

## **Beleidsregel TH/BR-001**

# **Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)**

De reikwijdte van de zorgplicht in begrippen,  
verantwoordelijkheden en normen



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding	5
1.2 Reikwijdte	6
1.3 Doel	6
1.4 De zorgplicht van zorgverzekeraars	7
1.4.1 De Zorgverzekeringswet	7
1.4.2 Definitie NZa	7
1.4.3 Rolverdeling NZa en IGZ	8
1.5 Bronnen	8
1.6 Toezicht en handhaving	8
1.7 Inwerkingtreding	9
1.8 Ontwikkeling	10
<b>2. Begrippen</b>	<b>11</b>
2.1 Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars	11
2.1.1 Verplichting	11
2.1.2 Norm	11
2.1.3 Best practice	12
2.2 Publieke belangen en consumentenwaarden	12
2.2.1 Kwaliteit	12
2.2.2 Toegankelijkheid	14
2.2.3 Betaalbaarheid	16
2.3 Zorg	17
2.3.1 Inhoud en omvang van zorg	17
2.3.2 Typen zorg	18
2.4 Zorgverzekering	20
2.4.1 Zorgcontracten	20
2.4.2 Zorgprestaties	21
2.4.3 Zorgpolissen	21
<b>3. De verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorgplicht</b>	<b>25</b>
3.1 De rol van zorgverzekeraars	25
3.1.1 Leveren van zorg	25
3.1.2 Vergoeden van zorg	27
3.2 Basisvoorwaarden	27
3.2.1 Naturaprestaties ('recht op zorg')	27
3.2.2 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )	28
3.3 Inhoud en omvang van zorg	29
3.3.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )	29
3.3.2 Naturaprestaties ('recht op zorg')	30
3.4 Inhoud en omvang van vergoeding	31
3.4.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )	31
3.4.2 Gecontracteerde zorg (restitutie)	32
3.4.3 Gecontracteerde zorg (natura en restitutie)	33
3.4.4 Niet-gecontracteerde zorg (restitutie)	33
3.5 Kwaliteit	34
3.5.1 Gecontracteerde zorg	34
3.5.2 Niet-gecontracteerde zorg	35
3.5.3 Bemiddelen naar zorg	35
3.5.4 Gecontracteerde zorg en bemiddelen naar zorg	35
3.5.5 Te waarborgen kwaliteitsnormen	36
3.6 Tijdigheid	37
3.6.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )	37
3.6.2 Gecontracteerde zorg	38
3.6.3 Bemiddelen naar zorg	38
3.6.4 Te waarborgen tijdigheidsnormen	38

3.7	Bereikbaarheid	40
3.7.1	Gecontracteerde zorg	41
3.7.2	Te waarborgen bereikbaarheidsnormen	41
<b>Bijlage 1.</b>	<b>Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 2.</b>	<b>Te waarborgen normen</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 3.</b>	<b>Verantwoording zorgverzekeraars</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage 4.</b>	<b>Begrippenlijst</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 5.</b>	<b>Afkortingen</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 6.</b>	<b>Zorgpolissen</b>	<b>57</b>

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De zorgplicht van de verzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden in het zorgstelsel die de rechtspositie van de verzekerde consument moeten waarborgen, samen met de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, transparante informatie en de risicoverevening.<sup>1</sup> De zorgplicht moet er voor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat zorgverzekeraars de zorgplicht naleven.

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 in de Zvw is dan ook een open norm dat een nadere invulling nodig heeft. Zorgverzekeraars hebben hier in eerste instantie een eigen verantwoordelijkheid.

In 2007 heeft de NZa voor het eerst gerapporteerd over de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan de zorgplicht.<sup>2</sup> Sindsdien zijn de zorgmarkten volop in beweging en heeft een aantal veldpartijen een nadere invulling gegeven aan de zorgplicht, al is dit nog beperkt. In 2009 heeft de NZa vervolgonderzoek gedaan naar de invulling van de zorgplicht bij zorginkoop en daarover in 2010 gerapporteerd.<sup>3</sup> Daaruit blijkt weliswaar dat zorgverzekeraars op bepaalde punten vooruitgang hebben geboekt, maar tegelijkertijd zijn er een aantal belangrijke aandachtspunten voor de invulling van de zorgplicht. Zo moeten zorgverzekeraars beter bepalen wat zij voldoende (gecontracteerde) zorg vinden voor de verzekerdenpopulatie en proactief naar alternatieven zoeken als het bestaande zorgaanbod niet toereikend is. Daarnaast zouden zij helder voor ogen moeten hebben wat zij onder kwalitatieve, tijdige en bereikbare zorg verstaan en een actieve rol spelen bij de ontwikkeling van transparante kwaliteitsinformatie. Op die manier kan beter worden ingespeeld op continuïteitsproblemen en kan aan verzekerden duidelijk worden gemaakt wat zij mogen verwachten van hun zorgverzekeraar.

Consumentenorganisaties onderschrijven het belang van de zorgplicht voor het verkrijgen van 'goede' zorg door consumenten. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond (CB) hebben over onderzoeken gepubliceerd die de zorgplicht raken en waaruit blijkt wat consumenten van belang vinden. Het gaat dan om zaken als de rol van de zorgverzekeraar, zorginkoop, kwaliteit van zorg en zorgpolissen. De Consumentenbond heeft zelfs gepleit voor een nadere invulling van het wettelijke kader zodat consumenten duidelijkheid krijgen over wat zij van hun zorgverzekering en zorgverzekeraar mogen verwachten.

Verderop in dit hoofdstuk wordt de reikwijdte en de inwerkingtreding van deze beleidsregel uitgewerkt, wordt het doel van dit toezichtkader toegelicht, wordt het begrip zorgplicht uit de Zvw gedefinieerd en wordt

<sup>1</sup> NZa, [www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet](http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet).

<sup>2</sup> NZa 'Thematisch onderzoek zorgplicht', augustus 2007

<sup>3</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010

een toelichting gegeven op de rol van de NZa, de gebruikte bronnen, het toezicht door de NZa en de verdere ontwikkeling van de invulling van de zorgplicht.

## 1.2 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de zorgplicht van zorgverzekeraars binnen de Zvw. De NZa is bevoegd toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Met deze beleidsregel geeft de NZa aan hoe zij met deze bevoegdheid omgaat.

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

## 1.3 Doel

Om toe te kunnen zien op naleving van de zorgplicht heeft de NZa het noodzakelijk gevonden de zorgplicht te concretiseren waarbij zij de publieke belangen centraal plaatst. Deze concretisering heeft geleidelijk plaatsgevonden sinds de inwerkingtreding van de Zvw en is gebaseerd op verplichtingen en normen die eerder zijn gepubliceerd, waaronder in bovengenoemde rapporten van de NZa. In het voorliggende toezichtkader worden al deze losse elementen samengebracht waardoor een groter geheel ontstaat dat als uitleg van de zorgplicht kan worden gezien. Deze nadere concretisering van de zorgplicht die de NZa met dit toezichtkader beoogt, komt aan de wens van consumenten tegemoet, zoals verwoord in § 1.1.

Met het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars maakt de NZa eveneens concreet op basis van welke – al bestaande – normen zij haar toezichtactiviteiten ten aanzien van de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars vorm geeft. Daarbij maakt de NZa gebruik van haar bevoegdheid om als bestuursorgaan uitleg te geven over een wettelijk voorschrift, in dit geval de zorgplicht. Dit maakt de NZa als bestuursorgaan voorspelbaar, transparant en zorgvuldig.

Niet alleen geeft dit toezichtkader weer welke normen de NZa hanteert in haar toezichthoudende activiteiten ten aanzien van de zorgplicht, het toezichtkader verschaft ook duidelijkheid over begrippen die gerelateerd zijn aan de zorgplicht én over de rol die van zorgverzekeraars mag worden verwacht en welke verantwoordelijkheden zij daarbij hebben, voor zover deze zich tot nu toe hebben afgetekend. Deze duidelijkheid schept de mogelijkheid om de zorgplicht (beter) na te leven.

Tegelijkertijd geeft deze duidelijkheid ook aan waar de ruimte ligt voor veldpartijen om zelf een nadere invulling te geven aan de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid als belangrijke aspecten van de zorgplicht. Er is immers nog slechts een beperkt aantal concrete normen voorhanden die de zorgplicht nader concretiseren waardoor veldpartijen nog veel ruimte hebben om zelf normen te bepalen. Door dit toezichtkader worden veldpartijen gewezen op deze ruimte. De NZa doet dan ook een appèl op zorgverzekeraars om deze ruimte te benutten en samen met andere veldpartijen invulling te geven aan kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg.

## 1.4 De zorgplicht van zorgverzekeraars

### 1.4.1 De Zorgverzekeringswet

Op grond van artikel 11 Zvw heeft de zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden een zorgplicht om het in de Zvw te verzekeren risico (de zorg) te leveren dan wel te vergoeden.<sup>4</sup> Deze zorg betreft zorg die is gericht op genezing.<sup>5</sup> Het gaat om de zorg (het te verzekeren risico) zoals bedoeld in artikel 10. 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).

### 1.4.2 Definitie NZa

In het NZa rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop' (februari 2010) wordt de volgende definitie van zorgplicht gehanteerd:

*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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>*

Dat het bij de zorgplicht gaat om de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, volgt rechtstreeks uit de Zvw.<sup>8</sup> In de Memorie van Toelichting op de Zvw wordt de zorgplicht vervolgens expliciet in verband gebracht met (verantwoording over) aspecten van zorg als de kwaliteit, de bereikbaarheid, de tijdigheid en de veiligheid ervan.<sup>9 10</sup> Uit de toelichting op de publieke belangen (zie § 2.2) blijkt dat veiligheid een onderdeel vormt van kwaliteit. Veiligheid is daarom 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 § 3.1 worden de onderscheidende elementen ten aanzien van de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars toegelicht. Het gaat daarbij om het onderscheid tussen het leveren en het vergoeden van zorg, gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg en tussen natura en restitutie.

<sup>4</sup> De zorgplicht van een zorgverzekeraar beperkt zich daarom tot de basisverzekering en gaat niet over de aanvullend verzekerde zorg.

<sup>5</sup> MvT Zvw.

<sup>6</sup> Met zorg wordt in dit toezichtkader steeds bedoeld zowel de zorg als diensten volgens artikel 11 Zvw.

<sup>7</sup> De inhoud/omvang volgt rechtstreeks uit artikel 11 van de Zvw.

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

<sup>8</sup> Zvw, art. 11, lid 3

<sup>9</sup> MvT Zvw, blz. 44.

<sup>10</sup> Via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw geeft de NZa aan over welke aspecten zorgverzekeraars zich specifiek moeten verantwoorden. De aspecten met betrekking tot de zorgplicht waarover zorgverzekeraar zich over 2010 moeten verantwoorden, zijn opgenomen in Bijlage 3.

### 1.4.3 Rolverdeling NZa en IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die hij levert. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

Op grond van de zorgplicht moeten zorgverzekeraars een actieve rol spelen bij de waarborging van deze elementen in het geval er sprake is van zorgbemiddeling of gecontracteerde zorg. De NZa ziet toe op de naleving van deze zorgplicht door zorgverzekeraars en daarmee op de borging van kwaliteit door zorgverzekeraars. De NZa volgt hierbij het oordeel van de IGZ. 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.

## 1.5 Bronnen

Door publicatie van dit toezichtkader geeft de NZa een nadere duiding aan de open norm 'zorgplicht'. Voor deze duiding van de zorgplicht is uitgegaan van bovenstaande definitie en heeft de NZa zich in dit toezichtkader gebaseerd op al bestaande definities van begrippen die gerelateerd zijn aan de zorgplicht. Ook de in dit toezichtkader opgenomen verplichtingen en normen zijn ontleend aan eerdere publicaties van verschillende partijen. Daarbij is ook het NZa-rapport betrokken over de naleving van de zorgplicht bij en door zorginkoop.<sup>11</sup> In alle gevallen zijn gebruikte bronnen expliciet aangegeven.

## 1.6 Toezicht en handhaving

Bij de uitoefening van haar bevoegdheid om toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars hanteert de NZa de in dit toezichtkader genoemde verplichtingen en normen die de zorgverzekeraar moet borgen. De NZa vindt al deze verplichtingen en normen op dit moment relevant voor uitleg en concretisering van de zorgplicht. De genoemde normen zijn gedeeltelijk aan te merken als minimum-/maximumvereisten (normen 1 tot en met 4) en gedeeltelijk als streefnormen (normen 5 tot en met 17).

Wanneer zorgverzekeraars hun zorgplicht onvoldoende invullen kan de NZa (handhavend) optreden. Het feit dat de NZa handhavend kan optreden wordt niet ontleend aan dit toezichtkader zelf, maar aan de wettelijke bevoegdheid van de NZa om toe te zien op een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), zoals is opgenomen in artikel 16, sub b., van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Hoofdstuk 6 van de Wmg geeft de NZa de bevoegdheid naleving af te dwingen. Op grond van de artikelen 77, 80 en 83 van de Wmg kan de NZa bestuursrechtelijke handhavingsinstrumenten inzetten voor naleving van de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Uitzondering hierop is verplichting 6 welke is gebaseerd op artikel 34 van de Wmg en zelfstandig handhaafbaar is.

<sup>11</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.



In dit toezichtkader zijn ook bestaande concrete normen opgenomen die zijn opgesteld voor zorgaanbieders. Wanneer zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders, of consumenten bemiddelen naar zorgaanbieders, moeten zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van deze (ingekochte) zorg borgen. Deze 'te waarborgen normen' zijn, vanuit de zorgplicht gezien, ook van toepassing op zorgverzekeraars vanuit hun rol van zorginkoper of bemiddelaar naar zorg en helpen om invulling te geven aan kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en daarmee dus aan invulling van de zorgplicht. Naleving van de zorgplicht houdt in dat wordt geborgd dat kwalitatieve, bereikbare en tijdige zorg wordt geleverd én dat de zorg tijdig en voor de juiste hoeveelheid wordt vergoed. De NZa ziet toe op deze borging, niet alleen op concrete normen. Deze helpen vooral om een oordeel te geven over de borging.

Het is van belang hierbij te benadrukken dat de zorgplicht in eerste instantie een resultaatsverplichting is van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde, afhankelijk van de manier waarop verzekerde prestaties worden aangeboden (zie § 2.4.2).<sup>12</sup> Bij prestaties in natura houdt dit in dat de zorgverzekeraar er voor moet zorgen dat elk van zijn individuele verzekerden de zorg geleverd krijgt waar deze recht op heeft en behoefte aan heeft. Bij restitutieprestaties moet de zorgverzekeraar de kosten van deze zorg aan elk van zijn individuele verzekerden vergoeden. De zorgverzekeraar kan dus worden aangesproken op het geleverde resultaat. Verder heeft de zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg een inspanningsverplichting.<sup>13</sup> Hier kan een zorgverzekeraar niet worden aangesproken op het resultaat, maar 'slechts' op de inspanning die hij heeft geleverd om een bepaald resultaat te behalen.

De zorgplicht brengt met zich mee dat waar dat gelet op de specifieke behoefte van de verzekerde noodzakelijk is, de verzekeraar gehouden is om de zorg te leveren of te bekostigen die voldoet aan de zorgbehoefte van zijn verzekerde. Dit toezichtkader geeft een aantal normen die al in de praktijk gebruikt worden. 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. Ook andersom is de zorgplicht niet automatisch geschonden als niet aan deze normen wordt voldaan. Het resultaat ten aanzien van verzekerden is immers bepalend. De zorgverzekeraar heeft uiteindelijk 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.

## 1.7 Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2011.

---

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Met inspanningsverplichting wordt bedoeld dat een zorgverzekeraar al het mogelijke heeft gedaan (inspanning) om tot een bepaald resultaat te komen. Het gaat dan om het bemiddelen naar zorg.

## 1.8 Ontwikkeling

Dit toezichtkader geeft weer hoe de NZa omgaat met haar bevoegdheid volgens artikel 16, sub b., van de Wmg. De NZa zal dit toezichtkader, naar gelang de omstandigheden daartoe aanleiding geven, aanpassen aan de hand van casuïstiek, jurisprudentie en de bevindingen uit onderzoeken.

De NZa verwacht daartoe in eerste instantie van veldpartijen een proactieve houding om een nadere invulling te geven aan kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Wanneer zorgverzekeraars eigen streefnormen vaststellen kunnen zij zich hiermee onderscheidend profileren. Ook kunnen zulke streefnormen een opwaarts effect hebben en door het veld tot maatstaf worden verheven. Een nadere invulling van kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid is ook van groot belang in de publieke en politieke discussies, zoals bij verticale integratie en continuïteit van zorg.

Als het gaat om concrete kwaliteitsnormen zijn er initiatieven gaande (zie § 3.5.5). Voor bereikbaarheids- en tijdigheidsnormen zijn slechts beperkte normen voorhanden (zie § 3.6.4 en § 3.7.2). De NZa gaat in eerste instantie alleen in op het proces om kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid te kunnen borgen en zal geen eigen kwantitatieve normen opleggen. Het wordt doelbewust aan veldpartijen overgelaten om concrete normen te bepalen en uit te werken. Wanneer de NZa van mening is dat veldpartijen dit onvoldoende oppakken en er noodzaak is tot concrete normen, zal de NZa hiertoe initiatieven nemen.

## 2. Begrippen

In dit hoofdstuk zijn begrippen toegelicht die relevant zijn voor de zorgplicht van zorgverzekeraars. De begrippen zijn noodzakelijk om inhoud te kunnen geven aan de verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de zorgplicht. Bij de indeling is onder andere aangesloten bij de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid), de verschillende zorgprestaties (inhoud en omvang zorg en type zorg), evenals de manier waarop deze zorgprestaties worden aangeboden (type zorgcontract en zorgverzekering).

De NZa gaat bij haar toezichthoudende activiteiten ten aanzien van de van de zorgplicht door zorgverzekeraars uit van de begrippen zoals deze in dit hoofdstuk zijn weergegeven.

### 2.1 Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars

De verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de zorgplicht zijn in dit toezichtkader uitgewerkt in verplichtingen en normen. In dit toezichtkader worden de begrippen gehanteerd zoals hieronder beschreven.

#### 2.1.1 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.

#### 2.1.2 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.<sup>14</sup> Hierdoor bestaat er een breed draagvlak voor normen. Binnen de Nederlandse gezondheidszorg worden normen grotendeels door veldpartijen zelf afgesproken en vastgelegd (veldnormen).<sup>15</sup> Dit is ook het beleid van de overheid, maar in het uiterste geval kunnen ook overheidsinstanties normen opleggen. 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). Bij het ontbreken van eenduidige normen kan de 'best practice' leidend zijn (zie § 2.1.3).

##### 2.1.2.1 Minimum- en maximumnormen

Minimum- en maximum normen zijn absolute normen en bevatten een harde onder- of bovengrens, waar iedereen aan moet voldoen. Ze zijn vooral gericht op naleving.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>15</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>16</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

### 2.1.2.2 Streefnormen

Streefnormen zijn relatieve normen en impliceren het streven naar een hoger en beter zorgniveau. Ze zijn gericht op verbetering en spreken partijen aan op hun intrinsieke motivatie en professionaliteit. Streefnormen zijn gebaseerd op wat met de beschikbare kennis, menskracht en middelen haalbaar is gebleken en ze zijn richtinggevend voor het niveau dat is gedefinieerd.<sup>17</sup>

### 2.1.3 Best practice

Succesvol gebleken praktijk die zodanige verbeteringen heeft opgeleverd dat deze als voorbeeld dient voor andere praktijken. Een best practice is vaak te danken aan bevlogen mensen/organisaties die bereid zijn extra tijd en energie in te zetten voor wat zij willen bereiken.<sup>18</sup>

## 2.2 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 algemene consumentenperspectief. Dit wordt ook wel aangeduid als het *algemeen consumentenbelang*.<sup>19</sup>

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.

Om de publieke belangen te behartigen is een goed werkende markt nodig. Eén van de eisen die worden gesteld aan een goed werkende markt is voldoende zelfredzaamheid van de consument. Als de consument (nog) niet voldoende zelfredzaam is, borgt de NZa via haar regulerende en toezichthoudende taken het algemeen consumentenbelang. Voor de zelfredzaamheid van consumenten zijn drie consumentenwaarden essentieel:<sup>20</sup>

- transparantie van keuze-informatie;
- keuzeruimte: keuzevrijheid en voldoende aanbod beschikbaar;
- rechtspositie van zorgconsumenten (m.b.t. klachten en privacy).

In dit toezichtkader komen de keuzeruimte en de rechtspositie aan bod. De rechtspositie is verankerd in de zorgplicht (recht op zorg of vergoeding). De keuzeruimte komt terug in relatie tot de beschikbaarheid en de keuzevrijheid (zie § 2.2.2.5 en § 2.2.2.7). Transparantie van informatie raakt uiteraard ook de zorgplicht (-aspecten), maar speelt in een breder verband en is daarom niet apart betrokken in dit toezichtkader. De NZa ziet via haar reguliere transparantietoezicht ook toe op transparante informatie over kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg.

### 2.2.1 Kwaliteit

Onder kwaliteit van zorg wordt verstaan verantwoorde zorg.<sup>21</sup> Dat wil zeggen: de zorg is van goed niveau, wordt in ieder geval doeltreffend,

<sup>17</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>18</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>19</sup> NZa, 'Rapportage Consument 2009', december 2009.

<sup>20</sup> NZa, 'Rapportage Consument 2009', december 2009.

<sup>21</sup> KWZ, artikel 2 en Wet BIG, artikel 40, lid 1.

doelmatig en vraaggericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.<sup>22</sup>

Bij zorginstellingen wordt verantwoorde zorg vooral gerealiseerd door de organisatie van de zorgverlening, de kwaliteit en hoeveelheid van personeel en materieel en de verantwoordelijkheidstoedeling.<sup>23</sup> Verantwoorde zorg betekent bovendien dat de veiligheid en gezondheid van patiënten niet in gevaar komen.<sup>24</sup>

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.<sup>25</sup>

De kwaliteit van zorg zoals hier weergegeven gaat in op de kwaliteit zoals zorgaanbieders die in Nederland moeten leveren. De kwaliteit van verzekerde zorg kan echter afwijken van de kwaliteit van zorg zoals geleverd door Nederlandse zorgaanbieders. Zorg in het buitenland is immers aan andere kwaliteitseisen onderworpen. Wat wordt verstaan onder kwaliteit van zorg zoals hier beschreven is dus vooral een leidraad voor de kwaliteit van verzekerde zorg en gaat alleen op voor zorg die door Nederlandse zorgaanbieders wordt geleverd.

De aspecten doeltreffendheid, doelmatigheid en veiligheid worden hierna besproken en zijn onder te brengen bij de normen met betrekking tot kwaliteit (zie § 3.5).

De vraaggerichtheid betreft overigens níet 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 § 2.2.2.1).

#### 2.2.1.1 Doeltreffendheid

Doeltreffendheid is de mate waarin de zorg het vooraf gewenste doel bereikt voor de patiënt.<sup>26</sup> De zorg is bovendien proportioneel, 'evidence based', gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk ('state of the art') en onder- en overgebruik van zorg wordt vermeden.<sup>27</sup> Innovaties maken hier onderdeel van uit. Doeltreffendheid wordt ook wel aangeduid als *effectiviteit*.

#### 2.2.1.2 Doelmatigheid

Doelmatigheid is de relatie tussen het beoogde effect en de daarvoor nodige inzet van menskracht, middelen en geld.<sup>28</sup> Bij de organisatie en levering van zorg wordt vermeden dat middelen, voorraden, ideeën en energie wordt verspild.<sup>29</sup> Doelmatigheid wordt ook wel aangeduid als *efficiëntie*.

---

<sup>22</sup> KWZ, artikel 2.

<sup>23</sup> KWZ, artikel 3.

<sup>24</sup> KWZ, artikel 7.

<sup>25</sup> Wet BIG, artikel 40, lid 1.

<sup>26</sup> IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

<sup>27</sup> CVZ, 'Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004.

<sup>28</sup> IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

<sup>29</sup> CVZ, 'Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004.

### 2.2.1.3 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.<sup>30</sup>

### 2.2.2 Toegankelijkheid

Toegankelijke zorg betekent dat personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening.<sup>31</sup>

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.<sup>32</sup> Daarnaast is het gelijkheidsbeginsel een belangrijk aspect van toegankelijkheid.<sup>33</sup>

Het begrip toegankelijkheid valt op grond van bovenstaande op te delen in vijf invalshoeken:<sup>34</sup>

- vraaggerichtheid (sociale toegankelijkheid);
- gelijkheid (solidariteit);
- tijdigheid (temporele toegankelijkheid);
- bereikbaarheid (contact toegankelijkheid);
- betaalbaarheid (financiële toegankelijkheid).

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 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.<sup>35</sup>

De NZa onderscheidt de invalshoek betaalbaarheid als een afzonderlijk publiek belang. Betaalbaarheid wordt daarom apart besproken in § 2.2.3.

#### 2.2.2.1 Vraaggerichtheid

Bij vraaggerichtheid gaat het om de mate waarin de consument (patiënt/verzekerde) in de zorg centraal staat.<sup>36</sup> *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.<sup>37</sup>

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.

<sup>30</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>31</sup> RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

<sup>32</sup> RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

<sup>33</sup> MvT Zvw, IGZ, CVZ.

<sup>34</sup> Op grond van verschillende bronnen (MvT Zvw, IGZ, RIVM, CVZ, Nivel) is het begrip toegankelijkheid in kaart gebracht.

<sup>35</sup> RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

<sup>36</sup> IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

<sup>37</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

### 2.2.2.2 Gelijkheid

Iedereen moet gelijke toegang hebben tot (noodzakelijke) zorg van goede kwaliteit, ongeacht leeftijd, geslacht, gezondheidssituatie en sociale achtergrond.<sup>38</sup>

### 2.2.2.3 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.<sup>39</sup>

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.<sup>40</sup>

### 2.2.2.4 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 'toegangstijd op afstand') waarmee contact kan worden gekregen met de zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Dit contact kan zowel persoonlijk contact zijn (bv. spreekuur), als contact op afstand (o.a. via telefoon, internet).<sup>41</sup>

Voor bereikbaarheid van zorgaanbieders moet onderscheid gemaakt worden tussen de bereikbaarheid in de acute zorg, electieve zorg en chronische zorg.<sup>42</sup>

### 2.2.2.5 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).<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup>

<sup>38</sup> Bronnen: MvT Zvw, IGZ ('Toezicht als borg voor kwaliteit van zorg'), RIVM en CVZ ('Onderhandelen over kwaliteit van zorg', januari 2004).

<sup>39</sup> Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

<sup>40</sup> 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 nadere regels opgesteld (respectievelijk CI/NR-100.110 en CI/NR-100.106). Hierin staan voor deze zorg definities die (beperkt) afwijken van die zoals vermeld in de notitie van het Treekoverleg.

<sup>41</sup> RIVM, IGZ en MvT Zvw.

<sup>42</sup> IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

<sup>43</sup> IGZ, Toetsingskader uit 'Bouwstenen Fusieadvies', 24 oktober 2008.

<sup>44</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

### 2.2.2.6 Continuïteit van zorg <sup>45</sup>

Er is geen operationele definitie van de manier waarop het begrip continuïteit van zorg moet worden opgevat, noch van de zorg die de NZa daarmee bedoelt.<sup>46</sup> Hieronder wordt het begrip geschetst aan de hand van enkele aanknopingspunten uit het veld.

Continuïteit van zorg betekent de garantie dat zorg op bepaalde tijden beschikbaar is.<sup>47</sup> Voor de continuïteit van zorg is het in principe irrelevant welke zorgaanbieder deze zorg levert. Het gaat dan ook niet om de continuïteit van de zorgaanbieder! 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.

Welke zorgfuncties continue beschikbaar moeten blijven is onderwerp van politiek debat. Uitgangspunt is dat het moet gaan om cruciale zorgfuncties. Als het mogelijk is om cruciale zorgfuncties te expliciteren, evenals de mate waarin deze functies beschikbaar c.q. bereikbaar dienen te zijn, kan objectiever worden vastgesteld of de continuïteit van zorg in gevaar is. De minister van VWS zal de cruciale zorg afbakenen. In de curatieve zorg heeft cruciale zorg in ieder geval betrekking op de bereikbaarheid van een SEH binnen 45 minuten met een ambulance.<sup>48</sup>

### 2.2.2.7 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.<sup>49</sup> De keuzevrijheid is een belangrijke voorwaarde voor de zelfredzaamheid van consumenten. De keuzevrijheid mag dan ook niet belemmerd worden door de hoogte van de (beperkte) vergoeding voor zorg wanneer wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (zie § 3.4.2).

### 2.2.3 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid betekent dat er geen (grote) financiële drempels mogen zijn voor de toegang tot de zorgverlening en de zorgverzekering.<sup>50</sup> Het gaat om de betaalbaarheid voor de individuele consument, niet om die voor de gehele samenleving.

<sup>45</sup> Naar de mening van de NZa is de zorgplicht onvoldoende concreet ingevuld om daaraan in specifieke gevallen normen en maatregelen te ontleen om de continuïteit van zorg te waarborgen (NZa, 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel', advies aan VWS, juni 2009). In dit toezichtkader zijn dan ook geen normen ten aanzien van continuïteit opgenomen.

<sup>46</sup> NZa, 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel', advies aan VWS, juni 2009

<sup>47</sup> IGZ, (openbaar) 'advies inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren', 27 oktober 2008 (blad 5).

<sup>48</sup> VWS, 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning', brief aan de Tweede kamer, 9 juli 2009.

<sup>49</sup> RIVM, 'Zorgbalans', 2010.

<sup>50</sup> 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.



## 2.3 Zorg

De zorgplicht van zorgverzekeraars heeft betrekking op de in de Zvw verzekerde zorgprestaties. Bij deze zorgprestaties wordt een onderscheid gemaakt tussen de wijze van contractering en de verschillende typen zorg. Dit komt ook tot uitdrukking bij de (normen ten aanzien van) zorgplicht.

### 2.3.1 Inhoud en omvang van zorg

In de Zvw wordt gesproken over de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties. Hiermee wordt bedoeld een duidelijke afbakening van de vormen van zorg door omschrijving van die zorg (inhoud) en door de hoeveelheid (vergoeding van) zorg aan te geven (omvang).

Vanuit de zorgplicht gezien heeft de verzekerde recht op (vergoeding van) zorg waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft (zie § 1.3.2). De wettelijke aanspraak volgt uit de aanspraak uit zorgpolis die in overeenstemming moet zijn met de eisen uit de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). De verzekerde kan deze echter slechts verzilveren als hij daar ook behoefte aan heeft. Zorgverzekeraars moeten de (vergoeding van) zorg dan ook afstemmen op zowel de wettelijke aanspraak als de zorgbehoefte!

#### 2.3.1.1 Verzekerde prestaties (wettelijke aanspraak)

De inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties zijn voor wat betreft de wettelijke aanspraken, omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Besluit Zorgverzekering. De (vergoeding van) zorg die zorgverzekeraars hun verzekerden geven, moet overeenstemmen met de wettelijke aanspraken. Voor het vergoeden van zorg moeten zorgverzekeraars de bepalingen uit de zorgpolis nakomen, met inachtneming van de wettelijke bepalingen (zie § 3.2.2).

#### 2.3.1.2 Zorgbehoefte

De zorgbehoefte kan enerzijds een subjectieve behoefte aan zorg zijn volgens patiënten ('demands' of *zorgvraag*) en anderzijds een objectieve of geobjectiveerde behoefte aan zorg volgens een vastgestelde maatstaf ('needs' of *noodzakelijke zorg*). Met 'objectief' wordt niet bedoeld dat de behoefte werkelijkheidsgetrouw en eenduidig kan worden vastgesteld. Het betekent dat beoordeling door een deskundige plaatsvindt.<sup>51</sup>

Men onderscheidt individuele en collectieve zorgbehoeften. De inhoud en omvang van de collectieve zorgbehoefte van de verzekerdenpopulatie zijn niet eenduidig vast te leggen, maar moeten door de individuele zorgverzekeraar worden bepaald. Uitgangspunt is dat een individuele verzekerde de zorg waar hij behoefte aan heeft moet kunnen verzilveren.<sup>52</sup> Om aan deze behoefte tegemoet te kunnen komen zullen zorgverzekeraars voor naturaprestaties voldoende zorg beschikbaar moeten hebben door voldoende zorg in te kopen.

#### 2.3.1.3 Gepaste zorg (gepast gebruik van zorg)

Onder gepaste zorg wordt verstaan die zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is.<sup>53</sup> Wat hier als gepaste zorg wordt aangemerkt wordt in de Kwaliteitswet

<sup>51</sup> Regieraad Kwaliteit van Zorg, 'Glossarium Kwaliteit van Zorg', januari 2011.

<sup>52</sup> MvT Zvw, blz. 28.

<sup>53</sup> RVZ, 'Met het oog op gepaste zorg', 2004.

Zorginstellingen (KWZ) onder het begrip ‘verantwoorde zorg’ begrepen. Onder verantwoorde zorg wordt daarin verstaan ‘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’.<sup>54</sup>

Zowel overconsumptie als onderconsumptie van zorg kan leiden tot gezondheidsschade en tot onnodige kosten. Dit kan worden verminderd door zowel zorgaanbieders als consumenten te stimuleren tot gepast gebruik van zorg. Zorgverzekeraars zouden bij het inkopen van zorg en het bemiddelen naar zorg hiertoe hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Immers, gepast gebruik van zorg betekent een beter gezondheidsresultaat, grotere tevredenheid en lagere kosten.<sup>55</sup>

Omdat in dit toezichtkader verantwoorde zorg en kwaliteit van zorg aan elkaar zijn gelijkgesteld (zie § 2.2.1) wordt in dit toezichtkader onder de kwaliteit van zorg hetzelfde verstaan als onder gepaste zorg. Uit de definitie van de zorgplicht volgt dat de zorgverzekeraar bij de naleving ervan de kwaliteit van zorg moet betrekken. 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 zou moeten komen (de zogenaamde Trechter van Dunning).<sup>56</sup> 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.

## 2.3.2 Typen zorg

### 2.3.2.1 Spoedzorg

Spoedzorg of spoedeisende hulp (SEH) omvat zowel acute zorg als dringende zorg.<sup>57</sup> 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 (perspectief zorgvrager) 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.<sup>58</sup> Het uitgangspunt is dat de behoefte aan acute zorg er niet alleen zal zijn bij grote kans op overlijden of irreversibele gezondheidsschade, maar ook bij hevige pijn, ernstig ongemak of

<sup>54</sup> RVZ, ‘Met het oog op gepaste zorg’, 2004.

<sup>55</sup> RVZ, ‘Met het oog op gepaste zorg’, 2004.

<sup>56</sup> RVZ, ‘Met het oog op gepaste zorg’, 2004.

<sup>57</sup> 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.

<sup>58</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

ongerustheid.<sup>59</sup> Bij de ruime benadering wordt geen onderscheid gemaakt tussen acute zorg en dringende zorg.

Bij de enge benadering (perspectief zorgverlener) 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.<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup> 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.<sup>62</sup> Dringende zorg wordt ook wel *subacute zorg* genoemd.

### 2.3.2.2 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.<sup>63</sup> 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.<sup>64</sup>

Electieve basiszorg is alle planbare zorg die niet valt onder zorg in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) en topreferente zorg.<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup> De electieve complexe geestelijke gezondheidszorg omvat voorzieningen waarvoor expertise een vereiste is en waarvan het aantal voorzieningen is beperkt.<sup>67</sup>

### 2.3.2.3 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.<sup>68</sup> Vanuit de zorgplicht gezien is de bereikbaarheid van deze zorg een onderscheidend aandachtspunt.<sup>69</sup>

<sup>59</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

<sup>60</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

<sup>61</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

<sup>62</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

<sup>63</sup> VWS 'Liberalisering electieve zorg', 20 oktober 2004.

<sup>64</sup> VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

<sup>65</sup> VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

<sup>66</sup> VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

<sup>67</sup> VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

<sup>68</sup> [www.zichtbarezorg.nl](http://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.

<sup>69</sup> NZa, 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel', advies aan VWS, juni 2009.

### 2.3.2.4 Cruciale zorg

Met cruciale zorg wordt bedoeld zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids-) schade kunnen oplopen of (vooral bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven.<sup>70</sup> De bereikbaarheid van een SEH binnen 45 minuten met een ambulance is hiervan een voorbeeld. De minister van VWS zal naar verwachting in 2011 bepalen welke zorgfuncties als cruciale zorg worden bestempeld.

Het begrip cruciale zorg kent een andere context dan spoedzorg, electieve zorg en chronische zorg. Deze laatste drie zijn zorgsoorten die naast elkaar kunnen bestaan. Cruciale zorg loopt hier door heen, afhankelijk van de afbakening die door de minister zal worden vastgesteld.

## 2.4 Zorgverzekering

### 2.4.1 Zorgcontracten

#### 2.4.1.1 Gecontracteerde zorg

Gecontracteerde zorg is zorg waarover de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken heeft gemaakt over de hoogte van de vergoeding 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.<sup>71</sup>

Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om te sturen op de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de te leveren zorg. De zorgaanbieder is immers een contractuele verplichting aangegaan richting de zorgverzekeraar. 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.

Wanneer de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij recht op (een gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Als een zorgverzekeraar de vergoeding voor een zorgprestatie beperkt wanneer een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, heeft de zorgverzekeraar daarmee ook een sturingsinstrument in handen richting verzekerden. De verzekerden worden immers geprikkeld naar zorgaanbieders te gaan waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten (sturing naar voorkeursaanbieders). Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke zorgaanbieders hij als preferent aanwijst en wat de hoogte van de vergoeding is als zorg van andere, niet-preferente aanbieders wordt afgenomen.<sup>72</sup>

<sup>70</sup> VWS, 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' brief aan de Tweede kamer, 9 juli 2009.

<sup>71</sup> MvT Zvw, blz. 105 en blz. 106.

<sup>72</sup> Zvw, artikel 13.

### 2.4.1.2 Niet-gecontracteerde zorg

Bij niet-gecontracteerde zorg is er geen enkele contractuele relatie tussen de zorgverzekeraar en een zorgaanbieder voor wat betreft 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.<sup>73</sup>

### 2.4.2 Zorgprestaties

Een zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om de verzekerde prestaties op twee manieren aan zijn verzekerden aan te bieden:

- prestaties in natura (recht op zorg);
- restitutieprestaties (recht op vergoeding).

Een prestatie in natura staat gelijk aan het recht op zorg voor de verzekerde.<sup>74</sup> Hiertegenover staat de verplichting van de zorgverzekeraar om zorg aan zijn verzekerden te (laten) leveren.<sup>75</sup> Vanwege de contractuele verplichting om te resulteren in geleverde zorg wordt dit ook wel een resultaatsverplichting genoemd. Voor zorgprestaties die in natura worden aangeboden zijn de verzekerden in principe aangewezen op gecontracteerde zorg.<sup>76</sup> Het kenmerk van een prestatie in natura is dat de zorgverzekeraar de zorg organiseert.

Een prestatie die via restitutie wordt aangeboden staat gelijk aan het recht op vergoeding voor de verzekerde en desgevraagd bemiddeling.<sup>77</sup> Dit betekent een verplichting van de zorgverzekeraar om zorg te vergoeden en om te bemiddelen naar zorg. In het eerste geval moet dit resulteren in vergoede zorg (resultaatsverplichting), maar in het tweede geval hoeft dit niet te resulteren in geleverde zorg. De zorgverzekeraar heeft 'slechts' de plicht zich in te spannen (inspanningsverplichting).

Voor verzekerde prestaties die via restitutie worden aangeboden is onderscheid te maken tussen 'gecontracteerde zorg' en 'niet-gecontracteerde zorg'.

### 2.4.3 Zorgpolissen

De manier waarop een zorgverzekeraar zorgprestaties aanbiedt resulteert in een bepaald type zorgpolis. Er zijn drie typen polissen te onderscheiden:

- 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).

Het onderscheid tussen deze polissen zit dus in de aanspraak van de verzekerde, de mate van contractering van zorgprestaties, de zorgplicht van de zorgverzekeraar, de hoogte van de vergoeding en de wijze waarop zorgkosten worden vergoed.

<sup>73</sup> MvT Zvw, blz. 105.

<sup>74</sup> Zvw, artikel 11.

<sup>75</sup> MvT Zvw, blz. 105.

<sup>76</sup> MvT Zvw, blz. 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.

<sup>77</sup> Zvw, artikel 11.

In onderstaand overzicht zijn de kenmerken per type polis weergegeven welke daaronder nader worden toegelicht. In Bijlage 6 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
<b>Gecontracteerde zorgprestaties:</b>	Ja, alle zorgprestaties.	Nee.	Ja, alle zorgprestaties of een deel daarvan.	Ja, alle zorgprestaties of een deel daarvan.
<b>Aanspraak verzekerde:</b>	Recht op zorg.	Recht op vergoeding van kosten van zorg.	Recht op vergoeding van kosten van zorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaties in natura: recht op zorg.</li> <li>• Restitutieprestaties: recht op vergoeding van kosten van zorg.</li> </ul>
<b>Plicht verzekeraar:</b>	Resultaatsverplichting tot leveren van zorg, tenzij overmacht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultaatverplichting tot vergoeden van zorg.</li> <li>• Inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultaatverplichting tot vergoeden van zorg.</li> <li>• Inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaties in natura: resultaatsverplichting tot leveren van zorg, tenzij overmacht.</li> <li>• Restitutieprestaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- resultaatsverplichting tot vergoeden van zorg.</li> <li>- inspanningsverplichting tot bemiddelen naar zorg als verzekerde daarom vraagt.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Vergoeding:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gecontracteerde zorgaanbieders: 100%.</li> <li>• Niet-gecontracteerde zorgaanbieders: (deel van) volledige vergoeding.</li> </ul>	100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij niet-gecontracteerde zorgprestaties: 100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.</li> <li>• Bij gecontracteerde zorgprestaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gecontracteerde zorgaanbieders: 100%</li> <li>- niet-gecontracteerde zorgaanbieders: (deel van) volledige vergoeding.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij niet-gecontracteerde zorgprestaties: 100% tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.</li> <li>• Bij gecontracteerde zorgprestaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gecontracteerde zorgaanbieders: 100%</li> <li>- niet-gecontracteerde zorgaanbieders: (deel van) volledige vergoeding.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Wijze vergoeding:</b>	Bij gecontracteerde zorgaanbieders rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie.</li> <li>• Bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij gecontracteerde zorgaanbieders: rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder</li> <li>• Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie.</li> <li>- bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij gecontracteerde zorgaanbieders: rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan zorgaanbieder</li> <li>• Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in principe rechtstreekse betaling van zorgverzekeraar aan verzekerde na indienen declaratie.</li> <li>- bij betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rechtstreekse betaling aan zorgaanbieder door zorgverzekeraar.</li> </ul> </li> </ul>

Bron: NZa

#### 2.4.3.1 Naturapolis

Een verzekerde prestatie in een naturapolis geeft de verzekerde recht op zorg. De zorgverzekeraar kan deze zorg leveren via zorg in eigen beheer of door het contracteren van zorgaanbieders.

Als een zorgverzekeraar de prestaties in de modelovereenkomst omschrijft als recht op zorg en de verzekerde heeft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht op vergoeding van kosten, is sprake van een naturapolis.

Buiten het gecontracteerde aanbod kan de verzekerde zorg inroepen tegen recht op een (eventueel gekorte) vergoeding.<sup>78</sup> 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).

#### 2.4.3.2 Restitutiepolis

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.

De zorgverzekeraar kan bij de restitutievariant kiezen voor drie mogelijkheden:

##### *Zuivere restitutiepolis*

Verzekerden zijn hierbij vrij in de keuze van een zorgaanbieder, zonder enige (financiële) beperking. De zorgverzekeraar kan desgewenst via een betalingsovereenkomst regelen dat nota's door de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden ingediend.

##### *Restitutiepolis met gecontracteerde zorgprestaties*

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

##### *Restitutiepolis met deels gecontracteerde zorgprestaties*

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

#### 2.4.3.3 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). Er wordt dan gesproken van 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 respectievelijk § 2.4.3.1 en § 2.4.3.2.

<sup>78</sup> Zvw, artikel 13.

Als een zorgverzekeraar de prestaties in de modelovereenkomst omschrijft als recht op zorg en de verzekerde heeft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht op vergoeding van kosten, is sprake van een naturapolis en niet van een combinatiepolis. Dit is ook het geval als er vervolgens geen korting op de vergoeding wordt toegepast bij een niet-gecontracteerd zorgaanbod. De prestatie blijft immers omschreven als natura.



### 3. De verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorgplicht

Dit hoofdstuk gaat in op de verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorgplicht aan de hand van de rol van de zorgverzekeraars en de verplichtingen en normen die daarbij voor hen gelden. De NZa hanteert de inhoud van dit hoofdstuk bij haar toezicht op de naleving van de zorgplicht.

In hoofdlijnen wordt onderscheid gemaakt tussen inhoud en omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Daarbinnen kunnen verschillen bestaan tussen de restitutie- en naturaprestaties en gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. In Bijlage 1 zijn de verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorgplicht schematisch uitgewerkt.

De meeste verplichtingen zijn 'open' van aard. Daarmee wordt bedoeld dat niet altijd goed is te meten of aan de verplichting wordt voldaan door het ontbreken van concrete normen. Invulling in concrete normen wordt in eerste instantie aan veldpartijen overgelaten. De NZa verwacht hierbij van zorgverzekeraars een actieve rol en zal medio 2012 toetsen of zorgverzekeraars deze rol hebben opgepakt.

#### 3.1 De rol van zorgverzekeraars

De Memorie van Toelichting (MvT) op de Zvw maakt voor de rol van zorgverzekeraars bij de zorgplicht onderscheid tussen bemiddeling naar zorg, gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg enerzijds en het natura- en restitutiemodel anderzijds. Zorgverzekeraars kunnen zelf kiezen op welke manier zij hun zorgplicht vormgeven door de wijze waarop zij zorgprestaties aanbieden: via het naturamodel of via het restitutiemodel, met of zonder gecontracteerde zorg, of mengvormen hiervan.<sup>79</sup> De verantwoordelijkheden die zorgverzekeraars hebben op grond van de zorgplicht zijn namelijk gerelateerd aan de wijze waarop het recht van de consument op (vergoeding van) zorgprestaties wordt vormgegeven.

Voor alle zorgprestaties geldt dat ze in overeenstemming moeten zijn met de wettelijke zorgaanspraken (inhoud en omvang).<sup>80</sup> De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, te waarborgen dat verzekerden deze 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.<sup>81</sup> 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.

##### 3.1.1 Leveren van zorg

Zorgverzekeraars kunnen zorg (laten) leveren via gecontracteerde zorg of door te bemiddelen naar zorg. 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

<sup>79</sup> MvT Zvw, blz. 29, blz. 34 en blz. 86.

<sup>80</sup> Bzv, artikel 2.1 en artikel 2.2.

<sup>81</sup> MvT Zvw, blz. 28.

zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg, ongeacht de overeengekomen prestatiewijze.<sup>82</sup>

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 zorgaanbieder om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt.<sup>83</sup> De zorgverzekeraar dient de verzekerde hierbij te sturen 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. De normen hiervoor zijn uitgewerkt in § 3.3 tot en met § 3.6.

De rol van zorgverzekeraars gaat bij gecontracteerde zorg verder dan bij het bemiddelen naar zorg. Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar bepaalde zorgprestaties (meestal) ingekocht bij (verschillende) zorgaanbieders.<sup>84</sup> Hij heeft hierbij in ieder geval afspraken gemaakt over de prijs en het volume, maar hij moet ook afspraken maken over de zorgverlening aan zijn verzekerden.<sup>85</sup> 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.<sup>86</sup> 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.<sup>87</sup> Voor de verzekerden is daarmee ook duidelijk wat van de zorgverzekeraar in dit opzicht mag worden verwacht. Het mag worden verondersteld dat de zorgverzekeraar zal toezien op de contracten die hij heeft gesloten en zo nodig de zorgaanbieder zal dwingen tot naleving.

Bij prestaties die in natura worden aangeboden gaat de zorgplicht van zorgverzekeraars een stap verder. De zorgverzekeraar heeft een resultaatsverplichting tot het (laten) leveren van zorg en moet waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden zodat zij de zorg kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben.<sup>88</sup> Daartoe kan hij zorgaanbieders contracteren. Bij (dreiging van) schaarste in het zorgaanbod moet de zorgverzekeraar alternatieven achter de hand hebben om de beschikbaarheid van zorg te kunnen borgen.<sup>89</sup> Het wegvallen van de zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder mag immers niet tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgplicht tegenover zijn verzekerden niet meer kan nakomen. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft gewaarborgd indien zich bij een

<sup>82</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>83</sup> MvT Zvw, blz. 29.

<sup>84</sup> Voor gecontracteerde zorg wordt meestal zorg ingekocht bij externe zorgaanbieders, maar het kan ook zo zijn dat zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars in dienst zijn. Zie § 2.4.1.1.

<sup>85</sup> MvT Zvw, blz. 29.

<sup>86</sup> MvT Zvw, blz. 43.

<sup>87</sup> De zorgverzekeraar moet hierbij de bestaande normen voor tijdigheid en bereikbaarheid uiteraard in acht te nemen.

<sup>88</sup> MvT Zvw, blz. 28.

<sup>89</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

gecontracteerde instelling continuïteitsproblemen voordoen. Ingeval er een risico bestaat op discontinuïteit van cruciale zorg (zie § 2.2.2.4) lijkt het passend dat de zorgverzekeraar verdergaande of snellere maatregelen neemt dan wanneer het niet-cruciale zorg zou betreffen, maar dit moet wel binnen het bereik van de zorgverzekeraar liggen.<sup>90</sup> De zorgplicht gaat immers niet zo ver dat de zorgverzekeraar onder alle omstandigheden verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg.

Pas wanneer de zorgverzekeraar proactief op zoek is gegaan naar vervangende aanbieders maar er aantoonbaar op geen enkele wijze een andere zorgaanbieder is te vinden die de verzekerde zorg kan overnemen, kan van een zorgverzekeraar niet worden verlangd dat hij toch regelt dat zijn verzekerden die zorg kunnen ontvangen. Omdat de zorgplicht uit de Zvw geldt voor zorgverzekeraars, maar niet voor zorgaanbieders, kan de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht geen zorgverlening afdwingen bij een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan zich echter wel beroepen op overmacht waarbij hij moet aantonen dat het onmogelijk is de verzekerde zorg voor zijn verzekerden te organiseren.<sup>91</sup> Bij een beroep op overmacht moet het gaan om een situatie waarin de zorgverzekeraar aantoonbaar niet in staat is om aan zijn zorgplicht te voldoen, terwijl dit niet te wijten is aan zijn schuld noch binnen zijn risicosfeer valt.<sup>92</sup> Het is vervolgens aan de overheid om te interveniëren om de continuïteitsproblemen op te lossen, voor zover het gaat om cruciale 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.<sup>93</sup>

### 3.1.2 Vergoeden van zorg

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). Voor de hoogte van de vergoeding wordt onderscheid gemaakt tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. De normen hiervoor zijn uitgewerkt in § 3.3.

## 3.2 Basisvoorwaarden

De zorgverzekeraar heeft tegenover zijn verzekerden een zorgplicht om de in de Zvw geregelde prestaties te leveren dan wel te vergoeden en desgevraagd te bemiddelen.<sup>94</sup> Dit geeft aan dat een zorgverzekeraar altijd een zorgplicht heeft, ongeacht het type polis dat hij aanbiedt.

### 3.2.1 Naturaprestaties ('recht op zorg')

**Verplichting 1**  
De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.

<sup>90</sup> Vanwege het karakter van cruciale zorg waarbij ernstige gezondheidsschade kan worden opgelopen zelfs als zorg slechts tijdelijk niet beschikbaar is, zijn verdergaande of snellere maatregelen hierbij op zijn plaats.

<sup>91</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>92</sup> Artikel 6:75 BW.

<sup>93</sup> MvT Zvw, blz. 29 en blz. 43.

<sup>94</sup> Zvw, artikel 11.

*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.<sup>95</sup> Hij doet dit door de zorg te (laten) leveren aan zijn verzekerden via gecontracteerde zorg.

**Verplichting 2**

Naturaprestaties moeten worden aangeboden door middel van gecontracteerde zorg.

*Toelichting*

Bij in natura verzekerde prestaties is de keuze van de verzekerde in principe beperkt tot gecontracteerde zorg. Het kan dan gaan om gecontracteerde externe zorgaanbieders, of om hulpverleners die in dienst zijn van de zorgverzekeraar. Omdat in dat laatste geval sprake is van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener is er ook sprake van gecontracteerd zorgaanbod.<sup>96</sup>

Overigens kan een verzekerde wel degelijk zorg betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maar de zorgverzekeraar levert deze zorg in dat geval niet in natura. Bovendien kan de vergoeding voor deze zorg worden beperkt.

**3.2.2 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )***3.2.2.1 Vergoeden van zorg***Verplichting 3**

De zorgverzekeraar moet zorgkosten vergoeden aan zijn verzekerden.

*Toelichting*

De zorgverzekeraar heeft de plicht om het 'recht op vergoeding' (restitutieprestaties) van zorg van zijn verzekerden zo vorm te geven dat deze verzekerden hun recht kunnen verzilveren.<sup>97</sup> Hij doet dit door de zorgkosten te vergoeden aan zijn verzekerden. Bij prestaties in natura moet de zorgverzekeraar ook zorgkosten vergoeden, maar dan alleen als de verzekerde zorg betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De verzekerde heeft immers primair een 'recht op zorg'.

Bij in restitutie verzekerde prestaties is de keuze van de verzekerde voor een zorgaanbieder in principe vrijer dan bij naturaprestaties. Er is hierbij wel een duidelijk onderscheid te maken tussen restitutie mét gecontracteerde zorg en zonder.<sup>98</sup> Het onderscheid wordt in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

*3.2.2.2 Bemiddelen naar zorg***Verplichting 4**

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,

<sup>95</sup> Zvw, artikel 11.

<sup>96</sup> MvT Zvw, blz. 105.

<sup>97</sup> Zvw, artikel 11.

<sup>98</sup> MvT Zvw, blz. 105.

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.<sup>99</sup> Let wel, bij prestaties in natura heeft de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting tot het leveren van zorg en rust op hem een zware verantwoordelijkheid om te bemiddelen naar zorg indien er geen gecontracteerd aanbod voorhanden is. Bij restitutieprestaties heeft de zorgverzekeraar 'slechts' een inspanningsverplichting om te bemiddelen naar zorg.

### 3.2.2.3 Toegang tot de verzekerde zorg

**Verplichting 5**  
De zorgverzekeraar mag de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, enkel beoordelen op basis van zorginhoudelijke criteria.<sup>100</sup>

#### *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. Deze zorgbehoefte moet dan worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden om die behoefte te lenigen.<sup>101</sup>

**Verplichting 6**  
Voor een toestemmingsprocedure mag de zorgverzekeraar uitsluitend informatie verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarvoor de procedure geldt.<sup>102</sup>

#### *Toelichting*

Beperkingen in het verkrijgen van toegang tot de zorg kunnen onder meer ontstaan door het gebruik van overbodige of ingewikkelde formulieren, of door onredelijke procedures.<sup>103</sup> Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de NZa hun beklag doen over onbegrijpelijke, ingewikkelde of overbodige formulieren.<sup>104</sup>

## 3.3 Inhoud en omvang van zorg

### 3.3.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie)

**Verplichting 7**  
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.<sup>105</sup>

#### *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 (wettelijke zorgaanspraken). De zorgverzekeraar moet waarborgen dat de verzekerde zijn rechten kan verzilveren.<sup>106</sup>

<sup>99</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>100</sup> Zvw, artikel 14.

<sup>101</sup> MvT Zvw, blz. 110.

<sup>102</sup> Wmg, artikel 34, lid 1.

<sup>103</sup> Wmg, respectievelijk artikel 23 en artikel 34.

<sup>104</sup> Wmg, artikel 23.

<sup>105</sup> Bzv, artikel 2.1 lid 1 en artikel 2.2 lid 1.

<sup>106</sup> MvT Zvw, blz. 28.

De criteria noodzakelijke zorg, effectiviteit en doelmatigheid die worden gebruikt om te bepalen welke zorgprestaties als wettelijke aanspraak in het basispakket moeten komen (de zogenaamde Trechter van Dunning), komen overeen met de begrippen die vallen onder gepaste zorg (zie § 2.3.1.3). De zorgverzekeraar moet dus alleen die zorg (laten) leveren of vergoeden die voldoen aan de criteria van gepaste zorg. Zo nee, dan is het geen zorg die valt onder de wettelijke aanspraken.

#### Verplichting 8

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.<sup>107</sup>

#### Verplichting 9

De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden waarop de verzekerde naar inhoud en omvang is aangewezen.<sup>108</sup>

#### *Toelichting*

De verzekerde heeft aanspraak op (vergoeding van) zorg die zowel qua inhoud als omvang voldoen aan de geldende standaard. De verzekerde heeft hier pas recht op voor zover hij hier naar inhoud en omvang op is aangewezen. De standaard wordt bepaald door de laatste stand van de wetenschap en is over het algemeen verwoord in geldende richtlijnen.

### 3.3.2 Naturaprestaties ('recht op zorg')

#### Verplichting 10

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.<sup>109</sup>

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 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

<sup>107</sup> Bzv, artikel 2.1 lid 2.

<sup>108</sup> Bzv, artikel 2.1 lid 3.

<sup>109</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

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. Bij het wegvallen van cruciale zorg zullen snellere of verdergaande maatregelen van de zorgverzekeraar worden verwacht dan wanneer het niet-cruciale zorg betreft.

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.

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. Het uitvoeren van een steunbeleid is daarom een verantwoordelijkheid van de overheid. De afbakening van deze overheidsverantwoordelijkheid is nog onderwerp van politieke discussie.

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.

Verplichting 11  
De zorgverzekeraar moet overmacht aantonen.

#### *Toelichting*

De zorgplicht heeft betrekking op de zorgprestaties zoals die in de Zvw zijn geregeld. Zorgverzekeraars zullen al het mogelijke moeten doen om aan de zorgplicht te voldoen. De zorgplicht is echter niet overdraagbaar op zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de zorgplicht dan ook niet afdwingen dat een zorgaanbieder zorg verleent aan zijn verzekerden. Daar waar het zorgverzekeraars in uitzonderlijke gevallen niet lukt om de verzekerde zorg te (laten) leveren, kan hij zich beroepen op overmacht. De verzekeraar heeft dan wel de verplichting om aan te tonen dat het onmogelijk is de verzekerde zorg voor zijn verzekerden te organiseren.<sup>110</sup>

### 3.4 Inhoud en omvang van vergoeding

#### 3.4.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie)

Verplichting 12  
De zorgverzekeraar moet de 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.<sup>111</sup>

#### *Toelichting*

Deze verplichting gaat in op de beperkingen die worden opgelegd aan een (maximale) vergoeding. Dit geldt voor zowel alle restitutieprestaties,

<sup>110</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>111</sup> Bzv, artikel 2.2 lid 2.

ongeacht of er zorg is gecontracteerd of niet, als voor prestaties in natura.<sup>112</sup> Het uitgangspunt is dat de zorg (volledig) moet worden vergoed naar Nederlandse marktomstandigheden en niet mag worden vastgesteld op een (maximum) bedrag. De zorgverzekeraar moet dan ook (in beginsel), rekening houdend met de vergoedingsbeperkingen uit de polis, de nota vergoeden, tenzij de zorgverzekeraar kan aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Het is dus niet de bedoeling een 'redelijk' of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vast te leggen.<sup>113</sup> Alleen als er sprake is van gecontracteerde zorg en de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is het mogelijk een vast bedrag voor de vergoeding van zorg op te nemen.<sup>114</sup>

In onderstaand overzicht is aangegeven aan welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Daarbij wordt aan de ene kant onderscheid gemaakt tussen hoe de zorgverzekeraar de zorg in de polis aanbiedt (natura of restitutie, gecontracteerd of niet gecontracteerd) en aan de andere kant van welke zorgaanbieder zorg door de verzekerden wordt afgenomen (gecontracteerd of niet gecontracteerd). In de volgende paragrafen zijn de normen verder uitgewerkt.

**Figuur 2. Vergoeding van zorg**

		AANBOD IN DE POLIS			
		Natura	Restitutie		
		Gecontracteerde zorg	Niet-gecontracteerde zorg		
AFNEMEN VAN ZORG	Gecontracteerde zorgaanbieders		Recht op zorg	Norm 1: 100%	N.v.t.
	Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	(bij voldoende gecontracteerde zorgaanbieders)	Norm 2: <= 100%		N.v.t.
		(bij onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders)	Norm 3: 100%	Norm 4: 100%	

Bron: NZa

### 3.4.2 Gecontracteerde zorg (restitutie)

<p><b>Norm 1</b> De kosten voor zorg verleend door gecontracteerde zorgaanbieders, moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed.</p>
---

#### *Toelichting*

Voor die gecontracteerde zorgprestaties, waarbij zorg wordt verleend door gecontracteerde zorgaanbieders, is de zorgverzekeraar gehouden aan een 100% vergoeding van de zorgkosten, eventueel verminderd met een eigen risico en/of eigen betalingen.<sup>115</sup> Deze norm geldt (uiteraard) alleen bij restitutieprestaties, omdat er bij prestaties in natura primair een recht bestaat op zorg.

<sup>112</sup> Bij prestaties in natura wordt alleen zorg vergoed als de verzekerde zorg betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

<sup>113</sup> NZa, 'Standpunten 2010, Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen', mei 2010, blz. 17.

<sup>114</sup> NZa, 'Standpunten 2010, Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen', mei 2010, blz. 17.

<sup>115</sup> Zvw, artikel 13 en Bzv, artikel 2.2.



### 3.4.3 Gecontracteerde zorg (natura en restitutie)

Bij gecontracteerde zorg is de zorgverzekeraar vrij om te bepalen welke zorgaanbieders zijn voorkeur genieten en kan hij in principe zelf bepalen hoeveel er van de zorgkosten wordt vergoed wanneer de zorg wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

#### Norm 2

De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (bij een gecontracteerd zorgaanbod), moet (gedeeltelijk) aan de verzekerde worden vergoed. Deze vergoeding is voor iedere verzekerde in dezelfde situatie gelijk en mag geen belemmering vormen voor het inroepen van niet-gecontracteerde zorg.

#### 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, tegen recht op een (eventueel gekorte) vergoeding.<sup>116</sup> Daarnaast mag de zorgverzekeraar voor die gecontracteerde zorgprestaties, waarbij zorg wordt verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, het inroepen van zorg, al dan niet binnen Nederland of daarbuiten, niet belemmeren door de hoogte van de vergoeding.<sup>117</sup> 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.<sup>118</sup> Tot slot moet de zorgverzekeraar hierover vooraf transparant zijn naar zijn verzekerden.<sup>119</sup>

#### Norm 3

De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (bij een gecontracteerd zorgaanbod) moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed indien er onvoldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd.

#### Toelichting

Wanneer een zorgverzekeraar gecontracteerde zorgprestaties aanbiedt in zijn polis, en er voor deze prestaties onvoldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd om aan de vraag van de verzekerden te voldoen, mag de zorgverzekeraar geen korting toepassen wanneer de zorg wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook moet de zorgverzekeraar de verzekerde bemiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wanneer deze hem daarom vraagt.<sup>120</sup> Het gaat hierbij niet zozeer om het aantal zorgaanbieders, als wel om de beschikbare (gecontracteerde) hoeveelheid kwalitatieve, tijdige en bereikbare zorg.

### 3.4.4 Niet-gecontracteerde zorg (restitutie)

#### Norm 4

De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed.

#### Toelichting

<sup>116</sup> Zvw, artikel 13.

<sup>117</sup> MvT Zvw, blz. 31.

<sup>118</sup> Zvw, artikel 13, lid 4.

<sup>119</sup> NZa, 'Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten', oktober 2009.

<sup>120</sup> MvT Zvw, blz. 34.

Deze norm geeft aan dat wanneer sprake is van niet-gecontracteerde zorg de zorgverzekeraar altijd de volledige kosten moet vergoeden (tot maximaal de Nederlandse marktomstandigheden). De verzekeraar heeft de verzekerde immers geen mogelijkheid gegeven om de zorg van gecontracteerde zorgaanbieders af te nemen.

### 3.5 Kwaliteit

Deze paragraaf gaat in op normen voor het publieke belang 'Kwaliteit', zoals uitgewerkt in § 2.2.1. Alleen normen ten aanzien van kwalitatieve zorg die specifiek ingaan op de zorgplicht van zorgverzekeraars zijn opgenomen.

#### 3.5.1 Gecontracteerde zorg

##### Verplichting 13

De zorgverzekeraar moet 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.<sup>121 122</sup> 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.<sup>123 124</sup>

##### Verplichting 14

Wanneer een zorgaanbieder volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het contracteren.<sup>125</sup>

##### *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.<sup>126</sup>

##### Verplichting 15

De zorgverzekeraar moet verzekerden ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder.<sup>127</sup>

<sup>121</sup> MvT Zvw, blz. 43.

<sup>122</sup> Kwaliteit van zorg ligt in lijn met gepast gebruik van zorg (zie § 2.3.1.3).

<sup>123</sup> VWS, 'Achtergrondnotitie 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008: 'Voor de electieve (basis-) zorg moet de zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken maken over de invulling van de kwaliteit hiervan of over substitutie tussen verschillende zorgvormen'.

<sup>124</sup> 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'.

<sup>125</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>126</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>127</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

*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 maximale keuzevrijheid niet altijd optimaal vanuit het oogpunt van kwaliteit. Het is immers niet wenselijk dat een zorgaanbieder wordt gecontracteerd die geen goede zorg levert.<sup>128</sup>

**3.5.2 Niet-gecontracteerde zorg**

Als er geen sprake is van gecontracteerde zorg, is er vanuit de zorg gezien alleen een relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde. De zorgverzekeraar staat hier buiten. Bij de levering van zorg wordt ervan uitgegaan dat de verzekerde er zelf op let dat hij naar een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar of instelling gaat.<sup>129</sup>

**3.5.3 Bemiddelen naar zorg****Verplichting 16**

De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief deugdelijke zorg levert.<sup>130</sup>

**3.5.4 Gecontracteerde zorg en bemiddelen naar zorg****Verplichting 17**

De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit die de zorgaanbieders in de bewuste inkoopmarkten leveren.<sup>131</sup>

*Toelichting*

Om te kwalitatieve zorg te kunnen leveren of hier naar te bemiddelen, is inzicht nodig in de kwaliteit. Omdat een zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg 'slechts' een inspanningsverplichting heeft, zal hij voor het verkrijgen van inzicht minder inspanning hoeven te leveren dan wanneer hij in zijn polissen zorg aanbiedt als naturaprestaties. In dat geval rust op hem immers een resultaatsverplichting.

Om inzicht te kunnen krijgen zullen zorgverzekeraars een actieve rol moeten spelen in het transparanter maken van kwaliteitsinformatie, waaronder in het programma Zichtbare Zorg.<sup>132</sup> 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.<sup>133</sup> Om de kwaliteit van de gecontracteerde zorg te kunnen waarborgen is inzicht nodig in de kwaliteit die zorgaanbieders leveren.

<sup>128</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>129</sup> MvT Zvw, blz. 43.

<sup>130</sup> MvT Zvw, blz. 43.

<sup>131</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>132</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>133</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

### 3.5.5 Te waarborgen kwaliteitsnormen<sup>134</sup>

Uit de reikwijdte van de zorgplicht volgt dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om te borgen dat kwalitatief goede zorg wordt geleverd, als het gaat om gecontracteerde zorg of het bemiddelen naar zorg (zie § 3.1). Echter, uit de zorgplicht volgt geen concrete invulling van 'kwaliteit' voor bepaalde typen zorg. Hiervoor bestaan wel enkele initiatieven waarbij verschillende partijen zijn betrokken.

Omdat consumenten de zorg moeten kunnen kiezen die bij hen past moet de kwaliteit van zorg inzichtelijk en vergelijkbaar zijn. Om kwaliteit zichtbaar te maken is inzicht nodig in bijvoorbeeld prestaties, prijzen en wachttijden. Consumenten moeten zelf gemakkelijk zorg kunnen vergelijken. Om dit te bereiken zijn vanaf 2010 zorginstellingen verplicht om de kwaliteit van de zorg te meten met kwaliteitsindicatoren. Binnen de curatieve zorg zijn dit de GGZ-instellingen en ziekenhuizen. Voor professionals in de zorg is er het programma Zichtbare Zorg ([www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)). Binnen dit programma ontwikkelen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumentenorganisaties en de IGZ gezamenlijk kwaliteitsindicatoren. De uitkomsten van de kwaliteitsindicatoren zijn te vinden op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Op deze website heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van VWS, zorg inzichtelijk en vergelijkbaar gemaakt.<sup>135</sup>

Eind 2010 heeft de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) kwaliteitsnormen opgesteld voor de optimale behandeling van patiënten met de invasief groeiende vorm van blaaskanker.<sup>136</sup> Begin 2011 heeft ook de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) kwaliteitsnormen voor een aantal chirurgische behandelingen vastgesteld. In de loop van 2011 zal de NVvH nog meer normen vaststellen.<sup>137</sup> De IGZ is vanuit haar toezicht op de kwaliteit van zorg verheugd over dit initiatief.<sup>138</sup> Ook zorgverzekeraars reageren positief op de kwaliteitsnormen.<sup>139</sup>

Initiatieven ten aanzien van het gebruik van internet (e-Health) zorgen er voor dat er een snellere uitwisseling mogelijk is van patiëntgegevens en behandelingsinformatie wat de kwaliteit van zorg ten goede komt. Partijen als de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) zijn hier actief bij betrokken.

De NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij bij de naleving van de zorgplicht de kwaliteitsnormen in acht nemen die zich via onder andere bovenstaande initiatieven hebben afgetekend. De NZa heeft ook een rol ten aanzien van kwaliteitsinformatie. Zij houdt immers toezicht op de transparantie van informatie over de kwaliteit van zorg. De NZa vindt het van groot belang dat partijen vooruitgang boeken in het ontwikkelen en publiceren van kwaliteitsindicatoren, met als resultaat openbaar toegankelijke gevulde kwaliteitsindicatoren. De transparantie van kwaliteit is namelijk essentieel voor zowel consumenten bij het kiezen voor een zorgaanbieder, als voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop. Op grond van de Wmg kan de NZa afdwingen dat zorgaanbieders en

<sup>134</sup> Het gaat hier om normen die niet rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw.

<sup>135</sup> VWS, [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kiezen-in-de-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kiezen-in-de-zorg).

<sup>136</sup> NVU, persbericht 'Patiënt gebaat bij nieuwe kwaliteitsnormen behandeling blaaskanker', 14 december 2010.

<sup>137</sup> NVvH, persbericht 'Patiënten krijgen beste behandeling door kwaliteitsnormen chirurgen', 31 januari 2011.

<sup>138</sup> IGZ, persbericht 'IGZ blij met kwaliteitsnormen NVvH voor chirurgische behandelingen', 31 januari 2011.

<sup>139</sup> ZN, nieuwsbericht 'Zorgverzekeraars zijn positief over kwaliteitsnormen chirurgen', 1 februari 2011.

zorgverzekeraars informatie aanleveren om deze kwaliteitsindicatoren te 'vullen'. Ook kan zij afdwingen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders informatie openbaar maken aan consumenten over de kwaliteit van de aangeboden prestaties of producten en diensten.<sup>140</sup>

### 3.6 Tijdigheid

Deze paragraaf omvat normen voor het begrip 'Tijdigheid' (zie § 2.2.2.3). Hoewel tijdigheid vaak een gevolg van is bereikbaarheid, geldt dit niet andersom.

Tijdigheid heeft bij 'natura'-prestaties (recht op zorg) betrekking op de snelheid waarmee zorg wordt geleverd ('terstond') en bij 'restitutie'-prestaties (recht op vergoeding) op de snelheid waarmee de kosten van zorg worden vergoed ('prompt'). Bij de 'restitutie'-prestaties geldt bovendien dat tijdigheid betrekking heeft op de snelheid waarmee verzekerden worden bemiddeld naar zorg ('voortvarend').<sup>141</sup>

De tijdigheid van geleverde of bemiddelde zorg is afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de zorgprestatie, de gezondheidstoestand van de patiënt, jurisprudentie en de (door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars) zelf ontwikkelde normen.

De inspanningen die een zorgverzekeraar moet leveren om qua tijdigheid aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden te voldoen, zijn uiteraard begrensd door de eisen van redelijkheid en billijkheid die hierbij in acht moeten worden genomen.<sup>142</sup>

#### 3.6.1 Alle zorgprestaties (natura en restitutie )

**Verplichting 18**  
De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft.<sup>143</sup>

##### *Toelichting*

Toetsing vooraf mag niet tot onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling. Voor electieve zorg is het aanvaardbaar dat deze enkel dagen tot weken kan worden uitgesteld (zie § 2.3.2.2).

**Verplichting 19**  
De zorgverzekeraar moet tijdig de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt, aan hen vergoeden.

##### *Toelichting*

Bij restitutieprestaties geldt de plicht voor de zorgverzekeraar om 'prompt' de kosten van zorg te vergoeden aan zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet daarmee in zijn interne organisatie rekening houden.<sup>144</sup> Echter, ook in het geval van naturaprestaties wanneer de verzekerde zijn zorg betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, moet de zorgverzekeraar deze de kosten van zorg tijdig vergoeden.

<sup>140</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

<sup>141</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>142</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>143</sup> NZa, 'Thematisch onderzoek zorgplicht', augustus 2007, blz. 20.

<sup>144</sup> MvT Zvw, blz. 34.

### 3.6.2 Gecontracteerde zorg

#### Verplichting 20

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.<sup>145</sup> 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.<sup>146</sup>

### 3.6.3 Bemiddelen naar zorg

#### Verplichting 21

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

#### *Toelichting*

Als de verzekerde geen zorg kan verkrijgen (naturaprestaties of restitutieprestaties) 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.<sup>147</sup>

### 3.6.4 Te waarborgen tijdigheidsnormen<sup>148</sup>

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 § 3.1). Zorgverzekeraars moeten dan ook bij de borging van tijdige zorg, minimaal de huidige tijdigheidsnormen in acht nemen.

In dit toezichtkader zijn enkele belangwekkende normen opgenomen die worden gehanteerd op het moment van publicatie. De NZa pretendeert echter niet volledig te zijn en verwijst voor de volledigheid naar alle in het veld vastgestelde normen. Bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht zal de NZa zich op de hoogte stellen van de meest actuele stand van zaken.

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').<sup>149</sup> Omdat de Treenormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft VWS deze

<sup>145</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>146</sup> MvT Zvw, blz. 34 en blz. 43.

<sup>147</sup> MvT Zvw, blz. 34.

<sup>148</sup> Het gaat hier om normen die niet rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw.

<sup>149</sup> 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.

normen geformaliseerd door ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen.<sup>150</sup>

Genoemde partijen hebben de Treeknormen geformuleerd als zijnde de streefnormen waarbinnen verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) dienen te krijgen.<sup>151</sup> 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. 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.<sup>152</sup> Zorgverzekeraars zouden deze informatie kunnen gebruiken om de tijdigheid van zorg aan hun verzekerden te optimaliseren en bovendien om eigen normen te ontwikkelen.

In de curatieve zorg zijn 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.<sup>153</sup>

#### 3.6.4.1 Spoedzorg<sup>154</sup>

##### Norm 5

Bij een acute indicatie kan de noodzakelijke hulp niet worden uitgesteld en moet deze zo spoedig mogelijk worden verleend.<sup>155</sup>

##### Norm 6

Bij een subacute indicatie (dringende zorg) kan de noodzakelijke hulp niet te lang worden uitgesteld en moet deze binnen enkele uren worden verleend.<sup>156</sup>

#### *Toelichting*

Bovenstaande normen zijn gebaseerd op de richtlijnen van het Nederlands Triage Systeem. Deze prevaleren boven de veel ruimere normen die sinds 2000 werden gehanteerd op basis van het Treekoverleg (binnen 24 uur en binnen 7 dagen voor respectievelijk acute en subacute zorg).

<sup>150</sup> 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).

<sup>151</sup> 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).

<sup>152</sup> NZa, CI/NR-100.110 en CI/NR-100.106.

<sup>153</sup> Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

<sup>154</sup> De normen zijn gebaseerd op de achtergrondnotitie van VWS, 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008.

<sup>155</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

<sup>156</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) – Zorg – Sectoroverstijgend - Acute zorg - Wat is acute zorg?, december 2010.

### 3.6.4.2 Electieve basiszorg <sup>157</sup>

#### Norm 7

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

#### Norm 8

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

#### Norm 9

De toegangstijd tot paramedische zorg bedraagt voor consumenten maximaal 1 week.<sup>158</sup>

#### Norm 10

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 11

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

#### Norm 12

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

#### Norm 13

De wachttijd op klinische behandeling (fase 3) bedraagt voor consumenten maximaal 7 weken; 80% van de consumenten moet binnen 5 weken terechtkunnen.<sup>159</sup>

## 3.7 Bereikbaarheid

Deze paragraaf omvat verplichtingen en normen voor het begrip 'Bereikbaarheid' (zie § 2.2.2.4). 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.

<sup>157</sup> 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).

<sup>158</sup> Besluit zorgverzekering, art. 2.6, lid 1: Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.

<sup>159</sup> Het gaat hierbij zowel om dagopname als meerdaagse behandeling.



Over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars zijn géén aanknopingspunten te vinden in relatie tot de zorgplicht. Toch moeten ook zorgverzekeraars (telefonisch) 'goed' bereikbaar zijn, en dan niet alleen als het gaat om aspecten die zijn gerelateerd aan de zorgplicht. In dit toezichtkader zijn voorlopig geen normen opgenomen over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars. Ook hier zijn eerst veldpartijen aan zet om zulke normen te ontwikkelen.

### 3.7.1 Gecontracteerde zorg

Verplichting 22  
De zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.<sup>160</sup>

#### *Toelichting*

Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht 'bereikbaar' is voor zijn verzekerden.<sup>161</sup> Hij moet hier bij de contractering van zorgaanbieders rekening mee houden. Wat een redelijke afstand is, verschilt per zorgsoort.<sup>162</sup> 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.<sup>163</sup>

### 3.7.2 Te waarborgen bereikbaarheidsnormen<sup>164</sup>

Daar waar zorgverzekeraars een borgende rol hebben ten aanzien van kwaliteit en tijdigheid van zorg, geldt deze ook voor de bereikbaarheid van zorg (zie § 3.1), waarbij in dit geval de bereikbaarheidsnormen die zich in het veld 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.

#### 3.7.2.1 Spoedzorg

Norm 14  
Acute ziekenhuiszorg moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn.<sup>165</sup>

#### *Toelichting*

Deze bereikbaarheidsnorm betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens te rijden naar een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdeling

<sup>160</sup> MvT Zvw, blz. 31 en 32.

<sup>161</sup> MvT Zvw, blz. 43.

<sup>162</sup> MvT Zvw, blz. 31 en 32.

<sup>163</sup> VWS, Achtergrondnotitie 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg', 27 juni 2008.

<sup>164</sup> Het gaat hier om normen die niet rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw.

<sup>165</sup> 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 vervolgvaststelling '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).

op minimaal het niveau van een basisziekenhuis. De norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabiliseren en 25 minuten rijtijd.<sup>166</sup>

#### Norm 15

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.<sup>167</sup>

#### Norm 16

Huisartspraktijken en huisartsenposten moeten voor spoed binnen 30 seconden drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.<sup>168 169</sup>

#### *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.<sup>170</sup> Voor huisartsenposten geldt dat voor 90% van de spoedoproepen binnen de termijn persoonlijk contact moet zijn met de hulpverlener.<sup>171</sup>

Als in 90 seconden bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat huisartsenzorg niet bereikbaar is.<sup>172</sup> Hiermee wordt de grens aangegeven van 'slechte' bereikbaarheid, waar de norm van 30 seconden de grens aangeeft van 'goede' bereikbaarheid.

Er zijn geen andere eenduidig vastgelegde normen opgesteld voor spoedzorg. Het ministerie van VWS heeft de Vereniging van Huisartsenposten Nederland (VHN), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) gevraagd uiterlijk 2012 noodzakelijke en proportionele normen op te stellen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg.<sup>173</sup>

#### *3.7.2.2 Electieve basiszorg*

#### Norm 17

Huisartspraktijken moeten tijdens kantooruren voor gewone oproepen binnen 2 minuten drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.<sup>174</sup>

<sup>166</sup> VWS, artikel 3.1.1 van de 'Vaststelling van beleidsregels op grond van de WTZi', 23 april 2008 (MC-U-2827900).

<sup>167</sup> VWS, 'Beleidsvisie WTZi', 23 december 2005 (op grond van artikel 3, WTZi).

<sup>168</sup> IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

<sup>169</sup> IGZ, 'Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten', juni 2005.

<sup>170</sup> IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

<sup>171</sup> IGZ, 'Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten', juni 2005.

<sup>172</sup> IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

<sup>173</sup> VWS, Brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg (MC-U-2860925)', 27 juni 2008.

<sup>174</sup> 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

*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.<sup>175</sup> Als in 10 minuten bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat een huisartsenpraktijk niet bereikbaar is.<sup>176</sup> 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.

Voor electieve basiszorg gelden geen andere bereikbaarheidsnormen dan die voor de huisartsenpraktijken. 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.<sup>177</sup>

---

gezamenlijk in september 2009 richting VWS kanttekeningen geplaatst bij deze norm. Voor de NZa is het standpunt van de IGZ maatgevend.

<sup>175</sup> IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

<sup>176</sup> IGZ en NPCF, 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren', 10 september 2008.

<sup>177</sup> 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. Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars

In deze bijlage zijn de verantwoordelijkheden uit hoofdstuk 3 schematisch opgenomen. Zowel de verplichtingen als de normen zijn gerelateerd aan enerzijds het type zorgprestatie (natura, restitutie mét gecontracteerde zorg en restitutie zonder gecontracteerde zorg) en anderzijds de aspecten van de zorgplicht (inhoud/omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid).

Verplichting nr.	Norm nr.	Omschrijving	Verzekerde prestaties vlg. 'natura' model	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met gecontracteerde zorg	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met niet-gecontracteerde zorg	Inhoud en omvang	Kwaliteit	Tijdigheid	Bereikbaarheid
<b>BASISVOORWAARDEN</b>									
1		De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.	√			√	√	√	√
2		Naturaprestaties moeten worden aangeboden door middel van gecontracteerde zorg.	√			√	√	√	√
3		De zorgverzekeraar moet zorgkosten vergoeden aan zijn verzekerden.	1	√	√	√			
4		De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden bemiddelen naar zorg, indien deze er om vragen.	√	√	√	√	√	√	√
5		De zorgverzekeraar mag de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, enkel beoordelen op basis van zorginhoudelijke criteria.	√	√	√	√			
6		Voor een toestemmingsprocedure mag de zorgverzekeraar uitsluitend informatie verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarvoor de procedure geldt.	√	√	√	√			
<b>INHOUD EN OMVANG</b>									
7		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.	√	2	2	√			
8		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.	√	2	2	√	√		
9		De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten (laten) leveren en/of vergoeden waarop de verzekerde naar inhoud en omvang is aangewezen.	√	2	2	√			

1 = het betreft hier kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders

2 = het gaat hier alleen om het vergoeden van zorg

Verplichting nr.	Norm nr.	Omschrijving	Verzekerde prestaties vlg. 'natura' model	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met gecontracteerde zorg	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met niet-gecontracteerde zorg	Inhoud en omvang	Kwaliteit	Tijdigheid	Bereikbaarheid
<b>INHOUD EN OMVANG (vervolg)</b>									
10		De zorgverzekeraar moet proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden 'organiseren'.	√			√	√	√	√
11		De zorgverzekeraar moet overmacht aantonen.	√			√	√	√	√
12		De zorgverzekeraar moet de 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.	1	√	√	√			
	1	De kosten voor zorg verleend door gecontracteerde zorgaanbieders, moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed.		√		√			
	2	De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (bij een gecontracteerd zorgaanbod), moet (gedeeltelijk) aan de verzekerde worden vergoed. Deze vergoeding is voor iedere verzekerde in dezelfde situatie gelijk en mag geen belemmering vormen voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg.	1	√		√			
	3	De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (bij een gecontracteerd zorgaanbod), moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed indien er onvoldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd.	1	√		√			
	4	De kosten voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet voor 100% aan de verzekerde worden vergoed.			√	√			
<b>KWALITEIT</b>									
13		De zorgverzekeraar moet zorg aanbieden die van 'goede kwaliteit' is.	√	√			√		
14		Wanneer een zorgaanbieder volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het contracteren.	√	√			√		
15		De zorgverzekeraar moet verzekerden ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder.	√	√			√		
16		De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief deugdelijke zorg levert.	√	√	3		√		
17		De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit die de zorgaanbieders in de bewuste inkoopmarkten leveren.	√	√	3		√		
	ALLE	TE WAARBORGEN KWALITEITSNORMEN	√	√	3		√		

1 = het betreft hier kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders

3 = dit geldt alleen bij bemiddeling naar zorg

Verplichting nr.	Norm nr.	Omschrijving	Verzekerde prestaties vlg. 'natura' model	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met gecontracteerde zorg	Verzekerde prestaties vlg. 'restitutie' model met niet-gecontracteerde zorg	Inhoud en omvang	Kwaliteit	Tijdigheid	Bereikbaarheid
<b>TIJDIGHEID</b>									
18		De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft.	√	√	√			√	
19		De zorgverzekeraar moet tijdig de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt, aan hen vergoeden.	1	√	√			√	
20		De zorgverzekeraar moet zorg 'tijdig' (laten) leveren aan zijn verzekerden.	√	√				√	
21		De zorgverzekeraar moet 'voortvarend' actie ondernemen om zijn verzekerden te bemiddelen naar zorg.	√	√	3			√	
	ALLE	TE WAARBORGEN TIJDIGHEIDSNORMEN	√	√	3			√	
<b>BEREIKBAARHEID</b>									
22		De zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.	√	√					√
	ALLE	TE WAARBORGEN BEREIKBAARHEIDSNORMEN	√	√	3				√

1 = het betreft hier kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders

3 = dit geldt alleen bij bemiddeling naar zorg

Bron: NZa





## Bijlage 2. Te waarborgen normen

In deze bijlage zijn de normen uit hoofdstuk 3 per aspect van de zorgplicht (tijdigheid en bereikbaarheid) gegroepeerd naar zorgvorm. Bovendien zijn de normen op een zo eenduidig mogelijke wijze gepresenteerd. De normen 1 tot en met 4 zijn aan te merken als minimum-/maximumnormen en de normen 5 tot en met 17 als streefnormen.

### Omvang van de vergoeding van zorg <sup>178</sup>

Gecontracteerde zorg	Nr.	Norm
Vergoeding van zorgkosten	1	bij een gecontracteerd zorgaanbod - door gecontracteerde zorgaanbieders: 100%
Vergoeding van zorgkosten	2	bij een gecontracteerd zorgaanbod - door niet-gecontracteerde zorgaanbieders: minimaal een (gedeeltelijke) vergoeding die voor iedere verzekerde gelijk is en geen belemmering vormt voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg
Vergoeding van zorgkosten	3	bij een gecontracteerd zorgaanbod - door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, indien er onvoldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd: 100%
Vergoeding van zorgkosten	4	bij een niet-gecontracteerd zorgaanbod - door niet-gecontracteerde zorgaanbieders: 100%

### Tijdigheid <sup>179</sup>

Spoezorg	Nr.	Norm
Toegangstijd + wachttijd	5	tot aanvang behandeling - bij spoed (acute zorg): zo spoedig mogelijk, geen uitstel mogelijk
Toegangstijd + wachttijd	6	tot aanvang behandeling - bij spoed (dringende zorg): niet te lang uitstellen, maximaal binnen enkele uren

HUISARTSENZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	7	bij géén spoed: maximaal 3 werkdagen, 80% binnen 2 werkdagen

FARMACEUTISCHE ZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	8	bij géén spoed: maximaal 1 werkdag

PARAMEDISCHE ZORG <sup>180</sup>	Nr.	Norm
Toegangstijd	9	bij géén spoed: maximaal 1 week

<sup>178</sup> Alle normen met betrekking tot de vergoeding van zorg zijn gebaseerd op de Zvw en de MvT hierop.

<sup>179</sup> 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.

<sup>180</sup> Besluit zorgverzekering, art. 2.6, lid 1: Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Nr.	Norm
Toegangstijd	10	tot aan eerste consult bij de zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	11	tot aan diagnose - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	12	tot aanvang behandeling poliklinisch - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	13	tot aanvang behandeling klinisch - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken

GGZ	Nr.	Norm
Toegangstijd	10	tot aan eerste consult (intake) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	11	tot aan diagnose (indicatiestelling) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd	12	tot aanvang behandeling extramuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	12	tot aanvang behandeling semimuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd	13	tot aanvang behandeling intramuraal - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken

### Bereikbaarheid

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG <sup>181</sup>	Nr.	Norm
Reistijd	14	per ambulance naar een SEH van een ziekenhuis (aanrijtijd, stabiliseren en rijtijd) - bij spoed: maximaal 45 minuten

GGZ <sup>182</sup>	Nr.	Norm
Reisafstand	15	bij een eerste opname op grond van de Wet Bopz - bij spoed: zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager

HUISARTSENZORG <sup>183</sup>	Nr.	Norm
Toegangstijd op afstand (optimaal)	16	drempelloos telefonisch bereikbaar - bij spoed: maximaal 30 seconden
Toegangstijd op afstand (optimaal)	17	drempelloos telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren - bij géén spoed: maximaal 2 minuten

Bron: NZa

<sup>181</sup> 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 vervolg-uitvoeringstoets 'Spreiding ziekenhuiscare, 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).

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

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

## Bijlage 3. Verantwoording zorgverzekeraars

In deze bijlage zijn de aspecten opgenomen waarover zorgverzekeraars zich over 2010 moeten verantwoorden ten aanzien van de zorgplicht. Deze aspecten zijn voor een groot deel gebaseerd op het rapport over de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars bij zorginkoop.<sup>184</sup> De verantwoordingsaspecten zijn opgenomen in het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2010.<sup>185</sup> Deze aspecten worden betrokken bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht door de NZa.

### *Het verkrijgen van (vergoeding van) zorg*

- procedures voor het verkrijgen van (vergoeding van) zorg;
  - machtigingsprocedures (borging van de medische deskundigheid; gebruik van formulieren; doorlooptijden, eventueel per verstrekking; (niet) accepteren van de toestemming die door een voorgaande zorgverzekeraar is verleend);
  - vergoedingsprocedures (gebruik van formulieren; doorlooptijden);
- weigeringen tot het verkrijgen van zorg;
  - de meest voorkomende motivaties (afwijzingsgronden) die hierbij zijn gehanteerd, met specifieke aandacht voor het gebruik van andere gronden dan zorginhoudelijke;
  - per afwijzingsgrond de frequentie waarmee zorg geheel of gedeeltelijk is geweigerd;
- beperkingen van vergoeding van zorg ten opzichte van de polis;
  - de meest voorkomende motivaties die hierbij zijn gehanteerd;
  - per motivatie de frequentie waarmee vergoeding van zorg geheel of gedeeltelijk is beperkt;
- informatieverstrekking met betrekking tot afgewezen zorg/vergoeding van zorg;
  - wordt bij de afwijzing verwezen naar regelgeving op grond waarvan afwijzing plaatsvindt?
  - zo ja, hoe wordt geborgd dat de juiste afwijzingsgronden worden gegeven en dat deze toetsbaar zijn voor de verzekerden (aan polisvoorwaarden/regelgeving)?
  - zo nee, welke verbeteringen zullen worden doorgevoerd om dit wel te bereiken en op welke termijn?

### *Bepaling van kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg*

- Wat de zorgverzekeraar verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg (ongeacht of het gaat om gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg), of welke normen de zorgverzekeraar hanteert.<sup>186</sup>

### *Borging van kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg (bij gecontracteerde zorg)*

- de wijze waarop de zorgverzekeraar inzicht verkrijgt in de kwaliteit en tijdigheid van zorg die zorgaanbieders in een bepaalde inkoopmarkt leveren en de bereikbaarheid van die zorgaanbieders ten opzichte van zijn verzekerden;

<sup>184</sup> NZa, rapport 'Naleving zorgplicht bij zorginkoop', februari 2010.

<sup>185</sup> NZa, 'Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2010', april 2010.

<sup>186</sup> Er moet in ieder geval verantwoord worden over de volgende verstrekkingen: Huisartsenzorg, Mondzorg, Farmaceutische zorg, Verloskundige zorg, GGZ, Medisch specialistische zorg, Kraamzorg, Fysiotherapie, Oefentherapie, Logopedie, Ergotherapie, Dieetadvisering, Hulpmiddelenzorg en Vervoer. Het gaat hierbij niet om acute zorg.

- voor welke verstrekkingen afspraken worden gemaakt met zorgaanbieders over kwaliteit en voor welke over tijdigheid en/of bereikbaarheid;
- op welke manier de zorgverzekeraar controleert of er zich kwaliteits, tijdigheids of bereikbaarheidsproblemen voordoen (welk proces) en hoe de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van een zorgaanbieder beoordeelt (welke toetsing), eventueel onderscheiden naar verstrekking;
- de (eventuele) situaties waarin gecontracteerde zorgaanbieders onvoldoende kwalitatieve zorg hebben geleverd (naar het oordeel van de IGZ of conform de eigen kwaliteitscriteria) en welke consequenties de zorgverzekeraar hier aan heeft verbonden;
- in hoeverre de zorgverzekeraar zijn verzekerden (proactief) ondersteunt bij het maken van een keuze voor een goede zorgaanbieder (bv. door selectief zorgaanbieders te contracteren of gerichte informatieverstrekking);
- in hoeverre de zorgverzekeraar zorgaanbieders prikkelt om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg te verhogen;
- in hoeverre de zorgverzekeraar transparant is naar zijn verzekerden over wat hij verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en in hoeverre zijn gecontracteerde zorgaanbieders op deze onderdelen presteren;
- in hoeverre de zorgverzekeraar afwijkt van gangbare normen en de motivatie hiervoor, zoals het hanteren van langere tijden dan de Treeknormen.

*Borging van de beschikbaarheid van 'voldoende' zorg (bij naturaprestaties)<sup>187</sup>*

- de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn inkoopmarkten heeft geanalyseerd en afgebakend;
- de wijze waarop de zorgverzekeraar de zorgbehoefte van zijn verzekerden heeft bepaald;
- welke activiteiten de zorgverzekeraar onderneemt om vroegtijdig mogelijke beschikbaarheidsproblemen bij gecontracteerde zorgaanbieders te signaleren;
- de beschikbaarheid van alternatieven in gevallen van schaarste of andere beschikbaarheidsproblemen;
- de (eventuele) situaties waarin het de zorgverzekeraar niet is gelukt om zorg te leveren en welke maatregelen toen zijn genomen om de toegankelijkheid van zorg voor betreffende verzekerden te waarborgen.

---

<sup>187</sup> Met 'voldoende' zorg wordt niet alleen bedoeld de hoeveelheid zorg, maar ook dat deze zorg kwalitatief goed, tijdig en op een redelijke reisafstand beschikbaar moet zijn.

## Bijlage 4. Begrippenlijst

Begrip	Paragraaf
Acute zorg	zie § 2.3.2.1
Basiszorg	zie § 2.3.2.2
Bereikbaarheid	§ 2.2.2.4
Beschikbaarheid van zorg	§ 2.2.2.5
Best practice	§ 2.1.3
Betaalbaarheid	§ 2.2.3
Chronische zorg	§ 2.3.2.3
Combinatiepolis	§ 2.4.3.3
Complexe zorg	zie § 2.3.2.2
Consumentenbelang (algemeen)	zie § 2.2
Continuïteit van zorg	§ 2.2.2.6
Cruciale zorg	§ 2.3.2.4
Curatieve zorg	zie § 1.4.1
Doelmatigheid	§ 2.2.1.2
Doeltreffendheid	§ 2.2.1.1
Dringende zorg	zie § 2.3.2.1
Effectiviteit	'Doeltreffendheid' (§ 2.2.1.1)
Efficiëntie	'Doelmatigheid' (§ 2.2.1.2)
Electieve zorg	§ 2.3.2.2
Essentiële zorg	'Cruciale zorg' (§ 2.3.2.4)
Financiële toegankelijkheid	'Betaalbaarheid' (§ 2.2.3)
Gecontracteerde zorg	§ 2.4.1.1
Gelijkheid	§ 2.2.2.2
Gepaste zorg	§ 2.3.1.3
Inhoud en omvang van zorg	§ 2.3.1
Keuzevrijheid	§ 2.2.2.7
Kwaliteit	§ 2.2.1
Minimum- en maximumnormen	§ 2.1.2.1
Natura	zie § 2.4.2
Naturapolis	§ 2.4.3.1
Niet-gecontracteerde zorg	§ 2.4.1.2
Noodzakelijke zorg	'Zorgbehoefte' (§ 2.3.1.2)
Norm	§ 2.1.2
Planbare zorg	'Electieve zorg' (§ 2.3.2.2)
Publieke belangen	§ 2.2
Restitutie	zie § 2.4.2
Restitutiepolis	§ 2.4.3.2
Resultaatsverplichting	zie § 1.6
Spoedeisende hulp (SEH)	'Spoedzorg' (§2.3.2.1)
Spoedzorg	§ 2.3.2.1
Streefnormen	§ 2.1.2.2
Sturing	zie § 2.4.1.1
Subacute zorg	'Dringende zorg' (zie § 2.3.2.1)
Tijdigheid	§ 2.2.2.3
Toegangstijd	zie § 2.2.2.3
Toegankelijkheid	§ 2.2.2
Veiligheid	§ 2.2.1.3
Verantwoorde zorg	'Kwaliteit' (§ 2.2.1)
Verplichting	§ 2.1.1
Voorkeursaanbieders	zie § 2.4.1.1
Vraaggerichtheid	§ 2.2.2.1

Begrip	Paragraaf
Wachttijd	zie § 2.2.2.3
Wettelijke aanspraak	zie § 2.3.1.1
Zorgbemiddeling	zie § 3.1
Zorgprestatie	§ 2.4.2
Zorgbehoefte	§ 2.3.1.2
Zorgvraag	'Zorgbehoefte' (§ 2.3.1.2)

## Bijlage 5. Afkortingen

Afkorting	Uitgeschreven
<b>WETGEVING</b>	
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
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
Zvw	Zorgverzekeringswet
<b>INSTANTIES</b>	
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CB	Consumentenbond
CVZ	College voor zorgverzekeringen
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 6. Zorgpolissen

