

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202401216

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 7 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Energiek (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is in verband met autisme enige tijd onder behandeling geweest bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder (hierna: zorgaanbieder 1). Vanwege de complexiteit van de hulpvraag heeft deze behandelaar de behandeling gestaakt en verzoekster geadviseerd te zoeken naar een andere zorgaanbieder die beter geschikt was haar te behandelen. Verzoekster heeft hierop telefonisch en per e-mail contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te zoeken naar een geschikte zorgaanbieder. Uiteindelijk heeft verzoekster zich gewend tot een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder (hierna: zorgaanbieder 2) en de kosten van de behandelingen door deze zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

- 2.3. Bij e-mailbericht van 13 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van GGZ-zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden vergoed tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat door hem is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de behandelingen door zorgaanbieder 2 alsnog volledig te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 31 oktober 2024 aangevoerd dat zij voorafgaand aan de keuze voor zorgaanbieder 2 gebruik heeft gemaakt van de wachtlijstbemiddeling die door de ziektekostenverzekeraar wordt aangeboden. De medewerkers die zij toen heeft gesproken, waren weliswaar vriendelijk en behulpzaam, maar verzoekster heeft hiermee geen passende zorgaanbieder gevonden die door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat het mogelijk was binnen een redelijke termijn een afspraak te maken bij een beschikbare gecontracteerde zorgaanbieder (hierna: zorgaanbieder 3) en weigert om die reden volledige vergoeding. Verzoekster is echter van mening dat zorg niet alleen moet worden beoordeeld op basis van beschikbaarheid, maar ook aan de hand van de vraag of deze zorg passend is.
- 3.3. Zorgaanbieder 3 is door de behandelend psycholoog van zorgaanbieder 1 beoordeeld als niet passend. De reden hiervan is dat verzoekster te maken heeft met verstoorde persoonlijkheidskenmerken in combinatie met autisme. Zorgaanbieder 3 is vergelijkbaar met zorgaanbieder 1, en kan verzoekster hierin daarom niet ondersteunen. Bovendien wenst de betreffende zorgaanbieder eerst een nieuwe diagnose te stellen, omdat hij anders geen behandeling aanbiedt voor de verstoorde persoonlijkheidskenmerken.
- 3.4. Verzoekster heeft, naast wachtlijstbemiddeling, op eigen initiatief en met hulp van de huisarts een groot aantal gecontracteerde zorgaanbieders benaderd. Deze bleken niet in staat binnen een redelijke termijn - met inachtneming van de Treeknormen - een passende behandeling te bieden. Het doel van contracteren van zorg zou moeten zijn het in kaart brengen van passende en betaalbare zorg. Verzoekster is van mening dat dit doel in haar situatie niet is bereikt. Verzoekster wenst van de commissie een uitspraak over de vraag wat beschikbare zorg inhoudt. Verder wil zij graag de emotionele kant belichten. Juist omdat verzoekster zich in een kwetsbare situatie bevond, had zij dringend behoefte aan duidelijkheid. Het heeft enkele maanden geduurd om passende zorg voor haar te vinden. Alleen al de gedachte opnieuw een diagnosetraject door te moeten met een andere behandelaar, om daarna pas toe te komen aan passende hulp, was voor haar te zwaar.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij al bij een psycholoog onder behandeling was, en die vertelde haar dat zij het beste naar een psycholoog kon gaan die een specialisme had in autisme. De vraag is wat adequate en beschikbare passende zorg is. De hulpvraag die verzoekster had was dat zij hulp nodig had bij emotionele onregelinge en innerlijke conflicten. Samen met de huisarts en psycholoog is met veel moeite iemand gevonden die haar kon helpen, maar dit bleek niet-gecontracteerde zorg te zijn. Verzoekster is van mening dat dit de enige zorg was die op dat moment beschikbaar en passend was. Volgens de ziektekostenverzekeraar was er ruimte een afspraak te maken bij een andere psycholoog, maar zij vond die niet passend omdat die niet aansloot haar de hulpvraag op dat moment.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster voor de behandelingen bij zorgaanbieder 2 aanspraak heeft op vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat is afgesproken met zorgaanbieders die wel zijn gecontracteerd. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 september 2024 aangevoerd dat verzoekster op 7 december 2023 telefonisch contact heeft opgenomen met zijn Zorgteam. Tijdens dit gesprek is meegedeeld dat verzoekster eind 2022 de huisarts heeft bezocht met klachten. Zij kreeg toen een verwijzing naar zorgaanbieder 1, waar uiteindelijk de diagnose autisme werd gesteld. Verzoekster was op zoek naar meer praktische hulp, en deze zorgaanbieder deelde haar mee die zorg niet te kunnen bieden. Zorgaanbieder 1 heeft verzoekster hierop doorverwezen naar een andere zorgaanbieder. Kennelijk baarde de reisafstand naar deze zorgaanbieder verzoekster zorgen. Vermoedelijk is om die reden gezocht naar een andere zorgaanbieder, die in haar zorgvraag kon voorzien. Het Zorgteam heeft diverse behandelopties aangeboden, en verzoekster heeft ook zelf gezocht naar behandelaars. Een groot deel hiervan had niet binnen een redelijke termijn de mogelijkheid verzoekster te behandelen. Er bleven hierdoor slechts enkele zorgaanbieders over. Uit de dossierregistratie blijkt dat verzoekster geen klik had met één van de beschikbare gecontracteerde zorgaanbieders. Uiteindelijk kwam zij terecht bij zorgaanbieder 2, met wie zij wel een klik ervoer. Het is niet duidelijk geworden waarom de beschikbare zorgaanbieders niet over de juiste behandelopties zouden beschikken. Daarnaast ontbreken verklaringen van de betrokken zorgaanbieders waaruit blijkt dat zij verzoekster niet konden behandelen. Door verzoekster is verklaard dat zorgaanbieders beschikbaar waren, maar dat deze vanwege reistijd of andere persoonlijke voorkeuren geen optie waren. Dit betekent echter niet dat geen - gecontracteerde - behandelaar beschikbaar was.
- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 15 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering enkel ziet op de beschikbaarheid van zorg. Dit artikel houdt geen rekening met persoonlijke voorkeuren of de wijze van diagnosticeren. Omdat de zorg binnen een redelijke termijn beschikbaar was, ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding voor een hogere vergoeding.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 7 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat door verzoekster bij het Zorgteam een melding is gedaan voor een zorgvraag en verwijzing in verband met specialistische GGZ (SGGZ). Dit komt overeen met hetgeen zorgaanbieder 1 achteraf schrijft over wat nodig was, namelijk een specialistische behandeling voor zowel autisme als een persoonlijkheidsstoornis. De door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde zorgaanbieder 3 is zowel een vrijgevestigde psychotherapeut als een aanbieder van SGGZ die diverse psychiatrische problematiek behandelt. Deze zorgaanbieder zou bij telefonische navraag door verzoekster hebben meegedeeld de diagnose opnieuw te willen stellen, en verder dat de aanwezigheid van een vriend of familielid tijdens de intake niet gangbaar is. Het is aan de behandelaar te bepalen hoe de intake moet plaatsvinden. Hierin kan de ziektekostenverzekeraar niet treden. De ziektekostenverzekeraar bemiddelt alleen op basis van de verwijzing, en niet voor een specifieke behandeling zoals psychotherapie. Hoewel de ziektekostenverzekeraar er begrip voor heeft dat verzoekster geen verdere diagnostisering wenste en graag een vriend of familielid wilde meenemen naar de intake, zijn dit geen inhoudelijke redenen een zorgaanbieder als niet passend aan te merken. De verklaring van zorgaanbieder 1 van 21 maart 2024 dat zorgaanbieder 3 op voorhand niet passend zou zijn, kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen. De behandelaar merkt op dat de situatie complex is en dat specialistische zorg nodig is. Zorgaanbieder 1 is ook een aanbieder van SGGZ, en de betrokken behandelaar was kennelijk van mening de benodigde zorg niet te kunnen bieden. De ziektekostenverzekeraar ziet hierin geen navolgbare uitleg dat een andere SGGZ-aanbieder (ook) ongeschikt zou zijn. Uit de verklaring volgt dat zorgaanbieder 1 vertrouwen heeft in de geschiktheid van zorgaanbieder 2, omdat deze veel ervaring heeft met autisme en persoonlijkheidsstoornissen. Dit maakt de zorg bij de door de ziektekostenverzekeraar aangedragen zorgaanbieder 3 echter niet inadequaat. Bovendien is

zorgaanbieder 2 alleen bevoegd binnen de generalistische basis- GGZ (GBGGZ) en daarmee niet passend voor een specialistische complexere zorgvraag binnen de GGZ. Voor een complexe zorgvraag en met een SGGZ verwijzing wordt in beginsel naar een SGGZ-instelling of een vrijgevestigd psychotherapeut/klinisch psycholoog gegaan. Een behandelaar mag beoordelen dat generalistische zorg (cat. A, minder complexe zorg) toch meer aangewezen/ passend is, en daarmee 'afschalen' naar GBGGZ, waarvan hij de huisarts dan op de hoogte moet stellen. Dit lijkt hier te zijn gebeurd, want zorgaanbieder 2 declareert GBGGZ. Hierdoor is evenwel nog minder navolgbaar dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorgaanbieder 3, die daadwerkelijk een aanbieder van SGGZ is, niet geschikt was voor de SGGZ-verwijzing, gelet op de gestelde complexiteit van de zorgvraag. Als de door de ziektekostenverzekeraar aangedragen zorgaanbieder 3 zélf inhoudelijke redenen had gezien om geen passende zorg te kunnen bieden, zou het oordeel van de ziektekostenverzekeraar anders zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat verzoekster tot nu toe volledige vergoeding van kosten heeft ontvangen. Dit hangt ermee samen dat het gedeelte van de nota dat eigenlijk niet zou worden betaald, omdat verzoekster naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, uit coulance is voldaan. Verder ziet de volledige betaling van 29 mei 2024 op een nota van zorgaanbieder 1.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zorgaanbieder 3 een logische adequate behandelaar moeten zijn binnen de specialistische GGZ. De ziektekostenverzekeraar kan niet zien dat die niet geschikt zou zijn. Voor verzoekster was belangrijk dat de diagnosestelling niet opnieuw hoefde en de familie aanwezig mocht zijn bij het kennismakingsgesprek. Dit is niet leidend om te zien of hulp al dan niet adequaat is. Er was kennelijk een klik met zorgaanbieder 2. De verzekeraar is echter van mening dat conform de polisvoorwaarden 75% van de kosten kunnen worden vergoed.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. De aanspraak op GGZ is geregeld op bladzijde 32 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat bij zorgverleners die een contract met de ziektekostenverzekeraar hebben een vergoeding wordt verleend van 100% van het afgesproken tarief, en bij zorgverleners zonder contract een vergoeding van 75% van de rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben. Vast staat dat zorgaanbieder 2 geen contract heeft met de ziektekostenverzekeraar.
- 6.3. Verzoekster is van mening dat zij niet - tijdig - terecht kon bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en om die reden volledige vergoeding dient te ontvangen voor de door haar bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder afgenomen zorg. In artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is deze situatie geregeld. Het artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

**"Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura**

Naar welke zorgverlener gaat u voor de zorg die verzekerd is als zorg in natura?

a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of

b. U wil naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat niet:

- omdat de zorg spoedeisend is; of

- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is; of

- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat:

- in situatie a.: het afgesproken tarief of

- in situatie b.: het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief).

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat. (...)"

- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de zorg die verzoekster nodig had tijdig beschikbaar bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Hij heeft in dat kader zorgaanbieder 3 genoemd. Verzoekster heeft, mede onder verwijzing naar een verklaring van zorgaanbieder 1 van 21 maart 2024, aangevoerd dat zorgaanbieder 3 niet geschikt was om haar te behandelen. Onder andere moest deze zorgaanbieder de diagnose opnieuw stellen en mocht geen vriend of familielid bij het intakegesprek aanwezig zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat zorgaanbieder 3 als vrijgevestigde psychotherapeut en aanbieder van SGGZ wél geschikt was verzoekster te behandelen, en dat de wijze waarop het intakegesprek plaatsvindt, hierin geen verandering brengt. Ook heeft hij aangevoerd dat zorgaanbieder 2 juist minder geschikt zou moeten zijn verzoekster te behandelen, omdat het zou gaan om een complexe zorgvraag, terwijl de betreffende zorgaanbieder de verleende zorg niet heeft gedeclareerd als Specialistische GGZ, maar als Generalistische Basis GGZ.
- 6.5. Het staat vast dat zorgaanbieder 1 is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar en dat de aldaar uitgevoerde behandelingen door hem ten laste van de zorgverzekering aan verzoekster zijn vergoed. Deze zorgaanbieder heeft bij brief van 21 maart 2024 verklaard:

*"Tezamen zijn we tot de conclusie gekomen dat er op dit moment meer nodig is in de behandeling dan in onze praktijk geboden kan worden. De hulpvraag is op dit moment meer specialistisch van aard, namelijk behandeling die is gericht op ASS in combinatie met persoonlijkheid. U heeft eerder te kennen gegeven contact te hebben gezocht met [zorgaanbieder 3], echter lijkt deze praktijk niet voldoende aan te sluiten bij uw behoefte en hulpvraag. Daarnaast geniet het ook niet de voorkeur om het vervolgtraject te volgen bij een gelijkwaardige praktijk als [zorgaanbieder 1], gezien de complexiteit van de hulpvraag. Het is m.i. belangrijk om een psycholoog/psychotherapeut te consulteren die ruime kennis en ervaring heeft in het behandelen van zowel ASS als persoonlijkheidsdynamiek, maar daarnaast ook voldoende empathisch bij u kan aansluiten. Mijn advies is om het traject voort te zetten bij een kleinschalige specialistische praktijk, te denken aan bijv. (...) of [zorgaanbieder 2]"*

Uit het voorgaande volgt dat zorgaanbieder 1 de behandeling niet kon voortzetten, hij zorgaanbieder 3 ongeschikt vond om de behandeling over te nemen, en hij verzoekster specifiek heeft verwezen naar onder andere zorgaanbieder 2. Gelet op het contract tussen zorgaanbieder 1 en de ziektekostenverzekeraar, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar met de door hem gecontracteerde partij afspraken te maken over een eventuele doorverwijzing. Zorgaanbieder 1 heeft ervoor gekozen verzoekster door te verwijzen naar een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en heeft behandeling bij zorgaanbieder 3 afgeraden. De ziektekostenverzekeraar kan verzoekster onder deze omstandigheden niet tegenwerpen dat zij hieraan gevolg heeft gegeven. Daaraan doet niet af dat zorgaanbieder 2

Generalistische Basis GGZ biedt en declareert. Kennelijk speelde bij de verwijzing niet alleen de complexiteit van de zorgvraag, maar ook de noodzaak van empathisch aansluiten en de voorkeur voor een kleinschalige specialistische praktijk. In de door zorgaanbieder 1 gemaakte afweging op dit punt kan noch de ziektekostenverzekeraar noch de commissie treden. De in de voorwaarden genoemde korting kan verzoekster om die reden niet worden opgelegd, en zij kan met succes een beroep doen op het bepaalde in artikel A.20, waarmee zij recht heeft op een vergoeding van 100% van het gemiddelde afgesproken tarief voor die zorg. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het door verzoekster voor de onderhavige procedure betaalde entreegeld aan haar te vergoeden.

- 6.6. Verzoekster heeft de commissie, onder verwijzing naar de Treeknormen, gevraagd te bepalen wat beschikbare zorg inhoudt. De commissie heeft niet de rol van toezichthouder en stelt op dit terrein niet de regels. In relatie tot het voorliggende geschil merkt zij op dat in artikel 11 Zvw de zorgplicht is beschreven en dat deze door de NZa nader is ingevuld in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025. Dat de bestaande zorgplicht in dit geval zou zijn geschonden omdat de benodigde zorg niet - tijdig - beschikbaar was, hetgeen tot gevolg zou kunnen hebben dat de kosten van behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig moeten worden vergoed, is door verzoekster niet aangetoond. Zij heeft slechts aangevoerd de nodige inspanningen te hebben gepleegd om terecht te kunnen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Daar staat tegenover dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat door hem weliswaar voldoende zorg werd ingekocht, maar dat verzoekster om haar moverende redenen hiervan geen gebruik kon of wilde maken, met name vanwege de reisafstand, het ontbreken van een klik, dan wel - in het geval van zorgaanbieder 3 - de wijze waarop de zorgaanbieder de intake wilde uitvoeren. Dergelijke subjectieve redenen om geen gebruik te maken van gecontracteerde zorg houden geen verband met het passend zijn van de zorg en de tijdigheid, en zijn onvoldoende om tot schending van de zorgplicht te concluderen.

*Slotom*

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster een vergoeding te verlenen voor de door haar bij zorgaanbieder 2 afgenomen zorg tot 100% van het gemiddelde afgesproken tarief voor die zorg;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 7 maart 2025,

A. de Ruijter

### **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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Als er geen sprake is van onderliggende of bijkomende problemen maar wel risico op vallen, kunt u mogelijk een valpreventief beweegprogramma via uw gemeente volgen.

### **Van wie heeft u een verwijzing nodig?**

- Huisarts.
- Verpleegkundig specialist.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.

### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- De praktijkondersteuner huisarts stelt met een valanalyse vast of het beweegprogramma medisch noodzakelijk is.

### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Fysiotherapeut of oefentherapeut via een landelijk erkend zorgprogramma dat wij hebben gecontracteerd.  
U kunt deze programma's vinden op onze website of bij ons opvragen.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

## **Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**

### **Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?**

#### **GGZ zonder opname vanaf 18 jaar (artikel B.19.1.)**

##### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg (ook via e-health) zonder opname.  
GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM-5 stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is.  
Het gaat hierbij om deze zorg:
  - Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen.
  - Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband en kan ook via e-health. E-health is een volledig behandeltraject dat u onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener start en afrondt.

##### **Wat is uw vergoeding?**

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor GGZ zonder opname vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).



### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft (vermoedelijk) een DSM-5 stoornis.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
  - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
  - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);
  - het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) onder Zvw Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZINI). De zorgverleners vindt u op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl). Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

### **Van wie heeft u een verwijzing nodig?**

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter.
  - Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
  - De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis waarvoor behandeling noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig
    - een diagnostisch gesprek en
    - bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
  - Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
  - De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
  - De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is. De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

### Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

### Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg. De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar. Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

### Waar vindt de behandeling plaats?

- De praktijk van de behandelend zorgverlener.
- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

### Wat krijgt u niet vergoed?

- GGZ-zorg omvat zeker niet:
  - psychosociale zorg;
  - neurofeedback;
  - intelligentieonderzoek;
  - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
  - orthopedagogische zorg;
  - hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
  - behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
  - behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
  - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
  - medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');
  - GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

## GGZ met opname vanaf 18 jaar (artikel B.19.3.)

### Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg met medisch noodzakelijke opname. GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is. Het gaat hierbij om deze zorg:

- Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen;
- Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband. De zorg is inclusief psychiatrische behandeling, bijbehorende paramedische zorg (zoals fysiotherapie of ergotherapie), dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie);
- Verpleging en verzorging, bijbehorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

### **Wat is uw vergoeding?**

- Vanaf de 1e dag van de opname, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor GGZ met opname vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een (zeer) complexe psychische of psychiatrische DSM-5 stoornis met indicatie voor een opname.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners vindt u op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl). Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
  - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
  - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);
  - het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) onder Zwv Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Opname langer dan een jaar.

Als na 365 dagen opname noodzakelijk blijft, dient de regiebehandelaar de rechtmatigheid van de verlengde opname vast te stellen. Hiervoor vult de regiebehandelaar een vragenlijst in die onderdeel is van uw medisch dossier. Hierbij gelden ook deze voorwaarden:

  - Er is sprake van een psychiatrische stoornis, eventueel met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent geweest.
  - De instelling heeft de noodzaak tot verlengde opname gemotiveerd met
  - verbetering, stabilisatie of voorkomen van achteruitgang

- prognose of ontwikkeling van de stoornis(en) en
- de verwachte duur van de opname.

Na 1.095 dagen kunt u op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) nog recht hebben op deze zorg. Ook kunt u onder voorwaarden al eerder recht hebben op zorg vanuit de Wlz.

#### **Van wie heeft u een verwijzing nodig?**

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter.
  - Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
  - De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 psychiatrische stoornis waarvoor opname noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig
    - een diagnostisch gesprek en
    - bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
  - Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
  - De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
  - De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

#### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is. De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

#### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u bent verzekerd. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

#### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg. De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar. Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.

- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.  
Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

#### **Waar vindt de behandeling plaats?**

- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).  
Dit kan een psychiatrische afdeling binnen een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn als het gaat om zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of het kan een instelling voor gespecialiseerde GGZ zijn als het gaat om zorg onder de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz).

#### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- GGZ-zorg omvat zeker niet:
  - psychosociale zorg;
  - neurofeedback;
  - intelligentieonderzoek;
  - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
  - orthopedagogische zorg;
  - hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
  - behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
  - behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
  - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
  - medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');
  - GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

## **GZSP Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen**

### **Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?**

#### **Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten (artikel B.28.2.)**

##### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

##### **Wat is uw vergoeding?**

- Vergoeding van 100 % voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

##### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

## 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.

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

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

Wachttijd: de tijd die voorafgaat aan de diagnose of behandeling door de zorgaanbieder, nadat de eerste afspraak voor diagnostiek is gemaakt of de behandeling is geregistreerd in het 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

---

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

<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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. Zorgverzekeraars spelen samen met zorgaanbieders een (belangrijke) rol bij het nader invullen van de zorgplicht en bij het bepalen wat tijdige en bereikbare zorg is. Zij kunnen samen met patiëntenorganisaties, algemeen geldende praktijknormen afspreken. Het Zorginstituut Nederland neemt deze normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Voor bepaalde vormen van zorg bestaan reeds algemeen geldende praktijknormen, de zogenoemde Treeknormen. Alle zorgverzekeraars zullen bij de naleving van de zorgplicht de algemeen geldende normen in acht moeten nemen. De NZa zal enkel waar nodig en mogelijk de zorgplicht nader invullen.

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

---

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

- 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.<sup>4</sup> Ook kan de NZa in bepaalde gevallen overgaan tot openbaarmaking.<sup>5</sup>

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 Register<sup>6</sup>, 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

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

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

<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Bij de typering van polissen is de zorgverzekeraar gehouden aan het bepaalde in artikel 29 van die Regeling.

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

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

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

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

<sup>8</sup> Voor zover niet anders aangegeven in wet- of regelgeving of beleid.

## 5. Algemene verplichtingen

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

Kenmerk

Pagina  
11 van 19

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 beschikbaarheidsbijdrage WMG<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> Vervolgens toetst de NZa de melding van overmacht.<sup>11</sup> 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 restitutiepols

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.<sup>12</sup>

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

<sup>9</sup> Stb. 2012, 396.

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

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

<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst.<sup>15</sup> 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

---

<sup>13</sup> Stb. 2005, 389.

<sup>14</sup> MvT Zvw, p. 33.

<sup>15</sup> 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 resitutiepols 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.<sup>16</sup> 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 restitutiepols 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.<sup>17</sup> 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

---

<sup>16</sup> MvT Zvw, p. 34.

<sup>17</sup> 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 2014<sup>18</sup> 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).<sup>19</sup>

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.

<sup>18</sup> Vindplaats: ECLI:NL:HR:2014:1646.

<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup> 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

---

<sup>20</sup> 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 behandel-fase/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.<sup>21</sup> Hiermee wordt aangegeven waar de grens ligt van 'slechte' bereikbaarheid, waar de norm van 2 minuten de grens aangeeft van 'goede' bereikbaarheid. Deze norm is voor de 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

---

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



---

# 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, 2.6, 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.

## 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 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;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. 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;
    - 5°. 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 verslakte 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 geneeskundige 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.