



Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw

Vastgesteld op 31 oktober 2017
Beleidsregel TH/BR-025

Grondslag

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Deze bevoegdheid is gebaseerd op artikel 16, sub b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De zorgplicht is opgenomen in artikel 11, van de Zvw, waardoor de NZa ook toezicht houdt op de zorgplicht.

Gelet op artikel 4:81, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot een haar toekomende of onder haar verantwoordelijkheid uitgeoefende bevoegdheid.

1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

Acute zorg: zorg die moet worden verleend in situaties waarin er zonder acuut ingrijpen gevaar bestaat voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd.

Bereikbaarheid van zorg: bereikbaarheid van zorg komt tot uitdrukking in de wijze waarop contact met de zorgaanbieder kan worden opgenomen, de geografische afstand (reisafstand) en de snelheid (reistijd en toegangstijd op afstand) waarmee contact kan worden gekregen met de zorgaanbieder of zorgverzekeraar.

Combinatiepolis: een polis waarin een combinatie van verzekerde prestaties in naturavorm en restitutievorm is opgenomen, of die recht geeft op de vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten maar waarbij, anders dan bij een restitutiepolis, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in artikel 2.2, van het Besluit zorgverzekering.

Electieve zorg: 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. Electieve zorg wordt ook wel planbare zorg genoemd.

Gecontracteerde zorg: zorg waarover de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken heeft gemaakt over de inhoud en kwaliteit van de zorg, de hoogte van de vergoeding aan de zorgaanbieder en eventueel de omvang van het volume, of zorg geleverd door zorgaanbieders die bij de zorgverzekeraar in dienst zijn.

Marktconform tarief: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Naturapolis: een polis die recht geeft op prestaties bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zvw.

Restitutiepolis: een polis die recht geeft op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw en daarnaast geen beperking kent van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

Subacute zorg: urgente zorg waarvoor de zorgverlening wel een paar uur maar niet veel langer kan wachten. Subacute zorg wordt ook wel dringende zorg genoemd.

Tijdigheid van zorg: tijdigheid van zorg wordt uitgedrukt in toegangstijd en in wachttijd. Voor verschillende vormen van zorg zijn maximaal aanvaardbare tijdigheidsnormen vastgesteld.

Toegangstijd: de tijd die 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. Dit wordt ook wel aanmeldwachttijd genoemd.

Toegankelijkheid van zorg: toegankelijke zorg betekent dat personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder drempels toegang hebben tot zorgverlening. Bereikbaarheid en tijdigheid zijn vormen van toegankelijkheid.

Treknormen: normen die door zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk zijn afgesproken over maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan zorg of overige diensten, als bedoeld in artikel 10 Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt.



Wachttijd: 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 informatie-systeem van de zorgaanbieder.

Zorgplicht: de verplichting van een zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg (natura), of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling (restitutie), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Zorgverzekeraar: de verzekeraar bedoeld in artikel 1, onder b, Zvw.

2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel beschrijft op welke wijze de NZa, met inachtneming van de verplichtingen en normen genoemd in deze beleidsregel, toezicht houdt op rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zvw.

4. Toezicht en handhaving

- 4.1 De NZa kan formeel handhavend optreden of anderszins ingrijpen als blijkt dat de zorgplicht wordt geschonden.
- 4.2 Deze beleidsregel laat onverlet dat een zorgverzekeraar in een concreet geval op een andere wijze dan in deze beleidsregel beschreven de zorgplicht rechtmatig kan uitvoeren, voor zover dat plaatsvindt binnen de wettelijke kaders.

5. Algemene verplichtingen

- 5.1 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.
- 5.2 De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft. Toetsing vooraf mag niet tot een onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.
- 5.3 De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren en in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg waarnaar bemiddeld wordt. Een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht behelst onder meer dat een zorgverzekeraar handelt naar het in dit lid bedoelde verkregen inzicht, en waar nodig consequenties daaraan verbindt.

6. Verplichtingen bij naturapolis

- 6.1 De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.
- 6.2 Als een zorgverzekeraar ondanks maximale inspanning zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.

7. Verplichtingen bij restitutiepolis

- 7.1 De zorgverzekeraar die zorgprestaties in restitutievorm heeft verzekerd moet de kosten van zorg en diensten vergoeden.
- 7.2 Onder de in artikel 7.1 bedoelde vergoeding vallen niet de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend zijn te achten.
- 7.3 De in artikel 7.1 bedoelde vergoeding wordt, indien van toepassing, verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico van verzekerden.
- 7.4 De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden bemiddelen naar zorg, indien deze er om vragen.
- 7.5 De zorgverzekeraar moet de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt prompt aan hen vergoeden.

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

- 8.1 De zorgverzekeraar moet zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.
- 8.2 De zorgverzekeraar moet zorg tijdig (laten) leveren aan zijn verzekerden.



- 8.3 De zorgverzekeraar moet proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden organiseren.
- 8.4 Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, 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. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.5 De zorgverzekeraar moet gecontracteerde zorg aanbieden die kwalitatief goed is.
- 8.6 Wanneer een zorgaanbieder volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het al dan niet contracteren.
- 8.7 De zorgverzekeraar moet verzekerden ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder.

9. Tijdigheid en bereikbaarheid van acute en subacute zorg: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

9.1 Mondzorg

- 9.1.a Bij een acute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen één uur geleverd.
- 9.1.b Bij een subacute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen 24 uur geleverd.
- 9.1.c Bij een acute of subacute behoefte aan mondzorg is de zorgaanbieder binnen een reistijd van maximaal 30 minuten bereikbaar.

9.2 Huisartsenzorg

- 9.2.a Huisartspraktijken en huisartsenposten moeten voor spoed binnen 30 seconden drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.
- 9.2.b Op huisartsen rust bij spoed de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn.

9.3 Spoedeisende hulp

- 9.2.a Spoedeisende hulp moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn.
- 9.3.b Voor ambulancezorg geldt dat ten minste 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden.
- 9.3.c 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.
- 9.3.d 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.
- 9.3.e 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.

10. Tijdigheid en bereikbaarheid van electieve basiszorg: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

10.1 Mondzorg

- 10.1.a De aanbieder van mondzorg moet binnen een reistijd van niet meer dan 45 minuten bereikbaar zijn voor burgers. 80% van de burgers moet binnen 30 minuten een aanbieder van mondzorg kunnen bereiken.
- 10.1.b De toegangstijd tot mondzorg bedraagt voor burgers maximaal 3 weken.
- 10.1.c De wachttijd op behandeling in geval van mondzorg bedraagt voor burgers maximaal 3 weken.

10.2 Huisartsenzorg

- 10.2.a Huisartspraktijken moeten tijdens kantooruren voor gewone oproepen binnen 2 minuten drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.
- 10.2.b De toegangstijd tot de huisarts bedraagt voor burgers maximaal 3 werkdagen; 80% van de burgers moet binnen 2 werkdagen terechtkunnen.



10.3 Apotheek

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

10.4 Paramedische zorg

De toegangstijd tot paramedische zorg bedraagt voor burgers maximaal 1 week.

10.5 Medisch specialistische zorg (msz)

- 10.5.a De toegangstijd tot ziekenhuizen/specialist draagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.
- 10.5.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.
- 10.5.c De wachttijd op poliklinische behandeling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.
- 10.5.d De wachttijd op klinische behandeling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 7 weken; 80% van de burgers moet binnen 5 weken terecht kunnen.

10.6 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

- 10.6.a De toegangstijd/aanmeldwachttijd in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.
- 10.6.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.
- 10.6.c De wachttijd op behandeling in de ggz (extramuraal en semimuraal) bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.
- 10.6.d De wachttijd op behandeling in de ggz (intramuraal) bedraagt voor burgers maximaal 7 weken; 80% van de burgers moet binnen 5 weken terecht kunnen.

10.7 Verpleging en verzorging

- 10.7.a De wachttijd voor verpleging bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.
- 10.7.b De wachttijd voor verzorging bedraagt voor burgers maximaal 13 weken; 80% van de burgers moet binnen 8 weken terecht kunnen.

11. Intrekken oude beleidsregel en toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), met kenmerk TH/BR-018, ingetrokken.

De Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), met kenmerk TH/BR-018 blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

12. Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2018.

Ingevolge artikel 3:42, eerste lid, van de Awb, wordt deze beleidsregel geplaatst in de Staatscourant.

13. Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.



TOELICHTING

Algemeen

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

De zorgplicht van zorgverzekeraars is verankerd in de 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 op toe dat voldaan is aan de randvoorwaarden, met inachtneming van de verplichtingen en normen neergelegd in deze beleidsregel. Bij het nakomen van de zorgplicht moet uiteraard ook voldaan worden aan de overige wet- en regelgeving. Deze wordt niet uitputtend in deze beleidsregel behandeld.

Op grond van artikel 11 van de 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. Het gaat om zorg gericht op genezing (het te verzekeren risico) zoals bedoeld in artikel 10, Zvw. De zorgplicht van een zorgverzekeraar beperkt zich daarom tot de basisverzekering en gaat niet over de aanvullende verzekerde zorg. Als het verzekerde risico zich bij een verzekerde voordoet geeft de zorgplicht (afhankelijk van de verzekeringsvorm) recht op prestaties die bestaan uit:

- de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft, ook wel *natura* genoemd;
- dan wel vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (zorgbemiddeling), ook wel restitutie genoemd.

De zorgplicht geldt voor zowel naturaprestaties als restitutieprestaties, met of zonder gecontracteerde zorg.¹

Onder de inhoud en omvang van de verzekerde zorg kunnen ook vallen dure geneesmiddelen, waarvoor reeds een handelsvergunning is gegeven, maar waarvoor de NZa nog geen add-on prestatie heeft vastgesteld. Indien het dure geneesmiddel dan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dan valt het onder de te verzekeren prestaties. Wanneer een patiënt redelijkerwijs is aangewezen op het dure geneesmiddel, dan dient hij deze zorg (dan wel de vergoeding daarvan) te krijgen. Dit is ook het geval als de add-onprestatie (nog) niet bestaat. De kosten moeten dan uit de de dbc worden betaald. Mocht het afgesproken dbc-tarief 'overall' niet toereikend zijn om de kosten van de behandeling te dekken, dan kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in overleg treden over de prijs van de dbc.²

Zorgplicht

De zorgplicht is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde.³ 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. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan schendt hij zijn zorgplicht.
- 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: de vergoeding van kosten van zorg. Verder heeft de zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg een inspanningsverplichting. 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.

¹ Waar in deze beleidsregel wordt gesproken over zorg, worden, voor zover relevant, ook de in artikel 11 van de Zvw genoemde overige diensten bedoeld.

² Zie het rapport 'Toegankelijkheid van dure geneesmiddelen – Onderzoek naar mogelijke risico's in de toegankelijkheid van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg', van de NZa, gepubliceerd op 6 juli 2017.

³ 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.



Deze beleidsregel geeft weer welke normen de zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de uitvoering van de zorgplicht. Hierbij geldt echter wel dat het resultaat – dat de verzekerde de zorg krijgt waar hij behoefte aan heeft, of, indien van toepassing, de kosten vergoed krijgt – voorop staat. Dit betekent dat de resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar betekent dat hij in sommige gevallen verder moet gaan, dan de algemene normen voorschrijven om aan zijn zorgplicht te voldoen. Er is dus niet per definitie voldaan aan de zorgplicht als aan deze normen wordt voldaan. Daarentegen hebben zorgverzekeraars de ruimte om (binnen de wettelijke kaders) zelf nadere invulling te geven aan de algemene normen om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. De zorgplicht is derhalve niet per definitie geschonden als niet aan de algemene normen wordt voldaan (zie artikel 4.2, van deze beleidsregel).

De vraag of aan de zorgplicht wordt voldaan is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Het resultaat ten aanzien van verzekerden is uiteindelijk bepalend en de zorgverzekeraar heeft een eigen verantwoordelijkheid om te bepalen hoever hij moet gaan. Hij zal daarbij een juiste afweging moeten maken en noodzakelijke maatregelen (bijvoorbeeld in het kader van de zorginkoop) moeten treffen.

Afwegingskader invullen open normen

De zorgplicht is een open norm. Zorgverzekeraars spelen samen met zorgaanbieders een (belangrijke) rol bij het nader invullen van de zorgplicht en bij het bepalen wat tijdige en bereikbare zorg is. Zij kunnen samen met patiëntenorganisaties, algemeen geldende praktijknormen afspreken. Het Zorginstituut Nederland neemt deze normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Voor bepaalde vormen van zorg bestaan reeds algemeen geldende praktijknormen, de zogenoemde Treeknormen. Alle zorgverzekeraars zullen bij de naleving van de zorgplicht de algemeen geldende normen in acht moeten nemen. De NZa zal enkel waar nodig en mogelijk de zorgplicht nader invullen.

Voor de vraag of de NZa een open norm dient in te vullen, is een afwegingskader ontwikkeld:

- het invullen van de norm dient het belang van de burger;
- de burger en veldpartijen hebben moeite om te bepalen hoe zij de open norm moeten interpreteren;
- er zijn geen andere handvatten beschikbaar (bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek of jurisprudentie);
- het gebrek aan duidelijkheid in normen heeft negatieve gevolgen op de borging van de publieke belangen;
- veldpartijen vullen de norm zelf niet in (of niet snel genoeg of niet effectief).

Het uitgangspunt bij dit kader is dat een norm niet door de NZa wordt ingevuld, tenzij dat op basis van de criteria nodig blijkt te zijn. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat niet de NZa zelfstandig, maar in samenspraak met het veld, het Zorginstituut Nederland en de IGJ, de zorgplichtnormen invult. De inhoud en omvang van de zorg wordt immers mede bepaald aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk.

Toezicht

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Het toezicht oefent zij uit met behulp van de bepalingen genoemd in deze beleidsregel. De NZa kan de zorgplicht jegens een zorgverzekeraar formeel handhaven middels het opleggen van een aanwijzing of een last onder dwangsom.⁴ Ook kan de NZa in bepaalde gevallen overgaan tot openbaarmaking.⁵

In de Wmg is bepaald dat de NZa bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop stelt. Daarnaast is in artikel 79 van de Wmg opgenomen dat het de NZa niet is toegestaan een aanwijzing te geven omtrent de beoordeling of behandeling van individuele gevallen door degene tot wie de aanwijzing is gericht. Hieruit volgt dat daar waar een verzekerde meent dat hem bijvoorbeeld ten onrechte een prestatie is onthouden, de verzekerde zelf de beslissing van de zorgverzekeraar zal moeten aanvechten. De wetgever heeft hiervoor bepaald dat er een laagdrempelige, onafhankelijke instantie in het leven moet worden geroepen. Dit is de Geschillencommissie zorgverzekeringen, onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De geschillencommissie kan bindende uitspraken doen.

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.

⁴ Zie tevens de beleidsregel Handhaving (TH/BR-016).

⁵ Over publicatie van handavingsmaatregelen wordt korthedshalve verwezen naar de beleidsregel openbaarmaking besluiten NZa (BR/AL-0033).



Omdat de zorgplicht een open norm is, zijn er niet voor alle vormen van zorg bereikbaarheids- of tijdigheidsverplichtingen. In zo'n geval zal de NZa in eerste instantie aansluiting zoeken bij de richtlijnen, voorschriften, of anderszins normen van de betreffende beroepsgroep zelf.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Het Zorginstituut Nederland heeft onder meer tot taak de eenduidige uitleg van het te verzekeren pakket te bevorderen. Daarnaast beheert het Zorginstituut het Register⁶, waarin opgenomen is wat zorgaanbieders, patiënten, cliënten en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken over wat goede zorg is voor een specifiek zorgonderwerp. Bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht, volgt de NZa het oordeel van de IGJ over de kwaliteit van handelen van zorgaanbieders en het standpunt van het Zorginstituut Nederland over de inhoud van het basispakket.

Het toezicht van de NZa richt zich steeds meer op het voorkomen en oplossen van problemen. Goede analyses van de sector onder andere door middel van data-analyse en monitoring op de zorgverzekeraars vormen de basis om te weten wat er speelt en waar we ons als NZa (zowel op de korte als lange termijn) op moeten richten.

De NZa zal zich daarbij meer gaan opstellen als regisseur en minder als controleur. We willen ons focussen op de resultaten en doelen die de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders behalen, de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de wijze waarop bij henzelf leggen en minder vanuit de NZa voorschrijven.

In de praktijk betekent dit een meer faciliterende en sturende rol, meer *principle based* toezicht, minder voorschrijven "hoe" maar meer "welk resultaat" wordt verwacht, meer proactief en snel werken, meer zichtbaarheid en meer sturen aan de voorkant. Dit alles vanuit een goede dialoog en samenwerking met het veld. Waar nodig brengt de NZa partijen bij elkaar om snel tot oplossingen te komen.

Artikelsgewijs

1. Begripsbepalingen

Voor meer uitleg over de verschillende soorten polissen en het marktconforme tarief, verwijzen we naar de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.⁷ Bij de typering van polissen is de zorgverzekeraar gehouden aan het bepaalde in artikel 29 van die Regeling.

Bereikbaarheid van zorg: contact kan zowel persoonlijk zijn (bijvoorbeeld een spreekuur), als op afstand (bijvoorbeeld via telefoon, internet). Dit uiteraard met inachtneming van eventuele zorginhoudelijke normen.

Wachttijd: Een wachttijd treedt niet in werking indien de zorgaanbieder om zorginhoudelijke redenen adviseert de behandeling uit te stellen.

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 naturapolis en de restitutiepolis zijn eveneens van toepassing op respectievelijk de desbetreffende prestaties in de combinatiepolis die via het naturamodel zijn verzekerd en de prestaties in de combinatiepolis waarbij sprake is van een recht op vergoeding van kosten.⁸ Een combinatiepolis is een combinatie van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Ook polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw maar waarbij, anders dan bij de restitutiepolissen, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering, worden aangemerkt als een combinatiepolis.

5. Algemene verplichtingen

- 5.1 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

⁶ Zie hiervoor zorginzicht.nl.

⁷ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010).

⁸ Voor zover niet anders aangegeven in wet- of regelgeving of beleid.

regelingen (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering) is de inhoud en omvang van de zorg geregeld.

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.

Een verzekerde heeft alleen 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 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.

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 van VWS kan dat alleen doen voor zover de zorg verantwoord is. Die vormen van zorg zijn maximaal zeven jaar onderdeel van het verzekerde pakket. 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.

- 5.2 De zorgverzekeraar moet een toestemmingsaanvraag binnen een redelijke termijn behandelen. Toetsing vooraf mag echter niet tot onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.

- 5.3 De verplichting houdt in dat de zorgverzekeraar inzicht moet hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die de (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren. Dit geldt niet alleen bij de naturapolis of combinatiepolis – voor zover het gaat om verzekerde prestaties in natura – maar ook bij bemiddeling in het geval de verzekerde daarom vraagt.

In het geval een zorgverzekeraar een overeenkomst voor het leveren van zorg aangaat met een zorgaanbieder, verwacht de NZa van de zorgverzekeraar dat hij op de hoogte is en blijft van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg geleverd door die zorgaanbieder. In het geval een zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht (bijvoorbeeld vanwege financiële problemen bij een gecontracteerde zorgaanbieder) zal hij zijn verzekerden kunnen verwijzen naar een andere zorgaanbieder om alsnog aan zijn zorgplicht te voldoen. Deze zorgaanbieder hoeft niet reeds gecontracteerd te zijn. In een dergelijke situatie verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar zich op de hoogte stelt van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die door die zorgaanbieder wordt geleverd. De verplichting genoemd in artikel 5.3, behelst derhalve niet dat een zorgverzekeraar op voorhand van alle niet-gecontracteerde zorgaanbieders inzicht heeft in de kwaliteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg.

Inzicht in de kwaliteit geldt vanzelfsprekend ook bij zorgverzekeraars die bemiddelen naar zorg (restitutie). De NZa verwacht dat verzekerden worden bemiddeld naar een zorgaanbieder die kwalitatief goede en toegankelijke zorg levert. De diepgang en omvang van het 'inzicht' zal verschillen per situatie, en zorgverzekeraar. Wij verwachten niet dat zorgverzekeraars van alle zorgaanbieders in Nederland inzicht hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg. Wel ligt het in de rede te verwachten dat zorgverzekeraars alternatieven achter de hand hebben, en dat bij bemiddeling (restitutie) wordt bemiddeld naar zorgaanbieders waarvan de zorgverzekeraar reeds weet dat de kwaliteit en toegankelijkheid geborgd is. Tevens verwachten wij dat zorgverzekeraars inspelen op actuele ontwikkelingen en in voorkomende gevallen hun inzicht in de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg van zorgaanbieders verdiepen, of uitbreiden naar andere zorgaanbieders.

De tweede zin in het lid doelt op de situatie waarbij een zorgaanbieder kwalitatief ondeugdelijke zorg, of niet toegankelijke zorg, blijkt te leveren. Afhankelijk van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (bijvoorbeeld is er wel of geen sprake van een overeenkomst) verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar aan deze situatie consequenties verbindt met het oog op zijn zorgplicht. Deze consequenties kunnen onder meer inhouden dat de zorgaanbieder informatie over de geleverde zorg opvraagt, of – in de meest ernstige situatie – de overeenkomst met de zorgaanbieder beeindigt en zijn verzekerden naar een andere zorgaanbieder verwijst respectievelijk een andere zorgaanbieder contracteert (of, bij restitutie, bijvoorbeeld zijn verzekerden niet meer bemiddelt naar die zorgaanbieder).

Ook zal de zorgverzekeraar voortvarend actie moeten ondernemen als hij een verzoek om bemiddeling ontvangt van zijn verzekerde.

6. Verplichtingen bij naturapolis

- 6.1 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 zorgverzekeraar zorgaanbieders in dienst nemen, en/of zorgaanbieders contracteren.



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. De verzekerde kan daar een beroep op doen.

In artikel 6.2 is bepaald dat als een zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich op overmacht beroept, hij de aanwezigheid van overmacht moet aantonen. Samen met artikel 8.3 behelst dit dat de zorgverzekeraar er voor moet waken dat de zorg toegankelijk en bereikbaar is voor zijn verzekerden en dat hij waar nodig actie onderneemt om de continuïteit te borgen. Alleen in zeer uitzonderlijke situaties zal een zorgverzekeraar zich met succes kunnen beroepen op overmacht.

Voor de continuïteit van zorg is het irrelevant welke zorgaanbieder de zorg levert. In het geval een zorgaanbieder bijvoorbeeld failliet gaat, moet de zorg beschikbaar blijven. Zorgverzekeraars moeten op grond van hun zorgplicht borgen dat de verzekerde terecht kan bij alternatieve zorgaanbieders en al het mogelijke in het werk stellen om de beschikbaarheid en tijdigheid van de zorg te organiseren.

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG⁹ 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. 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 aan zet 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 – dus ondanks maximale inspanning – niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, kan de Minister van VWS besluiten om de continuïteit van deze zorg te borgen 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.

Een zorgverzekeraar is, net als een Wlz-uitvoerder, verplicht terstond bij de NZa een melding te doen op het moment dat voorzienbaar is dat op afzienbare termijn niet aan de zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg kan worden voldaan, terwijl de verzekeraar al het mogelijk heeft gedaan om de cruciale zorg te borgen.¹⁰ Vervolgens toetst de NZa de melding van overmacht.¹¹ Deze toets heeft uitsluitend betrekking op de vraag of de zorgverzekeraar de cruciale zorg nog kan organiseren (door deze te contracteren of zelf te leveren). Dit valt niet noodzakelijkerwijs samen met het begrip overmacht van artikel 6:75 van het Burgerlijk Wetboek, zoals dat bij de beoordeling van de schadeplichtigheid wegens het niet na (kunnen) komen van de verbintenis een rol speelt. De beoordeling van de eventuele schadeplichtigheid is niet aan de NZa, maar aan de civiele rechter.

7. Verplichtingen bij restitutiepolis

- 7.1 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).
- 7.2 en 7.3 De zorgverzekeraar die prestaties in restitutieform heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de nota volledig moet vergoeden. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.¹²

Als er sprake is van een 'excessieve prijs' en de zorgverzekeraar kan dit aantonen, dan mag de zorgverzekeraar het excessieve deel van die prijs niet vergoeden ten laste van de Zvw. 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 (afgezien van de eigen bijdrage en het eigen risico) alleen die kosten op de vergoeding van de nota in mindering brengen, die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

⁹ Stb. 2012, 396.

¹⁰ Zie Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (TH/NR-002).

¹¹ Zie Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg (TH/BR-017).

¹² Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.



Met betrekking tot de vraag wat zou moeten worden verstaan onder 'in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten' vermeldt de Nota van Toelichting op het Besluit zorgverzekering, dat het door een zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag niet in verhouding staat tot het door de overige zorgaanbieder voor gelijksoortige activiteiten in rekening gebrachte bedrag.¹³ Artikel 2.2, tweede lid, onder b, Besluit zorgverzekering, beoogt de vergoeding van marktconforme bedragen, niet 'excessieve' prijzen. Verzekeraars dienen over deze bepaling en de wijze waarop zij hier nader invulling aan geven transparant te zijn naar hun (potentiële) restitutieverzekerden. Op grond van artikel 28, van de nadere regel Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, gebruikt de zorgverzekeraar het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Daarnaast volgt uit de memorie van toelichting op de Zvw dat de zorgverzekeraar moet aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.¹⁴ Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst.¹⁵ 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 is dat de zorgverzekeraar een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vastlegt. Daarmee wordt immers onvoldoende aangesloten bij de prijzen die in de markt worden gehanteerd, doordat onder meer met prijsstijgingen en prijsdalingen geen rekening wordt gehouden. Ook wordt dan niet beoordeeld of de voor vergoeding ingediende rekening in het individuele geval onredelijk hoog is. 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.

- 7.4 De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van zorg. De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief goede zorg levert. Ook moet de inspanning van de zorgverzekeraar erop zijn gericht dat de verzekerde wordt bemiddeld naar een zorgaanbieder die de zorg tijdig levert en die voldoende bereikbaar is voor de verzekerde. Zie hiervoor de geldende normen op het vlak van kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid.
- 7.5 Bij een resitutiepolis zal de verzekerde kunnen verlangen dat de zorgverzekeraar overgaat tot prompte vergoeding van de kosten die de verzekerde heeft gemaakt, een en ander uiteraard behoudens het geval dat daaromtrent een afwijkende afspraak is gemaakt.¹⁶ Hierbij dienen artikel 7.1, 7.2 en 7.3, van deze beleidsregel en de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar zelf in acht te worden genomen. Een prompte vergoeding houdt in een vergoeding binnen een redelijke termijn.

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

De verplichtingen in dit artikel gelden (tenzij anders is aangegeven) zowel voor de naturapolis, de combinatiepolis en de restitutiepolis met gecontracteerd zorgaanbod.

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. 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.¹⁷ Voor de verzekerden is daarmee ook duidelijk wat van de zorgverzekeraar in dit opzicht mag worden verwacht.

Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om te sturen op de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg. 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.

¹³ Stb. 2005, 389.

¹⁴ MvT Zvw, p. 33.

¹⁵ Dit sluit een lijst met maximale vergoedingen uit. Wel kan de zorgverzekeraar een lijst met indicatieve vergoedingen publiceren. Deze vergoedingen mogen niet als vast maximum gebruikt worden maar kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om de grens aan te geven waarboven de zorgverzekeraar de nota's individueel gaat beoordelen.

¹⁶ MvT Zvw, p. 34.

¹⁷ De zorgverzekeraar moet hierbij de bestaande normen in acht nemen.



Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om uit doelmatigheids- of kwaliteitsoverwegingen, afspraken te maken die verder gaan dan de minimum kwaliteit die vereist is. Daarmee kunnen zij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

Om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen zal de zorgverzekeraar erop moeten toezien dat de contracten die hij heeft gesloten met zorgaanbieders worden nagekomen. Naleving van die afspraken moet hij zo nodig afdwingen.

- 8.1 Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht bereikbaar is voor zijn verzekerden. 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. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met algemeen geldende, zorginhoudelijke normen. Zie ook artikel 9 en 10, van deze beleidsregel.
- 8.2 De zorgverzekeraar moet zorgaanbieders contracteren die zorg tijdig leveren. De vraag wat onder tijdig moet worden verstaan, wordt beantwoord aan de hand van de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden. Voor sommige vormen van zorg zijn normen afgesproken die een maximale aanvaardbare wachttijd inhouden (zie ook hierna). Tijdigheid zal ook een casuïstisch karakter hebben; per individueel geval kan tijdigheid anders worden ingevuld.
- 8.3 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, is van belang dat de zorgverzekeraar alternatieven achter de hand heeft. Het is van belang dat de zorgverzekeraar daartoe proactief handelt zodanig dat bij discontinuïteit van de betrokken aanbieder op ieder moment de voortzetting van de zorg verzekerd is. Om adequaat in te kunnen spelen op (dreigende) schaarste, is van belang dat de zorgverzekeraar zijn inkoopmarkten analyseert en mogelijke knelpunten in kaart brengt. 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 moet de zorgverzekeraar tijdige maatregelen treffen om er voor te zorgen dat de zorg voor zijn verzekerden beschikbaar en bereikbaar blijft. De zorgverzekeraar moet bijvoorbeeld extra budget verstrekken aan de zorgaanbieder in financiële nood, meedenken over of aansturen op een geschikte overname-kandidaat bij faillissement, of 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.
- 8.4 Als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 11 juli 2014¹⁸ bepaald dat de vergoedingsbeperking niet dusdanig mag zijn dat deze een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze norm geldt voor polissen die uitgaan van gecontracteerde zorg en waarbij tevens een korting wordt toegepast op de vergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (dit kan voorkomen bij natura- en combinatiepolissen).¹⁹ Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen. Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat

¹⁸ Vindplaats: ECLI:NL:HR:2014:1646.

¹⁹ Op grond van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) is een resitutiepolis een polis die recht geeft op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.

Zoals hiervoor aangegeven volgt uit artikel 28, van de nadere regel Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, dat de zorgverzekeraar het begrip marktconform tarief enkel gebruikt wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering (zie de toelichting bij artikel 7 van deze beleidsregel).

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. 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.

De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekent in de modelpolis op.²⁰ De zorgverzekeraar dient bij de berekening van de vergoeding rekening te houden met verplichte eigen bijdragen. Verder moet de zorgverzekeraar de vergoeding in geval een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, voor alle verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, op gelijke wijze berekenen. De wijze van berekenen mag derhalve niet afhankelijk worden gemaakt van specifieke kenmerken van verzekerden.

- 8.5 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. Voor alle zorgvormen is dan ook van belang dat de zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken maakt over de kwaliteit van deze zorg.

De zorg moet van goede kwaliteit en van goed niveau zijn, waaronder in ieder geval wordt verstaan dat de zorg veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de client. Dit volgt uit artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Maar ook andere eisen op grond van andere wetten, zoals de Zorgverzekeringswet, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, en de Wet toelating zorginstellingen, zijn relevant voor de kwaliteit van zorg. De NZa volgt altijd het oordeel van de IGJ over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. Dit volgt uit artikel 19 van de Wmg.

- 8.6 Het gaat hierbij 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 IGJ betrokken is. Deze informatie maakt de IGJ openbaar op haar website. 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.

- 8.7 Zie de toelichting op artikelen 6.1 en 7.4.

- 8.8 Om kwalitatieve zorg te kunnen leveren of hier naar te bemiddelen, is inzicht nodig in de kwaliteit. 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 ontslaan zorgverzekeraars niet van deze verplichting. 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.

9. Tijdigheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij de borging van een tijdige levering van zorg. 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 Treeknormen). Omdat de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft het Ministerie van VWS deze normen geformaliseerd door ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen. Een beperking van de Treeknormen is dat deze alleen van toepassing zijn op de aanvang van de zorgverlening, en niets zeggen over het vervolg ervan.

²⁰ Ook wijzen we in dit verband op de transparantieverplichtingen voor zorgverzekeraars die volgen uit het gestelde bij en krachtens de Wmg.



Tijdigheid ziet op verschillende fases in het zorgtraject. Deze fases zijn het eerste contact met een zorgaanbieder, de diagnose-fase/indicatiestelling en de behandelfase/opnamefase. Op deze fases zijn verschillende tijdigheidsnormen van toepassing.

10. Bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

Er bestaat een wisselwerking tussen tijdigheid en bereikbaarheid. Immers, reisafstand, reistijd en 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.

- 10.1.c Een A1 melding is een melding met betrekking tot 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.
- 10.2.a 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. Als in 10 minuten bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat een huisartsenpraktijk niet bereikbaar is.²¹ 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 IGJ 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 IGJ deze norm hanteert bij haar toezicht.

²¹ IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.