 in de Handreiking van de brancheorganisaties uitvoerig belicht. Het belang van ondernemerschap en marktgerichtheid - het handelen in zorg - is daarnaast onderstreept. Voor een goede afloop van de zorgcontractering is het immers belangrijk dat de zorgaanbieder een aanbod ontwikkelt dat in een behoefte voorziet van huidige (en toekomstige) verzekerden en dat hij kan instaan voor de omvang en de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Een zorgaanbieder doet er goed aan onderhandelingsdoelen te formuleren en daarbij in te schatten over welke feitelijke onderhandelingsruimte hij beschikt. Bij deze inschatting hoort ook de vraag op welke wijze hij wil omgaan met de eisen die het zorgkantoor stelt.

Hoofdstuk 4 ondersteunt bij het onderhandelen zelf. De informatie in dit hoofdstuk is geordend volgens de instrumenten die ZN begin november 2004 voor de zorginkoop in de AWBZ aan de zorgkantoren beschikbaar heeft gesteld. Concreet gaat het om de *ZN-Handreiking Contracteerbeleid extramurale zorg* en het *ZN-contractmodel AWBZ*. Het aangekondigde Kwaliteitskader van CVZ als hulpmiddel bij de zorgcontractering komt eind november 2004 beschikbaar, en is derhalve niet meegenomen in de onderstaande uitwerking.

Een schetsmatig karakter van de zorginkoop is onvermijdelijk. Allereerst omdat de inzet en de uitkomst van het onderhandelen sterk afhankelijk is van lokale feiten en omstandigheden. Daarnaast staat het nieuwe contracteerbeleid nog in zijn kinderschoenen en heeft zich nog geen rechtspraak of bestpractice ontwikkeld. Desalniettemin hoopt dit vierde hoofdstuk houvast en inzicht te bieden bij zorgcontractering in het nieuwe overeenkomstenstelsel.

#### *Leeswijzer*

Dit hoofdstuk geeft een korte algemene schets van het inkoop- en contracteerbeleid dat ZN voor haar leden heeft ontwikkeld. Daarna wordt per selectievoorwaarde voor contractering de onderhandelingsruimte en het onderhandelingsbelang van zorgaanbieders aangegeven. Tot slot wordt de overgangsregeling van de zorgcontractering weergegeven. Het *ZN contract-model AWBZ* is als bijlage bijgevoegd. Als service is bij diverse artikelen het commentaar van de brancheorganisaties (nogmaals) opgenomen.

### 4.2 Hoofdpunten contracteerbeleid

Zorgkantoren hebben gekozen voor een gemeenschappelijk inkoop- en contracteerbeleid. Door een collectief beleid af te spreken willen zorgkantoren inspelen op een transparante inkoop, gelijke kansen voor aanbieders en op hun aanbestedingsplicht voor de zorg zonder verblijf, waarvoor zorgkantoren geen contracteerplicht meer hebben. Daarnaast willen zorgkantoren met het collectieve beleid een doelmatige inkoop van zorg realiseren.

De contracteerplicht voor intramurale zorg is voornamelijk gehandhaafd waardoor er geen sprake is van een aanbestedingsplicht voor de zorg met verblijf. Wel is te voorzien dat de wijze van inkoop van de extramurale zorg doorwerkt in de inkoop van de intramurale zorg.

#### *Proces*

Gezien de termijnen en invoeringsvereisten die van toepassing zijn op aanbesteding kiezen zorgkantoren er voor niet de volledige procedure van Europees aanbesteden in 2005 toe te passen voor de zorg zonder verblijf. ZN heeft gekozen voor een gemeenschappelijk lijn in de procedure en de criteria die zorgkantoren hanteren bij de inkoop.

Uit de ZN Handreiking blijkt dat zorgkantoren in het najaar 2004 de aanbieders informeren over het contracteerbeleid 2005 en stellen hierbij de aanbieders op de hoogte van de selectiecriteria die zorgkantoren hanteren. Zorgorganisaties worden geacht aan deze selectiecriteria, ook wel eisen

genoemd, te voldoen, dan wel bereid zijn daar naar toe te groeien om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Over het hanteren van sommige selectiecriteria zal onderhandeling plaats vinden. Indien een aanbieder nog niet voldoet aan de selectiecriteria wordt een contract onder voorwaarden gesloten. Verder zal onderhandeld worden over de te leveren productie en de prijs. Met inachtneming van de postcontractuele trouw zet het zorgkantoor bestaande contracten voort. Reeds gecontracteerde aanbieders krijgen in principe ook in 2005 opnieuw een contract voorgelegd. Over de omvang en de prijs van de te contracteren productie zal uiteraard worden onderhandeld.

#### *Contract*

Het contract is het sluitstuk van de onderhandelingen. Het nieuwe contract heeft een instellingsgebonden deel met een bijlage voor de productieafspraken en een algemeen deel. Het algemene deel komt in de plaats van de UVO (of de Modelovereenkomst) die - zeer waarschijnlijk - per 1 januari 2005 vervallen als gevolg van de invoering van de wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg. Deze wet is van toepassing op de gehele AWBZ-zorg: bij zorg zonder en zorg met verblijf is er dus sprake van een nieuwe contractsituatie.

#### *Contractpartners*

De statutaire vestigingsplaats van de aanbieder bepaalt met welk zorgkantoor zaken wordt gedaan. Indien de zorgaanbieder zijn statutaire vestigingsplaats overbrengt naar een ander zorgkantoorregio, dan krijgt hij te maken met een ander zorgkantoor. Ook kan de aanbieder bijvoorbeeld van een dependance in een andere regio een afzonderlijke instelling maken: dus met eigen statutaire vestigingsplaats en een aparte toelating. Contractafspraken voor deze instelling vinden plaats met het zorgkantoor uit die regio.

Indien het zorgkantoor weigert een overeenkomst met de zorgaanbieder te sluiten, of als de aanbieder niet tevreden is over de omvang van het contract of de voorwaarden waaronder het zorgkantoor zorg wil inkopen, kan de zorgaanbieder alsnog proberen een contract te verkrijgen met een uitvoeringsorgaan (zie ook paragraaf 2.2 uit de Handreiking Contracteerbeleid van de AWBZ brancheorganisaties van aanbieders).

#### *ZN-Uitgangspunten*

De uitgangspunten voor contractering zoals ZN die formuleert komen kort samengevat op het volgende neer (met cursief toegevoegd de reactie van de brancheorganisaties):

- Het zorgkantoor streeft bij haar zorginkoop naar een evenwicht tussen vraag en aanbod op de regionale zorgmarkt, waarbij zij aan de verzekerden voldoende keuzemogelijkheden verschaffen en de continuïteit van zorg is gewaarborgd.
- *De zorgaanbieder kan op basis van dit streven het zorgkantoor aanspreken op het realiseren van markevenwicht. In geval van wachtlijsten kan het zorgkantoor zich gegeven de gewenste continuïteit bijvoorbeeld moeilijk veroorloven vrije capaciteit niet te contracteren. Het gegeven dat zorgkantoren aan verzekerden keuzemogelijkheden willen bieden noopt hen een ruim en pluriform aanbod te contracteren. Een extra stimulans voor pluriformiteit bestaat wanneer verzekerden bekend zijn met zorgaanbieders en hiervoor reeds een voorkeur hebben. In dit kader loont het voor zorgaanbieders om marketing en PR-inspanningen jegens toekomstige cliënten te verrichten.*
- Zorgkantoren informeren elkaar wederzijds over de te verwachten zorgvraag en de benodigde capaciteit teneinde de zorgvraag verantwoord in te vullen. De zorg die zij inkopen moet voldoende aansluiten bij de behoeften van verzekerden. Zorgcontractering wordt afgestemd met representanten van cliënten.
- *Zorgkantoor en zorgaanbieder hebben gedeelde belangen bij informatie over ontwikkelingen in de zorgvraag en de zorgbehoeften van cliënten. Vanuit deze gedeelde belangen is het zinnig om afspraken te maken over wederzijdse informatieverstrekkingen.*
- De bij AWBZ omschreven functionele aanspraken vereisen nadere precisering in zorgarrangementen, zorgproducten en zorgmodules, en nadere uitwerking van voornoemd zorgaanbod in transparante prijs-, product- en kwaliteitsverhoudingen.
- *Deze transparantie kan voor een groot deel nog niet gegeven worden. Een zorgkantoor moet rekening houden met het stadium waarin de modernisering van de AWBZ verkeert.*
- Om transparantie en toetsbaarheid van de zorg voor alle bij de zorgverlening betrokkenen mogelijk te maken, worden eenduidige kwaliteitscriteria voor het verlenen van zorg gehanteerd.

- *Elke AWBZ branche heeft zijn eigen kwaliteitsbeleid en kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld. Daarmee moet terdege rekening worden gehouden. Eenduidige AWBZ-brede kwaliteitscriteria kunnen slechts tot op beperkte hoogte worden ontwikkeld.*
- De zorgkantoren zien er op toe dat de gecontracteerde aanbieders zich houden aan landelijke afspraken rondom de AZR, de landelijke afspraken omtrent informatievoorziening alsmede het naleven van het AWBZ-brede protocol materiële controle.
- *Zie bij de selectiecriteria.*

#### 4.3 ZN-Selectiecriteria

De door ZN benoemde uitgangspunten voor contractering zijn nader uitgewerkt in de selectiecriteria, ook wel eisen genoemd, die de zorgkantoren collectief hanteren voor het contracteren van zorgaanbieders. De selectiecriteria hebben betrekking op:

- Algemeen
- Eisen in het kader van transparantie/informatie-uitwisseling
- Eisen met betrekking tot de financiële positie
- Eisen met betrekking tot prijs en volume
- Eisen met betrekking doelmatigheid van zorg
- Eisen met betrekking tot zorglevering
- Eisen met betrekking tot kwaliteit

Onderstaand volgt een toelichting van de brancheorganisaties van aanbieders op de selectiecriteria.

##### *Algemeen*

Het zorgkantoor sluit contracten met toegelaten instellingen die gevestigd zijn in het werkgebied van het zorgkantoor. Een toegelaten instelling heeft een toelating voor een of meer functies. De toelating voor verblijf is altijd gekoppeld aan een bepaalde doelgroep waar de instelling zich in hoofdzaak op richt. Deze doelgroepvermelding heeft geen absoluut karakter: instellingen kunnen ook aan andere doelgroepen in de instelling van zorg leveren.

ZN stelt dat zorgaanbieders moeten beschikken over een kwaliteitssysteemcertificaat dan wel bereid is er naar toe te werken. In lokaal overleg vindt nader overleg hierover plaats. Kwaliteitsbeleid is veel diverser dan een certificaat. In de AWBZ sectoren vinden diverse (externe) kwaliteitsbeoordelingen plaats toegesneden op de eigen sector. HKZ en ISO zijn slechts voorbeelden. Zo zijn er bijvoorbeeld keurmerken in de zorg, zoals Stichting Perspekt, lidmaatschapscertificaten en er zijn instrumenten in ontwikkeling<sup>22</sup>. Het is raadzaam goede afwegingen te maken welke externe beoordeling het beste aansluit bij de instelling en een reëel tijdspad voor te staan.

De ZN-eis dat instellingen de te verlenen zorg vastlegt in individuele zorgplannen zal in de regel al plaatsvinden. Een zorgplan is voor zorgaanbieders een belangrijk instrument om op methodische wijze zorg te leveren en concreet aan te geven welke zorg is overeengekomen met de cliënt. Het is denkbaar dat voor bepaalde cliëntgroepen die bijvoorbeeld zeer kort in zorg zijn een uitzondering wordt gemaakt om een individueel plan op te stellen.

De ZN-eis over BIG registratie is niet van toepassing op een toegelaten instelling. De wet BIG regelt de registratie van individuele beroepsbeoefenaren.

Voldoen aan de voorwaarden voor elektronische gegevensuitwisseling hangt sterk samen met de faciliteiten die zorgkantoren in het kader van de AZR hebben geregeld<sup>23</sup>. Zorgaanbieders bevinden zich achteraan in de keten en zijn dus afhankelijk van indicatieorganen en zorgkantoren. Zorgkantoren zijn in de regio verantwoordelijk voor de AZR en voeren een eigen beleid. Zorgaanbieders zijn wisselend gefaciliteerd. Mede hierdoor zijn er regionale verschillen in de wijze en de ontwikkelingsgang van de AZR. De eigen situatie in de regio moet betrokken worden bij de afspraken. Het is raadzaam afspraken te hebben dat zorgaanbieders van de zorgkantoren AZR informatie krijgen over de vraagontwikkelingen en wachtlijsten in de regio.

<sup>22</sup> Vanuit Arcare komt eind 2004 een branchenorm voor Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven beschikbaar.

<sup>23</sup> Voor de GGZ geldt de AZR verplichting alleen voor zorg met verblijf na een termijn van één jaar.

Voordeel van de AZR is dat als het berichtenverkeer adequaat plaatsvindt een aantal BZ-formulieren kunnen worden afgeschaft. Daarnaast ligt het in de planning om andere registratietrajecten te gaan koppelen aan de AZR, bijvoorbeeld de eigen bijdrage.

De ZN-eis om als zorgaanbieder te beschikken over een adequate bedrijfsinformatie is betrekkelijk ruim geformuleerd. Mogelijk moet worden verhelderd om welke registratie-eisen het gaat.

#### *Eisen in het kader van transparantie/informatie-uitwisseling*

Zorgaanbieders ervaren meer en meer de noodzaak zich transparant op te stellen en de prestaties te verantwoorden. Voor de uitvoering van de AWBZ heeft het zorgkantoor informatie nodig van de zorgaanbieder. Het is zaak transparant te zijn met zo min mogelijk administratieve lasten. Tussen de aanbieder en het zorgkantoor moet duidelijk zijn hoe het zorgkantoor omgaat met de informatie: waar het zorgkantoor het voor wil gebruiken en op welke wijze het zorgkantoor de noodzakelijke vertrouwelijkheid borgt. Informatie van de zorgaanbieder kan concurrentiegevoelig zijn. Het is zaak als aanbieder te bepalen wat een goed moment is om het zorgkantoor van informatie te voorzien. Voorts zijn afspraken nodig voor de wederkerige informatie die de zorgaanbieder van het zorgkantoor wil zien en welke feed-back de zorgaanbieder van het zorgkantoor kan verwachten dan wel wil zien.

Voor de eigen beleidscyclus stellen zorgaanbieders een jaarplan op. Zorgkantoren verlangen dat zorgaanbieders dit beschikbaar stelt. In dit verband kan worden nagegaan of een meerjarenplan toereikend is.

Zorgkantoren hebben de formele taak om voorafgaand aan zorg de verzekeringsgerechtigdheid na te gaan. Een zorgaanbieder kan hierbij behulpzaam zijn door bijvoorbeeld het sofinummer aan te geven, maar de aanbieder beschikt niet over de wettelijke middelen om het sofinummer te achterhalen, als de cliënt het sofinummer niet wil of kan geven. Idealiter worden gegevens zo vroeg mogelijk in de keten vergaard, bijvoorbeeld door indicatieorganen, en niet achteraan in de keten.

Bij de eis dat de zorgaanbieder van ieder verzekerde de verplichte velden van de Externe Integratiestandaarden (EI's) vastlegt moet helder zijn om welke elektronische berichten het gaat. Met het hanteren van de Externe Integratiestandaarden ontstaat er een eenheid in de taal. Voor de AWBZ brede zorgregistratie zijn diverse EI's ontwikkeld, zie [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl) of [www.mysupport.nl](http://www.mysupport.nl). Er zijn voor zorgaanbieders voor het te ontvangen bericht 'Zorgtoewijzing' en de te verzenden berichten voor 'Melding aanvang zorg' en 'Mutatiebericht' en 'Opgave productie' EI's opgesteld. Met uitzondering van de laatste zijn de EI's technisch goedgekeurd en vrijgegeven.

Over de opgave van de geleverde zorg gelden november 2004 de afspraken: binnen 6 weken na afloop van een vierwekelijkse periode voor de zorg zonder verblijf en de productie met verblijf wordt binnen een kalendermaand gemeld aan het zorgkantoor. De eis om de gegevens binnen 4 weken aan te leveren zal voor zorgkantoren en zorgaanbieders problematisch kunnen zijn. Opgemerkt zij dat in het ZN contract-model AWBZ onder artikel 10 a lid 5 voor het aanleveren van een productieoverzicht een termijn van uiterlijk twee weken wordt genoemd. Het is van belang een heldere, haalbare afspraak te maken.

Het genoemde termijn om de jaarrekening en jaarverslag binnen 6 maanden na afloop van het boekjaar op te stellen is al reeds geregeld via de wettelijke eisen van de Regeling Jaarverslaglegging Zorginstellingen. Deze verantwoording over het boekjaar kan ook worden afgelegd via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, zoals die vanaf 2003 in de sector V&V kan worden gehanteerd.

De jaarrekening en het jaarverslag zijn gegevens die zorgaanbieders via de site van Prismant openbaar maken. Zorgkantoren kunnen via de site over deze informatie beschikken. Om desgewenst overige gegevens over de financiële positie te vertrekken is dubieus. Veel gegevens kunnen uit de jaarrekening worden gehaald. Daarnaast hanteert het zorgkantoor een Early Warning System Zorg. Als de zorginstelling in de gevarezone komt kan worden afgesproken dat de zorgaanbieder extra informatie geeft.

De IGZ rapporten over de kwaliteit van zorg zijn bedoeld voor de zorgaanbieder. Het rapport kan persoonsgegevens bevatten waardoor het de instelling niet is toegestaan de inhoud openbaar te maken. De zorgaanbieder kan desgewenst onderhandelen of en onder welke voorwaarden het

zorgkantoor inzage krijgt. Mogelijk zal in de toekomst de inspectie openheid in de rapporten geven. De Wet Openbaarheid Bestuur reikt diverse gronden aan op basis waarvan de inspectie de gegevens niet openbaar behoort te maken.

Zorgkantoren houden materiële controles naar eventuele afwijkingen tussen geleverde en geregistreeerde productie. De aanpak in de sector is gedifferentieerd. De materiële controle is beschreven in de CTG Beleidsregel Productieprotocol. Aangezien het bij deze controle om privacygevoelige gegevens van de cliënt kan gaan, hebben zorgkantoor en zorgaanbieder zich te houden aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Indien de zorgaanbieder de levering van zorg uitbesteed dient het zorgkantoor hierover te worden geïnformeerd, volgens de ZN-eisen. Onder de AWBZ blijft de toegelaten instelling verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemers.

#### *Eisen met betrekking tot financiële positie*

In de handreiking voor inkoop en contractering van zorg opgesteld door ZN wordt als eis gesteld bij de selectie dat een zorgaanbieder moet beschikken over een positief vermogen en dat de zorgaanbieder inzicht dient te verschaffen in zijn financiële (vermogens)positie en staat van uitvoering. Vanuit het perspectief van de zorginkoper is het begrijpelijk dat men erop wil rekenen dat de ingekochte zorg ook daadwerkelijk geleverd kan worden. Immers de zorgverzekeraar wordt aangesproken op het nakomen van zijn zorgplicht. Een dergelijke generieke eis aan alle zorgaanbieders zonder onderscheid naar de onderscheiden sectoren is niet op zijn plaats. Het moet bovendien worden gezien als oneigenlijke bemoeienis. De zekerheid dat de zorgverzekeraar waar krijgt voor zijn geld kan ook langs andere wegen worden gegarandeerd bijvoorbeeld via het traject van de bekostiging (declaratie op basis van verleende zorg). Het beleid met betrekking tot de RAK is een eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Elke marktpartij dient in het licht van de beoogde marktwerking en de daaraan gerelateerde risico's zijn eigen afweging te kunnen maken welke reservepositie passend is gelet op de ontwikkelingen in de markt. De mate van concurrentie, geldende regulering in sommige deelmarkten (bijvoorbeeld ten aanzien van capaciteit) en het moeten verrichten van langlopende investeringen spelen hierbij een rol. Naargelang de risico's op de zorgmarkt toenemen zal de reservepositie steviger moeten worden ingevuld.

#### *Eisen met betrekking tot prijs en volume*

ZN stelt dat een zorgaanbieder in de selectiefase niet alleen aangeeft voor welke volume per prestatie men een contract nastreeft, maar ook al de prijs noemt die de zorgaanbieder vraagt.

Om als zorgaanbieder een passend aanbod te formuleren is het van belang om te kunnen beschikken over informatie over de (ontwikkelingen in de) zorgvraag in de regio's waarin de zorgaanbieder zorg gaat leveren. Van het zorgkantoor mag worden verwacht dat die zich ook inspant om informatie daarover beschikbaar te stellen, zoals de indicatiegegevens van indicatieorganen en wachtlijstgegevens.

Belangrijker dan het noemen van de vraagprijs betreft de onderbouwing en argumentatie met betrekking tot het voorgestelde tarief. Regionale omstandigheden (platteland met relatief veel reistijd), specifieke doelgroepen die veel aandacht en bijzondere deskundigheid vragen, de te bieden kwaliteit en de samenwerking met andere regionale partijen in de zorg (ketenpartners) spelen hierbij een belangrijke rol.

Het in de selectiefase reeds moeten offereën voor welke prijs de zorgaanbieder wil gaan, mag er niet toe leiden dat puur op basis van deze vraagprijs en zonder onderhandelingen daarover een zorgaanbieder niet door de selectiefase komt.

#### *Eisen met betrekking tot doelmatigheid van zorg*

Van de zorgaanbieder wordt gevraagd aan te geven met welke inzet van deskundigheid de zorg geleverd gaat worden en hoeveel tijd opgaat aan indirecte tijd patiëntenzorg. Deze eisen gaan over concurrentiegevoelige informatie. Zorgkantoren hebben op basis van de prijzen en prestaties voldoende inzicht in de doelmatigheid. De zorgaanbieder weegt zelf af welke informatie en argumentatie hij openbaart met betrekking tot de kostprijs van het product.

#### *Eisen met betrekking tot zorglevering*

Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat hij zich inspant binnen een termijn van 2 weken de geïndiceerde zorg te kunnen inzetten en in acute situaties onmiddellijk te starten met zorg.

Via deze voorwaarde wordt als het ware de zorgplicht verlegd van het zorgkantoor naar de zorgaanbieder. Formeel gezien ligt de zorgplicht bij het zorgkantoor. Die moet zich houden aan de Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars (CVZ, december 2002). Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het tijdig leveren van zorg, zoals actieve zorgbemiddeling, voor inzet van eventuele overbruggingszorg, e.d. Deze verantwoordelijk rond zorgtoewijzing kan het zorgkantoor niet zo maar doorschuiven naar een zorgaanbieder. Het is een punt van onderhandeling waarbij het zorgkantoor afspraken kan maken over de wijze waarop en de mate waarin deze taken namens het zorgkantoor kunnen worden uitgevoerd door de zorgaanbieder. Voorts moeten zorgkantoor en zorgaanbieders afspraken maken over het omgaan met de zorgkloof: met name intramuraal wordt meer zorg geïndiceerd dan de aanbieder kan leveren op basis van de huidige bekostiging.

Overigens kan het 'overnemen' van de zorgplicht door de zorgaanbieder niet ongeclausuleerd plaatsvinden. De overeengekomen productie/budgetafpraak kan ertoe leiden dat er geen ruimte meer is om nieuwe aanvragers in zorg te nemen. Daarnaast kunnen er altijd omstandigheden voordoen in de sfeer van onmacht/overmacht waardoor de zorgaanbieder niet de gevraagde zorg kan leveren. Voor zorgaanbieders moet er de mogelijkheid zijn om cliënten terug te verwijzen naar het zorgkantoor indien het niet haalbaar is om de geïndiceerde zorg c.q. overbruggingszorg te leveren. Om die reden zijn nadere afspraken en procedures hieromtrent noodzakelijk (protocol zorgweigering).

#### *Eisen met betrekking tot kwaliteit*

De eis om als instelling 24 uur telefonisch bereikbaar te zijn is gerelateerd aan het gecontracteerde aanbod. Net als de eis dat de zorgaanbieder de zorg 24 uur op afroep levert, is dit een eis die niet aan elk zorgaanbod gesteld kan worden. Voor de beschikbaarheid van 24-uurs zorg op cliëntniveau geldt een toeslag. De beoordeling van de noodzakelijke mate van beschikbaarheid van zorg vindt plaats bij de indicatiestelling (de zogenaamde leveringsvoorwaarde).

Zorgaanbieders hebben er belang bij de potentiële klanten te informeren, en sluit aan bij de eis om over een informatiepakket te beschikken. De eis om als zorgaanbieder een klachtenprocedure te hanteren ligt reeds verankerd in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen.

Zorgaanbieders leggen in principe de overeengekomen zorg met de cliënt vast in een zorg(leverings)overeenkomst. Uitzonderingen zijn denkbaar voor cliëntgroepen die zeer beperkt/kort zorg ontvangen. In het kader van de materiële controle moet een zorgkantoor en zorgaanbieder zich houden aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens: de cliënt moet toestemming geven voor inzage in het zorgplan door zorgkantoren.

In de AWBZ is de toegelaten instelling verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door onderaannemers. Op basis van de Kwaliteitswet ziet de IGZ toe op de kwaliteit van zorg van de toegelaten instelling ook als deze wordt geleverd door een niet toegelaten instelling. De aanbieder die (delen van) zorg uitbesteed dient derhalve ook afspraken te maken ten aanzien van de kwaliteitsborging, waarover het zorgkantoor geïnformeerd wil worden.

#### *4.4 De overgangsregeling voor zorgcontracten 2004-2005*

Met het in werking treden van de wet HOZ, naar verwacht op 1 januari 2005, vervalt de Uitkomst van Overleg/de Modelovereenkomst die op grond van de AWBZ een verplicht onderdeel van de individuele overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor vormde<sup>24</sup>. Met de invoering van de wet HOZ kan de bestaande individuele overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor (2004) onmiddellijk op 1 januari 2005 eindigen. Dit hoeft niet altijd het geval te zijn. Dit komt omdat de HOZ in een overgangsregeling van maximaal één jaar voorziet. Eén jaar na de invoering van de HOZ vervallen alle overeenkomsten van rechtswege, ongeacht de looptijd die destijds tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor was overeengekomen.

De individuele overeenkomst, die in 2004 nog van kracht is, bestaat uit drie onderdelen:

1. instellingsgebonden deel
2. de UVO of Modelovereenkomst

<sup>24</sup> Zie paragraaf 1.2 van "Contracteerbeleid", Handreiking bij contracteren in de AWBZ.

3. lokale afspraken, waarbij de bepalingen uit de UVO of Modelovereenkomst<sup>25</sup>nader zijn uitgewerkt en/of met nieuwe afspraken zijn aangevuld<sup>26</sup>.

De duur van deze individuele overeenkomst komen zorgaanbieder en zorgkantoor overeen. De duur van deze overeenkomst kan korter zijn dan de looptijd van de UVO die de landelijke partijen hebben gesloten of de Modelovereenkomst die is opgesteld door het College voor Zorgverzekeringen, maar nooit langer.

De huidige AWBZ<sup>27</sup> regelt dat de individuele overeenkomst met een persoon alleen voor bepaalde tijd mag worden gesloten. Dit geldt niet voor de zorgaanbieder/instelling. Met de zorgaanbieder/instelling kan een individuele overeenkomst gesloten worden voor bepaalde tijd of voor onbepaalde tijd worden gesloten.

In de AWBZ zijn UVO's voor onbepaalde tijd gesloten of voor bepaalde tijd met telkens een periode van stilzwijgende verlenging. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de AWBZ instelling waarvoor een UVO met onbepaalde tijd geldt, met het zorgkantoor een overeenkomst heeft gesloten voor onbepaalde of bepaalde tijd. De instelling waarvoor een UVO geldt met stilzwijgende verlenging, kan met het zorgkantoor eenzelfde duur voor bepaalde tijd overeengekomen zijn, met inbegrip van de stilzwijgende verlenging of voor bepaalde tijd met een duur korter dan de UVO<sup>28</sup>. Als de duur van de individuele overeenkomst gelijk is aan die van deze UVO met inbegrip van de stilzwijgende verlenging, loopt de individuele overeenkomst met inbegrip van de UVO in 2005 door, ook als de wet HOZ per 1 januari 2005 in werking treedt.

Nu bekend is dat in 2004 de verschillende UVO's in de AWBZ-branches niet tijdig zijn opgezegd kan de UVO op instellingsniveau dus doorwerken. Dat is het geval als de individuele overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder nog doorloopt en niet tijdig door een van de partijen is opgezegd. De UVO werkt dan door totdat er een nieuw overeenkomst is gesloten.

Wanneer eindigt de overeenkomst met het zorgkantoor, bij intreden van de wet HOZ op 1 januari 2005:

*1. De individuele overeenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd*

De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van 1 januari 2006<sup>29</sup> *tenzij* de overeenkomst tijdig en op juiste wijze is opgezegd door het zorgkantoor. De gemaakte afspraken blijven rechtsgeldig.

*2. De individuele overeenkomst is aangegaan voor bepaalde tijd*

*2.a. De overeengekomen looptijd is tot 1 januari 2005.*

De overeenkomst eindigt met ingang van 1 januari 2005. De verlengingsperiode van maximaal 6 maanden volgens het "oude" artikel 42 van de AWBZ, geldt niet. De HOZ heeft onmiddellijke werking.

*2.b. De overeengekomen looptijd ligt na 1 januari 2006*

De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van 1 januari 2006 *tenzij* de overeenkomst eerder tijdig en op juiste wijze is opgezegd. De gemaakte afspraken blijven rechtsgeldig

*2.c. De overeengekomen looptijd ligt tussen 1 januari 2005 en 1 januari 2006;*

De overeenkomst eindigt van rechtswege op de datum waarbij de looptijd is verstreken, *tenzij* de overeenkomst eerder tijdig en op juiste wijze is opgezegd.

*2.d. De overeenkomst is aangegaan voor bepaalde tijd tot 1 januari 2005 met een mogelijkheid van stilzwijgende verlenging van (x jaar/maanden), *tenzij* x-maanden voor het verstrijken van de looptijd is opgezegd. De overeenkomst eindigt met ingang van 1 januari 2006, *tenzij* de overeenkomst is opgezegd conform de opzegtermijn en de opzegebepalingen.*

<sup>25</sup> Voor de na 1 april 2003 nieuw toegelaten instellingen geldt de Modelovereenkomst die door het CVZ voor 2003 is vastgesteld. Deze is voor 2004 verlengd.

<sup>26</sup> Partijen kunnen lokale afspraken maken, voor zover deze niet in strijd zijn met de UVO of Modelovereenkomst.

<sup>27</sup> Artikel 42 AWBZ.

<sup>28</sup> UVO's voor gehandicaptenzorg: voor onbepaalde tijd. UVO's voor GGZ: bepaalde tijd met een stilzwijgende verlenging; UVO's voor Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen voor bepaalde tijd met stilzwijgende verlenging; UVO's voor Thuiszorg voor bepaalde tijd met stilzwijgende verlenging.

<sup>29</sup> einde van rechtswege: er is geen opzegging vereist.

## **Contract-model AWBZ**

**Zorgkantoor - Zorgaanbieder AWBZ**

## Inhoudsopgave

Deel I Instellingsgebonden / Persoonsgebonden deel / Bedrijfsgebonden deel **met bijlagen**

Deel II Algemeen deel

Artikel 1	Definities
Artikel 2	Controle verzekeringsgerechtigheid
Artikel 3	Zorglevering
3a	Zorgverlening
3b	Zorgrealisatie
3c	Uitstel van zorg door verzekerde
3d	Individuele zorgovereenkomst zorgaanbieder – verzekerde
3e	Acceptatieplicht en beëindiging van zorg
3f	Looptijd Indicatiebesluit
Artikel 4	Kwaliteit van zorg
4a	Professionele kwaliteit
4b	Functionele kwaliteit
4c	Relationele kwaliteit
Artikel 5	Doelmatigheid van zorg
Artikel 6	Productontwikkeling
Artikel 7	Ketenzorg
Artikel 8	Informatievoorziening
Artikel 9	Overleg
Artikel 10	
10a	Registratie, Verantwoording en Informatie
10b	Persoonsgegevens
10c	Early warning system
Artikel 11	Betaling en declaratie
Artikel 12	Materiële controle
Artikel 13	Geschillen
Artikel 14	Duur en einde van de overeenkomst
Toelichting overeenkomst zorgkantoor – zorgaanbieder AWBZ	

Deel III Prestatie-indicatoren en checklist

Prestatie-indicatoren  
Checklist

## Deel I : Instellingsgebonden deel / Persoonsgebonden deel/ bedrijfsgebonden deel '

I.A Zorgverzekeraar ....., als volmachtouder van  
Het zorgkantoor : .....  
Adres : .....  
Postcode/ plaats : .....

Verder te noemen het zorgkantoor

I.B De Zorgaanbieder : .....  
Correspondentie adres : .....  
Postcode/ plaats : .....  
Vestigingsplaats(en) : .....  
Postcode / plaats : .....  
AGB Nummer : .....  
Inschrijving K.v.K. : .....  
BIG registratie nr. : .....  
Toelatingsbeschikking : Toegelaten voor de volgende AWBZ functies.....blijkend uit toelatingsbeschikking CvZ d.d. ....

Verder te noemen de zorgaanbieder

I.C Deze overeenkomst heeft betrekking op ...(functie)..... en de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door:

- Deel I Persoonsgebonden deel/ instellingsgebonden deel/ bedrijfsgebonden deel\*
- Bijlage 1 bij deel I (productie en tarieven, landelijk model CTG budgetformulier)
- Deel II Algemene en specifieke inkoopvoorwaarden zorgkantoor .....
- Deel III Prestatie-Indicatoren en Checklist

### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*NB: voor de zorg gepaard gaand met de functie verblijf geldt ook na 1 januari 2005 nog de contracteerplicht. Dat wil zeggen dat er voor deze zorg geen Europese aanbestedingsprocedure hoeft te worden gevolgd, noch formeel, noch materieel middels het openbaar maken van selectiecriteria. De zorgaanbieder kan er althans bij een gelijkblijvende zorgvraag, vanuit gaan dat het contract voor 2005 qua volume en prijs hetzelfde is als voor 2004 het geval was. Partijen kunnen zelf bezien of zij met betrekking tot de zorg met verblijf een aparte overeenkomst willen sluiten. Het kan bijvoorbeeld relevant zijn de duur van het contract te differentiëren al naar gelang het zorg met of zorg zonder verblijf betreft.*

I.D Deze overeenkomst tussen partijen is van kracht vanaf ..... en is aangegaan voor bepaalde tijd te weten tot en met .....

### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Zie de opmerkingen over de duur van de overeenkomst in paragraaf 3.5 Duur overeenkomst van de Handreiking AWBZ- branches bij contracteren.*

*Hier kan ook worden opgenomen de mogelijkheid van stilzwijgende verlenging: de overeenkomst wordt voortgezet tenzij een der partijen uiterlijk voor een bepaalde datum van enig jaar te kennen*

geeft de overeenkomst te beëindigen tegen de datum van 31 december van dat jaar. Op deze manier verlengd, is de maximale duur van de overeenkomst krachtens de wet HOZ 5 jaar.

In de Handreiking bij dit Modelcontract stelt ZN het zorgkantoor voor om het contract voor een jaar af te sluiten, omdat op 31-12-05 de concessies van de zorgkantoren aflopen. Het einde van een concessie behoeft op zichzelf beschouwd nog geen reden op te leveren voor de contractsduur van één jaar, aangezien het uitvoeringsorgaan de contractspartij is. Deze heeft het zorgkantoor in de regio van de aanbieder gemachtigd om het contract te sluiten. De opvolgende concessiehouder die daartoe gevolmachtigd is, kan het lopende contract voortzetten. Ook de verwachting dat bepaalde zorg na 1 januari 2006 niet langer in de AWBZ verzekerd zal zijn is zodanig nog geen dwingende reden om de contractsduur te beperken tot één jaar.

I.E Het zorgkantoor zal de Zorgaanbieder honoreren volgens de tarieven vermeld op bijlage I bij deel I met daarin opgenomen de productie-afspraken voor 2005.

I.F Partijen verklaren hierbij een exemplaar te hebben ontvangen van de onder I.C bedoelde documenten.

Opgemaakt in tweevoud te ....., d.d. ....

zorgkantoor .....

De zorgaanbieder

.....

.....

De ondergetekenden,

Het zorgkantoor vertegenwoordigd

door: naam en functie:

De zorgaanbieder vertegenwoordigd

door: naam en functie:

## Deel II : Algemeen

### Artikel 1 Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. **zorgverzekeraar:** het ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als uitvoeringsorgaan toegelaten ziekenfonds, ziektekostenverzekeraar, of uitvoerend orgaan waarbij de verzekerde is ingeschreven;
- b. **zorgkantoor:** een instelling als bedoeld in artikel 3, tweede lid, van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering en tevens in de hoedanigheid als gemandateerde en gemachtigde door de zorgverzekeraar;
- c. **zorgaanbieder / instelling:** de aanbieder die zorg verleent als bedoeld onder sub f van dit artikel en die als zodanig is toegelaten, overeenkomstig artikel 8 van de AWBZ;
- d. **verzekerde:** degene die verzekerd is ingevolge de AWBZ of, daarmee gelijkgesteld en als zodanig bij een zorgverzekeraar is ingeschreven;
- e. **adviserend geneeskundige:** degene die als zodanig namens het zorgkantoor optreedt;

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

Op deze functionaris rust een geheimhoudingsplicht als bedoeld in artikel 21 lid 2 van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

- f. **zorg:** de zorg, omschreven bij of krachtens het bepaalde in artikel 3 tot en met 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*de reikwijdte van dit modelcontract is in beginsel AWBZ-breed en omvat niet alleen V en V, GGZ en gehandicaptenzorg, maar ook specifieke aanspraken zoals uitleen en AIV. De inhoud van dit contract is echter niet altijd toegesneden op deze specifieke aanspraken.*

*Zoals bovengenoemd is het mogelijk om twee (of meer) contracten te sluiten, een voor ambulante en een voor intramurale zorg. De bepalingen kunnen in overleg worden gebruikt of buiten gebruik gesteld voor specifieke aanspraken.*

- g. **indicatiebesluit:** het besluit van het indicatieorgaan waarin de rechtmatige aanspraak van een verzekerde op zorg is vastgesteld;
- h. **zorgplan:**  
is een gedetailleerde en praktische invulling per verzekerde gebaseerd op het zorgarrangement. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd;
- i. **zorgverleningsovereenkomst:**  
de dienstverleningsovereenkomst tussen verzekerde en zorgaanbieder over de te leveren zorg, waarin de rechten en plichten van beiden zijn vastgelegd
- j. **tarief:**  
door partijen overeengekomen tarief of prijs voor een prestatie of geheel van prestaties door de zorgaanbieder te leveren. Dit binnen het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) als zodanig goedgekeurd of vastgesteld;
- k. **productie:**  
door partijen overeengekomen leveringshoeveelheid c.q. productie;
- l. **externe integratie:**  
de georganiseerde uitwisseling van gestructureerde gegevens tussen bedrijfsprocessen van partijen via een automatiseringsmedium met behulp van records;
- m. **materiële controle:** de controles door het zorgkantoor uitgevoerd op basis van de Regeling Administratie en Controle Uitvoeringsorganen AWBZ en het protocol productiecontrole van het CTG;
- n. **commissie voor de rechtspraak:** de commissie waarop het zorgkantoor en de zorgaanbieder, naast de burgerlijke rechter kunnen zijn aangewezen;
- o. **landelijke adviescommissie lokaal overleg:**  
de Adviescommissie in het kader van tariefgeschillen voorzover partijen hierop middels dit contract zijn aangewezen.

## **Artikel 2 Controle verzekeringsgerechtigdheid**

De zorgaanbieder zal de door de desbetreffende organisatie gehanteerde aanmeldingsformulieren AWBZ aan het zorgkantoor aanleveren, waaronder het sofi-nummer.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Controle van de verzekeringsgerechtigdheid is een taak van het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan daarbij behulpzaam zijn, maar kan door het zorgkantoor niet gehouden worden aan het aanleveren van een sofinummer. Als het de zorgaanbieder niet lukt om het sofinummer te verkrijgen van de cliënt, beschikt de aanbieder niet over de middelen om dit gegeven alsnog te achterhalen. Het zorgkantoor heeft die wettelijke middelen wél.*

*In die gevallen dat het zorgkantoor al beschikt over het sofi-nummer middels het indicatiebesluit, is er geen noodzaak meer tot aanleveren door de aanbieder van dat gegeven.*

*Tekstsuggestie: in de laatste zinsnede “waaronder het sofinummer” invoegen: “zo mogelijk”.*

### **Artikel 3 Zorglevering**

#### **Zorginhoud algemeen**

De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om, binnen de kaders van deze overeenkomst afgesproken capaciteit, aan verzekerden, die volgens de daarvoor gestelde regels beschikken over een geldige indicatie dan wel geldige verwijzing, passende zorg te verlenen als omschreven in het Besluit Zorgaanspraken.

Het zorgkantoor verbindt zich om kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen. Hieronder wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*In de één na laatste zin kan worden toegevoegd na “kwalitatief verantwoorde”: “en voldoende”.*

#### **Prijs en volume afspraken van de te leveren zorg (onderdeel van deze overeenkomst)**

De vergoeding van leveranties van zorg vindt plaats overeenkomstig de wettelijke bepalingen van tarifiering en bekostiging respectievelijk de bepalingen, richtlijnen en kaders van bij wet ingestelde organen, zoals CBZ en CTG.

De hoeveelheid van de te leveren zorg wordt nader omschreven in de productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.

Deze prijs- en productieafspraken zijn onderdeel van deze overeenkomst en opgenomen in bijlage 1 bij deel 1 van deze overeenkomst.

#### **Artikel 3.a Zorgverlening**

1. De zorgaanbieder, verbindt zich om, met inachtneming van zijn toelating, zorg te verlenen aan de verzekerde, die daarop als zodanig aanspraak kan maken. De zorgaanbieder houdt zich hierbij aan het door het Regionaal Indicatie Orgaan afgegeven indicatiebesluit –voor zover dit indicatiebesluit vereist is- met de daarin vastgelegde aanspraak op zorg.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders

*Aanvullen met: Indien de aanbieder de geïndiceerde zorg niet kan leveren aan een cliënt dan kan de zorgaanbieder overbruggingszorg leveren dan wel wordt de cliënt terugverwezen naar het zorgkantoor, zie ook art. 3 b en art. 3e.*

*Het woord “toelating” aanvullen met “en conform de productieafspraken” omdat de toelating, met uitzondering bij verblijf, niets zegt over de doelgroep of capaciteit.*

Overeenkomst Zorgkantoor – Zorgaanbieder AWBZ

2. De zorgaanbieder levert c.q. spant zich in om zorg aan de verzekerde vanaf aanvang aanspraak doch uiterlijk binnen 2 weken voor extramurale zorg, te leveren. Deze wachttijd zal gemeten worden vanaf het moment dat de verzekerde/cliënt daadwerkelijk in zorg wil. Dit

moment wordt in het registratiesysteem (AZR) aangegeven als gewenste startdatum zorgverlening.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Om de schijn van een resultaatsverplichting te vermijden, kan het woord “levert” in de eerste zin beter vervallen. Gelet op het budgetplafond en de overeengekomen capaciteit heeft de zorgaanbieder een inspanningsverplichting. Partijen kunnen desgewenst van deze inspanningsverplichting een prestatie indicator maken.*

3. In situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg (spoed- en crisissituaties) noodzakelijk is, kan het zorgkantoor, in overeenstemming met de zorgaanbieder, de verzekerde toestemming verlenen voor het reeds tot gelding brengen van zijn aanspraak, ondanks dat er nog geen indicatiebesluit is, doch ten hoogste gedurende een periode van twee weken. Het zorgkantoor is gehouden de kosten verband houdende met de zorgverlening gedurende deze periode, aan de zorgaanbieder te vergoeden, indien een indicatiebesluit achterwege blijft of negatief luidt.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Deze bepaling is overbodig, want staat letterlijk in het Zorgindicatiebesluit AWBZ.*

### **Artikel 3.b Proces zorgrealisatie (optioneel)**

1. De zorgaanbieder neemt uiterlijk binnen één week (vijf werkdagen) na ontvangst van het indicatiebesluit contact op met de verzekerde en maakt op basis van het indicatiebesluit met de verzekerde afspraken om te komen tot zorgverlening. Indien de zorgaanbieder niet in staat is de afgesproken zorg direct in te vullen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de overbruggingszorg. Een en ander voor zover de verzekerde overbruggingszorg wenst.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Deze bepaling kan door het zorgkantoor worden voorgesteld. Voor het inschatten van de eigen onderhandelingspositie is het belangrijk te weten dat de verplichting om overbruggingszorg te leveren, als uitvloeisel van de zorgplicht in zijn geheel, primair berust bij het zorgkantoor. In die lijn is CVZ circulaire Gedragsregels Tijdige zorg voor zorgkantoren van toepassing. Het is aan lokale partijen om te bepalen in welke mate en op welke manier de aanbieder deze verplichting over wil nemen. Zie ook de opmerking onder 3 a en 3 b: Indien een zorgaanbieder niet de geïndiceerde zorg dan wel overbruggingszorg kan leveren dan dient de aanbieder de cliënt terug te verwijzen naar het zorgkantoor*

2. De wachttijd van verzekerden is in beginsel bepalend bij het vaststellen van de volgorde, waarin verzekerden in zorg worden genomen. De zorgaanbieder beschikt hiertoe over een plaatsingsprotocol, dat door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor ter inzage wordt gesteld. Indien sprake is van een spoed- of crisissituatie vindt de zorgtoewijzing plaats conform een spoed- of crisisprotocol dat door het zorgkantoor geaccordeerd is.

Overeenkomst Zorgkantoor – Zorgaanbieder AWBZ

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Ook deze bepaling kan als onderhandelingsvoorstel worden ingebracht door het zorgkantoor. Het kan nuttig zijn met het zorgkantoor tevoren af te spreken welke criteria van invloed zijn op het bepalen van*

*de volgorde van de wachtlijst. De extra inspanning die dit vergt van de aanbieder is geen wettelijke plicht.*

3. De zorgaanbieder is verplicht binnen één week (vijf werkdagen) melding te doen van de aanvang van zorg bij het zorgkantoor. (termijn optioneel)

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*De wettelijke termijn voor melding van de aanvang van zorg is twee weken (artikel 7 Regeling zorgaanspraken AWBZ). Partijen kunnen eventueel een kortere termijn overeenkomen.*

### **Artikel 3.c Uitstel van zorg door de verzekerde (optioneel)**

De verzekerde heeft het recht de aanvangsdatum van zorgverlening op een later tijdstip te bepalen. De zorgaanbieder plaatst de verzekerde op de zorgtoewijzingslijst met de door de verzekerde aangegeven mate van uitstelbaarheid.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Ook deze bepaling vraagt een extra inspanning van de zorgaanbieder. Tegenover dit soort bepalingen kan de aanbieder ook wensen jegens het zorgkantoor formuleren en vervolgens onderhandelen.*

### **Artikel 3.d Individuele zorgverleningsovereenkomst zorgaanbieder – verzekerde**

1. De afspraken tussen zorgaanbieder en verzekerde aangaande de zorg, inclusief die aangaande de overbruggingszorg, worden schriftelijk in een individuele zorgovereenkomst vastgelegd. Deze overeenkomst dient in goed overleg met de verzekerde tot stand te komen.  
Als zorgaanbieder en verzekerde niet tot overeenstemming kunnen komen, wordt dit direct en met redenen omkleed door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor gemeld.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Deze bepaling legt een extra administratieve last op de aanbieder. Een schriftelijke overeenkomst is niet altijd mogelijk en/of noodzakelijk. Aanbieder en verzekerde komen niet altijd tot overeenstemming over de zorg, terwijl die zorg toch geïndiceerd is. In een zorgverleningsovereenkomst kunnen aanbieder en verzekerde ook aanvullende diensten opnemen, die de cliënt zelf financiert en het zorgkantoor niet aangaan.*

*Tegenover deze nadelen voor de aanbieder zou het zorgkantoor goed moeten kunnen motiveren waarom dit voorstel aanvaard zou moeten worden. De bemoeienis met de zorglevering gaat hier verder dan past bij de rol van zorginkoper.*

2. De zorgaanbieder overlegt de individuele zorgverleningsovereenkomst indien het zorgkantoor hier om verzoekt (indien vereist, met instemming van de cliënt)

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Door deze bepaling te accepteren kan een zorgaanbieder in conflict komen met de privacyverplichtingen uit de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Het zorgkantoor kan alleen inzage in de zorgverleningsovereenkomst krijgen indien het daarvoor een specifiek doel heeft, dat voortvloeit uit de uitvoering van de AWBZ. Als dat doel niet kan worden verduidelijkt door het zorgkantoor, kan de zorgverleningsovereenkomst alleen met instemming van de cliënt aan het zorgkantoor worden overgelegd. Deze bepaling kan daarom in deze onbepaalde zin beter vermeden worden.*

### **Artikel 3.e Inspanningsplicht en beëindiging van zorg**

1. In beginsel geldt een inspanningsplicht voor de zorgaanbieder van voorkeur van de verzekerde. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder maken afspraken over hoe wordt omgegaan in die situaties waarin de zorgaanbieder niet in staat is om zorg te verlenen.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders

*Ook hier ligt een relatie met 3a en 3b: het kan voorkomen dat een aanbieder de geïndiceerde of overbruggingszorg niet kan leveren: in dergelijke situaties moet een cliënt kunnen worden terugverwezen naar het zorgkantoor.*

2. Indien de aanbieder niet langer in staat is in de zorg te voorzien, dan wordt dit direct aan de verzekerde en het zorgkantoor schriftelijk en met redenen omkleed gemeld. De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat de reeds aangevangen zorgverlening wordt voortgezet of overgedragen, totdat er een definitieve oplossing is. In overleg met de verzekerde spannen zorgaanbieder en zorgkantoor zich in om zo spoedig mogelijk voor een definitieve oplossing te zorgen.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Aan het eind van de tweede zin van deze bepaling “totdat er een definitieve oplossing is” moet worden toegevoegd: “voorzover dat in redelijkheid van de zorgaanbieder kan worden geleverd”.*

3. Partijen (zorgaanbieder en zorgkantoor) maken geprotocolleerd afspraken over de wijze waarop zij omgaan met weigering en beëindigen van zorg.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Bij het maken van deze afspraken kan gedacht worden aan een zinsnede als: partijen houden daarbij rekening met elkaars gerechtvaardigde belangen, zoals de verplichtingen die de zorgaanbieder heeft voor verantwoorde zorg aan andere verzekerden of als goed werkgever jegens de medewerkers.*

### **Artikel 3.g Looptijd indicatiebesluit**

Onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde voor het bewaken van de looptijd van het indicatiebesluit, treedt de zorgaanbieder in overleg met de verzekerde over eventuele voortzetting van de zorgverlening. (Indien nodig draagt de zorgaanbieder in overleg met de verzekerde, zorg voor een tijdige aanvraag voor een (her-)indicatie bij het indicatieorgaan, zodat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.)

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Het bewaken van het indicatiebesluit is primair de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf en niet van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder zou een regierol op zich kunnen nemen, maar dat hoort primair thuis in een overeenkomst tussen verzekerde en aanbieder.*

## **Artikel 4 Kwaliteit van zorg**

### **Artikel 4.a Professionele kwaliteit**

Vanuit zijn professionele deskundigheid is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid in de instelling. Dit beleid dient transparant te zijn. De zorgaanbieder

voldoet hierbij minimaal aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De bij de zorgaanbieder werkzame professionals leven de WGBO na en voldoen aan de in de wet BIG gestelde vereisten.

De zorg dient gebaseerd te zijn op de best beschikbare wetenschappelijke kennis en gericht op het vermijden van over- en ondergebruik van effectieve zorg. De zorgaanbieder en de bij de zorgaanbieder werkzame professionals werken volgens landelijk vastgestelde kwaliteitsstandaarden en protocollen.

De zorgaanbieder toont aan dat de interne kwaliteitssystemen zijn gericht op continue verbetering van de zorg en aanpassing van de standaarden naar aanleiding van geconstateerde verbetermogelijkheden. Deze verbeteringen worden opgenomen in de processen bij de zorgaanbieder en de resultaten daarvan worden doorgesproken met het zorgkantoor.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Het opnemen van wettelijke verplichtingen (WGBO, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen, Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen) is feitelijk overbodig, omdat het niets toevoegt aan reeds bestaande verplichtingen.*

Het zorgkantoor heeft als taak om kwaliteitszorg te contracteren.

De controle hierop wil zij uitvoeren door middel van het jaarlijks bespreken van het kwaliteitsjaarverslag van de zorgaanbieder met de daaruit voortkomende verbeteracties.

Daarnaast zal een eventueel beschikbaar visitatierapport van de Inspectie dan wel benchmarkrapport worden besproken inclusief de daaruit vloeiende verbeteracties.

Tenslotte zal de zorgaanbieder één keer per jaar een rapportage aan het zorgkantoor doen toekomen over het aantal klachten van verzekerden en ook over de wijze waarop deze klachten zijn afgehandeld.

Commentaar brancheorganisaties:

*Het zorgkantoor dat op kwaliteit zorg wil inkopen zal dat ook met financiële middelen mogelijk moeten maken. De zorgaanbieder is niet wettelijk verplicht het visitatierapport van de IGZ beschikbaar te stellen. Het rapport kan persoonsgegevens van cliënten bevatten, waardoor openbaarmaking niet is toegestaan. Zowel een visitatierapport als een benchmarkrapport zijn instrumenten voor intern gebruik. Het is aan de individuele zorgaanbieder om te beslissen of hij deze verplichting wil aangaan.*

## **Artikel 4.b Functionele kwaliteit**

1. De zorgaanbieder verduidelijkt op welke wijze het zorgaanbod is afgestemd op de behoefte aan zorg van de verzekerde. Daarnaast bespreken de zorgaanbieder en het zorgkantoor de invloed van demografische en andere ontwikkelingen om gezamenlijk de adequate behoeftebepaling vast te stellen. Deze zaken maken – indien van toepassing – deel uit van de productieafpraak.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Hieraan kan worden toegevoegd: het zorgkantoor brengt de zorgaanbieder periodiek op de hoogte van de zorgvraagontwikkeling in de regio, de totale wachtlijstgegevens in de regio en de wachtlijst van verzekerden die een eerste voorkeur hebben voor de zorgaanbieder.*

2. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een optimale toegankelijkheid van de voorzieningen, alsmede voor een goede logistiek en routing binnen zijn voorziening. Teneinde de continuïteit in de zorg en de keten van zorg zo goed mogelijk te realiseren, draagt de zorgaanbieder zorg voor de samenhang in fysieke zin van de diverse gezondheidszorgvoorzieningen.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Deze bepaling is erg gedetailleerd en daardoor niet relevant voor alle aanbieders. De zorgaanbieder kan alleen op basis van een gedeelde verantwoordelijkheid met het zorgkantoor de keten van zorg realiseren.*

3. Over de aanvullende functionele kwaliteitseisen die zijn onderverdeeld in 7 hoofdgroepen kunnen tussen partijen nadere afspraken worden gemaakt.

Commentaar van brancheorganisaties aanbieders:

*Deze hoofdgroepen zijn hier niet opgenomen. Zijn hier de hoofdgroepen uit artikel 4c bedoeld?*

4. Door de zorgaanbieder dient vastgelegd te worden, wat de rechten en inspraakmogelijkheden van de verzekerde inhouden, hoe de zorgaanbieder daaraan uitvoering geeft en hoe op de resultaten daarvan getoetst kan worden. (optioneel)

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*De inspraakmogelijkheden van verzekerden/cliënten zijn geregeld in de WMCZ. Een nadere vastlegging door de zorgaanbieder is niet nodig.*

#### **Artikel 4.c Relationele kwaliteit (wijze van invulling optioneel)**

Het relationele kwaliteitselement, zoals in het kwaliteitskader CVZ is bedoeld, heeft betrekking op de relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde.

Het zorgkantoor verstaat onder deze relationele kwaliteit de volgende aspecten:

- Bejegening van de verzekerde
- Bevorderen van de zelfredzaamheid van de verzekerde
- Informatie en voorlichting aan de verzekerde
- Inspraak van de verzekerde, al dan niet wettelijk geregeld
- Patiëntenrechten van de verzekerde
- Nakoming van individuele afspraken met de verzekerde
- Snelheid en afstemming zorgaanbod op de (veranderende) behoefte van de verzekerde

De zorgaanbieder toetst periodiek deze genoemde aspecten in de vorm van een klanttevredenheidsonderzoek.

De uitkomsten van dit onderzoek en de verbeterpunten zullen worden besproken met het zorgkantoor. Het oordeel van de cliëntenraad zal hierbij ook gevraagd worden.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Het klanttevredenheidsonderzoek is een kwaliteitsinstrument van de aanbieder, een onderdeel van het kwaliteitsbewakend systeem van de zorgaanbieder. Het is verstandig om na te gaan of de voorgestelde aspecten voor relationele kwaliteit aansluiten op het klanttevredenheidsonderzoek dat de*

*instelling wenst uit te voeren Als zorgaanbieder en cliënten gezamenlijk zo'n instrument opstellen en uitvoeren ligt het niet per definitie voor de hand dat de zorgaanbieder de uitkomsten aan het zorgkantoor overlegt. Ook het oordeel van de cliëntenraad hoeft niet per definitie gevraagd en verstrekt te worden aan het zorgkantoor. Dit kan uiteraard anders zijn als het zorgkantoor betrokken was bij de opzet van de kwaliteitstoetsing.*

## **Artikel 5 Doelmatigheid**

De zorgaanbieder levert zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze. De zorgaanbieder zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen de belangen van de verzekerde, de effectiviteit van zorg en de kosten. De zorg sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt.

## **Artikel 6 Productontwikkeling**

- a. De zorgaanbieder spant zich in om te komen tot gedifferentieerde productontwikkeling en/of verbetering van de doelmatigheid van de zorg door de aanwezige en toekomstige behoeften van verzekerden systematisch te analyseren.
- b. Plannen en realisaties inzake productontwikkeling worden besproken in het overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.

## **Artikel 7 Ketenzorg (optioneel)**

De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met overige relevante zorgaanbieders, dan wel overige organisaties, in of buiten de regio ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod.

## **Artikel 8 Informatievoorziening (wijze van invulling optioneel)**

De zorgaanbieder verstrekt de volgende informatie aan de verzekerde:

- a. Informatievoorziening bij het recht op zorg
  1. De zorgaanbieder geeft aan welk aanbod in zorg (naar de functies conform toelating) hij te bieden heeft.
  2. In de individuele zorgovereenkomst zorgaanbieder - verzekerde (zie artikel 3d1) moet in ieder geval de volgende onderwerpen bevatten: -de soort zorg, - hoeveelheid zorg, - tijdstip waarop de zorg wordt geleverd en evaluatie van de geleverde zorg.

### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Het benoemen van het tijdstip waarop de zorg wordt geleverd hoort niet thuis in een zorg(lieferings)komst maar in een zorgplan. Daarnaast kan het tijdstip van de zorg vastleggen ongewenst zijn voor aanbieders en cliënten. Of deze details moeten worden vastgelegd hangt af van de vraag van de cliënt en de soort zorg die geboden wordt.*

3. De manier waarop de zorgaanbieder de zorgverlening uitvoert en op grond waarvan de zorgaanbieder zorg kan weigeren.
4. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over wachttijden bij het niet tijdig kunnen leveren van zorg, met daarbij de mogelijkheden voor overbruggingszorg. In overleg met de verzekerde wordt een oplossing gezocht.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Zowel het informeren als het leveren van tussenoplossingen is óók een verantwoordelijkheid van het zorgkantoor.*

5. De zorgaanbieder maakt inzichtelijk wat de rechten en plichten van de verzekerde zijn, zoals het recht op zorg, klachtenprocedure, individuele zorgovereenkomst zorgaanbieder – verzekerde, annulering door de verzekerde en de plicht om een eigen bijdrage te betalen.
- b. Informatievoorziening tijdens zorguitvoering
  1. De zorgaanbieder geeft aan welke kwaliteitsnormen hij hanteert.
  2. Indien de aard en/of omvang van de te leveren zorg verandert t.o.v. de afspraken in het zorgplan wordt dit in overleg met de verzekerde gedaan.
  3. Door de zorgaanbieder wordt een zorgdossier bijgehouden.
- c. informatievoorziening bij zorgbeëindiging
  1. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over de voorwaarden waaronder deze de zorg voortijdig kan beëindigen.
  2. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over de geldende regels van de instelling en de consequenties indien de verzekerde zich daar niet aan houdt.
  3. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over de voorwaarden waaronder zorg kan worden beëindigd door de zorgaanbieder en de mogelijkheden van de zorgaanbieder op dat moment.
- d. Informatievoorziening over klachtenprocedure
  1. De zorgaanbieder wijst de verzekerde op de mogelijkheden van het indienen van klachten en geeft hierbij aan volgens welke procedure dit loopt.
- e. Informatievoorziening over inspraak van de verzekerde
  1. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over de mogelijkheden van de cliëntenmedezeggenschap en de taken en bevoegdheden hiervan.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*De hierboven onder d en e opgenomen bepalingen zijn wettelijke verplichtingen van de aanbieder en deze zijn in het contract dus overbodig.*

## **Artikel 9 Overleg (wijze van invullen optioneel)**

- a. Partijen voeren ten minste éénmaal per jaar overleg omtrent het te voeren meerjarenbeleid, dat bij voorkeur is vastgesteld in de vorm van een meerjarenbeleidplan. Dit overleg zal de basis vormen voor voortzetting van het contract alsmede de inhoud daarvan.

In ieder geval komen daarbij de volgende onderwerpen aan bod (**optioneel**):

1. aard en omvang van de zorgverlening door de zorgaanbieder alsmede de daarmee samenhangende kosten en gewenste capaciteitsontwikkeling;

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Het kan in dit overleg ook gaan over de verkoopprijzen, en niet enkel om de kosten. Naarmate meer onderhandelingsmogelijkheden ontstaan over de prijs van de zorg, is het minder opportuun het zorgkantoor inzage te geven in de kosten van de zorg.*

2. de beleidsvisie c.q. jaarplan van het zorgkantoor op de ontwikkeling in de zorg en de wijze waarop hieraan door het zorgkantoor door middel van de zorginkoop gestalte wordt gegeven;

3. de zorgvisie van de zorgaanbieder alsmede de daarop betrekking hebbende financiële randvoorwaarden;
4. een inventarisatie van de wederzijdse beleidsopties waarbij, in het geval dat partijen de gezamenlijke beleidsopties onderkennen, partijen zich zullen inspannen deze te realiseren;
5. het financiële beleid van de zorgaanbieder, voor zover het aanwending van AWBZ-middelen betreft, met inbegrip van de vermogenspositie;

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Als het zorgkantoor beschikt over het jaarverslag/de jaarrekening en/of het Jaardocument maatschappelijke verantwoording lijkt dat toereikend.*

6. indien van toepassing, het opname-, zorg- en ontslagbeleid van de zorgaanbieder;
  7. indien van toepassing, bouwkundige plannen, waarover het standpunt van het zorgkantoor vereist is;
  8. registratie (zie artikel 10 Registratie, verantwoording en informatie).
- b. Voor budget- en tariefaanpassingen in het kader van de WTG spannen partijen zich om tot overeenstemming te komen.

## **Artikel 10 Registratie, Verantwoording en Informatie**

### **Artikel 10.a Geautomatiseerde gegevensaanlevering**

1. De zorgaanbieder registreert van de verzekerden aan wie zorg wordt geleverd tenminste de gegevens die zijn vastgelegd in de Externe Integratiestandaarden.
2. De zorgaanbieder en het zorgkantoor wisselen gegevens geautomatiseerd uit en maken daarbij gebruik van landelijk overeengekomen standaarden inzake externe integratie zoals het AWBZ brede zorgregistratie systeem (AZR).

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Deze AZR-verplichting geldt in de ggz alleen voor de zorg die gepaard gaat met verblijf na verstrijken van een termijn van één jaar. In een contract over extramurale ggz hoort deze bepaling dus niet thuis.*

3. De zorgaanbieder geeft een Melding Aanvang Zorg binnen vijf werkdagen (optioneel) na in zorgneming van de cliënt door aan het zorgkantoor. Mutaties, met betrekking tot in zorg genomen verzekerden en wachtenden met eerste voorkeur, worden binnen vijf werkdagen (optioneel) doorgevoerd. Dit met inachtneming van het gestelde in artikel 3.b (proces zorgrealisatie).

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Zie artikel 3 b sub 3 over de termijn van 5 dagen; de wettelijke termijn voor melding is twee weken.*

4. De zorgaanbieder registreert conform de CTG-beleidsregelsystematiek en conform de vereisten uit hoofde van het Bijdragebesluit zorg.
5. De zorgaanbieder zal maandelijks –uiterlijk binnen twee weken na afloop van desbetreffende maand-, middels het door het zorgkantoor verstrekte format een productieoverzicht geautomatiseerd aan het zorgkantoor aanleveren.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Zowel onder aanbieders als onder zorgkantoren zullen er partijen zijn die deze verplichting nog niet kunnen nakomen. Zij dienen deze bepaling dan aan te passen aan hun mogelijkheden. In de extramurale zorg waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is worden de productiegegevens uitgewisseld met het CAK, waarvoor een termijn wordt gehanteerd van 4 weken. Een aparte productie-opgave aan het zorgkantoor verhoogt de administratieve lasten van de aanbieders.*

Uit de productieverantwoording dient de productie per zorgkantoorregio te kunnen worden onderscheiden.

6. Indien de productie structureel gaat afwijken van hetgeen is gecontracteerd, meldt de zorgaanbieder dit tijdig aan het zorgkantoor.
7. Indien van toepassing stelt de zorgaanbieder jaarlijks haar jaarrekening op conform de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen en overige verantwoording volgens de beleidsregels van het CTG.

## **Artikel 10.b Persoonsgegevens**

1. De zorgaanbieder verstrekt medische gegevens aan de adviserend geneeskundige van het zorgkantoor dan wel aan een daartoe door het zorgkantoor persoon waarbij wettelijke voorschriften omtrent persoonsgegevens in acht worden genomen.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*"... een daartoe aangewezen persoon" geeft ruimte om aan anderen dan een medicus medische gegevens te verstrekken. In het Protocol materiele controle (beleidsregel II-657/III-846) staat de medisch adviseur genoemd. Voor het verstrekken van medische gegevens aan anderen dan medisch adviseurs/de adviserend geneeskundige ontbreekt de wettelijke titel.*

2. De zorgaanbieder zal de adviserend geneeskundige van het zorgkantoor bij de uitoefening van zijn taak behulpzaam zijn, zoals dat redelijkerwijs van de zorgaanbieder mag worden verlangd.
3. Partijen nemen de regelgeving over de verwerking van persoonsgegevens in acht ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van verzekerde. Partijen verschaffen desgewenst informatie aan verzekerde over de wijze waarop zijn persoonlijke levenssfeer wordt beschermd.

## **Artikel 10.c Vroegtijdige signalering risicovolle situaties voor continuïteit van zorg (early warning system)**

De instelling voorziet het zorgkantoor in voorkomende gevallen direct van de benodigde informatie om met behulp van het early warning system te kunnen monitoren. Zorgkantoor en zorgaanbieder komen nader overeen welke informatie wordt uitgewisseld.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Door aanvaarding van deze bepaling accepteert de zorgaanbieder een vergaande kijk in de organisatie en financiële situatie. Een meer genuanceerde bepaling zou kunnen zijn: Voor de beoordeling van de financiële situatie van een aanbieder beschikt het zorgkantoor over de jaardocumenten. Indien het zorgkantoor gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de continuïteit van de instelling in gevaar is, voorziet de instelling het zorgkantoor zo spoedig mogelijk ..etc.*

## **Artikel 11 Betaling en declaratie**

- a. De zorgaanbieder verleent geïndiceerde zorg zonder enige betaling of enige aanvullende betaling voor de zorg door de verzekerde. De instelling neemt hierbij de voorschriften van het College voor zorgverzekeringen in acht.
- b. Het zorgkantoor betaalt de zorgaanbieder voor de geleverde zorg waarop verzekerde aanspraak doet gelden, overeenkomstig het tarief dat door partijen is overeengekomen, met inachtneming van de door het CTG goedgekeurde tarieven.
- c. De betaling geschiedt overeenkomstig het gestelde in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekeringen
- d. Jaarlijks wordt aan deze overeenkomst toegevoegd de voor het lopende jaar gemaakte afspraak over volumes en tarieven en het bijbehorende budget
- e. De instelling is gerechtigd om rechtstreeks van de verzekerde een vergoeding te vragen voor aanvullende producten en diensten welke niet onder de aanspraak vallen. De verzekerde heeft daarbij de keuze om al dan niet van de desbetreffende dienst gebruik te maken.
- f. Met betrekking tot al hetgeen de declaratie en de betaling daarvan betreft, zoals de wijze van declareren, de inhoud van de declaratie, het tijdstip waarop gedeclareerd en betaald wordt, maken het zorgkantoor en de aanbieder met inachtneming van het voorgaande, nadere afspraken die als bijlage onderdeel uitmaken van deze overeenkomst.

### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Onderdeel van deze afspraken kan een bepaling over bevoorschotting zijn. Bijvoorbeeld: het zorgkantoor verstrekt aan het CAK de opdracht om de instelling op de 18<sup>e</sup> van de maand een voorschot te betalen. Het voorschot bedraagt 1/13 per maand en 2/13 in de maand mei op basis van de rekenstaat van de tariefbeschikking. Daarnaast is een bepaling over de vergoeding van de rente bij late opdrachtverstrekking aan het CAK te overwegen. Uit een oude modelovereenkomst komt de volgende bepaling: het zorgkantoor kan de opdracht tot bevoorschotting maximaal twee weken uitstellen indien de instelling nalatig is in het aanleveren van de productieoverzichten.*

## **Artikel 12 Materiële Controle**

Het zorgkantoor neemt bij de materiële controle de aanwijzingen van het CTG, CVZ en CTZ als uitgangspunt. De zorgaanbieder is gehouden alle medewerking te verlenen aan de materiële controles die het zorgkantoor uitvoert. Dit met inachtnaam van hetgeen is gesteld in artikel 10b. De wijze van uitvoering van de controle is voorbehouden aan het zorgkantoor en vindt in overleg met de zorgaanbieder plaats. Het zorgkantoor maakt vooraf de procedure, inhoud en omvang van de materiële controle kenbaar.

### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*De laatste drie zinnen in een evenwichtiger bepaling verva: “ De instelling is gehouden aan de materiële controle medewerking te verlenen en alle inlichtingen te verschaffen die het zorgkantoor redelijkerwijs behoeft voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de AWBZ en de WBP. Zorgkantoor en instelling overleggen tijdig over de procedure, inhoud en omvang van de materiële controle, zodat de instelling de daarvoor benodigde voorbereidingen kan treffen. Daarbij zij opgemerkt dat op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens het zorgkantoor in principe alleen met toestemming van de cliënt het zorgdossier en/of het zorgplan kan inzien.*

### **Artikel 13 Geschillen**

Alle geschillen tussen zorgkantoor en zorgaanbieder met betrekking tot het overeenkomen van een tarief, worden in eerste instantie voor advies voorgelegd aan de Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg.

Alle overige geschillen voortvloeiend uit deze overeenkomst of daarmee samenhangende en hieruit voortvloeiende overeenkomsten en/of aanvullingen van zodanige overeenkomsten kunnen worden aangebracht bij de Commissie voor de Rechtspraak of de burgerlijke rechter.

#### Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*Partijen kunnen onderling afspraken maken over een geschillenregeling, waarbij eventueel een voorafgaande bemiddeling of mediation kan worden overeengekomen.*

*Nieuw artikel 14 in laatste versie van ZN contract heeft met deze inhoud geen functie en kan daarom beter vervallen.*

### **Artikel 14 Naleving van de overeenkomst**

Partijen komen nader overeen op welke wijze wordt gehandeld bij het niet (volledig) naleven van afspraken uit deze overeenkomst.

### **Artikel 15 Duur en einde van de overeenkomst**

- a. Deze overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I van deze overeenkomst genoemde data.
- b. Deze overeenkomst neemt eerder een einde met wederzijds goedvinden.
- c. Deze overeenkomst neemt een einde indien bij gerechtelijke tussenkomst, zoals in het vorige artikel is genoemd, de overeenkomst wordt ontbonden.
- d. Deze overeenkomst kan voorts met onmiddellijke ingang, zonder gerechtelijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden beëindigd:
  1. door beide partijen indien de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
  2. door beide partijen indien de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het onderwerp uitmaakt van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging of van elke andere soortgelijke procedure;
  3. door het zorgkantoor indien de zorgaanbieder wordt overgenomen door een derde dan wel fuseert;
  4. door het zorgkantoor indien de onderneming van de zorgaanbieder beëindigd wordt;
  5. door beide partijen indien de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt;
  6. door beide partijen, indien de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en indien is aan te nemen dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen.
- e. Indien door het zorgkantoor, in de gevallen genoemd in het vorige lid, tot opzegging met onmiddellijke ingang moet overgaan, is de zorgaanbieder jegens het zorgkantoor verplicht tot vergoeding van de schade die door opzegging mocht zijn ontstaan. Met uitzondering van de situatie zoals beschreven in het vorige lid onder 5 kan de zorgaanbieder bij beëindiging van deze overeenkomst geen schadevergoeding van het zorgkantoor eisen.

Commentaar brancheorganisaties aanbieders:

*De in art. 15 d onder 3 (fusie of overname) genoemde grond voor onmiddellijke beëindiging van de overeenkomst is bezwaarlijk. Het is redelijkerwijs te verwachten dat een zorgaanbieder het zorgkantoor tijdig informeert over voornemens tot concentratie, zodat er ook geen reden is voor onmiddellijke beëindiging.*

*Een bepaling waarin partijen afspreken dat zij in alle gevallen eenmaal voorafgaand aan de besluitvorming over de beëindiging van de overeenkomst overleg zullen plegen, kan onnodige conflicten voorkomen.*

*Ad art. 15 e: het uitgangspunt zou moeten zijn dat partijen die wederzijds afhankelijk zijn van elkaar, dezelfde normen aan elkaars handelen stellen en daaraan dezelfde sancties verbinden. Daarin past niet het bij voorbaat limiteren van de situaties waarin het zorgkantoor schadeplichtig kan zijn.*

*Dus in plaats van de laatste zin van art. 15 e: indien de zorgaanbieder in de gevallen als genoemd in het vorige lid tot opzegging met onmiddellijke ingang moet overgaan, is het zorgkantoor jegens de aanbieder verplicht tot vergoeding van de schade die door opzegging mocht zijn ontstaan.*

*Suggesties voor toe te voegen bepalingen:*

Aansprakelijkheid

*De aansprakelijkheid van de aanbieder voor directe schade van het zorgkantoor is beperkt tot het bedrag van de declaratie voor de levering van zorg aan de verzekerde in de casus waarin de zorgaanbieder in gebreke is gesteld door het zorgkantoor.*

Overmacht

*De zorgaanbieder is niet gehouden tot het nakomen van enige verplichting indien hij daartoe wordt gehinderd als gevolg van een omstandigheid die niet te wijten is aan zijn schuld en die noch krachtens de wet, een rechtshandeling of in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt. Onder overmacht wordt verstaan: alle van buiten komende oorzaken waarop de zorgaanbieder geen invloed kan uitoefenen. Daaronder worden in elk geval begrepen ingrepen van de overheid alsmede werkstakingen in de onderneming van de zorgaanbieder.*

## Toelichting contractmodel zorgkantoor - zorgaanbieder AWBZ

In de handreiking zijn uitgangspunten geformuleerd die volgen uit de gestelde financiële, beleidsmatige en wettelijke kaders.

Meer geconcretiseerd leiden deze uitgangspunten tot collectief (landelijk) benoemde selectiecriteria. Deze selectiecriteria dienen door elk zorgkantoor te worden gehanteerd en kenbaar gemaakt aan de aanbieder van zorg die wellicht een potentiële contractant is. De selectiecriteria zoals ook in de handreiking genoemd zijn in feite de poort waar de aanbieder van zorg doorheen moet om in aanmerking te kunnen komen voor een contract. De onderhandelingen tussen aanbieder van zorg en zorgkantoor kunnen dan van start gaan. Het contract is het sluitstuk van de onderhandelingen en mag niet méér eisen c.q. voorwaarden bevatten dan de aan de poort middels de selectiecriteria (als voorwaarden vooraf) zijn gesteld.

Zo moet ook dit **contractmodel** worden gelezen; het mag wel minder bevatten dan een (uitwerking van) de selectiecriteria maar niet méér. Het is niet correct als aan een zorgaanbieder in de onderhandelingen ineens andere wellicht zwaardere eisen worden gesteld dan vooraf kenbaar gemaakt bij de selectiecriteria.

In het **contractmodel** is aangegeven welke onderwerpen geregeld moeten worden, het zijn de “minimale” bepalingen die het contract moeten bevatten, uiteraard passend op de collectieve selectiecriteria. Daarnaast is bij aan aantal bepalingen aangegeven dat ze **optioneel** zijn. Deze onderwerpen hoeven niet in het contract te worden opgenomen maar als men ze in het contract wenst op te nemen dan is hiervoor een tekstvoorstel gedaan. Daarnaast is het mogelijk dat het onderwerp op zichzelf onderdeel van de overeenkomst moet zijn maar dat de tekst van het artikel door partijen zelf kan worden vormgegeven met andere woorden: **de wijze van invulling (van het in het artikel genoemde onderwerp) is optioneel.**

### **Deel III: Prestatie-indicatoren en checklist**

#### **PRESTATIE-INDICATOREN**

##### **Artikel 4      Kwaliteit van Zorg**

*Teneinde de uitvoering van relationele kwaliteitsaspecten te meten en te toetsen, voert de zorgaanbieder periodiek een klanttevredenheidsonderzoek uit. De resultaten en verbeteracties worden, voorzien van een schriftelijk oordeel van de cliëntenraad, beschikbaar gesteld aan het zorgkantoor. Indien hiertoe aanleiding bestaat, bespreekt het zorgkantoor de resultaten met de cliëntenraad.*

##### **Artikel 10.a Registratie, Verantwoording en Informatie**

*De zorgaanbieder levert binnen 1 week (5 werkdagen) na in zorg name van nieuwe cliënten een melding aanvang zorg en bij beëindiging van de zorg een melding eind zorg. Ook mutaties in de persoonsgegevens dienen binnen 5 werkdagen gemeld te worden.*

*Commentaar brancheorganisaties aanbieders:  
zie het commentaar bij de betreffende artikelen*

**(OPTIONEEL)**

**CHECKLIST OVEREENKOMST ZORGKANTOOR – ZORGAANBIEDER AWBZ**

In de overeenkomst staan bij verschillende artikelen een aantal actiepunten vermeld die in deze checklist verzameld zijn.

Deel A betreft actiepunten die vooraf aan de ondertekening van de overeenkomst overlegd moeten worden aan het zorgkantoor.

Deel B zijn actiepunten die éénmaal per jaar tijdens een ‘checklist-overleg’ besproken dienen te worden.

**DEEL A**

**VOORAF AAN ONDERTEKENING VAN DE OVEREENKOMST OVERLEGD AAN HET ZK**

<b>Artikel</b>	<b>Actie</b>	<b>Gerealiseerd</b>
3.b,lid 2	Plaatsingsprotocol van de ZA overlegd aan het ZK	Ja / Neen
3.b,lid 2	Spoed/crisisprotocol van de ZA geaccordeerd door het ZK	Ja / Neen
3.d,lid 2	Model individuele zorgovereenkomst van de ZA wordt ter toetsing aan het kader voorgelegd aan het ZK	Ja / Neen
3.e,lid 3	Protocol weigering / beëindiging van zorg overlegd aan het ZK	Ja / Neen
8.	De ZA toont aan hoe de informatieprocedure volgens de genoemde punten (8a t/m e) gewaarborgd is	Ja / Neen

**DEEL B**

**TIJDENS HET JAARLIJKSE ‘CHECKLIST-OVERLEG’ TE BESPREKEN**

<b>Artikel</b>	<b>Actie</b>	<b>Gerealiseerd</b>
4.a,lid 1	Rapportage over de resultaten van de verbeteracties vanuit het kwaliteitsjaarverslag / inspectierapport en/of benchmarkrapport	Ja / Neen
4.a,lid 1	Rapportage van de ZA over het aantal klachten van verzekerden en de wijze van afwikkeling	Ja / Neen
6, lid b	Rapportage over de inspanningen en resultaten op het terrein van productontwikkeling	Ja / Neen

10.a,lid 5	De ZA voorziet maandelijks - binnen 2 weken na afloop van desbetreffende maand - het ZK van een overzicht van gerealiseerde productie volgens de door het ZK aangeleverde format	Ja / Neen
10.a,lid 8	De ZA levert de overeengekomen informatie aan ten behoeve van de zorgatlas	Ja /Neen

---