

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Geneeskundige zorg, in-vitrofertilisatie (IVF), indicatie, zorgplicht, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202201013
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 12 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Verzoekster heeft haar verzoek aan de commissie in een telefoongesprek op 19 augustus 2022 nader geduid. Bij brief van 19 augustus 2022 heeft de commissie een bevestiging van dit gesprek aan verzoekster gestuurd. Op 30 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft verzoekster gereageerd op het standpunt van de zorgverzekeraar. Een kopie van deze brief is op 28 oktober 2022 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 21 november 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022044076) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 23 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is een alleenstaande vrouw van 42 die in-vitrofertilisatie (hierna: IVF) wenst te ondergaan met een eigen donor.

- 3.3. Op 11 mei 2022 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de zorgcoach van de zorgverzekeraar en verzocht om wachtlijstbemiddeling. De zorgcoach heeft in telefoongesprekken op 12 mei 2022 en 8 juni 2022 een terugkoppeling gegeven aan verzoekster. Van de gesprekken heeft de zorgverzekeraar aantekeningen gemaakt, die voor zover hier van belang, als volgt luiden:

"(...) KLANTVRAAG + INTAKE

Klantvraag: Mevr. is in 2021 bevallen van een dochter via een Deense donor, mevr. is alleenstaand. Nu zou zij graag opnieuw een kindje van dezelfde donor willen. De wachtlijst voor donor hoeft niet, zij heeft die donor al. Maar waar kan zij het snelste terecht voor de behandeling? Zij heeft zelf al alle ziekenhuizen in Rotterdam gebeld, AMC + VU en MC Kinderwens Leiderdorp. Allen minimaal een wachttijd voor intake 5-6 maanden. En dan moet de behandeling nog worden opgestart. In januari wordt

mevr. 43. Kan zij ergens eerder terecht voor intake en behandeling?

Eerder is zij bij Nij Geertgen in behandeling geweest, zij zijn niet gecontracteerd. Kan als wij geen eerdere wachttijd vinden er een uitzondering worden gemaakt voor vergoeding bij Nij Geertgen? (...)

VERWIJZING

Waar is verwijzing/welk ziekenhuis: Nog nergens

Specialisme en naam van de specialist: Gynaecoloog

Nieuwe verwijzing besproken: Ja

OPTIES

Bereid ander ziekenhuis: ja

Voorkeuren ziekenhuizen: Snelste

Maximale reisafstand: nvt

beschikbaarheid (agenda): nvt

AVG

Mogen wij contact opnemen met de huidige/andere behandelaar/instelling: ja

HET GESPREK

Wat heb ik besproken: Ik bespreek of België een optie zou kunnen zijn, bv Antwerpen of Gent. In Brein zie ik ze wel als KID ZH maar ook voor alleenstaand? Graag nagaan. Buiten de randstad zou UMC nog een optie kunnen zijn, hebben zij nog steeds opname stop? Isala Klinieken een optie. Uitzondering op contracteren wordt niet gedaan, maar dit nog niet besproken omdat er mogelijk gewoon gecontracteerde opties zijn.

- ER

- Afspraak afzeggen

- Activatie naar de website indien van toepassing

- Zorgregelaar

- Bespreek 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief bij NIET gecontracteerde zorgverlener

ACTIES

[naam medewerker] 12-5-22

Er zijn weinig ziekenhuizen waar mevr als alleenstaande terecht kan met een eigen donor. Zie Brein. Ik bel fertiliteitskliniek Twente Komende week telefonisch niet bereikbaar. Mevr kan zelf een contactformulier invullen, wachttijd 1e consult volgens website 6 weken. Ik bel UMCG, wachttijd tot behandeling rond de 7 maanden, alleen Nederlandse donor, of bekende donor. Donor moet meekomen voor onderzoek, is aan de arts om dit goed te keuren, potje meenemen wordt niet geaccepteerd. Isala, eerste consult ruim 5 maanden wachttijd. Ik bel UZ Gent, wachttijd eerste consult 5 maanden, werken alleen met anonieme zaaddonor. UZ Antwerpen, zelfde verhaal, uitzondering bespreken met arts maar zeer lange wachttijd voor eerste consult.

Ik bel mevr. Verhaal is anders, ze wil GEEN Deense zaaddonor, haar eerste kind is van een bekende donor. Mevr is boos omdat ik gelijk aangeef dat we geen coulance geven voor Nije Geertgen, die optie was wel gewekt. Alle opties die ik gebeld heb vindt ze ook veel te ver. Vreemd want Nije Geertgen is ook op bijna 2 uur reisafstand. Ze wil nr Nije Geertgen en vindt dat wij een zorgplicht hebben. Vraag is of we dat hebben? Er is nl geen medische indicatie, mevr wil zwanger worden zonder partner. Wij hebben een aantal ziekenhuizen gebeld maar vanwege haar leeftijd zijn de wachttijden overal te lang, voor haar.

(...)

RESULTAAT

13-05-2022 [naam medewerker]

Ik bel mevr. toch nogmaals zelf. Ik wil de subsidieregeling bespreken. Ik bel mevr. en mevr. lijkt dit te waarderen, ik geef aan het antwoord niet te kunnen veranderen, maar wel de subsidie regeling te willen meegeven. Mevr. geeft aan voor IVF is een medische indicatie, voor IUI is de subsidieregeling. Voor wachttijden kijken we alleen binnen de gecontracteerde opties, omdat het verzekerde anders geld gaat kosten. Het antwoord gaat helaas niet veranderen, maar ik ben blij mevr. zelf nog even te spreken en wens haar veel succes.

(...)

08-06-2022 [naam medewerker]

mevrouw wordt doorverbonden door collega naar aan leiding van een terugbel QM. Wil weten of er inmiddels wel iets is waar zij heen kan. Ik denk dat er alleen een mogelijkheid is bij Fertilitetskliniek Twente B.V. Ik bel kan alleen een formulier via website invullen mevrouw had al opgehangen zit tot 15.00 in een meeting. Ik bel daarna terug en geef door dat zij het formulier op <https://www.fertilitetskliniektwente.nl/> in kan vullen

(...)

Ik bel mevrouw krijg vm die spreek ik in als mevrouw belt doorgeven dat zij de vraag of zij bij fertiliteit kliniek terecht kan alleen via website kan stellen en geef door dat zij het formulier op <https://www.fertilitetskliniektwente.nl/> in kan vullen. Andere eerdere optie is er niet we gaan niet verder. (...)"

- 3.4. Bij brief van 9 juni 2022 heeft verzoekster de zorgverzekeraar verzocht om volledige vergoeding van een IVF-behandeling bij de niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder Nij Geertgen. Uit het dossier blijkt niet dat de zorgverzekeraar op dit verzoek heeft gereageerd.
- 3.5. Bij brief van 15 juni 2022 heeft verzoekster zich bij de zorgverzekeraar beklagd over de wachtlijstbemiddeling, het feit dat zij geen volledige vergoeding krijgt als zij zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt en over de wijze waarop haar klacht is afgehandeld.
- 3.6. Bij brief van 30 juni 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij geen recht heeft op volledige vergoeding als zij zich voor een IVF-behandeling wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verder wordt vermeldt dat verzoekster zich voor de gewenste IVF-behandeling tot de gecontracteerde zorgaanbieder Fertilitetskliniek Twente kan wenden.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 20 juli 2022 heeft verzoekster aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat zij een telefonisch intake heeft gehad bij Fertilitetskliniek Twente en dat zij hier niet terecht kan in haar specifieke situatie en voor de door haar gewenste behandeling. Daarbij heeft verzoekster de zorgverzekeraar gevraagd om heroverweging van zijn beslissing om geen volledige vergoeding toe te kennen als zij zich tot Nij Geertgen wendt.
- 3.8. Bij brief van 21 juli 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Daarbij is met haar een overzicht van gecontracteerde ziekenhuizen en klinieken gedeeld, waar zij volgens de zorgverzekeraar terecht kan voor een IVF-behandeling met eigen donor.

- 3.9. Bij e-mailbericht van 22 juli 2022 heeft verzoekster de zorgverzekeraar gevraagd om heroverweging van zijn beslissing. In reactie hierop heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.10. Bij brief van 21 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.11. Bij brief van 23 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de IVF-behandeling bij Nij Geertgen volledig moet vergoeden en dat de zorgverzekeraar - voor zover de eerste IVF-poging niet succesvol blijkt - is gehouden een tweede IVF-poging te vergoeden, ook nadat zij de leeftijd van 43 heeft bereikt. Ter zitting heeft zij verklaard dat vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd 1,5 IVF-poging is uitgevoerd. De kosten hiervan dienen volledig te worden vergoed. Tevens dient de zorgverzekeraar vergoeding te verlenen van de kosten van een derde IVF-poging.
- 4.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij een alleenstaande vrouw is van 42 die door middel van een IVF-behandeling met een eigen donor zwanger wenst te worden. Volgens verzoekster is dit een verzekerde prestatie die onder de dekking valt van de zorgverzekering. De behandeling moet dan echter wel zijn aangevangen vóór zij in januari 2023 43 jaar wordt. Verzoekster heeft in 2022 verschillende ziekenhuizen en klinieken benaderd en vernomen dat sprake is van een wachtlijst tussen de 6 en 8 maanden, voordat een eerste consult kan plaatsvinden. Verzoekster merkt daarbij op dat een eerste consult niet automatisch hoeft te leiden tot de daadwerkelijke behandeling. Op 11 mei 2022 heeft verzoekster contact opgenomen met de zorgverzekeraar en verzocht om wachtlijstbemiddeling. In dit verband is zij verwezen naar Fertiliteitskliniek Twente. Deze zorgaanbieder bleek in haar specifieke situatie de gevraagde zorg niet te kunnen leveren. Zij heeft hierop opnieuw contact opgenomen met de zorgverzekeraar, hem gewezen op zijn zorgplicht en verzocht om volledige vergoeding van de behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, omdat zij niet tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder terecht kon. De zorgverzekeraar heeft dit geweigerd. De zorgverzekeraar beroept zich er ten onrechte op dat hij voldoende zorg heeft ingekocht en dat er meerdere gecontracteerde ziekenhuizen en klinieken zijn, waar verzoekster in haar specifieke situatie terecht kan. Bij deze gecontracteerde zorgaanbieders kan zij echter niet binnen een redelijke termijn terecht en in ieder geval niet vóór zij de leeftijd van 43 jaar bereikt.
- 4.3. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat feitelijk een fout is gemaakt bij de wachtlijstbemiddeling, doordat zij is verwezen naar een kliniek die de gevraagde zorg niet kon leveren. Hierdoor zijn er enkele maanden verstreken en was het voor verzoekster niet mogelijk een eventuele volgende IVF-poging te ondergaan vóór zij 43 jaar werd. Dit was volgens verzoekster wél mogelijk geweest als zij direct naar een gecontracteerde zorgaanbieder was verwezen, waar zij binnen een redelijke termijn terecht kon, dan wel aan haar toestemming was verleend zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Verzoekster stelt de zorgverzekeraar hiervoor aansprakelijk.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat vóór het bereiken van de leeftijd van 43 jaar 1,5 IVF-poging is uitgevoerd. Er zijn embryo's ingevroren en teruggeplaatst. Hiervan is er nog één over. Verzoekster heeft verklaard dat 75% van de kosten is vergoed. Zij vordert volledige vergoeding van de eerste twee pogingen. Voorts is door haar toegelicht dat indien het proces vloeiend was verlopen, zij nog tijdig een derde IVF-poging had kunnen ondernemen. Er was sprake van een fertiliteitsprobleem en behandeling was - en is nog steeds - zinvol. Volgens verzoekster is zij door de zorgcoach verkeerd of onvolledig voorgelicht. Zo werd zij verwezen naar kliniek Kinderwens.

Daar was zij echter al geweest. Deze instelling wilde haar niet op de wachtlijst zetten vanwege de bestaande wachttijd van acht maanden. In Fertiliteitskliniek Twente kon weliswaar de diagnostiek plaatsvinden, maar geen behandeling met zaad van een eigen donor. Verzoekster concludeert dat van de zestien centra er veertien zijn gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Hiervan zouden er zes zijn die behandeling met zaad van een eigen donor accepteren. De twee die in dat kader door de zorgcoach van de zorgverzekeraar zijn genoemd bleken de behandeling niet of niet tijdig te kunnen bieden.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan, dat de wachtlijstbemiddeling correct is verlopen, en dat verzoekster geen recht heeft op volledige vergoeding als zij zich voor een IVF-behandeling wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan door voldoende adequate zorg in te kopen. In dit verband wijst hij erop dat veertien van de zestien zorgaanbieders die IVF- behandelingen mogen leveren door hem zijn gecontracteerd. Hierbij wijst de zorgverzekeraar erop dat een IVF-behandeling een bijzondere medische verrichting is, waarbij hoge kwaliteitseisen gelden op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Op grond daarvan zijn er ook maar zestien zorgaanbieders in Nederland die deze verrichting mogen uitvoeren. Hierdoor kunnen de wachttijden voor toegang tot deze zorg oplopen. De zorgverzekeraar meent dat hij hierop niet kan worden aangesproken, omdat hij geen invloed heeft op de kwaliteitseisen die de wetgever heeft gesteld. Verder wijst de zorgverzekeraar erop dat verzoekster in januari 2023 de leeftijd van 43 jaren heeft bereikt. Dit gegeven vormt voor sommige fertiliteitsklinieken - op basis van de geldende normen binnen de beroepsgroep - op zichzelf al reden om geen IVF-behandeling te willen starten. Dat verzoekster in januari 2023 de leeftijdsgrens van 43 heeft bereikt en vóór die tijd geen IVF-behandeling kon starten bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan op basis van voornoemde redenen dan ook niet worden aangemerkt als een tekortkoming in de zorgplicht die op de zorgverzekeraar rust. Volgens de zorgverzekeraar kan artikel 10.5.b van de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de beleidsregel), waarin wordt vermeld dat de wachttijd op diagnostiek/ indicatiestelling in de medisch specialistische zorg maximaal vier weken bedraagt, hem in dit geval niet worden tegengeworpen.
- 5.3. Verder heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat verzoekster, nadat zij was nagegaan welke zorgaanbieders door hem zijn gecontracteerd, bewust heeft gekozen voor een naturapolis. Dit brengt met zich dat verzoekster zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder moet wenden om voor volledige vergoeding van de gewenste IVF-behandeling in aanmerking te komen. Als verzoekster zich wendt tot een niet-gecontracteerde partij heeft dit tot gevolg dat zij recht heeft op vergoeding van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Ook heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat verzoekster niet eerder dan op 11 mei 2022 contact met hem heeft opgenomen en om wachtlijstbemiddeling heeft gevraagd, terwijl zij dit laatste redelijkerwijs al in januari 2022 had kunnen doen. Een en ander neemt niet weg dat de zorgcoach van de zorgverzekeraar zich voldoende heeft ingespannen in het kader van de wachtlijstbemiddeling, dat contact is gelegd met meerdere gecontracteerde zorgaanbieders en dat verzoekster er ook op is gewezen dat zij zich tot deze aanbieders kon wenden. Dat verzoekster heeft nagelaten contact op te nemen met de aangedragen zorgaanbieders na het telefonisch contact op 12 mei 2022 dient voor haar rekening en risico te komen.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij niet verantwoordelijk is te houden voor het feit dat langere wachttijden bestaan door de wetgeving en het de zorgaanbieders gevoerde beleid. Van de veertien gecontracteerde centra zijn er negen die toestaan dat IVF met zaad

van een eigen donor wordt uitgevoerd. Verzoekster had zich hiervoor onder andere tot kliniek Kinderwens kunnen wenden. Een eventuele derde IVF-poging vindt plaats na het bereiken van de leeftijd van 43 jaar. Tot een hogere vergoeding ter zake van de reeds uitgevoerde IVF-pogingen ziet de zorgverzekeraars geen grond.

- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 21 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*(...) Het Zorginstituut brengt geen advies uit
Het geschil betreft een ivf-behandeling. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het geschil heeft geen betrekking hierop.*

Het geschil gaat namelijk over de vraag of verweerder heeft voldaan aan zijn zorgplicht. Daarnaast heeft het geschil betrekking op wachtlijstbemiddeling en de hoogte van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.

De beantwoording van uw vragen

De eerste vraag die u hebt gesteld aan het Zorginstituut betreft de vraag of een ivf-behandeling bij een alleenstaande vrouw met een donor uit eigen netwerk een verzekerde prestatie is op grond van de Zvw.

Een vruchtbaarheidsbehandeling komt in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket als sprake is van een aanwijsbare of niet-aanwijsbare medische reden voor het uitblijven van de zwangerschap. Een vruchtbaarheidsbehandeling komt niet in aanmerking voor vergoeding als geen sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid, maar van andere factoren, zoals alleenstaand of lesbisch zijn.

Dit betekent dat een ivf-behandeling met donorzaad onderdeel kan uitmaken van het verzekerde pakket, namelijk als de wensmoeder een medische indicatie heeft voor deze behandeling.

De tweede vraag die u hebt gesteld aan het Zorginstituut betreft de vraag of een (medische) indicatie voor een ivf-behandeling kan en/of moet worden gesteld vóór een verzekerde zich tot een zorgaanbieder wendt om deze behandeling te ondergaan of dat een en ander juist wordt beoordeeld als onderdeel van het behandeltraject.

Het proces van het stellen van een medische indicatie en de behandeling verloopt vaak vloeiend. Dit is onderling met elkaar verbonden en niet volledig los van elkaar te zien. In veel gevallen zal een huisarts een verzekerde doorverwijzen bij een vermoeden van verminderde infertiliteit. De gynaecoloog waarnaar dan verwezen is, zal - na de vaststelling of inderdaad sprake is van een medisch probleem (indicatie voor ivf) - verder verwijzen of vaak ook zelf de ivf-behandeling starten. (...)

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op een IVF-behandeling zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Voorts zijn hierin de van belang zijnde bepalingen uit de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de beleidsregel) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Naar ter zitting is gebleken, heeft de zorgverzekeraar de kosten van de uitgevoerde IVF-behandelingen vergoed op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Hiermee staat vast dat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en dat verzoekster redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding en het antwoord op de vraag of ook een derde IVF-poging door de zorgverzekeraar moet worden vergoed. In dit verband zal de commissie beoordelen of de zorgverzekeraar is tekortgeschoten in de op hem rustende zorgplicht op grond van artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw.
- 8.3. De zorgverzekeraar heeft terecht erop gewezen dat het hier gaat om een bijzondere medische verrichting die in Nederland uitsluitend mag worden uitgevoerd door een van de hiertoe toegelaten centra. Van deze zestien centra zijn er door de zorgverzekeraar veertien gecontracteerd. Het enkele feit dat Nij Geertgen destijds niet was gecontracteerd levert geen schending van de zorgplicht op. Het is aan de verzekeraar voldoende zorg en andere diensten in te kopen, van zodanige kwaliteit dat een verzekerde zijn aanspraken op grond van de verzekeringsovereenkomst en de onderliggende wet- en regelgeving tot gelding kan brengen. De beleidsregel van de NZa bepaalt met betrekking hiertoe:

"(...) 6. Verplichtingen bij naturapolis

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

6.2 Als een zorgverzekeraar ondanks maximale inspanning zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.

In de toelichting op de beleidsregel is bij artikel 6 vermeld, voor zover hier van belang:

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

Let wel, bij prestaties in natura heeft de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting tot het leveren van zorg. Indien gecontracteerde zorg niet tijdig beschikbaar of bereikbaar is, moet de zorgverzekeraar al het mogelijke doen om de zorg te organiseren en te (laten) leveren. Dit kan ook betekenen dat hij op zoek moet gaan naar andere zorgaanbieders en via deze aanbieders de zorg laten leveren. De verzekerde kan daar een beroep op doen.

In artikel 6.2 is bepaald dat als een zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich op overmacht beroept, hij de aanwezigheid van overmacht moet aantonen. (...) Alleen in zeer

uitzonderlijke situaties zal een zorgverzekeraar zich met succes kunnen beroepen op overmacht.
(...)

10.5 Medisch specialistische zorg (msz)

10.5.a De toegangstijd tot ziekenhuizen/specialist draagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.5.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen. (...)"

- 8.4. In de onderhavige situatie wenste verzoekster gebruik te maken van zaad van een eigen donor. Door de ziektekostenverzekeraar is niet bestreden dat verzoekster deze keuze mocht maken. Partijen verschillen erover van mening of van de gecontracteerde centra er zes dan wel negen zijn die hieraan hun medewerking verlenen. Van de zes (of negen) zijn er twee met name genoemd door de zorgverzekeraar, te weten kliniek Kinderwens en Fertiliteitskliniek Twente. Door verzoekster is gesteld, en door de zorgverzekeraar is niet bestreden, dat eerstgenoemd centrum destijds een wachttijd had van acht maanden, en dat in het tweede centrum geen behandeling met zaad van een eigen donor wordt uitgevoerd. De verwijzing, door de zorgverzekeraar, naar het eigen beleid van de centra, doet aan dit feitelijke gegeven niet toe of af. Voor het geval de zorgverzekeraar hiermee een beroep heeft willen doen op overmacht zoals bedoeld in de beleidsregel, kan dit beroep niet slagen.
- Anderzijds staat niet zonder meer vast dat verzoekster, gegeven haar specifieke wensen, niet terecht kon bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Naast de twee met name genoemde centra waren er immers vier (of zeven) die, althans volgens de zorgverzekeraar, een behandeling met zaad van de eigen donor zouden kunnen uitvoeren. Verzoekster heeft weliswaar aangevoerd dat zij voorafgaand aan het contact met de zorgcoach de mogelijkheden al had onderzocht, maar dit is onvoldoende om te concluderen dat zij alleen bij het niet gecontracteerde centrum Nij Geertgen terecht kon. Ook in die zin is dus geen sprake van schending van de zorgplicht. .
- 8.5. Wat de zorgverzekeraar in het kader van de op hem rustende zorgplicht daarentegen wel kan worden tegengeworpen, is dat hij, hoewel bekend met de situatie van verzoekster en de bestaande tijdsdruk, ondanks herhaalde contacten met de zorgcoach geen concrete en adequate verwijzing heeft gedaan naar een gecontracteerd centrum waar verzoekster vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd terecht kon voor de diagnostiek en aansluitende IVF-behandeling met zaad van een eigen donor. Om die reden oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht en dat hij de vergoeding niet mag beperken tot 75% van het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief.
- 8.6. Betekent dit dan dat verzoekster aanspraak heeft op drie IVF-pogingen? De commissie beantwoordt die vraag ontkennend. Verzoekster heeft zich met haar vraag relatief laat tot de zorgverzekeraar gewend. Het was haar door eigen onderzoek inmiddels gebleken dat de wachttijd bij de diverse centra zes tot acht maanden bedroeg. Dit betekent dat ook indien sprake was geweest van een tijdige, concrete en adequate verwijzing door de zorgverzekeraar en een daaropvolgend vloeiend proces zoals bedoeld in het advies van het Zorginstituut, de derde IVF-poging niet had kunnen worden uitgevoerd vóór zij de leeftijd van 43 jaar bereikte. De te krappe planning ligt in de risicosfeer van verzoekster. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving kan na het bereiken van genoemde leeftijd geen aanspraak meer worden gemaakt op IVF. Onder de geven omstandigheden bestaat tevens geen aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten de hieraan verbonden kosten bij wijze van schadevergoeding te vergoeden. Uit het voorgaande volgt dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de twee IVF-pogingen die hebben plaatsgevonden vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd volledig te vergoeden.

Slotsom

8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar aan verzoekster de kosten van de twee IVF-pogingen die hebben plaatsgevonden vóór het bereiken van de 43-jarige leeftijd volledig dient te vergoeden;
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd, wordt afgewezen.

Zeist, 14 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

3.6.3 Aanvullende betaling

Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals ClZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de Zvw eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de Wlz.

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgverkenner te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2022, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2022 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2022. Houdt u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

Voor hulpmiddelen, farmacie en medisch specialistische zorg hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

4.3.1 Selectieve contractering hulpmiddelen

Voor visuele hulpmiddelen (met uitzondering van oogpleisters), diabeteshulpmiddelen, hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed en incontinentie- of stomamaterialen geldt dat u alleen recht heeft op een volledige vergoeding als u deze online besteld bij de door ons speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief gecontracteerde leveranciers. Als u voor deze hulpmiddelen naar een andere leverancier gaat, terwijl een voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren, dan heeft u recht op een vergoeding van 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze hulpmiddelen hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Wilt u weten welke leveranciers wij speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief gecontracteerd hebben? En welke hulpmiddelen zij kunnen leveren? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner.

4.3.2 Selectieve contractering farmacie

Voor farmaceutische zorg geldt dat u bij voorkeur gebruik dient te maken van de speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief door ons gecontracteerde internetapotheken. Als deze internetapotheek de gewenste geneesmiddelen en/of dieetpreparaten niet kan leveren. Of er zijn andere omstandigheden waardoor u, uw geneesmiddelen en dieetpreparaten, bij een andere apotheek wilt bestellen? Dan kunt u ook gebruik maken van een andere door ons gecontracteerde apotheek. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde apotheek, dan vergoeden wij 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde apothekers).

4.3.3 Selectieve contractering medisch specialistische zorg (ZieZo Selectief)

Naast de in artikel [A.4.2](#) genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met ZieZo Selectief voor medisch specialistische zorg (artikel [B.23 Plastische chirurgie](#), [B.24.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.25 Second Opinion](#), [B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.31.1 IVF of ICSI](#) en [B.31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor ZieZo Selectief gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor ZieZo Selectief? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.4 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel [A.4.3.3](#) niet. Het gaat om:

- spoedeisende zorg;
- verloskunde;
- behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis ZieZo afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachttijsten. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet na komt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de [Declaratie-app](#) of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (voorstelbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

Op de nota moet een AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op!

Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF- of ICSI ([B.31.1](#)), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen ([B.31.2](#)), sperma invriezen ([B.31.3](#)) en eicelvitricificatie ([B.31.4](#)).

31.1 IVF of ICSI

Wilt u een IVF- of ICSI behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. De 3 pogingen zijn voor IVF- en ICSI-behandelingen samen.

Wat wordt verstaan onder een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap?

Een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Vanaf het moment van de geslaagde follikelpunctie tellen wij de poging mee, ongeacht of er daadwerkelijk eicellen worden verkregen. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF- of ICSI poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF- of ICSI behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- a. fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. zwangerschap na een IVF- of ICSI behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF en ICSI

1. De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.
3. Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF- of ICSI poging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering ZieZo Selectief

Let op!

Heeft u de ZieZo Selectief? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.3 Selectieve contractering medisch specialistische zorg \(ZieZo Selectief\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de ZieZo Selectief een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

1. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering ZieZo Selectief

Let op!

Heeft u de ZieZo Selectief? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.3 Selectieve contractering medisch specialistische zorg \(ZieZo Selectief\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de ZieZo Selectief een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website.

31.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan heeft u recht op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- het fragile-X-syndroom;
- het turnersyndroom (XO);
- galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u recht op de volgende onderdelen van de behandeling:

- follikelstimulatie;
- eicelpunctie;
- invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF- of ICSI gebonden indicatie

Tijdens een IVF- of ICSI poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op invriezen. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-of ICSI gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw

Kenmerk

Grondslag

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

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

1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

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

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

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

Electieve zorg: curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld. Electieve zorg wordt ook wel planbare zorg genoemd.

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

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

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

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

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

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

Toegangstijd: de tijd die het duurt om toegang te krijgen tot het eerste consult of bezoek bij de zorgaanbieder, nadat de afspraak hiervoor is gemaakt of de behoefte aan zorg is vastgesteld. Dit wordt ook wel aanmeldwachttijd genoemd.

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

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

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

Wachttijd: de tijd die voorafgaat aan de diagnose of behandeling door de zorgaanbieder, nadat de eerste afspraak voor diagnostiek is gemaakt of de behandeling is geregistreerd in het informatiesysteem van de zorgaanbieder.

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

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

2. Doel van de beleidsregel

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

3. Reikwijdte

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

4. Toezicht en handhaving

Kenmerk

4.1 De NZa kan formeel handhavend optreden of anderszins ingrijpen als blijkt dat de zorgplicht wordt geschonden.

Pagina
3 van 19

4.2 Deze beleidsregel laat onverlet dat een zorgverzekeraar in een concreet geval op een andere wijze dan in deze beleidsregel beschreven de zorgplicht rechtmatig kan uitvoeren, voor zover dat plaatsvindt binnen de wettelijke kaders.

5. Algemene verplichtingen

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

5.2 De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft. Toetsing vooraf mag niet tot een onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.

5.3 De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren en in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg waarnaar bemiddeld wordt. Een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht behelst onder meer dat een zorgverzekeraar handelt naar het in dit lid bedoelde verkregen inzicht, en waar nodig consequenties daaraan verbindt.

6. Verplichtingen bij naturapolis

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

6.2 Als een zorgverzekeraar ondanks maximale inspanning zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.

7. Verplichtingen bij restitutiepolis

7.1 De zorgverzekeraar die zorgprestaties in restitutievorm heeft verzekerd moet de kosten van zorg en diensten vergoeden.

7.2 Onder de in artikel 7.1 bedoelde vergoeding vallen niet de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend zijn te achten.

7.3 De in artikel 7.1 bedoelde vergoeding wordt, indien van toepassing, verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico van verzekerden.

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

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

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

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

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

Kenmerk

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

Pagina
4 van 19

8.4 Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

8.5 De zorgverzekeraar moet gecontracteerde zorg aanbieden die kwalitatief goed is.

8.6 Wanneer een zorgaanbieder volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het al dan niet contracteren.

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

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

9.1 Mondzorg

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

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

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

9.2 Huisartsenzorg

9.2.a Huisartspraktijken en huisartsenposten moeten voor spoed binnen 30 seconden drempelloos telefonisch bereikbaar zijn.

9.2.b Op huisartsen rust bij spoed de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn.

9.3 Spoedeisende hulp

9.2.a Spoedeisende hulp moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn.

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

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

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

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

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

10.1 Mondzorg

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

10.1.b De toegangstijd tot mondzorg bedraagt voor burgers maximaal 3 weken.

10.1.c De wachttijd op behandeling in geval van mondzorg bedraagt voor burgers maximaal 3 weken.

10.2 Huisartsenzorg

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

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

10.3 Apotheek

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

10.4 Paramedische zorg

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

10.5 Medisch specialistische zorg (msz)

10.5.a De toegangstijd tot ziekenhuizen/specialist draagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.5.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.5.c De wachttijd op poliklinische behandeling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.

10.5.d De wachttijd op klinische behandeling in de msz bedraagt voor burgers maximaal 7 weken; 80% van de burgers moet binnen 5 weken terecht kunnen.

10.6 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

10.6.a De toegangstijd/aanmeldwachttijd in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.6.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

Kenmerk

10.6.c De wachttijd op behandeling in de ggz (extramuraal en semimuraal) bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.

Pagina
6 van 19

10.6.d De wachttijd op behandeling in de ggz (intramuraal) bedraagt voor burgers maximaal 7 weken; 80% van de burgers moet binnen 5 weken terecht kunnen.

10.7 Verpleging en verzorging

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

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

11. Intrekken oude beleidsregel en toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

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

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

12. Inwerkingtreding

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

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

13. Citeertitel

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

Toelichting

Kenmerk

Algemeen

Pagina
7 van 19

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

De zorgplicht van zorgverzekeraars is verankerd in de Zvw. De Zvw regelt echter niet wat de zorgplicht precies inhoudt en hoe zorgverzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen. De zorgplicht uit de Zvw is grotendeels een open norm, waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. Zij vertalen de zorgplicht in de polissen die zij aanbieden. De NZa ziet er daarbij op toe dat voldaan is aan de randvoorwaarden, met inachtneming van de verplichtingen en normen neergelegd in deze beleidsregel. Bij het nakomen van de zorgplicht moet uiteraard ook voldaan worden aan de overige wet- en regelgeving. Deze wordt niet uitputtend in deze beleidsregel behandeld.

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

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

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

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

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

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

Zorgplicht

De zorgplicht is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde.³ Wat die verplichting precies inhoudt is afhankelijk van de manier waarop verzekerde prestaties worden aangeboden:

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

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

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

Afwegingskader invullen open normen

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

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

³ Met resultaatsverplichting wordt bedoeld dat er een contractuele verplichting bestaat om het aangeboden product of dienst ook daadwerkelijk te realiseren (resultaat). Het gaat dan om het leveren van zorg of het vergoeden van zorg.

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

Kenmerk

Pagina
9 van 19

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

Toezicht

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

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

De verplichtingen en normen in deze beleidsregel zijn niet limitatief of alomvattend. Bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht stelt de NZa zich op de hoogte van de meest actuele stand van zaken. Omdat de zorgplicht een open norm is, zijn er niet voor alle vormen van zorg bereikbaarheids- of tijdigheidsverplichtingen. In zo'n geval zal de NZa in eerste instantie aansluiting zoeken bij de richtlijnen, voorschriften, of anderszins normen van de betreffende beroepsgroep zelf.

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

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

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

⁶ Zie hiervoor zorginzicht.nl.

handelen van zorgaanbieders en het standpunt van het Zorginstituut Nederland over de inhoud van het basispakket.

Kenmerk

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

Pagina
10 van 19

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

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

Artikelsgewijs

1. Begripsbepalingen

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

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

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

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

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

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

5. Algemene verplichtingen

Kenmerk

Pagina

11 van 19

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

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

Een verzekerde heeft alleen recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit indicatievereiste betekent dat een verzekerde niet alle vormen van zorg kan eisen. Als een verzekerde niet op een vorm van zorg of dienst is aangewezen, dan heeft hij geen recht op levering of vergoeding van de kosten van die zorg. Artikel 14, eerste lid, Zvw, bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst slechts wordt beantwoord op basis van zorginhoudelijke criteria.

Tot slot is het mogelijk om bij ministeriele regeling te bepalen dat experimentele vormen van zorg of diensten onderdeel van het verzekerde pakket zijn. De minister van VWS kan dat alleen doen voor zover de zorg verantwoord is. Die vormen van zorg zijn maximaal zeven jaar onderdeel van het verzekerde pakket. Het instrument kan worden toegepast om duidelijkheid te krijgen over het al dan niet effectief zijn van mogelijk verouderde behandelmethoden, en om te kunnen beslissen over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket.

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina
12 van 19

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

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

6. Verplichtingen bij naturapolis

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

Let wel, bij prestaties in natura heeft de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting tot het leveren van zorg. Indien gecontracteerde zorg niet tijdig beschikbaar of bereikbaar is, moet de zorgverzekeraar al het mogelijke doen om de zorg te organiseren en te (laten) leveren. Dit kan ook betekenen dat hij op zoek moet gaan naar andere zorgaanbieders en via deze aanbieders de zorg laten leveren. De verzekerde kan daar een beroep op doen.

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

Voor de continuïteit van zorg is het irrelevant welke zorgaanbieder de zorg levert. In het geval een zorgaanbieder bijvoorbeeld failliet gaat, moet de zorg beschikbaar blijven. Zorgverzekeraars moeten op grond van hun zorgplicht borgen dat de verzekerde terecht kan bij alternatieve

zorgaanbieders en al het mogelijke in het werk stellen om de beschikbaarheid en tijdigheid van de zorg te organiseren.

Kenmerk

In het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG⁹ is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld en welke normen hierbij gelden. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. Ook hier geldt dat de verzekeraar primair verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van deze zorg voor zijn verzekerden. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aan zet om naar alternatieven te zoeken. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Echter, als een verzekeraar door overmacht – dus ondanks maximale inspanning – niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, kan de minister van VWS besluiten om de continuïteit van deze zorg te borgen door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Dit is te beschouwen als een uiterst redmiddel nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft beproefd en deze niet mogelijk zijn gebleken.

Pagina
13 van 19

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

7. Verplichtingen bij restitutiepolis

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

7.2 en 7.3 De zorgverzekeraar die prestaties in restitutievorm heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de nota volledig moet vergoeden. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

- a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.¹²

Als er sprake is van een 'excessieve prijs' en de zorgverzekeraar kan dit aantonen, dan mag de zorgverzekeraar het excessieve deel van die prijs niet vergoeden ten laste van de Zvw. Deze bepaling moet worden gezien als een uitzondering op zijn zorgplicht de kosten van de zorg volledig te vergoeden. Omdat het gaat om een uitzondering is het niet toegestaan

⁹ Stb. 2012, 396.

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

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

¹² Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

dat de zorgverzekeraar een door hem zelf bepaald vast bedrag hanteert en alle kosten die dat bedrag te boven gaan niet vergoedt. De zorgverzekeraar mag (afgezien van de eigen bijdrage en het eigen risico) alleen die kosten op de vergoeding van de nota in mindering brengen, die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Kenmerk

Pagina
14 van 19

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

Daarnaast volgt uit de Memorie van Toelichting op de Zvw dat de zorgverzekeraar moet aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.¹⁴ Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst.¹⁵ Dat sluit immers niet aan bij de vorenstaande uitleg, die impliceert dat zorgverzekeraars kijken naar de prijzen die de zorgaanbieders in de markt hanteren. Hieruit volgt ook dat het dus bijvoorbeeld niet de bedoeling is dat de zorgverzekeraar een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vastlegt. Daarmee wordt immers onvoldoende aangesloten bij de prijzen die in de markt worden gehanteerd, doordat onder meer met prijsstijgingen en prijsdalingen geen rekening wordt gehouden. Ook wordt dan niet beoordeeld of de voor vergoeding ingediende rekening in het individuele geval onredelijk hoog is. Indien de verzekerde het niet eens is met de bevindingen van de zorgverzekeraar, dan kan hij zich wenden tot de zorgverzekeraar met het verzoek de beslissing te heroverwegen. Als dat niet het gewenste resultaat oplevert kan de verzekerde zich wenden tot de SKGZ.

7.4 De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van zorg.

De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief goede zorg levert. Ook moet de inspanning van de zorgverzekeraar erop zijn gericht dat de verzekerde wordt bemiddeld naar een zorgaanbieder die de zorg tijdig levert en die voldoende bereikbaar is voor de

¹³ Stb. 2005, 389.

¹⁴ MvT Zvw, p. 33.

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

verzekerde. Zie hiervoor de geldende normen op het vlak van kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid.

Kenmerk

7.5 Bij een resitutiepolis zal de verzekerde kunnen verlangen dat de zorgverzekeraar overgaat tot prompte vergoeding van de kosten die de verzekerde heeft gemaakt, een en ander uiteraard behoudens het geval dat daaromtrent een afwijkende afspraak is gemaakt.¹⁶ Hierbij dienen artikel 7.1, 7.2 en 7.3, van deze beleidsregel en de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar zelf in acht te worden genomen. Een prompte vergoeding houdt in een vergoeding binnen een redelijke termijn.

Pagina
15 van 19

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

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

De zorgverzekeraar bepaalt zelf met welke zorgaanbieders hij een overeenkomst aangaat. De zorgverzekeraar zal dan ook bij de inkoop van zorg de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol moeten laten spelen en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen. Daarbij is het in de eerste plaats van belang dat de zorgverzekeraar voor de verschillende vestrekkingen al van tevoren duidelijk definieert wat hij verstaat onder kwalitatieve, tijdige en bereikbare zorg.¹⁷ Voor de verzekerden is daarmee ook duidelijk wat van de zorgverzekeraar in dit opzicht mag worden verwacht.

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

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

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

8.1 Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht bereikbaar is voor zijn verzekerden. Hij moet hier bij het contracteren van zorgaanbieders rekening mee houden. Wat een redelijke afstand is, is een zorginhoudelijke afweging. Bij het bepalen wat een redelijke afstand is moet worden gekeken naar de betreffende zorgvorm en naar de zorg die de verzekerde nodig heeft. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met algemeen geldende, zorginhoudelijke normen. Zie ook artikel 9 en 10, van deze beleidsregel.

8.2 De zorgverzekeraar moet zorgaanbieders contracteren die zorg tijdig leveren. De vraag wat onder tijdig moet worden verstaan, wordt beantwoord aan de hand van de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden. Voor sommige vormen van zorg zijn normen

¹⁶ MvT Zvw, p. 34.

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

afgesproken die een maximale aanvaardbare wachttijd inhouden (zie ook hierna). Tijdigheid zal ook een casuïstisch karakter hebben; per individueel geval kan tijdigheid anders worden ingevuld.

Kenmerk

Pagina

16 van 19

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

Om adequaat in te kunnen spelen op (dreigende) schaarste, is van belang dat de zorgverzekeraar zijn inkoopmarkten analyseert en mogelijke knelpunten in kaart brengt. In zijn contracten met zorgaanbieders kan hij regelen dat de zorgaanbieder tijdig een signaal afgeeft bij dreigende discontinuïteit. En wanneer zo een situatie zich concreet voordoet, dan moet de zorgverzekeraar tijdig passende maatregelen treffen om er voor te zorgen dat de zorg voor zijn verzekerden beschikbaar en bereikbaar blijft. De zorgverzekeraar moet bijvoorbeeld extra budget verstrekken aan de zorgaanbieder in financiële nood, meedenken over of aansturen op een geschikte overnamekandidaat bij faillissement, of andere zorgaanbieders contracteren die de zorgverlening aan zijn verzekerden over kunnen nemen. Ook andere maatregelen kunnen noodzakelijk zijn om te bereiken dat tijdig vervangend aanbod beschikbaar is.

8.4 Als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 11 juli 2014¹⁸ bepaald dat de vergoedingsbeperking niet dusdanig mag zijn dat deze een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze norm geldt voor polissen die uitgaan van gecontracteerde zorg en waarbij tevens een korting wordt toegepast op de vergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (dit kan voorkomen bij natura- en combinatiepolissen).¹⁹

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

¹⁸ Vindplaats: ECLI:NL:HR:2014:1646.

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

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.

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

Voor een korting op de vergoeding is geen ruimte als de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd. De zorgverzekeraar voldoet in dat geval immers niet aan zijn zorgplicht. Ook voor spoedeisende zorg kan geen korting op de vergoeding worden toegepast. Daarnaast brengen het Europese recht en specifieke verdragen mogelijk eisen met zich mee ten aanzien van de vergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde aanbieders in het buitenland.

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

8.5 Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht en geleverd zal worden in principe van 'goede' kwaliteit is. Voor alle zorgvormen is dan ook van belang dat de zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken maakt over de kwaliteit van deze zorg.

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

8.6 Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het maken van verbeterafspraken en monitoring hiervan of desnoods het beëindigen van de overeenkomst. De zorgverzekeraars zal zelf de afweging moeten maken welke consequenties adequaat zijn, afhankelijk van de acties die de

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

zorgaanbieder onderneemt. Ook zal hij zelf de verantwoordelijkheid moeten nemen om te controleren of er bij zorgaanbieders kwaliteitsproblemen spelen waarbij de IGJ betrokken is. Deze informatie maakt de IGJ openbaar op haar website. Voor zover de zorgverzekeraar een contract met een zorgaanbieder beëindigt vanwege het leveren van kwalitatief onvoldoende zorg, zal de zorgverzekeraar moeten nagaan of het nodig is om alternatief aanbod te zoeken. De zorgverzekeraar is immers verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg.

Kenmerk

Pagina
18 van 19

8.7 Zie de toelichting op artikelen 6.1 en 7.4.

8.8 Om kwalitatieve zorg te kunnen leveren of hier naar te bemiddelen, is inzicht nodig in de kwaliteit. Naast zorgverzekeraars hebben ook zorgaanbieders en consumentenorganisaties hierin een belangrijke rol. Hoewel er in het algemeen nog onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie beschikbaar is, ontslaat de afwezigheid hiervan de zorgverzekeraar niet van de plicht tot het waarborgen van kwaliteit bij het contracteren. Ook schaarste of problemen met het contracteren van zorgaanbieders ontslaan zorgverzekeraars niet van deze verplichting. Om de kwaliteit van de gecontracteerde zorg te kunnen waarborgen is inzicht nodig in de kwaliteit die zorgaanbieders leveren. De verzekeraar dient daartoe zo nodig afspraken te maken bij het contracteren.

9. Tijdigheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij de borging van een tijdige levering van zorg. Zorgverzekeraars moeten dan ook bij de borging van tijdige zorg, minimaal de huidige tijdigheidsnormen in acht nemen. In 2000 zijn in het Treekoverleg door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenaamde Treeknormen). Omdat de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft het ministerie van VWS deze normen geformaliseerd door ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen. Een beperking van de Treeknormen is dat deze alleen van toepassing zijn op de aanvang van de zorgverlening, en niets zeggen over het vervolg ervan.

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

10. Bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

Er bestaat een wisselwerking tussen tijdigheid en bereikbaarheid. Immers, reisafstand, reistijd en contactmogelijkheden (bereikbaarheid) hebben nagenoeg altijd invloed op het tijdig (kunnen) leveren van zorg.

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

10.1.c Een A1 melding is een melding met betrekking tot een spoedeisende rit in opdracht van de centralist van de meldkamer in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten.

10.2.a Om bestaande telefoondruk te verminderen en in goede banen te leiden kan de huisarts moderne communicatieapparatuur inzetten, zoals doorschakelaars, voiceresponse-systemen en internet (bijvoorbeeld om afspraken te boeken en herhalingsrecepten aan te vragen). Het gebruik van antwoordapparaten moet drastisch worden verminderd. Als in 10 minuten bellen de telefoon niet wordt opgenomen betekent dit dat een huisartsenpraktijk niet bereikbaar is.²¹ Hiermee wordt aangegeven waar de grens ligt van 'slechte' bereikbaarheid, waar de norm van 2 minuten de grens aangeeft van 'goede' bereikbaarheid. Deze norm is voor de IGJ weliswaar een belangrijk meetpunt, maar minder zwaarwegend dan de harde bereikbaarheidsnorm van 30 seconden bij spoed. De NZa zal deze norm bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht ook minder zwaar laten wegen, net zoals de IGJ deze norm hanteert bij haar toezicht.

Kenmerk

Pagina
19 van 19

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