

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen, en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501136

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van zijn minderjarige zoon C. te B., hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 30 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 januari 2026 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 17 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Onderwijs drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoeker trad hierbij op als verzekeringnemer.
- 2.2. Verzekerde is geboren zonder oren en oorkanalen. Hij heeft in het verleden oorreconstructies en kanaalplastieken ondergaan met Medpor®-implantaten. Deze implantaten zijn toen aangebracht door een arts in de Verenigde Staten. De implantaten zijn later gebroken, waarop de behandelend arts in Nederland een hersteloperatie heeft voorgesteld waarbij de bestaande implantaten werden verwijderd en vervangen door nieuwe poreus-polyethyleen implantaten. Omdat de behandelend arts in Nederland een wachttijd had van drie jaren, heeft verzoeker namens verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd om de operatie in de Verenigde Staten te laten plaatsvinden.

- 2.3. Bij brief van 15 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een maximale vergoeding mogelijk is van € 3.684,02 per oor. Dit betreft 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Aan verzoeker is gevraagd om aanvullende informatie om een definitieve beslissing te kunnen nemen. Deze informatie is vervolgens door verzoeker aangeleverd, waarop de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 april 2025 aan hem heeft meegedeeld dat toestemming werd verleend voor de ingreep in de Verenigde Staten, waarbij een maximale vergoeding van toepassing is zoals hiervoor genoemd.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Verzoeker heeft hierop nogmaals contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 juni 2025 aan verzoeker meegedeeld dat onduidelijk is of aan de op hem rustende zorgplicht kan worden voldaan. Zo dat wel het geval is, dan zal een vergoeding worden verleend op basis van 100% van het marktconforme tarief. Dit tarief is € 7.037,42 per oor. Tegelijkertijd heeft de ziektekostenverzekeraar in de hiervoor genoemde brief opgemerkt dat hij vanwege de wachttijd vermoedelijk niet aan zijn zorgplicht kan voldoen en daarom waarschijnlijk een hogere vergoeding kan worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij aangegeven dat onder voorwaarden ook vergoeding van een expertisebehandeling mogelijk is, welke hoger ligt dan vergoeding van het marktconforme tarief. Daarvoor was volgens de ziektekostenverzekeraar een gemotiveerde verwijzing van de Nederlandse plastisch chirurg naar de Verenigde Staten nodig.
- 2.6. De behandelend plastisch chirurg in Nederland heeft op 18 juni 2025, voor zover hier van belang, verklaard:
“ De wachttijd in het Amsterdam UMC voor zowel autologe als poreus-polyethyleen reconstructies bedraagt momenteel circa drie jaar. Dit is niet het gevolg van persoonlijke planning of medische voorkeur, maar van structurele capaciteitsproblemen binnen het Amsterdam UMC. Met name het aantal beschikbare operatiekamers en het toewijzen van OK-tijd voor niet-oncologische, complexe plastisch-chirurgische ingrepen is zeer beperkt. Ondanks de aanwezigheid van de expertise, kunnen we op dit moment het aantal patiënten dat verwezen wordt niet op korte termijn operatief helpen. (...) Daarmee is m.i. sprake van een situatie waarin niet volledig aan de zorgplicht voldaan kan worden. (...) De benodigde expertise in Nederland is beschikbaar. Maar agv de wachttijd zou vanuit medisch perspectief noodzaak voor verwijzing naar een buitenlandse kliniek een optie zijn”.
- 2.7. In zijn brief van 20 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker erkend dat hij niet heeft voldaan aan de op hem rustende zorgplicht en aangegeven dat hij om die reden tot vergoeding van het eerdergenoemde bedrag van € 7.037,42 per oor overging. Hij voegde daaraan toe dat de behandeling in Nederland zou kunnen worden uitgevoerd en daarom geen sprake zou zijn van een expertisebehandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar doet de wachttijd van drie jaar daaraan niet af.
- 2.8. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 7 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de eveneens gevorderde reis- en verblijfkosten niet worden vergoed. Dit standpunt heeft hij herhaald in zijn brieven aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 18 november 2025 en 1 december 2025.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem een volledige dan wel hogere vergoeding moet verlenen voor de kosten van de in de Verenigde Staten bij verzekerde uitgevoerde ingreep, alsmede voor de daarmee gepaard gaande reis- en verblijfkosten.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 30 december 2025 aangevoerd dat verzekerde eerder is geopereerd door de arts in de Verenigde Staten. Deze behandeling is destijds door de ziektekostenverzekeraar aangemerkt en vergoed als een expertisebehandeling. De huidige behandeling betreft geen primaire reconstructie, maar een heroperatie/wisseloperatie, waarbij bestaande implantaten worden verwijderd en vervangen. Bij een dergelijke ingreep is kennis van eerdere operaties en continuïteit van zorg medisch gezien van groot belang. De behandelend medisch specialist in Nederland is de enige arts in Nederland die deze gespecialiseerde oorreconstructies structureel uitvoert. In het kader van de behandeling heeft hij de behandelend arts in de Verenigde Staten ook als deskundige genoemd en geadviseerd. De keuze om opnieuw bij de arts in de Verenigde Staten uit te komen vloeit daarmee logisch voort uit het bestaande medische behandeltraject en professioneel medisch advies. Het ging daarmee niet om een persoonlijke voorkeur, maar om een zorgvuldig en consistent behandeltraject voor verzekerde.
- 3.3. Verzoeker stond open voor alternatieve behandelopties buiten Nederland, mits deze gelijkwaardig en tijdig beschikbaar zouden zijn. De operatie in de Verenigde Staten werd voorwaardelijk ingepland om zeker te stellen dat verzekerde tijdens de zomervakantie kon worden geholpen en geen school zou missen. Ten tijde van de aanvraag voor vergoeding was annulering van de ingreep nog mogelijk. Verzoeker is echter door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over de mogelijkheden van bemiddeling naar zorg buiten Nederland, noch over eventuele alternatieve behandelopties binnen Europa. Tot op heden is bovendien niet duidelijk geworden of dergelijke alternatieven bestaan. Voorts is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar concreet onderzoek heeft gedaan naar mogelijke alternatieven.
- 3.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de op hem rustende zorgplicht door hem is geschonden, hij ook geen volledig onderzoek heeft verricht naar mogelijke alternatieven, en hij verzoeker niet heeft gewezen op de mogelijkheid van bemiddeling naar zorg buiten Nederland, is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar zich bij de vergoeding niet zonder meer mag beperken tot het marktconforme tarief.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in 2015 en 2016 aan beide zijden als afzonderlijke expertiseoperaties in de Verenigde Staten een gehoorschelp is gemaakt. Hierbij is gebruik gemaakt van een Medpor implantaat. Dit implantaat is in de loop der tijd gaan breken. Op een gegeven moment is dit door het oor geschoten en zat er een punt in het oor. Daar werd verzekerde op school erg mee gepest. Er is contact gezocht met een arts die in Nederland die de enige is die een dergelijke operatie kan uitvoeren. Er zijn diverse meetings per jaar over dit onderwerp en alleen deze arts kan deze operatie uitvoeren, samen met de arts in de Verenigde Staten. Na een jaar wachten op behandeling van de breuk in Nederland bleek dat er nog drie jaar wachttijd bestond, zodat feitelijk sprake was van vier jaar wachttijd. Omdat de situatie zo was dat het oor aan het vervormen was en verzekerde daar last van kreeg, was het noodzakelijk sneller te handelen. Hij werd gebeld voor een afspraak bij de afdeling anesthesie van het ziekenhuis van de Nederlandse arts, maar die afspraak werd vervolgens afgezegd. Er werd geen nieuwe afspraak ingepland, waarop hij na enige tijd is gaan bellen, en toen werd gezegd dat er nog drie jaar wachttijd zou zijn. Verzekerde kreeg ook psychische problemen door de situatie op school. Hij wilde daarom ook niet drie jaar wachten. Dit was het moment dat verzoeker telefonisch contact heeft gezocht met de arts in de Verenigde Staten. Er is een telefonisch consult geweest met deze arts en hij dacht te kunnen zien dat het implantaat gebroken was. Verzekerde had op school een

achterstand opgelopen omdat hij de eerste drie jaren niets had kunnen horen. Daarom wilde verzoeker ervoor zorgen dat hij niet nog meer school zou missen en de operatie in de vakantieperiode laten plaatsvinden. Tegelijkertijd nam hij contact op met de ziektekostenverzekeraar om deze situatie voor te leggen. Toen heeft hij als alternatief de Verenigde Staten genoemd. Naast de arts in Nederland heeft hij alleen de arts in de Verenigde Staten als naam van een mogelijke arts gehoord tijdens de meetings waar hij is geweest. Vervolgens is hij met de ziektekostenverzekeraar in gesprek gegaan over een eventuele vergoeding. Toen kwam de discussie over een expertiseprocedure: volgens de ziektekostenverzekeraar was daarvan geen sprake. Er is alleen nooit ter sprake gekomen wat het alternatief dan is. Hij weet dat er bij de afdeling Zorgbemiddeling is gekeken of de operatie inderdaad nergens in Nederland wordt aangeboden, en daar kwam uit dat het alleen de arts in Nederland was. Hij heeft nooit gehoord dat er binnen Europa een andere optie was. Hij wist ook niet van deze bemiddeling af, en ging ervan uit dat een alternatief voor een operatie door de arts in de Verenigde Staten dan wel gecommuniceerd zou zijn. De Verenigde Staten hadden ook niet zijn voorkeur, deze lag bij de Nederlandse arts, want dan hoefde hij niet met verzekerde naar de Verenigde Staten te reizen. Hij vraagt zich nog steeds af wat het alternatief zou zijn geweest en wat hiervan de kosten zouden zijn geweest. Na onderzoek door de arts in de Verenigde Staten bleek het implantaat overigens niet te zijn gebroken, maar verbrijzeld. Verzekerde kon ook niet meer goed slapen omdat hij pijn had en alleen op zijn achterhoofd kon liggen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan reeds aan hem is verleend. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 17 april 2026 aangevoerd dat verzekerde zorg heeft gehad van een niet-gecontracteerde zorgverlener in de Verenigde Staten. Tussen Nederland en de Verenigde Staten is geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering gesloten. De polisvoorwaarden zijn in dit geval dan ook bepalend voor de hoogte van de vergoeding. Uitgangspunt van artikel A.15.2 van de polisvoorwaarden is dat zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-lidstaat is, wordt vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag of het (maximum)tarief op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg). Voor niet-gecontracteerde zorgverleners geldt bovendien op grond artikel A.4.3.1 een vergoeding tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. In ditzelfde artikel is ook bepaald dat als een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd kan leveren, de maximale vergoeding wederom het in Nederland geldende marktconforme bedrag of het (maximum)tarief op basis van de Wmg is. De ziektekostenverzekeraar heeft in het onderhavige geval, conform de polisvoorwaarden, het in Nederland geldende marktconforme tarief vergoed, omdat de gecontracteerde zorgverleners de gevraagde zorg niet op tijd konden leveren.
- 4.2. Uit de hinderpaal-jurisprudentie volgt dat zorgverzekeraars bij niet-gecontracteerde zorg een vergoeding moeten betalen die hoog genoeg is om patiënten niet te belemmeren in hun vrije artskeuze. De vergoeding mag wel lager zijn dan bij gecontracteerde zorg, maar de drempel mag niet feitelijk verhinderen dat de zorg wordt afgenomen. Uitgangstarief bij de financiële hinderpaal is dus het (gemiddeld) gecontracteerde tarief, en niet het bedrag dat daadwerkelijk in rekening is gebracht. De ruimte voor een hogere vergoeding in het geval van een financiële hinderpaal reikt dan ook niet verder dan tot dit (gemiddeld) gecontracteerde tarief.
- 4.3. In het geval van een naturaverzekering houdt de zorgplicht voor een zorgverzekeraar in dat de verzekerden kwalitatief toereikende zorg tijdig verleend of geleverd krijgen. Om dat te bereiken kan de zorgverzekeraar zorgaanbieders in dienst nemen, en/of zorgaanbieders contracteren. De zorgverzekeraar heeft 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 om via deze aanbieders de zorg te laten leveren. De verzekerde kan daar een beroep op doen.

- 4.4. In artikel 11 van de Zorgverzekeringswet wordt het te verzekeren pakket omschreven. Een verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling ('activiteiten gericht op het verkrijgen van zorg of diensten'). Oftewel, alleen als een verzekerde daar uitdrukkelijk om vraagt, kan de zorgbemiddeling deel uitmaken van de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Zorgbemiddeling is daarmee geen automatische verplichting, maar een dienstverlening, die ook alleen effectief kan worden ingezet als daar ruimte voor is in het besluitvormingsproces.
- 4.5. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van de zorgplicht onderzoek gedaan naar de behandelmogelijkheden in Nederland. Verzoeker heeft echter zelf geen beroep op zorgbemiddeling gedaan. De ziektekostenverzekeraar was daarom niet verplicht om te bemiddelen naar zorg. Bovendien volgt uit de e-mailcorrespondentie met de ziektekostenverzekeraar expliciet dat de operatie in de Verenigde Staten al was gepland en dat deze volgens verzoeker niet meer kon worden teruggedraaid. Onder deze omstandigheden ontbrak feitelijk de mogelijkheid om zorgbemiddeling nog effectief in te zetten of alternatieven te realiseren. Dat verzoeker achteraf stelt dat annulering toch mogelijk was, doet aan deze beoordeling niet af. De ziektekostenverzekeraar moest uitgaan van de informatie zoals die hem destijds is verstrekt. Het kan niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar achteraf wordt verweten geen onderzoek naar alternatieven te hebben gedaan, terwijl hij juist is geconfronteerd met een reeds vaststaand behandeltraject. Het is achteraf onmogelijk om te reconstrueren welke alternatieven er voorhanden zouden zijn geweest als verzoeker expliciet zou hebben verzocht om zorgbemiddeling. De mogelijkheden binnen Nederland zijn onderzocht en daarbij is vastgesteld dat die er niet waren. Alternatieven buiten Nederland zijn echter niet onderzocht, omdat dat ook niet in lijn was met de uitdrukkelijke wens van verzoeker. Verzoeker vroeg om vergoeding van de reeds geplande behandeling in de Verenigde Staten en daar was haast mee gemoeid.
- 4.6. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering (artikel D.4.3) is een expertisebehandeling een medische behandeling in het buitenland:
 1. die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;
 2. waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
 3. die in Nederland niet geleverd wordt.
 Het is niet zo dat de behandeling, die verzekerde in de Verenigde Staten heeft gehad, niet in Nederland kan worden geleverd. Uit de verklaring van de Nederlandse arts volgt dat de benodigde expertise wel in Nederland beschikbaar is, maar dat vanwege de wachttijd naar de Verenigde Staten is uitgeweken. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet meer te achterhalen op grond van welke omstandigheden de eerste ingreep – in 2015 – destijds wel als expertisebehandeling is aangemerkt. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij terecht de kosten van de behandeling in de Verenigde Staten heeft vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij alle begrip heeft voor de situatie waarin verzoeker verkeert. Er bestaat geen twijfel over dat de zorg nodig was. Gelet op het feit dat verzekerde werd gepest op school en dat hij geen school moest missen, is ook begrijpelijk dat er snel gehandeld moest worden. De ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd om het gezin zoveel mogelijk te helpen en daar de maximale vergoeding tegenover te stellen. Deze vergoeding is dan het marktconforme tarief, met uitzondering van expertiseczorg. Gebleken is dat er geen sprake was van expertiseczorg, omdat de zorg ook in Nederland kon plaatsvinden. Zorgbemiddeling maakt desgevraagd deel uit van het verzekerde pakket. In dit geval is niet expliciet gevraagd om zorgbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft wel meegedeeld dat er kon worden gekeken of er in Nederland tijdig geholpen kon worden. Dat bleek niet mogelijk, daarom is gehandeld op het verzoek om in de Verenigde Staten geholpen te worden. Het is lastig.

De ziektekostenverzekeraar moet wijzen op zorgbemiddeling, en doet dat ook door middel van communicatie en op de website. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waar het gezin precies naartoe wil. Wat is de consequentie van het niet wijzen op zorgbemiddeling? Er was geen andere mogelijkheid binnen Europa. Hij ziet niet goed de link tussen de zorgbemiddeling en de kosten die zijn gemaakt, en dat hier een volledige vergoeding tegenover zou moeten staan. Er was wel een alternatief in Nederland, maar deze behandeling kon niet tijdig worden uitgevoerd. De alternatieven in Europa zijn niet onderzocht. Volgens de aanvullende voorwaarden wordt een expertisebehandeling alleen aangenomen als de zorg in Nederland niet geleverd wordt. De tijdsfactor is geen onderdeel van de beoordeling. Het gaat daarbij puur om de vraag of de zorg geleverd wordt of niet. Als er anders naar wordt gekeken, ligt volgens de ziektekostenverzekeraar een vorm van willekeur op de loer en wordt het lastig de voorwaarden goed uit te leggen. Er zou dan van geval tot geval tot verschillende uitkomsten kunnen worden gekomen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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, de zorgplicht, en de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg 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 (NZA), het relevante artikel uit het Burgerlijk Wetboek (BW), en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Tussen de Verenigde Staten en Nederland is geen verdrag afgesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 6.3. Niet in geschil is dat het hier gaat om een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en dat verzekerde hierop redelijkerwijs was aangewezen. Wat partijen verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de vergoeding. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2025) en de aanspraak op zorg in het buitenland in artikel A.15. Voor de tarieven wordt verwezen naar artikel A.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel A.4.3.1 is bepaald dat bij zorg die in natura wordt geleverd door een gekozen niet-gecontracteerde zorgverlener, 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Verder is bepaald dat als de ziektekostenverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht en/of een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd kan leveren, de zorg wordt vergoed tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wmg. Als geen (maximum) tarief op basis van de Wmg is vastgesteld, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. De ziektekostenverzekeraar heeft in het onderhavige geval het in Nederland geldende marktconforme tarief vergoed, omdat de gecontracteerde zorgverlener de gevraagde zorg niet op tijd kon leveren.

- 6.4. De uiteindelijk toegezegde vergoeding is niet kostendekkend. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de door verzekerde benodigde zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Hierbij heeft hij verwezen naar de uit artikel 11 Zvw voor de ziektekostenverzekeraar voortvloeiende zorgplicht. Vanwege schending van deze zorgplicht zou de ziektekostenverzekeraar zijn gehouden de gemaakte kosten volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat (i) hem door verzoeker niet is gevraagd om zorgbemiddeling, en (ii) bij schending van de zorgplicht de vergoeding nooit hoger kan zijn dan het marktconforme tarief.
- 6.5. Ten aanzien van het eerste punt merkt de commissie op dat de door verzekerde benodigde zorg volgens de ziektekostenverzekeraar kon worden geleverd door één arts in Nederland, maar dat hier op dat moment een wachttijd van toepassing was van ten minste drie jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband erkend dat een wachttijd van drie jaar te lang is, en dat in Nederland geen alternatief beschikbaar was. Dat dit buiten Nederland anders zou zijn, bij een al dan niet gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de ziektekostenverzekeraar niet gesteld en onderbouwd. Zijn stelling dat dit door hem niet is onderzocht, omdat verzoeker op voorhand niet expliciet heeft verzocht om zorgbemiddeling en de keuze voor behandeling in de Verenigde Staten al was gemaakt, miskent de op hem rustende zorgplicht. Verzoeker heeft toegelicht dat, gegeven de wachttijd, de Nederlandse arts specifiek de arts in de Verenigde Staten heeft genoemd en geadviseerd. Dat komt niet met zoveel woorden in diens verklaring terug, maar de Nederlandse arts heeft wel geëxpliciteerd dat vanwege de lange wachttijd verwijzing naar het buitenland een optie kon zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangetoond dat hier onderzoek naar is gedaan. Weliswaar heeft hij opgemerkt dat er destijds mogelijk alternatieven bestonden voor een operatie in de Verenigde Staten, maar daarvan heeft hij geen bewijs aangeboden en geleverd. Tegen die achtergrond kan de commissie niet concluderen dat behandeling elders daadwerkelijk mogelijk was.
- 6.6. Ten aanzien van het tweede punt geldt dat op de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting rust bij prestaties in natura, zoals hier aan de orde. De commissie verwijst in dit verband naar de toelichting op artikel 6.1 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de NZa. Deze beleidsregel heeft weliswaar geen directe werking, maar wordt door de commissie gehanteerd als kader om de reikwijdte van de zorgplicht op grond van artikel 11 Zvw te bepalen.
- Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar niet voorzien in de verzekerde zorg waarop verzekerde redelijkerwijs was aangewezen, en werd deze verplichting dus niet nagekomen. Daarmee is sprake van schending van de zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zvw.
- 6.7. Waar het vervolgens gaat om de hoogte van de vergoeding, overweegt de commissie als volgt. Het uitgangspunt van een naturapolis is dat aanspraak bestaat op de verzekerde zorg in natura en alleen een eventuele eigen bijdrage of nog openstaand eigen risico voor rekening van betrokkene komt. Hiervoor is vastgesteld dat verzekerde geen aantoonbare andere mogelijkheid had dan uit te wijken naar de Verenigde Staten, met de hieraan verbonden aanzienlijk hogere kosten. In deze procedure is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar heeft geanticipeerd op de lange wachttijd bij de Nederlandse arts of naar aanleiding daarvan maatregelen heeft genomen om te zorgen dat de specifieke zorg, zoals die waarop verzekerde onbetwist redelijkerwijs was aangewezen, kon worden geleverd. Daarmee schond hij de op hem rustende zorgplicht. Gelet op de hiervoor weergegeven omstandigheden, is de beperking van de vergoeding tot het marktconforme tarief naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar in de zin van artikel 6:248, tweede lid, BW. Daarom oordeelt de commissie dat de nota's van de zorgaanbieder in de Verenigde Staten, voor zover deze zijn overgelegd en overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, volledig door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat in het geval van verzekerde sprake is van een expertisehandeling als bedoeld in artikel D.4.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit artikel bepaalt dat een expertisehandeling een medische behandeling in het buitenland is die voldoet aan de voorwaarden als genoemd in de artikelen A.1.2, A.2.1 en A.2.4. en in Nederland niet wordt geleverd. Het artikel bepaalt voorts dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar beslist of sprake is van een expertisehandeling. Voorwaarden voor vergoeding zijn verder dat de ziektekostenverzekeraar vooraf schriftelijk toestemming moet hebben gegeven, de verzekerde voor de behandeling is doorverwezen door een medisch specialist, de verzekerde een specificatie geeft van de gemaakte kosten en de medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) door de ziektekostenverzekeraar wordt vastgesteld. Indien is voldaan aan de voorwaarden, worden de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis vergoed, vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug, overnachtings- en/of vervoerskosten van één gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is, en overnachtings- en/of vervoerskosten van één gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar twee gezinsleden.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat de zorg die aan verzekerde is verleend niet is aan te merken als expertisehandeling omdat de zorg in Nederland beschikbaar is, zij het met inachtneming van een wachttijd. De commissie kan deze redenering niet volgen. Zoals hiervoor is overwogen, is er in Nederland maar één arts die deze ingreep uitvoert, en heeft deze een wachttijd van ten minste drie jaar, wat door zowel partijen als deze Nederlandse arts te lang is bevonden. Het moet er daarom voor worden gehouden dat de zorg in Nederland feitelijk niet aan verzoeker kon worden geleverd. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 20 juni 2025 heeft benadrukt dat de Nederlandse arts gericht heeft verwezen naar de arts die de behandeling in de Verenigde Staten heeft uitgevoerd. Daarom is ook aan deze voorwaarde van artikel D.4.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering voldaan. Nu aan alle voorwaarden is voldaan heeft verzoeker aanspraak op de vergoeding die artikel D.4.3. biedt bij een expertisehandeling, voor zover deze kosten door hem zijn gemaakt en hij deze kan onderbouwen met bewijsstukken.
- 6.10. In het licht van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar bij brief van 10 juni 2025, merkt de commissie ten overvloede het volgende op. De beoordeling zou niet anders zijn uitgevallen als tussen partijen in geschil zou zijn of sprake was van een gerichte verwijzing. In dat geval zou immers sprake zijn van de situatie dat de medisch specialist in Nederland in ieder geval heeft geëxpliciteerd dat verwijzing naar een buitenlandse kliniek medisch was geïndiceerd, terwijl de ziektekostenverzekeraar niet heeft aangetoond dat en op welke manier hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan wat betreft het aanbieden van de benodigde zorg. Bovendien heeft hij niet kunnen uitleggen waarom vergelijkbare ingrepen die verzekerde in 2015 en 2016 heeft ondergaan wel als expertisehandelingen werden aangemerkt, en voor de onderhavige ingreep iets anders zou moeten gelden.
- 6.11. Aangezien het verzoek wordt toegewezen is de ziektekostenverzekeraar gehouden het door verzoeker voor de onderhavige procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- te vergoeden.

Slotsom

- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker volledige vergoeding te verlenen voor de in de Verenigde Staten gemaakte kosten van de bij verzekerde uitgevoerde ingreep;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de in artikel D.4.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering genoemde kosten in het kader van een expertisebehandeling te vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 12 augustus 2026,

B.L.A. van Drunen

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 er 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

3.6.3 Aanvullende betaling

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

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

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

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

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

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

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

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

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

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2025, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2025 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2025. Houd u hier rekening mee.

Let op!

Heeft u een combinatiepolis? Dan hebben omzetplafonds met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#), geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op!

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

4.3.1 Naturapolis (Basis Budget of Basis Zeker); algemene bepalingen

Heeft u een naturapolis (Basis Budget of Basis Zeker) en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met de kwaliteitsopslagen.

Op onze website vindt u een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief per zorgsoort. U kunt de tarieven ook bij ons opvragen.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

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

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

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

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

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

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [4.3.1](#) en [4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- spoedeisende zorg;
- verloskunde;
- behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis bent verwezen (tertiaire verwijzing).
Let op! Bij een verwijzing naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkend medisch specialist wordt de zorg vergoed op basis van de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf en/of een deel van de rekening moet betalen;
- zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

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

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

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief of 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen. Op onze website vindt u ook een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

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

Let op!

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

4.3.4 Combinatiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#)? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt een indicatie van dit tarief bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen.

GGZ en wijkverpleging

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#) of [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#)? Dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 85% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met kwaliteitsopslagen.

Op onze website vindt u ook een lijst de tarieven op basis van 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief voor GGZ en wijkverpleging.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

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

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

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

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

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

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet nakomt

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

5.2 Algemene verplichtingen

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

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

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

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

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

- a. met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b. op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c. als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d. bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel [A.20](#) van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- e. bij overlijden;
- f. als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over;
- g. als wij, vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- d. vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist ([skgz.nl](#)). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, -hoog, -palliatief, gesloten herstel of Korsakov gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget**Let op!**

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 91,- per nacht.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

4.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen [A.1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk](#), [A.2.1 Recht op zorg](#) en [A.2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel](#) en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

Aanvullend	Dekking
Aanvullend 4 sterren	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

D.5 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem en/of littekentherapie vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel [B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)).

Bent u 18 jaar of ouder? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel [B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysio- en oefentherapie
 - bekkenfysio- en oefentherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrie fysio- en oefentherapie
 - psychosomatische fysio- en oefentherapie
 Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op!

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 50% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten hiervoor alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Parkinsonnet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet aangesloten is bij Parkinsonnet? Dan vergoeden wij maximaal 50% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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 2.4

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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.

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

AlgemeenPagina
7 van 19

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

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

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

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

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

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

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

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

Zorgplicht

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

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

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

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

Afwegingskader invullen open normen

De zorgplicht is een open norm. 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:

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

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

Kenmerk

Pagina
9 van 19

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

Toezicht

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

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

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

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

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

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

⁶ Zie hiervoor zorginzicht.nl.

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

Kenmerk

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

Pagina
10 van 19

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

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

Artikelsgewijs

1. Begripsbepalingen

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

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

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

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

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

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

5. Algemene verplichtingen

Kenmerk

Pagina

11 van 19

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

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

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

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

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina
12 van 19

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

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

6. Verplichtingen bij naturapolis

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

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina
13 van 19

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

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

7. Verplichtingen bij 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.¹²

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

⁹ Stb. 2012, 396.

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

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

¹² Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

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

Kenmerk

Pagina

14 van 19

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

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

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

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

¹³ Stb. 2005, 389.

¹⁴ MvT Zvw, p. 33.

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

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

Kenmerk

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

Pagina
15 van 19

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶ MvT Zvw, p. 34.

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

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

Kenmerk

Pagina

16 van 19

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

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

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

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

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

¹⁸ Vindplaats: ECLI:NL:HR:2014:1646.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina
18 van 19

8.7 Zie de toelichting op artikelen 6.1 en 7.4.

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

9. Tijdigheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

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

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

10. Bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina
19 van 19

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.