

Beleidsregel TH/BR-018

**Toezichtkader zorgplicht
zorgverzekeraars Zvw**

december 2014

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Reikwijdte	4
1.3 De zorgplicht van zorgverzekeraars	4
1.3.1 De Zorgverzekeringswet	4
1.3.2 Omschrijving zorgplicht	5
1.3.3 Rolverdeling NZa en IGZ	5
1.4 Toezicht en handhaving	5
1.4.1 Zorgplicht is een open norm	6
1.4.2 Aangrijpingspunt toezicht	6
1.4.3 Rol van de verzekerde	7
1.4.4 Relatie met transparantie	7
1.4.5 Prioriteiten bij het toezicht	7
1.5 Inwerkingtreding	8
2. De zorgverzekering	9
2.1 De zorgverzekeringsovereenkomst	9
2.1.1 De zorgplicht in de polis	9
2.1.2 De Zorgpolissen	10
2.1.3 Zorgcontracten	13
2.2 Zorg	14
2.2.1 Aard, inhoud en omvang van zorg	14
3. Begrippen	17
3.1 Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars	17
3.1.1 Verplichting	17
3.1.2 Norm	17
3.1.3 Best practice	18
3.2 Publieke belangen en consumentenwaarden	18
3.2.1 Kwaliteit	18
3.2.2 Toegankelijkheid	19
3.2.3 Betaalbaarheid	22
3.2.4 Typen zorg	22
4. Verplichtingen en normen	25
4.1 Leeswijzer	25
4.2 De algemene verplichtingen	26
4.3 Polis specifieke verplichtingen	28
4.3.1 Natura	28
4.3.2 Restitutie (vergoeden van kosten van zorg en bemiddeling)	30
4.4 Gecontracteerde zorg	33
4.5 Tijdigheid en bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg	38
4.5.1 Te waarborgen tijdigheidsnormen	38
4.6 Bereikbaarheid	41
4.6.1 Te waarborgen bereikbaarheidsnormen	41
Bijlage 1. Te waarborgen verplichtingen en normen	45
Bijlage 2. Afkortingen	49
Bijlage 3. Zorgpolissen	50

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorgplicht van de zorgverzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden in het zorgstelsel die de rechtspositie van de verzekerde consument waarborgen, samen met de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, transparante informatie en de risicoverevening.¹ De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de (rechtmatige) uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De zorgplicht van zorgverzekeraars is verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw regelt echter niet wat de zorgplicht precies inhoudt en hoe zorgverzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen. De zorgplicht uit de Zvw is grotendeels een open norm, waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. Zij 'vertalen' de zorgplicht in de polissen die zij aanbieden. De NZa ziet er daarbij met name op toe dat voldaan is aan de randvoorwaarden, conform de verplichtingen en normen neergelegd in deze beleidsregel.

1.2 Reikwijdte

De Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw is een beleidsregel. Deze beleidsregel is van toepassing op de zorgplicht van zorgverzekeraars binnen de Zvw. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Met deze beleidsregel geeft de NZa aan hoe zij toezicht houdt op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. met deze bevoegdheid omgaat. Deze beleidsregel heeft geen betrekking op verplichtingen die rusten bij zorgaanbieders.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)'. In dit document zal telkens worden verwezen naar 'toezichtkader'.

1.3 De zorgplicht van zorgverzekeraars

1.3.1 De Zorgverzekeringswet

Op grond van artikel 11 Zvw heeft de zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden een zorgplicht om het in de Zvw neergelegde te verzekeren risico (de zorg) te leveren dan wel te vergoeden.² Het gaat om de zorg gericht op genezing³ (het te verzekeren risico) zoals bedoeld in artikel 10 Zvw. Als het verzekerde risico zich bij een verzekerde voordoet geeft de zorgplicht recht op prestaties die bestaan uit:

- de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft;
- vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (zorgbemiddeling).

¹ NZa, www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet.

² De zorgplicht van een zorgverzekeraar beperkt zich daarom tot de basisverzekering en gaat niet over de aanvullend verzekerde zorg.

³ MvT Zvw.

1.3.2 Omschrijving zorgplicht

Onder de zorgplicht verstaat de NZa het volgende:

Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft.⁴ Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.⁵

In de Memorie van Toelichting op de Zvw (MvT Zvw) wordt de zorgplicht expliciet in verband gebracht met (verantwoording over) aspecten van zorg als de kwaliteit, de bereikbaarheid, de tijdigheid en de veiligheid ervan.⁶ Veiligheid vormt een onderdeel van kwaliteit, en is niet als apart aspect van de zorgplicht opgenomen.

In het veld leeft soms de misvatting dat de zorgplicht alleen geldt ten aanzien van naturaprestaties. Dit is niet het geval. Ook bij restitutieprestaties, met of zonder gecontracteerde zorg, heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. In hoofdstuk 4 van deze beleidsregel worden de onderscheidende elementen ten aanzien van de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars toegelicht.

1.3.3 Rolverdeling NZa, IGZ en het Zorginstituut Nederland

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die hij levert.

Op grond van de zorgplicht moeten zorgverzekeraars een actieve rol spelen bij het waarborgen van deze elementen als er sprake is van zorgbemiddeling of gecontracteerde zorg. De NZa ziet toe op de naleving van deze zorgplicht door zorgverzekeraars en volgt hierbij het oordeel van de IGZ.⁷ Daarnaast heeft de NZa ook een rol ten aanzien van kwaliteit bij het bevorderen van transparantie, regulering en uitvoering van het bekostigingssysteem, marktonderzoek en het geven van zienswijzen over voorgenomen fusies.

Het Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. De NZa kan het Zorginstituut raadplegen bij de vraag of een bepaalde vorm van zorg of dienst onderdeel is van het verzekerde pakket. De NZa zal het oordeel van het Zorginstituut betrekken bij de beoordeling is de zorgplicht wordt nagekomen.

1.4 Toezicht en handhaving

De NZa houdt op grond van artikel 16, sub b, Wmg toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. De zorgplicht

⁴ Met zorg wordt in dit toezichtkader steeds bedoeld zowel de zorg als diensten volgens artikel 11 Zvw.

⁵ De inhoud/omvang volgt rechtstreeks uit artikel 11 van de Zvw.

Bereikbaarheid/tijdigheid en kwaliteit/veiligheid volgt uit de MvT Zvw, p. 42 t/m 44.

⁶ MvT Zvw, p. 44.

⁷ Zie artikel 19, Wmg. Zie voorts het samenwerkingsprotocol met de IGZ. Dit protocol is te vinden op www.nza.nl.

is opgenomen in de Zvw, waardoor de NZa ook toezicht houdt op de uitvoering van de zorgplicht.

Daarnaast rapporteert de NZa op grond van artikel 24 van de Wmg jaarlijks over de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, de uitvoering van de zorgplicht is daar onderdeel van.⁸ Verder verricht de NZa thematische onderzoeken uit naar de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars, zoals het thematische onderzoek medisch-specialistische zorg en farmaceutische zorg in 2013.

Met deze beleidsregel maakt de NZa concreet op basis van welke – deels al bestaande – verplichtingen zij haar toezichtactiviteiten over de zorgplicht door zorgverzekeraars vorm geeft. Dit maakt de NZa als bestuursorgaan voorspelbaar, transparant en zorgvuldig.

Het toezichtkader verschaft daarnaast duidelijkheid over begrippen die gerelateerd zijn aan de zorgplicht én over de rol die van zorgverzekeraars mag worden verwacht. Deze duidelijkheid schept de mogelijkheid om de zorgplicht (beter) na te leven.

1.4.1 Zorgplicht is een open norm

De zorgplicht is grotendeels een open norm. Deze beleidsregel geeft de wettelijke kaders weer en de algemeen geldende normen waar zorgverzekeraars zich aan moeten houden bij de naleving van de zorgplicht. Dat de zorgplicht een open norm is brengt met zich mee dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders, binnen de kaders die wet creëert, een rol spelen bij het nader invullen van de zorgplicht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samen met patiëntenorganisaties, algemeen geldende praktijknormen afspreken. Het Kwaliteitsinstituut neemt deze normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut.⁹ Alle zorgverzekeraars zullen bij de naleving van de zorgplicht deze algemeen geldende normen in acht moeten nemen. De NZa zal enkel waar nodig en mogelijk de zorgplicht nader invullen.

Daarnaast komen zorgverzekeraars de mogelijkheid toe om met zorgaanbieders uit doelmatigheidsoverwegingen nadere afspraken te maken. Een zorgverzekeraar kan ook kwaliteitsafwegingen meenemen in de keuze om met sommige zorgaanbieders afspraken te maken. Daarmee kan hij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars.¹⁰

In zijn algemeenheid geldt dat wanneer zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders, of consumenten bemiddelen naar zorgaanbieders, dat zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van deze (ingekochte) zorg moeten borgen.

1.4.2 Aangrijpingspunt toezicht

Wanneer zorgverzekeraars onvoldoende uitvoering geven aan hun zorgplicht kan de NZa (handhavend) optreden op grond van artikel 16, sub b, van de Wmg. Bij dit toezicht hanteert de NZa de in dit toezichtkader genoemde verplichtingen en normen die de zorgverzekeraar moet borgen.

⁸ In het 'Onderzoek uitvoeringsverslag', onderdeel van het 'Protocol Vereveningsonderzoek Zvw en Onderzoek uitvoeringsverslag Zvw, jaar t', zijn de elementen opgenomen die de NZa betreft in haar toets.

⁹ Zie <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit>.

¹⁰ MvT Zvw, p. 43.

De normen in deze beleidsregel zijn niet absoluut. Indien een zorgverzekeraar in een concreet geval op andere wijze de zorgplicht naleeft, dan is dit mogelijk als dat binnen de gegeven wettelijke kaders plaatsvindt. De vraag of aan de zorgplicht wordt voldaan kan afhankelijk zijn van de omstandigheden van het geval. Voor zover het wenselijk is om algemeen geldende normen te formuleren, is het in eerste instantie aan partijen om een nadere invulling te geven aan de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg.

De verplichtingen en normen in deze beleidsregel zijn niet limitatief of alomvattend. Bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht stelt de NZa zich op de hoogte van de meest actuele stand van zaken.

1.4.3 Rol van de verzekerde

De zorgverzekeringsovereenkomst valt onder het privaatrecht. Als een zorgverzekeraar zijn verplichtingen op grond van de zorgplicht niet nakomt, kan de verzekerde hem aanspreken op naleving van zijn verplichtingen, net als bij andere verbintenissen. De verzekerde kan zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of tot de civiele rechter. De SKGZ is een laagdrempelige, onafhankelijke instantie, die bindend kan adviseren bij geschillen tussen een zorgverzekeraar en verzekerde.

1.4.4 Relatie met transparantie

De zorgverzekeraar moet transparant zijn over de inhoud van de polis. Dit geldt ook voor de zorgplicht, de verzekerde moet weten waar hij recht op heeft. Alle verplichtingen van de zorgverzekeraar zijn opgenomen in de beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten.¹¹ Zo moet de zorgverzekeraar duidelijk communiceren over het gecontracteerde zorgaanbod, zodat de verzekerde weet bij welke zorgaanbieder hij terecht kan als hij zich op grond van zijn zorgverzekering moet wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Ook moet de zorgverzekeraar helder aangeven dat een verzekerde slechts een gedeeltelijke vergoeding krijgt als hij naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat en hoe hoog die vergoeding dan is.

Ook het tijdig bekend maken van het gecontracteerd zorgaanbod is van belang. Het zorgaanbieder moet in principe bekend zijn op het moment dat een verzekerde een keus maakt voor een zorgverzekering. De NZa dringt er bij zorgverzekeraars dan ook op aan om het contracteerproces tijdig af te ronden, zodat half november, bij de bekendmaking van wijzigingen in de premiegrondslag¹², het gecontracteerd zorgaanbod bekend is.

1.4.5 Prioriteiten bij het toezicht

Omdat toezichtcapaciteit schaars is kan de NZa niet elke melding op het gebied van de zorgplicht onderzoeken dan wel oppakken. Daarom heeft de NZa voor het toezicht op en de handhaving van de zorgplicht prioriteringscriteria opgesteld. Deze criteria zijn weergegeven in

¹¹ De Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten is te raadplegen op de website van de NZa: www.nza.nl. De beleidsregel wordt jaarlijks van een update voorzien.

¹² Artikel 17, Zvw. De premiegrondslag is de premie voor een polis, zonder dat daar eventuele kortingen vanaf zijn gehaald.

beleidsregel Handhaving¹³ en luiden als volgt:

- Wat is het consumentenbelang bij optreden door de NZa?
- Hoe groot is de 'schade' aan het zorgstelsel door de overtreding?
- Hoe groot is het economische belang dat gediend is met optreden?
- Hoe ernstig is de overtreding?
- Hoe groot is de maatschappelijke onrust?
- Kan de NZa effectief en efficiënt optreden?

Een belangrijk element voor toetsing van deze criteria is of verzekerden zelf hun recht kunnen halen door zich te wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de civiele rechter. Als dit het geval is, zal de NZa in beginsel niet optreden.

Hieraan gerelateerd bekijkt de NZa of er sprake is van een structureel probleem of een probleem dat meerderde verzekerden raakt. Dit kan een overweging zijn om wel op te treden.

1.4.6 Handhaving

Op het moment dat er sprake is van een schending van de zorgplicht kan de NZa optreden. De NZa kan daartoe bijvoorbeeld een normoverdragend gesprek voeren, een aanwijzing of een last onder dwangsom opleggen. Ook kan zij maatregelen die zijn opgelegd aan een zorgverzekeraar openbaar maken.

1.5 Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2014, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2015. Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)', met kenmerk TH/BR-009, ingetrokken.

¹³ Beleidsregel Handhaving, TH/BR-016. De beleidsregel is te raadplegen op de website van de NZa: www.nza.nl.

2. De zorgverzekering

2.1 De zorgverzekeringsovereenkomst

De Zvw geeft de definitie van de zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.¹⁴

De zorgverzekering is een private overeenkomst van schadeverzekering die wordt uitgevoerd door een private onderneming; de zorgverzekeraar. Elke verzekeringsplichtige moet een zorgverzekeringsovereenkomst aangaan met een zorgverzekeraar.¹⁵ De zorgverzekeringsovereenkomst vormt de basis voor de rechten en plichten van de verzekerde en de zorgverzekeraar.

De Zvw schrijft de aard, inhoud en omvang van de zorg voor. Het is aan de zorgverzekeraar om in de overeenkomst neer te leggen bij welke categorie aanbieders, of bij wie de verzekerde de zorg kan betrekken.¹⁶ Daarnaast staat het zorgverzekeraars vrij om met de verzekerde additionele voorwaarden af te spreken, bijvoorbeeld extra opzegmogelijkheden.¹⁷ Vanzelfsprekend mogen deze voorwaarden de verzekerde aanspraken geregeld in de Zvw niet te boven of onder gaan.

2.1.1 De zorgplicht in de polis

De zorgplicht is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde.¹⁸ Wat die verplichting precies inhoudt is afhankelijk van de manier waarop verzekerde prestaties worden aangeboden:

- Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering aanbiedt en uitvoert met prestaties in *natura* is gehouden zijn individuele verzekerden de zorg te leveren waar zij recht op hebben en behoefte aan hebben.
- Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering aanbiedt en uitvoert met prestaties in *restitutie* is gehouden de kosten van de zorg aan elk van zijn individuele verzekerden te vergoeden. De zorgverzekeraar kan worden aangesproken op het geleverde resultaat. Verder heeft de zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg een inspanningsverplichting.¹⁹ Hier kan een zorgverzekeraar niet worden aangesproken op het resultaat, maar op de inspanning die hij heeft geleverd om de zorg of dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft te behalen.

¹⁴ Artikel 1, onder d, Zvw.

¹⁵ Een verzekeringsplichtige is degene die op grond van de Wlz van rechtswege verzekerd is. Zie artikel 2, Zvw.

¹⁶ MvT Zvw, p. 41-42, en Bzv, nota van toelichting, p. 18-19.

¹⁷ MvT Zvw, p. 78.

¹⁸ Met resultaatsverplichting wordt bedoeld dat er een contractuele verplichting bestaat om het aangeboden product of dienst ook daadwerkelijk te realiseren (resultaat). Het gaat dan om het leveren van zorg of het vergoeden van zorg.

¹⁹ Onder 'zorgbemiddeling' verstaat de Zvw dat, desgevraagd, de zorgverzekeraar activiteiten moet ondernemen gericht op het verkrijgen van zorg en diensten. Zorgbemiddeling is niet hetzelfde als 'recht op zorg'. De zorgverzekeraar moet zich inspannen om het resultaat te bereiken, maar kan niet zonder meer worden aangesproken aan het uitblijven van het resultaat.

Dit toezichtkader geeft weer welke *algemene* normen de zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de naleving van de zorgplicht. Echter:

- De resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar houdt in dat, wanneer de behoefte aan zorg van de individuele verzekerde dit nodig maakt, de zorgverzekeraar verder moet gaan dan deze algemene normen. Er is dus niet per definitie voldaan aan de zorgplicht als aan deze normen wordt voldaan.
- De zorgplicht is niet per definitie geschonden als niet aan de algemene normen wordt voldaan. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar, mits transparant, nadere invulling geeft aan de algemene normen in zijn polis en binnen de wettelijke kaders zich wenst te onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

Het resultaat ten aanzien van verzekerden is uiteindelijk bepalend en de zorgverzekeraar heeft een eigen verantwoordelijkheid om te bepalen hoever hij zal gaan. Hij zal daarbij een juiste afweging moeten maken en de noodzakelijke maatregelen (bijvoorbeeld in het kader van de zorginkoop) moeten treffen.

2.1.2 De Zorgpolissen

Artikel 11 van de Zvw biedt de mogelijkheid om de verzekerde prestaties in natura, restitutie, of een combinatie van beide vormen aan te bieden. De keuze die de zorgverzekeraar daarbij maakt resulteert in een bepaald type zorgpolis. Er zijn drie typen polissen:²⁰

- naturapolis (alle zorgprestaties in natura);
- restitutiepolis (alle zorgprestaties via restitutie, met of zonder gecontracteerde zorg);
- combinatiepolis (prestaties deels in natura en deels via restitutie, met of zonder gecontracteerde zorg).

2.1.2.1 Naturapolis

Een prestatie in natura staat gelijk aan het recht op zorg voor de verzekerde.²¹ Hiertegenover staat de verplichting van de zorgverzekeraar om zorg aan zijn verzekerden te (laten) leveren.²² Voor zorgprestaties in natura zijn de verzekerden in principe aangewezen op gecontracteerde zorg.²³ Het kenmerk van een prestatie in natura is dat de zorgverzekeraar de zorg organiseert. Die zorg moet tijdig worden verleend en van toereikende kwaliteit zijn.²⁴

De zorgverzekeraar kan deze zorg leveren in eigen beheer of door het contracteren van zorgaanbieders. Buiten het gecontracteerde aanbod kan de verzekerde zorg inroepen tegen recht op een (eventueel gekorte) vergoeding.²⁵ Als een zorgverzekeraar de prestaties in de zorgverzekeringsovereenkomst omschrijft als 'recht op zorg' en de verzekerde heeft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht op vergoeding van (een deel van de) kosten, is er sprake van een naturapolis.

²⁰ Zie artikel 11, Zvw.

²¹ Zvw, artikel 11.

²² MvT Zvw, p. 105.

²³ MvT Zvw, p. 105: Bij gecontracteerde zorg kan het gaan om gecontracteerde zorgaanbieders of hulpverleners die dienst zijn van de zorgverzekeraar. In dat laatste geval is ook sprake van een gecontracteerd zorgaanbod vanwege de arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener.

²⁴ MvT Zvw, p. 43.

²⁵ Zvw, artikel 13.

Kenmerk van de naturapolis is dat verzekerden worden geprikkeld om te gaan naar de zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten (sturing naar voorkeursaanbieders).

Op het moment dat een zorgverzekeraar de zorg niet, niet tijdig of niet behoorlijk levert of kan leveren is er sprake van een wanprestatie. Dit kan het geval zijn als de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld, niet of te weinig zorg of zorgaanbieders heeft gecontracteerd, de zorg niet in eigen beheer kan leveren, of omdat het zorgaanbod wegvalt. Bij het uitblijven van presteren schendt de zorgverzekeraar zijn zorgplicht. Dit kan tot gevolg hebben dat hij aansprakelijk wordt gesteld voor de door de verzekerde geleden schade en deze moet vergoeden. Het is niet toegestaan dat een zorgverzekeraar in een dergelijke situatie in plaats van de zorg levert een geldbedrag uitkeert. Dit maakt de schending niet ongedaan.

2.1.2.2 Restitutie

Een prestatie die via restitutie wordt aangeboden staat gelijk aan het recht op vergoeding voor de verzekerde van de kosten van de zorg, en desgevraagd bemiddeling naar het verkrijgen van zorg.²⁶ In het eerste geval moet dit resulteren in vergoede zorg (resultaatsverplichting), en in het tweede geval heeft de zorgverzekeraar 'slechts' de plicht zich in te spannen (inspanningsverplichting).

Een verzekerde prestatie in een restitutiepolis geeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling, ongeacht of de verzekerde zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of van een gecontracteerde aanbieder afneemt. De zorgverzekeraar is bij een restitutiepolis niet verantwoordelijk voor de zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders met wie hij geen contract heeft afgesloten. Als een zorgverzekeraar in een restitutiepolis verzekerde prestaties aanbiedt via gecontracteerde zorgaanbieders, heeft die zorgverzekeraar een directe rol bij de kwaliteit van de zorg die gecontracteerde zorgaanbieders leveren.²⁷ Als een verzekerde zijn zorgverzekeraar vraagt om te bemiddelen, mag van de verzekeraar worden verwacht dat deze hem niet stuurt naar een hulpverlener die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. Een zorgverzekeraar moet daarop letten.²⁸

Voor verzekerde prestaties die via restitutie worden aangeboden is onderscheid te maken tussen 'gecontracteerde zorg' en 'niet-gecontracteerde zorg'. De zorgverzekeraar kan bij de restitutievariant kiezen voor drie mogelijkheden:

'Zuivere' restitutiepolis

Verzekerden zijn hierbij volledig vrij in de keuze van een zorgaanbieder, zonder enige (financiële) beperking.²⁹ De zorgverzekeraar kan via een betalingsovereenkomst regelen dat nota's door de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden ingediend. De zorgverzekeraar is wel gehouden na te gaan of de zorg waarvoor hij een declaratie ontvangt naar inhoud gezien past in de dekking van de polis.³⁰

²⁶ Zvw, artikel 11.

²⁷ MvT Zvw, p. 43.

²⁸ MvT Zvw, p. 43.

²⁹ Hier geldt wel dat op grond van art. 2.2, lid 2, Bzv, op de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

³⁰ MvT Zvw, p. 43.

Restitutiepolis met gecontracteerde zorgprestaties

Hierbij worden verzekerden geprikkeld om naar de zorgaanbieders te gaan waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De zorgverzekeraar kan bepalen dat als een verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat, hij slechts een deel van de kosten van de behandeling vergoed krijgt.

Restitutiepolis met deels gecontracteerde zorgprestaties

Verzekerden worden voor bepaalde prestaties geprikkeld naar de zorgaanbieders te gaan waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en voor de overige prestaties kunnen zij zonder financiële beperking een zorgaanbieder kiezen.

2.1.2.3 Combinatiepolis

Een zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om een modelovereenkomst aan te bieden waarbij de verzekerde bij bepaalde prestaties recht heeft op zorg (natura) en bij andere prestaties recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). Dat is een combinatiepolis. Per verzekerde prestatie is het dan van belang om te weten of het om een 'natura-' of 'restitutie' prestatie gaat. Er geldt dan wat hiervoor is vermeld in de paragrafen over natura en restitutie.

In onderstaand overzicht zijn de kenmerken per type polis weergegeven welke daaronder nader worden toegelicht. In Bijlage 3 is een schematisch overzicht van de verschillende soorten zorgpolissen opgenomen.

Figuur 1. Kenmerken per type polis

	Naturapolis	Zuivere restitutiepolis	Restitutiepolis met (volledig of deels) gecontracteerde zorgprestaties	Combinatiepolis
Gecontracteerde zorgprestaties:	Ja, alle zorgprestaties.	Nee.	Ja, alle zorgprestaties of een deel daarvan.	Ja, alle zorgprestaties of een deel daarvan.
Aanspraak verzekerde:	Recht op zorg.	Recht op vergoeding van kosten van zorg en zorgbemiddeling.	Recht op vergoeding van kosten van zorg en zorgbemiddeling.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaties in natura: recht op zorg. • Restitutieprestaties: recht op vergoeding van kosten van zorg.
Plicht verzekeraar:	Resultaatsverplichting tot leveren van zorg, tenzij overmacht.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultaatverplichting tot vergoeden van zorg. • Inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultaatverplichting tot vergoeden van zorg en zorgbemiddeling. • Inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaties in natura: resultaatsverplichting tot leveren van zorg, tenzij overmacht. • Restitutieprestaties: <ul style="list-style-type: none"> - resultaatverplichting tot vergoeden van zorg. - inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt.
Vergoeding:	<ul style="list-style-type: none"> • Gecontracteerde zorgaanbieders: n.v.t. 	100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.	<ul style="list-style-type: none"> • Bij niet-gecontracteerde zorgprestaties: 100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij niet-gecontracteerde zorgprestaties: 100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.

	<ul style="list-style-type: none"> • Niet-gecontracteerde zorgaanbieders: een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding, die geen feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.³¹ 		<ul style="list-style-type: none"> • Bij gecontracteerde zorgprestaties: <ul style="list-style-type: none"> - gecontracteerde zorgaanbieders: 100% - niet-gecontracteerde zorgaanbieders: (deel van) volledige vergoeding.³² 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij gecontracteerde zorgprestaties: <ul style="list-style-type: none"> - gecontracteerde zorgaanbieders: 100% - niet-gecontracteerde zorgaanbieders: (deel van) volledige vergoeding.
Wijze vergoeding:	Bij gecontracteerde zorgaanbieders rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder.	<ul style="list-style-type: none"> • In principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie. • Bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij gecontracteerde zorgaanbieders: rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder • Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders: <ul style="list-style-type: none"> - in principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie. - bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij gecontracteerde zorgaanbieders: rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder • Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders: <ul style="list-style-type: none"> - in principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie. - bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar.

Bron: NZa

2.1.3 Zorgcontracten

2.1.3.1 Gecontracteerde zorg

Gecontracteerde zorg is zorg waarover de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken heeft gemaakt over:

- de inhoud en kwaliteit van de zorg,
- hoogte van de vergoeding aan de zorgaanbieder en/of de omvang van het volume,
- of zorg geleverd door zorgaanbieders die bij de zorgverzekeraar in dienst zijn. Ook in dit geval is er sprake van gecontracteerde zorg vanwege de arbeidsovereenkomst met de zorgverlener.³³

Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om te sturen op de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg. Immers, door het stellen van eisen bij het contracteren, in combinatie met het opleggen van sancties (lager tarief, niet contracteren) kunnen zorgverzekeraars sturend optreden richting zorgaanbieders om deze aspecten op het gewenste peil te brengen.

Als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding.³⁴ Als een zorgverzekeraar de vergoeding voor een zorgprestatie beperkt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de verzekerden

³¹ Zie hier verplichting 17, voor meer informatie.

³² Zie hier verplichting 17, voor meer informatie.

³³ MvT Zvw, p.105 en p.106.

³⁴ Zie artikel 13, eerste lid, Zvw, dat spreekt over 'vergoeding'. De Hoge Raad heeft in haar arrest van 11 juli 2014 bepaald dat dit inhoudt dat de vergoedingsbeperking niet dusdanig mag zijn dat het een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hierover de toelichting bij verplichting 17.

geprikkeld naar zorgaanbieders te gaan waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten (sturing naar voorkeursaanbieders).

2.1.3.2 Niet-gecontracteerde zorg

Bij niet-gecontracteerde zorg is er geen contractuele relatie tussen de zorgverzekeraar en een zorgaanbieder voor wat betreft de inhoud en kwaliteit van de zorg, de hoogte van de vergoeding en/of de omvang van het volume. Het kan wél voorkomen dat de rekening van de zorgaanbieder direct naar de zorgverzekeraar gaat. In dat geval is er vaak sprake van een betalingsovereenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en betaalt de verzekeraar in naam van de verzekerde.³⁵

2.2 Zorg

De zorgplicht van zorgverzekeraars heeft betrekking op de in de Zvw verzekerde zorgprestaties. Bij een naturapolis is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de *zorg* die hij contracteert. Inadequate levering is de zorgverzekeraar aan te rekenen. Bij een restitutiepolis is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor een tijdige en juiste vergoeding van de door de verzekerde gemaakte kosten en bemiddeling naar zorg. Daar waar de zorgverzekeraar een restitutiepolis met gecontracteerd zorgaanbod aanbiedt, is hij verantwoordelijk voor het door hem gecontracteerde zorgaanbod.

2.2.1 Aard, inhoud en omvang van zorg

2.2.1.1 Verzekerde prestaties (wettelijke aanspraak)

De Zvw bepaalt de aard, inhoud en omvang van de zorg die moet worden verzekerd. Een verzekering die meer of minder 'dekt' is geen zorgverzekering. De te verzekeren risico's – bij de zorgverzekering: 'de behoefte aan zorg' – staan genoemd in artikel 10 van de Zvw. In nadere regelingen (het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) is de inhoud en omvang van de zorg geregeld.

Het Bzv bepaalt de inhoud en omvang van de zorg. De vormen van zorg of diensten zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Bzv. Het zijn functiegerichte aanspraken. Dit betekent dat niet is voorgeschreven wie de zorg moet leveren en waar die zorg moet worden geleverd. Er is ook geen limitatieve opsomming van behandelingen opgeschreven. Het gaat bij de aanspraken om die vormen van zorg en die diensten zoals, bijvoorbeeld, huisartsen die plegen te bieden.

Het Bzv bepaalt ook dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, als die ontbreekt, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Onverminderd de vormen van zorg of diensten die verzekerd zijn op grond van de Zvw heeft een verzekerde 'slechts' recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit indicatievereiste betekent dat een verzekerde niet alle vormen van zorg kan eisen. Als een verzekerde niet op een vorm van zorg of dienst is aangewezen, dan heeft hij geen recht op levering of vergoeding van de kosten van die zorg. Artikel 14, eerste

³⁵ MvT Zvw, p.105.

lid, Zvw, bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst slechts wordt beantwoord op basis van zorginhoudelijke criteria.

Ook kan een zorgverzekeraar verlangen dat een verzekerde voor bepaalde zorgvormen een machtiging of toestemming nodig heeft. Het 'recht' op zorg ontleent de verzekerde niet uit de Zvw maar uit de zorgverzekeringsovereenkomst die hij met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Tot slot is het mogelijk om bij ministeriele regeling te bepalen dat 'experimentele' vormen van zorg of diensten onderdeel van het verzekerde pakket zijn. De Minister kan dat alleen doen voor zover de zorg verantwoord is. Die vormen van zorg zijn maximaal vier jaar onderdeel van het verzekerde pakket. Deze voorwaardelijke toelating is in 2012 gestart als pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatietechnieken bij chronische specifieke lage rugklachten. Het instrument kan worden toegepast om duidelijkheid te krijgen over het al dan niet effectief zijn van mogelijk verouderde behandelmethoden, en om te kunnen beslissen over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket.

2.2.1.2 Zorgbehoefte

De zorgbehoefte kan enerzijds een subjectieve behoefte aan zorg zijn volgens patiënten (*zorgvraag*) en anderzijds een objectieve of geobjectiveerde behoefte aan zorg volgens een vastgestelde maatstaf (*noodzakelijke zorg*). Met 'objectief' wordt niet bedoeld dat de behoefte werkelijkheidsgetrouw en eenduidig kan worden vastgesteld. Het betekent dat beoordeling door een deskundige plaatsvindt.³⁶

Men onderscheidt individuele en collectieve zorgbehoeften. De inhoud en omvang van de collectieve zorgbehoefte van de verzekerdenpopulatie zijn niet eenduidig vast te leggen, maar worden door de individuele zorgverzekeraar bepaald. Uitgangspunt is dat een individuele verzekerde de zorg waar hij behoefte aan heeft moet kunnen verzilveren.³⁷ Om aan deze behoefte tegemoet te komen moeten zorgverzekeraars voor naturaprestaties voldoende zorg inkopen.

2.2.1.3 Gepaste zorg (*gepast gebruik van zorg*)

Het Bzv bepaalt dat een verzekerde alleen *recht* heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Het is aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de zorg die wordt verleend *gepast* is gelet op de zorgbehoefte van de verzekerde, bijvoorbeeld bij het inkopen van zorg en het bemiddelen naar zorg.

Gepaste zorg is die zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is.³⁸ Wat hier gepaste zorg wordt genoemd is in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) als 'verantwoorde zorg' omschreven. Verantwoorde zorg is 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt'.³⁹

Omdat in dit toezichtkader verantwoorde zorg en kwaliteit van zorg aan elkaar zijn gelijkgesteld wordt in dit toezichtkader onder de kwaliteit van

³⁶ Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

³⁷ MvT Zvw, p. 28.

³⁸ RVZ, 'Met het oog op gepaste zorg', 2004.

³⁹ RVZ, 'Met het oog op gepaste zorg', 2004.

zorg hetzelfde verstaan als onder gepaste zorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar het gepast gebruik van zorg bij de naleving van de zorgplicht moet betrekken.

De begrippen noodzakelijke zorg, effectiviteit en doelmatigheid ('gepaste zorg') refereren ook aan de eerste criteria die worden gebruikt om te bepalen welke zorg in het basispakket moet komen (de zogenaamde Trechter van Dunning).⁴⁰ Dit betekent dat de zorgverzekering de principes volgt van gepaste zorg. Omdat de zorgplicht van zorgverzekeraars uit de Zvw betrekking heeft op de zorgverzekering (niet meer en niet minder), volgt ook hieruit dat de zorgverzekeraar het gepast gebruik van zorg bij de naleving van de zorgplicht moet betrekken.

⁴⁰ RVZ, 'Met het oog op gepaste zorg', 2004.

3. Begrippen

In dit hoofdstuk worden begrippen toegelicht die relevant zijn in het kader van de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Eerst worden de verschillende verzekeringsvormen kort toegelicht. Daarna worden de begrippen uitgelegd die noodzakelijk zijn om inhoud te geven aan de verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de zorgplicht. Bij de indeling is aangesloten bij de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid), de verschillende zorgprestaties (inhoud en omvang zorg en type zorg).

De NZa gaat bij haar toezicht op de zorgplicht uit van de begrippen zoals die in dit hoofdstuk zijn weergegeven.

3.1 Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars

De verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de zorgplicht zijn in dit toezichtkader uitgewerkt in verplichtingen en normen.

3.1.1 Verplichting

Een verplichting is een voorschrift en gaat in op een bepaald gedrag dat van een partij wordt verwacht. Meestal wordt voorgeschreven wat betreffende partij moet doen waarbij geen alternatieve optie meer voorhanden is. Het kan echter ook zijn dat wordt voorgeschreven wat niet mag (uitsluiten). Daarbij houdt de betreffende partij nog bepaalde opties over.

3.1.2 Norm

Een norm is een meetbare waarde die zowel absoluut als relatief kan zijn. Een norm wordt afgesproken of door een meerderheid normaal en/of belangrijk gevonden.⁴¹ Binnen de Nederlandse gezondheidszorg worden normen grotendeels door veldpartijen zelf afgesproken en vastgelegd (veldnormen).⁴² Wanneer dat nodig is kunnen ook overheidsinstanties normen nader invullen. Het Kwaliteitsinstituut (KI) stimuleert de ontwikkeling van veldnormen voor de kwaliteit van zorg en neemt geaccepteerde normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut.⁴³

De normen in dit toezichtkader zijn allen geformaliseerd door gezaghebbende (overheids-) instanties, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Waar dat nodig en mogelijk is, vult de NZa ook zelf normen nader in. Bij het ontbreken van eenduidige normen kan de 'best practice' leidend zijn (zie §3.1.3).

⁴¹ Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

⁴² Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

⁴³ Zie www.zorginstituutnederland.nl

3.1.3 Best practice

Een *best practice* is een succesvol gebleken praktijk die zodanige verbeteringen heeft opgeleverd dat deze als voorbeeld dient voor andere praktijken.⁴⁴

3.2 Publieke belangen en consumentenwaarden

De NZa houdt toezicht op de publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De NZa ziet toe op deze belangen vanuit het algemeen consumentenbelang.⁴⁵

De onderverdeling van onderliggende begrippen om de publieke belangen vorm te geven, is gebaseerd op verschillende bronnen. Op grond van deze bronnen worden 'bereikbaarheid' en 'tijdigheid' als vormen van 'toegankelijkheid' gezien.

3.2.1 Kwaliteit

Onder kwaliteit van zorg wordt verstaan verantwoorde zorg.⁴⁶ Dat wil zeggen: de zorg is van goed niveau, wordt in ieder geval doeltreffend, doelmatig en vraaggericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.⁴⁷

Bij zorginstellingen wordt verantwoorde zorg vooral gerealiseerd door de organisatie van de zorgverlening, de kwaliteit en hoeveelheid van personeel en materieel en de verantwoordelijkheidstoedeling.⁴⁸ Verantwoorde zorg betekent bovendien dat de veiligheid en gezondheid van patiënten niet in gevaar komen.⁴⁹

Voor individuele beroepsbeoefenaren in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), wordt verantwoorde zorg vooral gerealiseerd door de organisatie van hun beroepsuitoefening en (de kwaliteit en hoeveelheid van) het materieel.⁵⁰

De kwaliteit van zorg die wordt geleverd in het buitenland kan afwijken van de kwaliteit die wordt geleverd in Nederland. Als een zorgverzekeraar een zorgaanbieder in het buitenland contracteert, of naar een zorgaanbieder in het buitenland bemiddelt, moet de zorgverzekeraar zich ervan vergewissen dat de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd goed is en afgestemd is op de reële zorgbehoefte van de patiënt.

De aspecten doeltreffendheid, doelmatigheid en veiligheid worden hierna besproken en zijn onder te brengen bij de normen met betrekking tot kwaliteit.

De vraaggerichtheid betreft overigens niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de inhoud en omvang, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg. Deze aspecten worden besproken bij het publieke belang 'Toegankelijkheid' (zie § 3.2.2.13).

⁴⁴ Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

⁴⁵ Zie artikel 3, lid 4, Wmg. Zie verder: NZa, 'Rapportage Consument 2009', december 2009.

⁴⁶ KWZ, artikel 2 en Wet BIG, artikel 40, lid 1.

⁴⁷ KWZ, artikel 2.

⁴⁸ KWZ, artikel 3.

⁴⁹ KWZ, artikel 7.

⁵⁰ Wet BIG, artikel 40, lid 1.

3.2.1.1 Doeltreffendheid

Doeltreffendheid is de mate waarin de zorg het vooraf gewenste doel bereikt voor de patiënt.⁵¹ De zorg is bovendien proportioneel, 'evidence based', en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk ('state of the art'). Onder- en overgebruik van zorg wordt vermeden.⁵² Innovaties maken hier onderdeel van uit. Doeltreffendheid wordt ook wel aangeduid als *effectiviteit*.

3.2.1.2 Doelmatigheid

Doelmatigheid is de relatie tussen het beoogde effect en de daarvoor nodige inzet van menskracht, middelen en geld.⁵³ Bij de organisatie en levering van zorg wordt vermeden dat middelen, voorraden, ideeën en energie wordt verspild.⁵⁴ Doelmatigheid wordt ook wel aangeduid als *efficiëntie*.

3.2.1.3 Veiligheid

De mate waarin een actie of regeling voor het bereiken van een beoogd resultaat gestalte krijgt zonder onbedoelde en schadelijke resultaten voor patiënten, medewerkers en bezoekers.⁵⁵

3.2.2 Toegankelijkheid

Toegankelijke zorg betekent dat personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder ongewenste drempels toegang hebben tot zorgverlening.⁵⁶

In de literatuur wordt de toegankelijkheid meestal bepaald in de vorm van factoren die de toegankelijkheid van de zorg kunnen beperken zoals kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoetkomt aan de behoefte en (zorg-) vraag van burgers.⁵⁷ Daarnaast is het gelijkheidsbeginsel een belangrijk aspect van toegankelijkheid.⁵⁸

Het begrip toegankelijkheid valt op grond van bovenstaande op te delen in de volgende invalshoeken:⁵⁹

- vraaggerichtheid;
- gelijkheid;
- tijdigheid;
- bereikbaarheid;
- beschikbaarheid;
- continuïteit van zorg
- keuzevrijheid.

Naast de inhoudelijke aspecten van toegankelijkheid zijn er nog andere dimensies te onderkennen bij het begrip toegankelijkheid, die hieronder dan ook apart worden besproken. Van belang zijn de beschikbaarheid en continuïteit van zorg. Ook de keuzevrijheid hangt nauw samen met de

⁵¹ IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

⁵² CVZ, 'Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004.

⁵³ IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

⁵⁴ CVZ, 'Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004.

⁵⁵ Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

⁵⁶ RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

⁵⁷ RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

⁵⁸ MvT Zvw, IGZ.

⁵⁹ Op grond van verschillende bronnen (MvT Zvw, IGZ, RIVM, Nivel) is het begrip toegankelijkheid in kaart gebracht.

toegankelijkheid van het zorgaanbod. Daarnaast dient er voldoende diversiteit in het zorgaanbod te zijn, zodat de burgers de kwaliteit van zorg kunnen afwegen tegen de voor- en nadelen.⁶⁰

De NZa onderscheidt de invalshoek betaalbaarheid als een afzonderlijk publiek belang. Betaalbaarheid wordt daarom apart besproken in § 3.2.3.

3.2.2.1 Vraaggerichtheid

Bij vraaggerichtheid gaat het om de mate waarin de consument (patiënt/verzekerde) in de zorg centraal staat.⁶¹ *Vraaggestuurde zorg* is dus zorg die zó is ingericht dat de wensen van de consumenten (patiënten/verzekerden) bepalend zijn voor de zorg die daadwerkelijk wordt verleend.⁶²

De vraaggerichtheid gaat in op de zorgbehoefte van de verzekerde. Binnen de Zvw kan slechts aan de zorgbehoefte worden voldaan voor zover de verzekerde een wettelijke aanspraak heeft op die zorg.

3.2.2.2 Gelijkheid

Iedereen moet gelijke toegang hebben tot (noodzakelijke) zorg van goede kwaliteit, ongeacht leeftijd, geslacht, gezondheidssituatie en sociale achtergrond.⁶³

3.2.2.3 Tijdigheid

De tijdigheid waarmee een prestatie of product wordt geleverd wordt uitgedrukt in de 'toegangstijd' en de 'wachtijd'.

De toegangstijd is de tijd dat het duurt om toegang te krijgen tot het eerste consult of bezoek bij de zorgaanbieder, nadat de afspraak hiervoor is gemaakt of de behoefte aan zorg is vastgesteld.⁶⁴

De wachttijd is de tijd die voorafgaat aan de diagnose of behandeling door de zorgaanbieder, nadat de eerste afspraak voor diagnostiek is gemaakt of de behandeling is geregistreerd in het informatiesysteem van de zorgaanbieder.⁶⁵ Een wachttijd treedt niet in werking indien de zorgaanbieder om zorginhoudelijke redenen adviseert de behandeling uit te stellen.⁶⁶

3.2.2.4 Bereikbaarheid

Bereikbaarheid komt tot uitdrukking in de wijze waarop contact met de zorgaanbieder kan worden opgenomen ('contactmogelijkheden'), de geografische afstand ('reisafstand') en de snelheid ('reistijd' en

⁶⁰ RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

⁶¹ IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

⁶² Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

⁶³ Bronnen: MvT Zvw, IGZ ('Toezicht als borg voor kwaliteit van zorg'), RIVM en CVZ ('Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004).

⁶⁴ Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

⁶⁵ Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000. Voor wachttijden somatische zorg en wachttijden ambulante tweedelijns GGZ heeft de NZa nadien nadere regels opgesteld (respectievelijk CI/NR-100.110 en GG/NR-100.106). Hierin staan voor deze zorg definities die (beperkt) afwijken van die zoals vermeld in de notitie van het Treekoverleg.

⁶⁶ Dit laat onverlet dat de zorgverzekeraar het aanspreekpunt is in het kader van de (vervulling van de) zorgplicht en deze niet kan overdragen op zorgaanbieders.

'toegangstijd op afstand') waarmee contact kan worden gekregen met de zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Dit contact kan zowel persoonlijk zijn (bv. spreekuur), als contact op afstand (o.a. via telefoon, internet).⁶⁷

Voor bereikbaarheid van zorgaanbieders moet onderscheid gemaakt worden tussen de bereikbaarheid in de acute zorg, electieve zorg en chronische zorg.⁶⁸

3.2.2.5 Beschikbaarheid

Beschikbaarheid van zorg is een voorwaarde om zorg te kunnen leveren. De beschikbaarheid van een zorgfunctie wordt onder meer bepaald door de omvang van de vraag naar deze functie (minimale adherentie voor deze functie, minimaal aantal verrichtingen om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren) en de hiervoor noodzakelijke minimale omvang van formatie van medisch specialisten en (gespecialiseerde) medewerkers (24-uurs beschikbaarheid, voldoende aanbod van zorg, aantrekkelijkheid van werkomgeving).⁶⁹ Uit onderzoek naar de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars blijkt dat de beschikbaarheid van zorg vaak wordt uitgedrukt in een hoeveelheid zorgfuncties per gebied en de openingstijden waarbinnen zorg wordt aangeboden.⁷⁰

3.2.2.6 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg betekent de garantie dat zorg beschikbaar is op het moment dat een verzekerde aanspraak maakt op zorg. Het behelst dat de zorgverzekeraar er continu voor moet waken dat zorg toegankelijk en bereikbaar is voor zijn verzekerden en waar nodig actie onderneemt om de continuïteit te borgen. Voor de continuïteit van zorg is het in principe irrelevant welke zorgaanbieder deze zorg levert. Het gaat immers niet om de continuïteit van de zorgaanbieder maar van de zorg. Bij een zorgaanbieder kunnen zich echter problemen voordoen waardoor deze de zorgverlening niet meer kan voortzetten. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een instelling moet worden gesloten vanwege kwaliteitsproblemen of faillissement. Als een zorgaanbieder de zorg niet meer kan leveren hoeft dit voor de naleving van zorgplicht geen probleem te zijn. Het gaat er om dat binnen de geldende normen de continuïteit van de zorg geborgd is.

Continuïteit cruciale zorg

In het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG⁷¹ is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld en welke normen hierbij gelden. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. De aanmerking van zorg als cruciale zorg heeft implicaties voor de verantwoordelijkheid van de overheid voor deze zorg. Ook hier geldt dat de verzekeraar primair verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van deze zorg voor zijn verzekerden. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aanzet om naar alternatieven te zoeken. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Echter, als een verzekeraar door overmacht - ondanks maximale inspanning - niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, heeft de overheid de

⁶⁷ RIVM, IGZ en MvT Zvw.

⁶⁸ IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

⁶⁹ IGZ, Toetsingskader uit 'Bouwstenen Fusieadvies', 24 oktober 2008.

⁷⁰ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

⁷¹ Besluit van 24 augustus 2012, Stb. 2012, 396.

verantwoordelijkheid om de continuïteit van deze zorg te borgen, bijvoorbeeld door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Dit is te beschouwen als een uiterst redmiddel nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft beproefd en deze niet mogelijk zijn gebleken. De NZa toetst een melding van overmacht⁷².

3.2.2.7 Keuzevrijheid

Keuzevrijheid betekent dat mensen vrije toegang hebben tot de zorgverzekering en zorgverlening die zij wensen en dat zij hierbij kunnen kiezen uit verschillende alternatieven.⁷³ De keuzevrijheid is een belangrijke voorwaarde voor de zelfredzaamheid van consumenten.

3.2.3 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid betekent dat er geen (grote) financiële drempels mogen zijn voor de toegang tot de zorgverlening en de zorgverzekering.⁷⁴ Het gaat om de betaalbaarheid voor de individuele consument, niet om die voor de gehele samenleving.

3.2.4 Typen zorg

3.2.4.1 Spoedzorg

Spoedzorg of spoedeisende hulp (SEH) omvat zowel acute zorg als dringende zorg.⁷⁵ De begrippen zijn niet eenduidig gedefinieerd. Er zijn verschillende bronnen, met elke een eigen onderliggende visie. In hoofdlijnen wordt de definitie in twee richtingen uitgewerkt: vanuit het perspectief van de zorgvrager (ruime benadering) en vanuit het perspectief van de zorgverlener (enge benadering).

Bij de ruime benadering staat de beleving van de zorgvrager centraal. *Acute zorg* is dan de zorg waarvan de zorgvrager denkt dat deze acuut verleend moet worden en niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen.⁷⁶ Het uitgangspunt is dat de behoefte aan acute zorg er niet alleen is bij grote kans op overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade, maar ook bij hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid.⁷⁷ Bij de ruime benadering wordt geen onderscheid gemaakt tussen acute zorg en dringende zorg.

⁷² De NZa toetst in hoeverre een zorgverzekeraar kan voldoen aan zijn zorgplicht voor cruciale zorg. Deze rol is nader beschreven in de Beleidsregel overmacht continuïteit van zorg, TH/BR-017. Het overmachtsbeleid is van toepassing op de verzekeraar die een naturapolis aanbiedt en uitvoert. Daarnaast zijn Wlz- en naturaverzekeraars op grond van de Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg verplicht om tijdig potentiële problemen in de continuïteit van deze zorg te melden. Zie www.nza.nl.

⁷³ RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

⁷⁴ RIVM, 'Zorgbalans', 2010. In de MvT op de Zvw wordt het begrip 'toegankelijkheid' niet duidelijk omschreven, maar wel in verband gebracht met 'betaalbaarheid'. Het gaat dan om de hoogte van de zorgpremie en de (vergoeding van) kosten van zorg.

⁷⁵ Een voorstudie voor het onderzoeksprogramma 'Spoedzorg', M.E. van Baar, P. Giesen, R. Grol, A.J.P. Schrijvers, april 2007, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht & Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen. De voorstudie stelt de term *spoedzorg* voor als overkoepelend begrip voor acute en dringende zorg.

⁷⁶ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

⁷⁷ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

Bij de enge benadering staat de beoordeling van de zorgvraag door de zorgverlener centraal. In dit geval is *acute zorg* de zorg die moet worden verleend in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.⁷⁸ Volgens deze definitie valt de hulpverlening bij ernstig ongemak of ongerustheid van een persoon niet onder de acute zorg en behoort in lijn hiermee de huisartsenzorg ook niet tot de acute zorg.⁷⁹ In de enge benadering bestaat er naast acute zorg ook dringende zorg. *Dringende zorg* is urgente zorg waarvoor de zorgverlening wel een paar uur maar niet veel langer kan wachten.⁸⁰ Dringende zorg wordt ook wel *subacute zorg* genoemd.

3.2.4.2 Electieve zorg

Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld.⁸¹ Electieve zorg wordt ook wel *planbare zorg* genoemd. Binnen de electieve zorg is onderscheid te maken tussen basiszorg en complexe zorg, zowel voor de curatief somatische zorg als voor de geestelijke gezondheidszorg.⁸²

Electieve basiszorg is alle planbare zorg die niet valt onder zorg in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) en topreferente zorg.⁸³ Electieve complexe zorg in de ziekenhuissector betreft topklinische zorg - zorg die onder de Wbmv valt - en topreferente zorg - zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is.⁸⁴ De electieve complexe geestelijke gezondheidszorg omvat voorzieningen waarvoor expertise een vereiste is en waarvan het aantal voorzieningen is beperkt.⁸⁵

3.2.4.3 Chronische zorg

Chronische zorg is zorg aan patiënten met een chronische aandoening, waarbij met een relatief hoge frequente behoefte is aan zorg. Voorbeelden van chronische aandoeningen zijn diabetes, COPD, hartfalen en CVR.⁸⁶ Vanuit de zorgplicht gezien is de bereikbaarheid van deze zorg een onderscheidend aandachtspunt.⁸⁷

3.2.4.4 Cruciale zorg

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG⁸⁸ is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute

⁷⁸ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

⁷⁹ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

⁸⁰ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

⁸¹ VWS 'Liberalisering electieve zorg', 20 oktober 2004.

⁸² VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

⁸³ VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

⁸⁴ VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

⁸⁵ VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

⁸⁶ www.zichtbarezorg.nl, 'Consultatiedocument voorlopige minimale dataset chronische zorg', 23 juni 2009. Zichtbare Zorg is een programma dat is opgericht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van het ministerie van VWS.

⁸⁷ NZa, 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel', advies aan VWS, juni 2009.

⁸⁸ Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, Stb. 2012, 396.

verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. Zie verder paragraaf 3.2.2.6.

4. Verplichtingen en normen

Zoals in hoofdstuk 1 van deze beleidsregel genoemd wordt onder de zorgplicht verstaan de verplichting van de zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte en wettelijk aanspraak op heeft.

Dit hoofdstuk geeft de verplichtingen en normen weer aan de hand waarvan de NZa toetst of en in hoeverre zorgverzekeraars de zorgplicht naleven. De NZa hanteert daarbij een onderscheid tussen verplichtingen en normen die van toepassing zijn op de naturaverzekering, de restitutieverzekering, alsmede op beide type zorgverzekeringen. Daarnaast geeft de NZa een set verplichtingen en normen weer die een zorgverzekeraar moet borgen voor zover hij gebruik maakt van gecontracteerd zorgaanbod, ongeacht of hij een restitutie- of naturazorgverzekering aanbiedt en uitvoert.

Voor een zorgverzekering die een combinatie is van naturaprestaties en restitutieprestaties zijn geen aparte verplichtingen en normen opgenomen. De verplichtingen en normen die van toepassing zijn op de naturaverzekering en de restitutieverzekering zijn eveneens van toepassing op de desbetreffende natura- en restitutieprestaties van de combinatieverzekering.

4.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden eerst de verplichtingen genoemd die gelden voor zowel de zorgverzekeraar die een naturapolis aanbiedt, als voor de zorgverzekeraar die een restitutiepolis aanbiedt (ongeacht of het een restitutiepolis is met gecontracteerde zorg, of zonder).

In paragraaf 4.3 worden de verplichtingen genoemd die gelden afhankelijk van het type polis dat wordt aangeboden. Die zijn onderverdeeld in natura en restitutie. Een zorgverzekeraar die een combinatiepolis aanbiedt, moet rekening houden met alle in deze paragraaf genoemde verplichtingen.

In paragraaf 4.4 worden de verplichtingen weergegeven die van toepassing zijn op de zorgverzekeraar die een polis met gecontracteerde zorg aanbiedt, ongeacht of er sprake is van natura of restitutie.

Tot slot worden in paragraaf 4.5 de normen weergegeven die de *inhoud en omvang* van de Zvw-zorg mede omschrijven. De zorgverzekeraar is bij de naleving van zijn zorgplicht gehouden aan deze normen.

Bovenstaande betekent dat een zorgverzekeraar die bijvoorbeeld een naturapolis aanbiedt gehouden is aan de verplichtingen genoemd in paragraaf 4.2, paragraaf 4.3 voor zover deze betrekking hebben op de naturapolis, paragraaf 4.4 (er zal sprake zijn van gecontracteerde zorg) en de normen genoemd in paragraaf 4.5.

4.2 De algemene verplichtingen

De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om te waarborgen dat verzekerden zorg kunnen krijgen wanneer zij die nodig hebben. Daarbij gaat het zowel om de waarborging dat zorg wordt vergoed, als de waarborging dat deze kan worden verkregen.⁸⁹ Er is daarbij verschil in verantwoordelijkheid tussen het leveren van zorg en het vergoeden van zorg, gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg en tussen natura en restitutie.

Hieronder worden de verplichtingen genoemd die gelden ongeacht het type zorgverzekering (natura, restitutie, of combinatie) dat de zorgverzekeraar aanbiedt.

Verplichting 1

De zorgverzekeraar mag de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, enkel beoordelen op basis van zorginhoudelijke criteria.⁹⁰

Toelichting

Hiermee wordt bedoeld dat, bij de beoordeling of de verzekerde op verzekerde zorg is aangewezen en in welke mate, slechts de zorgbehoefte van de verzekerde bepalend is. De zorgbehoefte van de verzekerde moet worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden om in die behoefte te voorzien.⁹¹

Verplichting 2

De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft en die naar inhoud en omvang in overeenstemming zijn met de wettelijke zorgaanspraken, (laten) leveren en/of vergoeden.⁹²

Toelichting

Een verzekerde heeft recht op de zorg (natura) waar hij behoefte aan heeft of vergoeding van de kosten van deze zorg (restitutie). De inhoud en omvang van de verzekerde zorg wordt bepaald door de wetgever. De zorgverzekeraar moet waarborgen dat de verzekerde zijn rechten kan verzilveren.⁹³ Dit betekent eveneens dat de zorgverzekeraar alleen die zorg moet (laten) leveren of vergoeden die voldoen aan de criteria van gepaste zorg. Wordt niet aan dat criterium voldaan, dan is het geen zorg die valt onder de wettelijke aanspraken.

Artikel 13, lid 5, van de Zvw, bepaalt dat beëindiging van het contract tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder er niet toe mag leiden dat de verzekerde die ten tijde van het verbreken van het contract zorg verkreeg van die zorgaanbieder, een andere zorgaanbieder moet gaan zoeken.⁹⁴ De vraag of de zorgverzekeraar gehouden is de behandelingen te blijven vergoeden, is afhankelijk van de vraag of er sprake is van een lopende behandeling. Dit zal afhangen van de individuele omstandigheden. De zorgverzekeraar zal zijn verzekerden die in behandeling zijn bij de zorgaanbieder waarmee het contract eindigt tijdig moeten informeren.

⁸⁹ MvT Zvw, p. 28.

⁹⁰ Zvw, artikel 14.

⁹¹ MvT Zvw, p. 110.

⁹² Bzv, artikel 2.1 lid 1 en artikel 2.2 lid 1.

⁹³ MvT Zvw, p. 28.

⁹⁴ Artikel 13, lid 5, is bij amendement aan de Zvw toegevoegd. Zie Kamerstukken II, 30124, no. 20, amendement van de leden Van der Vlies en Kant.

Verplichting 3

De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden die in overeenstemming zijn met de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.⁹⁵

Toelichting

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zo'n maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. De zorgverzekeraar borgt dat de zorg en diensten die hij levert of laat leveren en/of vergoedt, daarmee in overeenstemming zijn. Alleen die zorg behoort tot het verzekerde pakket.⁹⁶

Verplichting 4

De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.⁹⁷

Toelichting

Ook al staat vast dat een vorm van zorg of dienst gebruikelijk is, en is opgenomen in het verzekerde pakket, dan heeft de verzekerde daar niet automatisch recht op. Artikel 2.1, derde lid, Bzv, bepaalt namelijk dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg en/of dienst. De standaard wordt bepaald door de laatste stand van de wetenschap en is over het algemeen verwoord in geldende richtlijnen.

Verplichting 5

Voor een toestemmingsprocedure (machtiging) mag de zorgverzekeraar uitsluitend informatie verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarvoor de procedure geldt.⁹⁸

Toelichting

Beperkingen in het verkrijgen van toegang tot zorg kunnen onder meer ontstaan door het gebruik van overbodige of ingewikkelde formulieren, of door onredelijke procedures.⁹⁹ Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen daar bij de NZa hun beklag doen over doen.¹⁰⁰

Verplichting 6

De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft.¹⁰¹

Toelichting

Toetsing vooraf mag niet tot onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling. Voor electieve zorg kan deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld, voor zover medisch aanvaardbaar (zie § 3.2.4.2).

Verplichting 7

De zorgverzekeraar moet de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt 'prompt' aan hen vergoeden.

⁹⁵ Bzv, artikel 2.1 lid 2.

⁹⁶ Bzv, nota van toelichting, kamerstukken II 2004/2005, 29 763, nr. 57, p. 35-36.

⁹⁷ Bzv, artikel 2.1 lid 3.

⁹⁸ Wmg, artikel 34, lid 1.

⁹⁹ Wmg, respectievelijk artikel 23 en artikel 34.

¹⁰⁰ Wmg, artikel 23.

¹⁰¹ NZa, 'Thematisch onderzoek zorgplicht', augustus 2007, p. 20.

Toelichting

In het geval van naturaprestaties geldt de verplichting de door de verzekerde gemaakte kosten 'prompt' te vergoeden.¹⁰² Het kan immers zijn dat de zorgverzekeraar de verzekerde een geldelijke vergoeding toekent als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Bij restitutieprestaties geldt de plicht voor de zorgverzekeraar om 'prompt' de kosten van zorg te vergoeden aan zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet in beide situaties daarmee in zijn interne organisatie rekening houden.

4.3 Polis specifieke verplichtingen

4.3.1 Natura

Bij de naturaverzekering neemt de zorgverzekeraar tegenover de verzekerde de verplichtingen op zich om zijn verzekerde kwalitatief toereikende zorg tijdig te verlenen of te (laten) leveren. Om dat te bereiken kan de zorgverzekeraars zorgaanbieders in dienst nemen, en/of zorgaanbieders contracteren.

Verplichting 8
De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.

Toelichting

De zorgverzekeraar heeft de plicht om het 'recht op zorg' van zijn verzekerden zo vorm te geven dat deze verzekerden hun recht kunnen verzilveren.¹⁰³ Hij doet dit door de zorg te (laten) leveren aan zijn verzekerden via gecontracteerde zorgaanbieders of zorgaanbieders in dienstverband.

Op het moment dat een zorgverzekeraar de zorg niet levert of kan leveren, omdat hij bijvoorbeeld niet of te weinig zorg contracteert, of niet in eigen beheer kan leveren, of omdat het zorgaanbod wegvalt, dan is er in principe sprake van een schending van de zorgplicht. Deze schending wordt niet teniet gedaan als de verzekerde zelf zijn zorg moet regelen en daarvoor via een 100% vergoeding van de zorg gecompenseerd wordt door de zorgverzekeraar.

Verplichting 9
Als een zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.¹⁰⁴

Toelichting

Per 1 januari 2013 is het steunbeleid van de NZa vervangen door beleid ter borging van de continuïteit van cruciale zorg. Dit beleid grijpt direct aan op de zorgplicht van verzekeraars jegens hun verzekerden.

Vooropgesteld moet worden dat verzekeraars primair verantwoordelijk zijn voor naleving van de zorgplicht. Bij (dreiging van) schaarste in het zorgaanbod moet de zorgverzekeraar alternatieven achter de hand hebben om de beschikbaarheid van zorg te kunnen borgen.¹⁰⁵ Het wegvallen van de zorgverlening door een (gecontracteerde)

¹⁰² MvT Zvw, p. 34.

¹⁰³ Zvw, artikel 11.

¹⁰⁴ MvT Zvw, p. 34.

¹⁰⁵ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

zorgaanbieder mag immers niet tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgplicht tegenover zijn verzekerden niet meer kan nakomen. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief handelen en hierop gericht beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft gewaarborgd indien zich bij een gecontracteerde aanbieder continuïteitsproblemen voordoen. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Voldoet een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht dan handelt deze in strijd met de Zvw of Wlz, is sprake van een wanprestatie en kan hij hierdoor schadeplichtig worden tegenover zijn verzekerden. De NZa kan haar handhavinginstrumentarium inzetten.

Dit geldt evenzeer voor de beschikbaarheid van *cruciale* zorg.¹⁰⁶ Echter, wanneer een verzekeraar, ondanks maximale inspanningen, de beschikbaarheid van cruciale zorg door overmacht niet kan borgen, moet een zorgverzekeraar dit bij de NZa melden (zie § 3.2.2.6).¹⁰⁷ Een melding van overmacht is een ernstige en tevens uitzonderlijke situatie. Het verdient aanbeveling dergelijke situaties zoveel mogelijk te voorkomen. Indien de zorgverzekeraar desondanks een melding van overmacht doet, moet hij aantonen dat hij al het mogelijke heeft gedaan om te voldoen aan zijn zorgplicht en dat hij desondanks hiertoe niet in staat is. De NZa beoordeelt de melding¹⁰⁸ en informeert het ministerie van VWS. Als er geen sprake is van overmacht, dan moet de zorgverzekeraar zelf (alsnog) de continuïteit van zorg waarborgen. Als de zorgverzekeraar hierin onvoldoende verantwoordelijkheid neemt en hierdoor niet voldoet aan de zorgplicht, dan kan de NZa haar handhavinginstrumenten inzetten. De NZa kan de zorgverzekeraar bovendien verplichten een verzekering niet ten onrechte als zorgverzekering aan te bieden.¹⁰⁹ Indien er wel sprake is van overmacht kan het ministerie van VWS besluiten een tijdelijke vangnetstichting op te richten om de levering van cruciale zorg te continueren. Deze vangnetstichting kan vervolgens bij de NZa onder bepaalde voorwaarden een beroep doen op een beschikbaarheidsbijdrage. Dat verzoek zal worden beoordeeld aan de hand van de daarvoor geldende NZa beleidsregel.¹¹⁰ Dit ingrijpen van de overheid is te beschouwen als een uiterste redmiddel en alleen nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft zonder resultaat heeft beproefd.

Overmacht in de zin van de toets van de NZa¹¹¹ heeft dus uitsluitend betrekking op de vraag of de verzekeraar de cruciale zorg nog kan organiseren (door deze te contracteren of zelf te leveren). Dit valt niet noodzakelijkerwijs samen met het meer omvattende begrip 'overmacht' uit het Burgerlijk Wetboek¹¹², zoals dat bij de beoordeling van schadeplichtigheid wegens het niet na (kunnen) komen van de verbintenis een rol kan spelen. De beoordeling van de eventuele schadeplichtigheid van een zorgverzekeraar in een voorkomend geval is niet aan de NZa, maar aan de civiele rechter.

¹⁰⁶ Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel A, onder 2, sub a tot en met e, van de bijlage bij dat besluit: Ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ, Wlz-zorg.

¹⁰⁷ Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg, TH/NR-002. Zie www.nza.nl.

¹⁰⁸ Beleidsregel overmacht continuïteit van zorg, TH/BR-017. Zie www.nza.nl.

¹⁰⁹ Zie artikel 77 en 83, lid 3, Wmg.

¹¹⁰ NZa Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg, AL/BR-0013.

¹¹¹ Beleidsregel overmacht continuïteit van zorg, TH/BR-017. Zie www.nza.nl.

¹¹² Artikel 6:75 van het Burgerlijk Wetboek.

4.3.2 Restitutie (vergoeden van kosten van zorg en bemiddeling)

Bij het vergoeden van zorg is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de hoogte van de te vergoeden zorg (omvang) en de snelheid van de vergoeding (tijdigheid).

Bij het bemiddelen naar zorg (ook wel zorgbemiddeling genoemd) verricht de zorgverzekeraar activiteiten die er op zijn gericht dat de verzekerde de zorg waar hij behoefte aan heeft ook daadwerkelijk krijgt. Deze activiteiten kunnen afhankelijk van de situatie meer of minder omvangrijk zijn en kunnen uiteenlopen van een simpel telefonisch contact met doorverwijzing van de verzekerde naar een bepaalde zorgaanbieder tot gesprekken met een of meer zorgaanbieders om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt.¹¹³

Verplichting 10

De zorgverzekeraar die zorgprestaties in restitutievorm heeft verzekerd moet de kosten van zorg en diensten vergoeden tot ten hoogste hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, eventueel verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico.

Toelichting

De zorgverzekeraar die prestaties in restitutievorm heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar, rekening houdend met de vergoedingsbeperkingen uit de polis, de nota volledig moet vergoeden. Als er echter sprake is van een 'excessieve prijs' en de zorgverzekeraar kan dit aantonen, dan hoeft de zorgverzekeraar niet het excessieve deel van die prijs te vergoeden.¹¹⁴ Deze bepaling moet worden gezien als een uitzondering op zijn zorgplicht de kosten van de zorg volledig te vergoeden. Omdat het gaat om een uitzondering is het niet toegestaan dat de zorgverzekeraar een door hem zelf bepaald vast bedrag hanteert en alle kosten die dat bedrag te boven gaan niet vergoedt. De zorgverzekeraar mag alleen die kosten op de vergoeding van de nota in mindering brengen, voor zover die kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.¹¹⁵

Het voorgaande is alleen anders als een zorgverzekeraar in zijn restitutiepolis met gecontracteerde zorg toepassing heeft gegeven aan artikel 13 Zvw, en de verzekerde kiest er voor naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. In dat geval kan voor die zorg die is geleverd door een niet-gecontracteerde aanbieder een korting worden toegepast op de vergoeding.¹¹⁶ De vergoeding kan in dat geval dus lager zijn dan de kosten van de zorg die hij, op grond van zijn zorgplicht, volledig moet vergoeden. ¹¹⁷ Aan toepassing van artikel 13 Zvw zijn voorwaarden verbonden, waarop bij verplichting 17 nader wordt ingegaan.

Overigens rust op de zorgverzekeraar wel de verplichting om na te gaan of de zorg die vermeld staat op de declaratie naar inhoud en omvang

¹¹³ MvT Zvw, p. 29.

¹¹⁴ Zie artikel 2.2, lid 1 en lid 2, sub b, Bzv.

¹¹⁵ NZa, 'Standpunten, Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen', te vinden op www.nza.nl. Deze lijst wordt jaarlijks van een update voorzien.

¹¹⁶ Op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw, heeft een verzekerde dan recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding.

¹¹⁷ NZa, 'Standpunten, Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen', te vinden op www.nza.nl. Deze lijst wordt jaarlijks van een update voorzien.

behoort tot het verzekerde pakket, en of de verzekerde daar redelijkerwijs op was aangewezen. Is dat niet het geval, dan kan de zorgverzekeraar de kosten van die zorg niet ten laste van de Zvw brengen.¹¹⁸

Op de hierboven geschetste kaders zullen we hieronder nader ingaan.

Wat is passend binnen Nederlandse marktomstandigheden?

Artikel 2.2, tweede lid, van het Bzv stelt dat de kosten van zorg die moeten worden vergoed door de zorgverzekeraar de kosten omvatten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang behoren tot het verzekerde pakket. Bij het bepalen van de vergoeding worden de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten in mindering gebracht.

De Toelichting op de Zvw stelt over deze verplichting van de restitutieverzekeraar dat voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar te maken kan krijgen met zorgrekeningen die in geen enkel opzicht conform de geldende marktsituatie zijn. Daarom is in het Besluit zorgverzekering bepaald dat de zorgverzekeraar geen hogere kosten hoeft te restitueren dan een tarief dat in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden.¹¹⁹ De vraag wat in het kader van de geldende marktomstandigheden als gebruikelijk mag worden gekwalificeerd, zal in de praktijk moeten worden uitgekristalliseerd, onder meer naar aanleiding van uitspraken van de toezichthoudende instantie en eventueel te vormen jurisprudentie.¹²⁰ Het is dan aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.¹²¹ In het geval overigens dat zou blijken dat zorgverzekeraars herhaaldelijk een beroep moeten doen op deze 'veiligheidsbepaling', komt de vraag aan de orde of daadwerkelijk sprake is van een functionerende zorgmarkt en of aanvullende maatregelen nodig zijn.¹²²

Op de vraag wat het Bzv verstaat onder 'in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten' antwoordt de Toelichting op het Bzv dat het moet gaan om de situatie dat een bedrag, door een zorgaanbieder in rekening gebracht, niet in verhouding staat tot het door de overige zorgaanbieder voor gelijksoortige activiteiten in rekening gebrachte bedrag. Artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv, beoogt de vergoeding van marktconforme bedragen, niet 'excessieve' rekeningen.¹²³

Daarnaast volgt uit de Toelichting op de Zvw dat de zorgverzekeraar moet aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een *individueel geval* onredelijk hoog is.¹²⁴ Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst.¹²⁵ Dat sluit immers niet aan bij de vorenstaande uitleg, die impliceert dat zorgverzekeraars kijken naar de prijzen die de zorgaanbieders in de markt hanteren. Hieruit volgt ook dat het dus bijvoorbeeld niet de bedoeling dat de zorgverzekeraar een 'redelijk' of gemiddeld bedrag als vast

¹¹⁸ Eventueel valt de betreffende zorgvorm wel tot het aanvullende verzekerde pakket van een verzekerde. Zie verder MvT Zvw, p. 43.

¹¹⁹ Zie artikel 2.2, tweede lid, Bzv.

¹²⁰ MvT Zvw, p. 33.

¹²¹ MvT Zvw, p. 33.

¹²² MvT Zvw, p. 33.

¹²³ Nota van toelichting Bzv, p. 37.

¹²⁴ MvT Zvw, p. 33.

¹²⁵ MvT Zvw, p. 33.

vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vast legt. Daarmee wordt immers onvoldoende aangesloten bij de prijzen die in de markt worden gehanteerd, doordat onder meer met prijsstijgingen geen rekening wordt gehouden. Ook wordt dan niet beoordeeld of de voor vergoeding ingediende rekening in het individuele geval onredelijk hoog is, zoals de toelichting bij de regelgeving verlangt. Indien de verzekerde het niet eens is met de bevindingen van de zorgverzekeraar, dan kan hij zich wenden tot de zorgverzekeraar met het verzoek de beslissing te heroverwegen. Als dat niet het gewenste resultaat oplevert kan de verzekerde zich wenden tot de SKGZ.

Er zijn meerdere methoden denkbaar om tot een vergoeding te komen die aan de bovenstaande eisen voldoet. De NZa ziet er op toe dat de te kiezen werkwijze zal leiden tot een vergoeding die in overeenstemming is met hetgeen door de regelgeving is beoogd, en zoals dat hiervoor nader is toegelicht. Ook dienen verzekeraars over deze bepaling en de wijze waarop zij hier nader invulling aan geven transparant te zijn naar hun (potentiële) restitutieverzekerden.

Verplichting 11

De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden bemiddelen naar zorg, indien deze er om vragen.

Toelichting

Als de verzekerde de zorg niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorgaanbieder kan vinden, heeft hij recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg, ongeacht de overeengekomen prestatiewijze. De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.¹²⁶

Let wel, bij prestaties in natura heeft de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting tot het leveren van zorg. Indien gecontracteerde zorg niet tijdig beschikbaar of bereikbaar is, moet de zorgverzekeraar al het mogelijke doen om de zorg te organiseren en te (laten) leveren. Dit kan ook betekenen dat hij op zoek moet gaan naar andere zorgaanbieders en via deze aanbieders de zorg laten leveren. Dit kan echter niet worden gezien als de bemiddelingsplicht die geldt voor de restitutiezorgverzekeraar. De naturazorgverzekeraar is op grond van zorgplicht gehouden tot het ondernemen van dergelijke activiteiten.

Verplichting 12

De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief deugdelijke zorg levert.¹²⁷

De zorgverzekeraar dient de verzekerde te bemiddelen naar een hulpverlener die kwalitatief deugdelijke zorg levert. Ook moet de zorgverzekeraar er rekening mee houden dat de zorg tijdig wordt geleverd en bereikbaar is voor de verzekerden voor wie hij bemiddelt.

¹²⁶ MvT Zvw, p. 34.

¹²⁷ MvT Zvw, p. 43.

Verplichting 13

De zorgverzekeraar moet 'voortvarend' actie ondernemen om zijn verzekerden te bemiddelen naar zorg.

Toelichting

Als de verzekerde geen zorg kan verkrijgen bij een gewenste zorgaanbieder (gecontracteerd of niet-gecontracteerd), moet de zorgverzekeraar de verzekerde te hulp schieten. De verzekerde heeft recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar om de zorg te verkrijgen, ongeacht de overeengekomen prestatiewijze. De zorgverzekeraar moet dit in zijn interne organisatie dan ook borgen.¹²⁸

4.4 Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar bepaalde zorgprestaties (meestal) ingekocht bij (verschillende) zorgaanbieders. De zorgverzekeraar bepaalt zelf met welke zorgaanbieders hij een overeenkomst aangaat. De zorgverzekeraar zal dan ook bij de inkoop van zorg de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol moeten laten spelen en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen.¹²⁹ Daarbij is het in de eerste plaats van belang dat de zorgverzekeraar voor de verschillende vestrekkingen al van tevoren duidelijk definieert wat hij verstaat onder kwalitatieve, tijdige en bereikbare zorg en daarmee zélf de verantwoordelijkheid neemt om normen nader in te vullen.¹³⁰ Voor de verzekerden is daarmee ook duidelijk wat van de zorgverzekeraar in dit opzicht mag worden verwacht. Om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen zal de zorgverzekeraar erop moeten toezien dat de contracten die hij heeft gesloten met zorgaanbieders worden nagekomen en de naleving ervan zo nodig af te dwingen.

Hieronder volgen de verplichtingen waar een zorgverzekeraar zich aan moet houden, voor zover hij gecontracteerd zorgaanbod aanbiedt. De verplichtingen gelden zowel voor de naturapolis als voor de restitutiepolis met gecontracteerd zorgaanbod.

Verplichting 14

De zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.¹³¹

Toelichting

Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht 'bereikbaar' is voor zijn verzekerden.¹³² Hij moet hier bij het contracteren van zorgaanbieders rekening mee houden.

Wat een redelijke afstand is, is een zorginhoudelijke afweging. Bij het bepalen wat een redelijke afstand is moet worden gekeken naar de betreffende zorgvorm en naar de zorg die de verzekerde nodig heeft.¹³³

¹²⁸ MvT Zvw, p. 34.

¹²⁹ MvT Zvw, p. 43.

¹³⁰ De zorgverzekeraar moet hierbij de bestaande normen voor tijdigheid en bereikbaarheid uiteraard in acht te nemen.

¹³¹ MvT Zvw, p. 31 en 32.

¹³² MvT Zvw, p. 43.

¹³³ MvT Zvw, p. 31 en 32.

Voor zover op dit vlak algemene normen gelden die voldoen aan het criterium stand der stand wetenschap en de praktijk (als bedoeld in artikel 2.1 lid 2, van het Besluit zorgverzekering), dient daarmee bij de zorgverlening en de zorginkoop rekening te worden gehouden. Zulke algemene normen kunnen voortvloeien uit wet- en regelgeving of uit veldnormen (zie bijvoorbeeld de 45-minutennorm voor spoedeisende medisch specialistische zorg).

Als er echter gebieden zijn te onderkennen waar zorg niet op een redelijke afstand wordt aangeboden, moet de zorgverzekeraar voor deze 'witte vlekken' actief meedenken over mogelijke oplossingen.¹³⁴

Verplichting 15

De zorgverzekeraar moet zorg 'tijdig' (laten) leveren aan zijn verzekerden.

Toelichting

Bij naturaprestaties geldt de plicht voor de zorgverzekeraar om 'terstond' zorg te (laten) leveren aan zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet daarom zorgaanbieders contracteren die zorg tijdig leveren.¹³⁵ Dit geldt ook bij restitutieprestaties met gecontracteerde zorg. Hij heeft daar immers de plicht zich ervan te vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht, 'tijdig' geleverd zal worden.¹³⁶

De vraag wat onder 'tijdig' moet worden verstaan wordt beantwoord aan de hand van de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden. Voor sommige gevallen van zorg zijn normen afgesproken, die een maximale wachttijd inhouden (Treenormen). Tijdigheid zal ook een casuïstisch karakter hebben; per individueel geval kan tijdigheid anders worden ingevuld.¹³⁷

Verplichting 16

De zorgverzekeraar moet proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden 'organiseren'.

Toelichting

De zorgverzekeraar heeft bij een naturaprestatie een resultaatsverplichting tot het (laten) leveren van zorg. Om aan deze verplichting te kunnen voldoen moet hij 'voldoende' zorg beschikbaar hebben voor zijn verzekerden; in eerste instantie door zorg te contracteren. Om ook in gevallen van (dreigende) schaarste door bijvoorbeeld continuïteitsproblemen, de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg te waarborgen, moet de zorgverzekeraar alternatieven achter de hand hebben. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief handelen zodanig dat bij discontinuïteit van de betrokken aanbieder op ieder moment de voortzetting van de zorg verzekerd is.¹³⁸

Om adequaat in te kunnen spelen op (dreigende) schaarste, moet de zorgverzekeraar zijn inkoopmarkten analyseren en mogelijke knelpunten in kaart brengen. In zijn contracten met zorgaanbieders kan hij regelen dat de zorgaanbieder tijdig een signaal afgeeft bij dreigende discontinuïteit. En wanneer zo een situatie zich concreet voordoet, dan

¹³⁴ VWS, Achtergrondnotitie 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008.

¹³⁵ MvT Zvw, p. 34.

¹³⁶ MvT Zvw, p. 34 en p. 43.

¹³⁷ MvT Zvw, p. 34. Zie verder de toelichting onder verplichting 16: 'zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden'.

¹³⁸ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

moet de zorgverzekeraar tijdig passende maatregelen treffen om er voor te zorgen dat de zorg voor zijn verzekerden beschikbaar en bereikbaar blijft. De zorgverzekeraar moet andere zorgaanbieders contracteren die de zorgverlening aan zijn verzekerden over kunnen nemen. Ook andere maatregelen kunnen noodzakelijk zijn om te bereiken dat tijdig vervangend aanbod beschikbaar is. Zo kan het in bepaalde omstandigheden bijvoorbeeld geboden zijn dat de zorgverzekeraar actief meedenkt met de gecontracteerde zorgaanbieder over een herstelplan of een scenario waarin de zorgaanbieder wordt overgenomen, als dit noodzakelijk is om te bereiken dat voldoende zorg beschikbaar zal zijn.

De zorgplicht van zorgverzekeraars gaat in op de relatie met de eigen verzekerden. Iedere zorgverzekeraar is dus individueel aanspreekbaar op het voldoen aan de zorgplicht, waaronder de beschikbaarheid van voldoende zorg. In het geval dat meerdere zorgverzekeraars een in problemen verkerende zorgaanbieder hebben gecontracteerd is er dan ook geen collectieve verantwoordelijkheid voor de voortzetting van de zorg, maar heeft elke zorgverzekeraar een individuele verantwoordelijkheid hiervoor richting de eigen verzekerden.¹³⁹

De zorgplicht van zorgverzekeraars gaat niet zo ver dat een verzekeraar verplicht is om een zorgaanbieder tegen niet-marktconforme prijzen overeind te houden. Dit zou zorgverzekeraars hinderen om de beste zorg voor de beste prijs in te kopen.

Er zijn geen vaste normen voorhanden die aangeven hoeveel zorg beschikbaar moet zijn om aan de zorgplicht te voldoen. In eerste instantie moet de zorgverzekeraar hiervoor (eigen) normen ontwikkelen om zijn verzekerdenpopulatie te kunnen voorzien van zorg.

Voor die prestaties waarvoor de zorgverzekeraar niet-gecontracteerde zorg aanbiedt is er geen relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder waar de verzekerde zijn zorg heeft gekregen en blijft de zorgplicht beperkt tot het vergoeden van zorg en het bemiddelen naar zorg.¹⁴⁰

Verplichting 17

Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor iedere verzekerde die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeft, gelijk. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt voor alle polissen die uitgaan van gecontracteerde zorg en waarbij tevens wordt uitgegaan van een korting op de vergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (natura- en restitutieverzekeringen). De hoogte van de vergoeding moet voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen voor de verzekerde eenvoudig te achterhalen zijn.

Toelichting

Wanneer een zorgverzekeraar er voor kiest om voor bepaalde prestaties zorg te contracteren moet hij toestaan dat de verzekerde zorg inroept buiten het gecontracteerde aanbod bij een binnenlandse of buitenlandse

¹³⁹ Wanneer nodig om de continuïteit van zorg te borgen, kan de zorgplicht met zich meebrengen dat coördinatie plaatsvindt met andere zorgverzekeraars.

¹⁴⁰ MvT Zvw, p. 29 en p. 43.

zorgaanbieder, tegen recht op een (eventueel gekorte) vergoeding.¹⁴¹ Artikel 13 lid 1 Zvw geeft aan dat de hoogte van de vergoeding door de zorgverzekeraar zelf wordt bepaald. Op 11 juli 2014 heeft de Hoge Raad bepaald dat het feitelijke hinderpaalcriterium van toepassing is op deze vergoedingen.¹⁴² Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt voor alle polissen die uitgaan van gecontracteerde zorg en waarbij tevens een korting wordt toegepast op de vergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (natura- en restitutieverzekeringen). Voor de vraag wanneer er sprake is van een hinderpaal verwijzen wij u naar de bestaande jurisprudentie. Verder moet de hoogte van de vergoeding voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen voor de verzekerde te achterhalen zijn.¹⁴³

Voor een korting op de vergoeding is geen ruimte als de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd. De zorgverzekeraar voldoet in dat geval immers niet aan zijn zorgplicht, zodat hij in beginsel gehouden is de geleden schade volledig te vergoeden. Ook voor spoedeisende zorg kan geen korting op de vergoeding worden toegepast. Daarnaast brengen het Europese recht en specifieke verdragen mogelijk eisen met zich mee ten aanzien van de vergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde aanbieders in het buitenland.¹⁴⁴ De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelpolis op.¹⁴⁵ De zorgverzekeraar dient bij de berekening van de vergoeding rekening te houden met verplichte eigen bijdragen.¹⁴⁶ Verder moet de zorgverzekeraar de vergoeding in geval een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, voor alle verzekerden in dezelfde situatie en bij dezelfde zorgvorm, op gelijke wijze berekenen.¹⁴⁷ De wijze van berekenen mag derhalve niet afhankelijk worden gemaakt van specifieke kenmerken van verzekerden. De verzekerde heeft het recht voor rekening van de zorgverzekeraar zorg te blijven ontvangen van een aanbieder door wie hij wordt behandeld, indien de zorgverzekeraar het contract, als bedoeld in art. 13 lid 1 Zvw, met deze aanbieder heeft beëindigd.¹⁴⁸

Verplichting 18

De zorgverzekeraar moet gecontracteerde zorg aanbieden die van 'goede kwaliteit' is.

Toelichting

Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht en geleverd zal worden in principe van 'goede' kwaliteit is.^{149 150} Voor alle zorgvormen moet de zorgverzekeraar dan ook met zorgaanbieders afspraken maken over de kwaliteit van deze zorg. Voor specifieke zorgvormen is deze verplichting ook eerder gepubliceerd door VWS.^{151 152}

¹⁴¹ Zvw, artikel 13.

¹⁴² HR 11 juli 2014, ECLI:NL:PHR:2014:295.

¹⁴³ NZa, beleidsregel TH/BR-015 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014', oktober 2014.

¹⁴⁴ MvT Zvw, p. 110.

¹⁴⁵ Zvw, artikel 13, lid 2.

¹⁴⁶ Zvw, artikel 13, lid 3.

¹⁴⁷ Zvw, artikel 13, lid 4.

¹⁴⁸ Zvw, artikel 13, lid 5.

¹⁴⁹ MvT Zvw, p. 43.

¹⁵⁰ Kwaliteit van zorg ligt in lijn met gepast gebruik van zorg (zie § 2.3.1.3).

¹⁵¹ VWS, Achtergrondnotitie 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008: 'Voor de electieve (basis-) zorg moet de zorgverzekeraar met zorgaanbieders

Verplichting 19

Wanneer een zorgaanbieder volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het contracteren.¹⁵³

Toelichting

Het gaat dan bijvoorbeeld om het maken van verbeterafspraken en monitoring hiervan of desnoods het beëindigen van de overeenkomst. De zorgverzekeraars zal zelf de afweging moeten maken welke consequenties adequaat zijn, afhankelijk van de acties die de zorgaanbieder onderneemt. Ook zal hij zelf de verantwoordelijkheid moeten nemen om te controleren of er bij zorgaanbieders kwaliteitsproblemen spelen waarbij de IGZ betrokken is. Deze informatie maakt de IGZ openbaar op haar website.¹⁵⁴

Voor zover de zorgverzekeraar een contract met een zorgaanbieder beëindigt vanwege het leveren van kwalitatief onvoldoende zorg, zal de zorgverzekeraar moeten nagaan of het nodig is om alternatief aanbod te zoeken. De zorgverzekeraar is immers verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg.¹⁵⁵

Verplichting 20

De zorgverzekeraar moet verzekerden ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder.¹⁵⁶

Toelichting

De zorgplicht kan als prikkel dienen om de kwaliteit (en tijdigheid) van zorg te verhogen door zorgaanbieders te waarschuwen dat zij niet worden gecontracteerd wanneer zij niet aan de gestelde kwaliteits- (of tijdigheids-) criteria voldoen. Het verhogen van kwaliteit (en tijdigheid) is in het belang van de consument. Waar bij selectieve contractering nu nog vaak het negatieve beeld bij consumenten bestaat dat zijn keuzevrijheid wordt beperkt, is juist ongelimiteerde keuzevrijheid niet altijd optimaal vanuit het oogpunt van kwaliteit. Het is immers niet wenselijk en niet de bedoeling dat een zorgaanbieder wordt gecontracteerd die geen goede zorg levert.¹⁵⁷

Verplichting 21

De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit die de (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren.¹⁵⁸

Toelichting

Om kwalitatieve zorg te kunnen leveren of hier naar te bemiddelen, is inzicht nodig in de kwaliteit.

Om inzicht te kunnen krijgen zullen zorgverzekeraars een actieve rol moeten spelen in het transparanter maken van kwaliteitsinformatie, waaronder in het programma Zichtbare Zorg en via het door de

afspraken maken over de invulling van de kwaliteit hiervan of over substitutie tussen verschillende zorgvormen'.

¹⁵² VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi): 'Voor de electieve complexe geestelijke gezondheidszorg moet de zorgverzekeraar met zorgaanbieders goede afspraken maken over de kwaliteit van deze zorg'.

¹⁵³ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁵⁴ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁵⁵ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁵⁶ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁵⁷ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁵⁸ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

overheid op te richten kwaliteitsinstituut.¹⁵⁹ Naast zorgverzekeraars hebben ook zorgaanbieders en consumentenorganisaties hierin een belangrijke rol.

Hoewel er in het algemeen nog onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie beschikbaar is, ontslaat de afwezigheid hiervan de zorgverzekeraar niet van de plicht tot het waarborgen van kwaliteit bij het contracteren. Ook schaarste of problemen met het contracteren van zorgaanbieders ontslaat zorgverzekeraars niet van deze verplichting.¹⁶⁰ Om de kwaliteit van de gecontracteerde zorg te kunnen waarborgen is inzicht nodig in de kwaliteit die zorgaanbieders leveren. De verzekeraar dient daartoe zo nodig afspraken te maken bij het contracteren.

4.5 Tijdigheid en bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

Deze paragraaf geeft nadere normen, specifiek voor bepaalde vormen van zorg, op het gebied van 'tijdigheid' en 'bereikbaarheid'. Deze normen beschrijven mede de inhoud en omvang van de zorg. Bij de naleving van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar rekening deze normen in acht nemen. Dit geldt voor de naturaverzekeraar, die zorg levert of laat leveren via gecontracteerde zorgaanbieders, als voor de restitutieverzekeraar zonder gecontracteerd zorgaanbod bij het toetsen van de ingediende nota aan de inhoud en omvang van het verzekerde pakket en bij het bemiddelen van verzekerden naar zorg. Hoewel tijdigheid vaak een gevolg van is bereikbaarheid, geldt dit niet andersom.

4.5.1 Te waarborgen tijdigheidsnormen¹⁶¹

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij de borging van een tijdige levering van zorg. Dit volgt uit de verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorgplicht (zie § 4.2). Zorgverzekeraars moeten dan ook bij de borging van tijdige zorg, minimaal de huidige tijdigheidsnormen in acht nemen.

In 2000 zijn in het Treekoverleg, door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk, normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenaamde 'Treenormen').¹⁶² Omdat de Treenormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft VWS deze normen geformaliseerd door ook als overheid de Treenormen als ijkpunt te nemen.¹⁶³

Genoemde partijen hebben de Treenormen geformuleerd als zijnde de streefnormen waarbinnen verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) dienen te krijgen.¹⁶⁴ Een beperking van de Treenormen is dat deze alleen van toepassing zijn op de aanvang van de zorgverlening, en niets

¹⁵⁹ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁶⁰ NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

¹⁶¹ Het gaat hier om normen die niet rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw.

¹⁶² De partijen die hebben deelgenomen aan de vaststelling aan dit Treekoverleg zijn de KNMG, de OMS, de LHV, de LVT, VGN, Arcares, de KNMP, GGZ Nederland, de NVZ, de NMT, het Paramedisch Verband en ZN.

¹⁶³ VWS, 'Wachttijden in de curatieve zorg', brief aan de Tweede Kamer, 31 maart 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31).

¹⁶⁴ VWS, 'Wachttijden in de curatieve zorg', brief aan de Tweede Kamer, 31 maart 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31).

zeggen over het vervolg ervan. Bovendien zijn de Treeknormen voor de curatieve zorg beperkt tot huisartsenzorg, farmaceutische zorg, GGZ, medisch specialistische zorg en paramedische zorg.

Per 1 september 2008 heeft de NZa nadere regels opgesteld voor wachttijden somatische zorg en wachttijden ambulante tweedelijns GGZ. Het doel van deze nadere regels is om voor die zorg de wachttijden transparant en vergelijkbaar te maken.¹⁶⁵ Zorgverzekeraars kunnen deze informatie gebruiken om de tijdigheid van zorg aan hun verzekerden te optimaliseren en bovendien om eigen normen te ontwikkelen.

Per 1 mei 2012 heeft het veld, op instigatie van de NZa, concrete normen opgesteld voor de mondzorg.¹⁶⁶

In de curatieve zorg zijn in zijn algemeenheid drie fasen in het zorgtraject te onderscheiden:

- Fase 1: toegang tot de zorgverlener (de mogelijkheid tot het eerste contact);
- Fase 2: diagnose/indicatie;
- Fase 3: behandeling/opname.

Bij de huisarts vallen deze fasen vaak samen, maar in een aantal andere sectoren is onderscheid in deze fasen relevant.¹⁶⁷

4.5.1.1 Spoedzorg ¹⁶⁸

Norm 1

Bij een acute indicatie kan de noodzakelijke hulp niet worden uitgesteld en moet deze zo spoedig mogelijk worden verleend.¹⁶⁹

Norm 1a

Bij een acute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen één uur geleverd.

Norm 2

Bij een subacute indicatie (dringende zorg) kan de noodzakelijke hulp niet te lang worden uitgesteld en moet deze binnen enkele uren worden verleend.¹⁷⁰

Norm 2a

Bij een subacute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen 24 uur geleverd.

Toelichting

De normen 1a en 2a vormen onderdeel van de nadere concretisering van de normen voor tijdigheid specifiek voor de mondzorg.

¹⁶⁵ NZa, CI/NR-100.110 en GG/NR-100.106.

¹⁶⁶ De aanleiding hiervoor was onder andere om binnen het experiment van vrije prijzen in de mondzorg in 2012, de toegang tot de mondzorg te borgen.

¹⁶⁷ Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

¹⁶⁸ De normen zijn gebaseerd op de achtergrondnotitie van VWS, 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008.

¹⁶⁹ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

¹⁷⁰ Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

4.5.1.2 Electieve basiszorg ¹⁷¹

Norm 3

De toegangstijd tot de huisarts bedraagt voor consumenten maximaal 3 werkdagen; 80% van de consumenten moet binnen 2 werkdagen terechtkunnen.

Norm 4

De toegangstijd tot de apotheek bedraagt voor consumenten maximaal 1 werkdag.

Norm 5

De toegangstijd tot paramedische zorg bedraagt voor consumenten maximaal 1 week.¹⁷²

Norm 6

De toegangstijd tot ziekenhuizen/specialist en RIAGG (fase 1) bedraagt voor consumenten maximaal 4 weken; 80% van de consumenten moet binnen 3 weken terechtkunnen.

Norm 7

De toegangstijd tot mondzorg (fase 1) bedraagt voor consumenten maximaal 3 weken.

Norm 8

De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling (fase 2) bedraagt voor consumenten maximaal 4 weken; 80% van de consumenten moet binnen 3 weken terechtkunnen.

Norm 9

De wachttijd op poliklinische behandeling (fase 3) bedraagt voor consumenten maximaal 6 weken; 80% van de consumenten moet binnen 4 weken terechtkunnen.

Norm 10

De wachttijd op klinische behandeling (fase 3) bedraagt voor consumenten maximaal 7 weken; 80% van de consumenten moet binnen 5 weken terechtkunnen.¹⁷³

Norm 11

De wachttijd op behandeling ingeval van mondzorg (fase 3) bedraagt voor consumenten maximaal 3 weken.

4.6 Bereikbaarheid

Deze paragraaf omvat verplichtingen en normen voor het begrip 'Bereikbaarheid' (zie § 3.2.2.4). Er bestaat een wisselwerking tussen tijdigheid en bereikbaarheid. Immers, reisafstand, reistijd en

¹⁷¹ De normen zijn gebaseerd op de Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000. Uit de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer over wachttijden in de curatieve zorg van 31 maart 2003 (TK, vergaderjaar 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31) valt op te maken dat de normen voor wachttijden (fasen 2 en 3) expliciet gelden voor de GGZ, net als de toegangstijd tot een RIAGG (fase 1).

¹⁷² Besluit zorgverzekering, art. 2.6, lid 1: Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.

¹⁷³ Het gaat hierbij zowel om dagopname als meerdaagse behandeling.

contactmogelijkheden (bereikbaarheid) hebben nagenoeg altijd invloed op het tijdig (kunnen) leveren van zorg.

Als het gaat om de bereikbaarheid van zorgaanbieders is hier voor zorgverzekeraars een rol weggelegd bij gecontracteerde zorg en/of bij het bemiddelen naar zorg.

Ook zorgverzekeraars moeten (telefonisch) 'goed' bereikbaar zijn, en dan niet alleen als het gaat om aspecten die zijn gerelateerd aan de zorgplicht. In dit toezichtkader zijn geen normen opgenomen over de telefonische bereikbaarheid van zorgverzekeraars.

4.6.1 Te waarborgen bereikbaarheidsnormen¹⁷⁴

Daar waar zorgverzekeraars een borgende rol hebben ten aanzien van kwaliteit en tijdigheid van zorg, geldt deze ook voor de bereikbaarheid van zorg, waarbij in dit geval de bereikbaarheidsnormen die zich in het veld en regelgeving hebben afgetekend moeten worden geborgd.

Hieronder zijn enkele specifieke bereikbaarheidsnormen opgenomen zoals die op het moment van publicatie gelden. Voor de volledigheid verwijst de NZa naar alle in het veld vastgestelde normen.

4.6.1.1 Spoedzorg

Norm 12
Spoedeisende hulp moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn.¹⁷⁵

Toelichting

Spoedeisende hulp is zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt de voorwaarde dat een afdeling SEH binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en 7 x 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt.¹⁷⁶

Norm 13
Voor ambulancezorg geldt dat ten minste 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden.¹⁷⁷

Toelichting

Ambulancezorg is zorg erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren, of hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig.¹⁷⁸

¹⁷⁴ Het gaat hier om normen die niet rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw.

¹⁷⁵ VWS, Regeling van 21 april 2008, houdende vaststelling van beleidsregels op grond van de artikelen 4 en 13 van de WTZi. Kenmerk: MC-U-2827900.

Het basisziekenhuis is gedefinieerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in de vervolg-uitvoeringstoets 'Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche' van 14 januari 2002 (TK, 2001-2002, niet dossierstuk VWS, 0200126).

De 45 minuten norm is berekend volgens het model dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft ontwikkeld om bereikbaarheidsanalyses uit te voeren (briefrapport 116/03 VTV LZ, september 2003).

¹⁷⁶ Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, Stb. 2012, 396, bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg.

¹⁷⁷ Artikel 2, lid 3, Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg. Staatscourant, 2012, 22168.

¹⁷⁸ Artikel 1, lid 1, onder d, Tijdelijke wet ambulancezorg.

Uit artikel 2, lid 3, van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg volgt de voorwaarde dat ten minste 97 procent van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden. Het artikellid bepaalt dat de Regionale Ambulancevoorziening in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd kan afwijken van de spreiding van standplaatsen van het in bijlage 1 opgenomen referentiekader, mits de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance. De norm geldt derhalve als minimumnorm.

Norm 14

Voor ambulancezorg geldt dat De Regionale Ambulancevoorziening ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is.¹⁷⁹

Artikel 7, lid 1, van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg, bepaalt dat in ten minste 95% van de A-1 meldingen, een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. Artikel 1, sub b, van de Regeling, definieert een A1-rit als een spoedeisende rit in opdracht van de centralist van de meldkamer in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten.

Norm 15

Bij acute verloskunde geldt dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance beschikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose de benodigde medisch specialistische hulp kan worden gestart.¹⁸⁰

Toelichting

Acute verloskunde is verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt de voorwaarde dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart.

Als de zwangere vrouw, in het geval van een levensbedreigende situatie thuis, vanuit huis naar het ziekenhuis moet worden vervoerd, is het niet gegarandeerd mogelijk om na het vaststellen van een potentieel levensbedreigende situatie binnen 30 minuten te starten met de behandeling in verband met reistijd naar het ziekenhuis.¹⁸¹

Norm 16

Bij een crisisopname op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), moet de eerste opname plaatsvinden op een zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager.¹⁸²

Norm 17

¹⁷⁹ Artikel 7, lid 1, Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg. Staatscourant, 2012, 22168.

¹⁸⁰ Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, Stb. 2012, 396, bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg.

¹⁸¹ Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, Stb. 2012, 396, bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, noot 1.

¹⁸² VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

Huisartspraktijken en huisartsenposten moeten voor spoed binnen 30 seconden drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.^{183 184}

Toelichting

De huisartspraktijk/huisartsenpost is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor deze bereikbaarheid en moet zijn praktijkvoering en organisatie daarop aanpassen. De zorgverzekeraar kan hier bij de contractonderhandelingen wel op aansturen.

Drempelloos bereikbaar betekent in ieder geval dat geen antwoordapparaten achter spoednummers geschakeld mogen worden. Huisartsen moeten hun spoednummers bekend maken bij hun patiënten via folders, website of adressenbestanden als telefoongids en gele gids. Bovendien moeten spoedoproepen tijdens langer durende afwezigheid, worden doorgeschakeld naar een dienstdoende vervanger.¹⁸⁵ Voor huisartsenposten geldt dat voor 90% van de spoedoproepen binnen de termijn persoonlijk contact moet zijn met de hulpverlener.¹⁸⁶

Als in 90 seconden bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat huisartsenzorg niet bereikbaar is.¹⁸⁷ Hiermee wordt de grens aangegeven van 'slechte' bereikbaarheid, waar de norm van 30 seconden de grens aangeeft van 'goede' bereikbaarheid.

Norm 18

Bij een acute of subacute behoefte aan mondzorg is de zorgaanbieder binnen een reistijd van maximaal 30 minuten bereikbaar.

Toelichting

Zoals eerder toegelicht heeft de NZa normen voor mondzorg aan het toezichtskader toegevoegd. Eén van toegankelijkheidsnormen ziet op de reistijd ingeval (sub)acute zorg.

Er zijn geen andere eenduidig vastgelegde normen opgesteld voor spoedzorg.

4.6.1.2 Electieve basiszorg

Norm 19

Huisartspraktijken moeten tijdens kantooruren voor gewone oproepen binnen 2 minuten drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.¹⁸⁸

Toelichting

Om bestaande telefoondruk te verminderen en in goede banen te leiden kan de huisarts moderne communicatieapparatuur inzetten, zoals doorschakelaars, voiceresponse-systemen en internet (bijvoorbeeld om afspraken te boeken en herhalingsrecepten aan te vragen). Het gebruik van antwoordapparaten moet drastisch worden verminderd.¹⁸⁹ Als in 10

¹⁸³ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

¹⁸⁴ IGZ, 'Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten', juni 2005.

¹⁸⁵ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

¹⁸⁶ IGZ, 'Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten', juni 2005.

¹⁸⁷ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

¹⁸⁸ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008. In reactie op het rapport van de IGZ hebben de VHN, LHV en NHG gezamenlijk in september 2009 richting VWS kanttekeningen geplaatst bij deze norm. Voor de NZa is het standpunt van de IGZ maatgevend.

¹⁸⁹ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

minuten bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat een huisartsenpraktijk niet bereikbaar is.¹⁹⁰ Hiermee wordt aangegeven waar de grens ligt van 'slechte' bereikbaarheid, waar de norm van 2 minuten de grens aangeeft van 'goede' bereikbaarheid. Deze norm is voor de IGZ weliswaar een belangrijk meetpunt, maar minder zwaarwegend dan de harde bereikbaarheidsnorm van 30 seconden bij spoed. De NZa zal deze norm bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht ook minder zwaar laten wegen, net zoals de IGZ deze norm hanteert bij haar toezicht.

Norm 20

De aanbieder van mondzorg moet binnen een reistijd van niet meer dan 45 minuten bereikbaar zijn voor consumenten. 80% van de verzekerden moet binnen 30 minuten een aanbieder van mondzorg kunnen bereiken.

Norm 18 en 20 gaan uit van een (enkele) reistijd in 'reisminuten' met als uitgangspunt de reistijd bij gebruik van een auto.

Voor electieve basiszorg gelden geen andere bereikbaarheidsnormen dan die voor de huisartsenpraktijken en de hierboven genoemde norm voor mondzorg. Dit geldt zowel voor de curatief somatische zorg als voor de geestelijke gezondheidszorg. Voor electieve basiszorg heeft de patiënt zelf veel meer keuzevrijheid, al kan voor de geestelijke gezondheidszorg sturing wel noodzakelijk zijn.¹⁹¹

¹⁹⁰ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

¹⁹¹ IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5) en VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

Bijlage 1. Te waarborgen verplichtingen en normen

In deze bijlage zijn de verplichtingen en normen uit hoofdstuk 4 verkort weergegeven.

Algemene verplichtingen

Nr.	Verplichting
1.	De zorgverzekeraar mag de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, enkel beoordelen op basis van zorginhoudelijke criteria.
2.	De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft en die naar inhoud en omvang in overeenstemming zijn met de wettelijke zorgaanspraken, (laten) leveren en/of vergoeden.
3.	De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden die in overeenstemming zijn met de laatste stand van de wetenschap en praktijk, dan wel met hetgeen geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
4.	De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden waarop de verzekerde naar inhoud en omvang is aangewezen.
5.	Voor een toestemmingsprocedure mag de zorgverzekeraar uitsluitend informatie verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarvoor de procedure geldt.
6.	De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft.
7.	De zorgverzekeraar moet de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt 'prompt' aan hen vergoeden.

Verplichtingen per type polis

Polis	Nr.	Verplichting
Natura		
	8.	De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.
	9.	Als een zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.
Restitutie		
	10.	De zorgverzekeraar die zorgprestaties in restitutievorm heeft verzekerd moet de kosten van zorg en diensten vergoeden tot ten hoogste hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, eventueel verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico.
	11.	De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden bemiddelen naar zorg, indien deze er om vragen.
	12.	De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief deugdelijke zorg levert.
	13.	De zorgverzekeraar moet 'voortvarend' actie ondernemen om zijn verzekerden te bemiddelen naar zorg.
Gecontracteerde zorg	Nr.	Verplichting
	14.	De zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.
	15.	De zorgverzekeraar moet zorg 'tijdig' (laten) leveren aan zijn verzekerden.
	16.	De zorgverzekeraar moet proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden 'organiseren'.
	17.	Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor iedere verzekerde die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeft, gelijk. De vergoeding mag geen feitelijke hinderpaal

		opwerpen voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding moet voorafgaand aan de behandeling in absolute bedragen voor de verzekerde eenvoudig te achterhalen zijn.
	18.	De zorgverzekeraar moet zorg aanbieden die van 'goede kwaliteit' is.
	19.	Wanneer een zorgaanbieder volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het contracteren.
	20.	De zorgverzekeraar moet verzekerden ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder.
	21.	De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit die de zorgaanbieders in de bewuste inkoopmarkten leveren.

Tijdigheid ¹⁹²

Spoezorg	Nr.	Norm
Toegangstijd + wachttijd	1	tot aanvang behandeling - bij spoed (acute zorg): zo spoedig mogelijk, geen uitstel mogelijk
	1a	bij een acute behoefte aan mondzorg is de norm: uiterlijk één uur
Toegangstijd + wachttijd	2	tot aanvang behandeling - bij spoed (dringende zorg): niet te lang uitstellen, maximaal binnen enkele uren
	2a	bij een subacute behoefte aan mondzorg is de norm: uiterlijk binnen 24 uur.
HUISARTSENZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	3	bij géén spoed: maximaal 3 werkdagen, 80% binnen 2 werkdagen
FARMACEUTISCHE ZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	4	bij géén spoed: maximaal 1 werkdag
PARAMEDISCHE ZORG ¹⁹³	Nr.	Norm
Toegangstijd	5	bij géén spoed: maximaal 1 week

MONDZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	7	Tot aan eerste controle – bij géén spoed: maximaal 3 weken
Wachttijd	11	Tot aan behandeling: bij géén spoed: maximaal 3 weken
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	6	tot aan eerste consult bij de zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	8	tot aan diagnose - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	9	tot aanvang behandeling poliklinisch - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	10	tot aanvang behandeling klinisch - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken
GGZ	Nr.	Norm

¹⁹² Alle tijdigheidsnormen zijn gebaseerd op de Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000, met uitzondering van de tijdigheidsnormen spoedzorg. Deze zijn gebaseerd op de achtergrondnotitie van VWS, 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008.

¹⁹³ Besluit zorgverzekering, art. 2.6, lid 1: Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.

Toegangstijd	6	tot aan eerste consult (intake) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	8	tot aan diagnose (indicatiestelling) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	9	tot aanvang behandeling extramuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	9	tot aanvang behandeling semimuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	10	tot aanvang behandeling intramuraal - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken

Bereikbaarheid

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG¹⁹⁴	Nr.	Norm
Reistijd	12	per ambulance naar een SEH van een ziekenhuis (aanrijtijd, stabiliseren en rijtijd) - bij spoed: maximaal 45 minuten
Responstijd	13	Voor ambulancezorg geldt dat ten minste 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden.
Reistijd	14	Voor ambulancezorg geldt dat De Regionale Ambulancevoorziening ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is.
Reistijd	15	Bij acute verloskunde geldt dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance beschikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose de benodigde medisch specialistische hulp kan worden gestart.
GGZ¹⁹⁵	Nr.	Norm
Reisafstand	16	bij een eerste opname op grond van de Wet Bopz - bij spoed: zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager
HUISARTSENZORG¹⁹⁶	Nr.	Norm
Toegangstijd op afstand (optimaal)	17	drempelloos telefonisch bereikbaar - bij spoed: maximaal 30 seconden
Toegangstijd op afstand (optimaal)	18	drempelloos telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren - bij géén spoed: maximaal 2 minuten
HUISARTSENZORG¹⁹⁷	Nr.	Norm
Reistijd (sub)acute zorg	19	aanbieder bereikbaar binnen maximaal 30 minuten

¹⁹⁴ VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi) en artikel 3.1.1 van de 'Vaststelling van beleidsregels op grond van de WTZi', 23 april 2008 (MC-U-2827900) (op grond van artikel 4, WTZi).

Het basisziekenhuis is gedefinieerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in de vervolgt-uitvoeringstoets 'Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche' van 14 januari 2002 (TK, 2001-2002, niet dossierstuk VWS, 0200126).

De 45 minuten norm is berekend volgens het model dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft ontwikkeld om bereikbaarheidsanalyses uit te voeren (briefrapport 116/03 VTV LZ, september 2003).

¹⁹⁵ VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

¹⁹⁶ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

¹⁹⁷ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

Reistijd electieve zorg	20	aanbieder bereikbaar binnen maximaal 45 minuten, 80% van de verzekerden heeft een aanbieder binnen maximaal 30 minuten
-------------------------	----	--

Bron: NZa

Bijlage 2. Afkortingen

WETGEVING	
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Bzv	Besluit zorgverzekering
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
MvT	Memorie van Toelichting
Rzv	Regeling zorgverzekering
Wbmv	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet
INSTANTIES	
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CB	Consumentenbond
GGZ Nederland	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
HKZ	stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (tegenwoordig samen met Arcares opgegaan in ActiZ)
NCPF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NeVeP	Nederlandse Vereniging van Particuliere Woon- en/of Zorgvoorzieningen
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS/Orde	Orde van Medisch Specialisten
PACE	Stichting Proefproject Accreditatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 3. Zorgpolissen

