

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202202016

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding toe te kennen voor de zorg die aan hem door zijn echtgenote is verleend na een ongeval in Italië. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij naast de door hem toegekende coulancevergoedingen van € 424,90 respectievelijk € 200,- niet gehouden is tot vergoeding van kosten die de echtgenote van verzoeker heeft moeten maken om zorgverlof te kunnen opnemen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij de op hem rustende zorgplicht niet heeft geschonden, althans dat sprake is van overmacht en dat hij niet is gehouden tot het verlenen van een verdere vergoeding.
- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs heeft gedaan wat van hem mocht worden verwacht in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de zorgovereenkomst, althans dat hij zich, gelet op zijn maximale inspanningen in dit geval, kon beroepen op overmacht als bedoeld in artikel 6.2 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De commissie is voorts niet bevoegd zich uit te spreken over een verzoek om schadevergoeding. Een en ander is geregeld in artikel 21 van het toepasselijke reglement. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 30 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 november 2023 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Just Basic (Zorgverzekering Natura Just) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Just Live (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 27 mei 2022 in Italië een fietsongeval gekregen, waarbij hij meerdere breuken heeft opgelopen. Hij is na twee weken behandeling op de IC naar huis vervoerd en heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd thuiszorg voor hem te regelen. Dit is uiteindelijk niet gebeurd, waarop zijn echtgenote zorgverlof heeft opgenomen en de noodzakelijke zorg aan hem heeft verleend. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een vergoeding voor de door zijn echtgenote verleende zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze kosten afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld een eenmalige tegemoetkoming van € 424,90 te verlenen.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:  
(i) de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden, en  
(ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is een vergoeding toe te kennen voor de uren zorg die zijn echtgenote na het ongeval aan hem heeft verleend.
- 4.2. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 1 oktober 2022 aan de ziektekostenverzekeraar zijn klacht als volgt toegelicht. Hij is van mening dat hij door de ziektekostenverzekeraar in de kou is gezet na zijn fietsongeval in Italië op 27 mei 2022. In eerste instantie betrof het de handelwijze met betrekking tot de repatriëring, waarbij met name de communicatie zeer moeizaam verliep en er geen spoorje empathie te bespeuren was, laat staan een gedegen medewerking. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker letterlijk en figuurlijk in zijn hemd laten liggen, zonder in te gaan op vragen van zijn kant, en star vastgehouden aan procedures en protocollen. Dit heeft geleid tot hoge kosten voor de ziektekostenverzekeraar en frustratie bij het gezin. Uiteindelijk is verzoeker na twee weken intensieve behandeling op de IC afdeling van een ziekenhuis in Modena naar huis vervoerd, terwijl hij eigenlijk in een ziekenhuis terecht had moeten komen. Er was echter nergens ruimte voor verzoeker. Hij zou daarom thuiszorg krijgen, maar deze was niet beschikbaar. Alle kanalen zijn door de ziektekostenverzekeraar, de echtgenote van verzoeker en de huisarts nagegaan. Omdat hieruit geen mogelijkheden kwamen voor thuiszorg, voelde de echtgenote van verzoeker zich genoodzaakt zorgverlof op te nemen en verzoeker zelf te verzorgen. De ziektekostenverzekeraar geeft hiervoor geen financiële compensatie. De reden die hiervoor wordt gegeven, is dat verzoeker ook niet-gecontracteerde zorg had kunnen inzetten. Dit zou hij dan echter zelf hebben moeten betalen, waarbij het maar afwachten was wanneer en op welke wijze de kosten zouden worden terugbetaald. De ziektekostenverzekeraar had dit voor verzoeker als onderaannemer kunnen regelen, maar dit is niet gebeurd. Daarbij is de financiële situatie van verzoeker hiervoor ook niet geschikt.  
Bij brief van 13 augustus 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoeker als oplossing voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleent voor de uren die door zijn echtgenote zijn gemaakt voor de aan hem te verlenen zorg.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd hij na het fietsongeval is opgenomen op een IC-afdeling van een ziekenhuis. De communicatie met het thuisfront was moeilijk door onder andere een kapotte telefoon en de coronamaatregelen. Hij kreeg het bericht dat hij 'fit to fly' zou zijn. Zijn echtgenote belde hierop met de SOS Alarmcentrale, en toen is gezegd dat verzoeker naar huis zou worden vervoerd. Zijn echtgenote heeft gevraagd of hij niet naar een ziekenhuis zou moeten. Volgens het protocol moest hij echter naar huis, zo werd gezegd. Het duurde enige tijd voordat dit kon worden gerealiseerd, want er zat ook nog een Pinksterweekend tussen. Daarna is verzoeker naar huis gebracht. Er zou thuiszorg worden geregeld, en die was niet beschikbaar. De huisarts zou iets moeten doen, maar uiteindelijk is er niets gebeurd en is hij aan zijn lot overgelaten. De benaderde thuiszorgorganisaties waren ofwel niet werkzaam in de regio, dan wel hadden geen plek, dan wel wilden geen verantwoordelijkheid nemen toen zij hoorden wat verzoeker mankeerde. Zijn echtgenote heeft nog een zorghotel voorgesteld, maar dat was allemaal lastig. Uiteindelijk zou dit ook niet mogelijk zijn geweest omdat verzoeker een MRSA besmetting had, en er geen quarantainekamer beschikbaar was. Toen verzoeker thuis kwam, leek het alsof hij twee weken niet was gewassen. Zijn echtgenote heeft vrij genomen met opname van vakantiedagen en zorgverlof. Zij heeft zes weken lang volledige zorg aan verzoeker verleend, en daarna heeft zij dit nog gedaan naast haar werk. Er werd door iedereen steeds verwezen naar de huisarts. Vanuit Italië heeft verzoeker al een fysiotherapeut benaderd, die hem heeft gezien toen hij thuiskwam. De huisarts heeft ook direct na thuiskomst een huisbezoek afgelegd en kon de Italiaanse stukken niet lezen. Uiteindelijk heeft verzoeker na een week deze informatie kunnen inzien, na heel veel aandringen bij de huisarts. Hij heeft zelf veel geregeld met de fysiotherapeut zodat hij snel oefeningen kon gaan doen.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 7 maart 2023 aangevoerd dat het, gezien de steeds vaker voorkomende schaarste in de zorg, helaas niet altijd meer mogelijk is om (gecontracteerde) zorg te garanderen. De ziektekostenverzekeraar haakt hierbij aan bij hetgeen ter zake landelijk is bepaald. Zo heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hiervoor kaders gesteld, onder andere in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025. Het aanbieden van een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is daarbij nadrukkelijk een optie.

5.2. De ziektekostenverzekeraar ziet in het dossier dat door het Zorgteam meerdere acties zijn uitgezet. Men heeft alle gecontracteerde aanbieders van thuiszorg in de omgeving van de woonplaats van verzoeker nagelopen, en ook de mogelijkheid van onderaannemerschap bekeken. Daarnaast heeft men contact opgenomen met de huisarts over een mogelijk Eerstelijns Verblijf (ELV), maar dit bleek geen optie, omdat op basis van de Italiaanse papieren geen diagnose kon worden gesteld. Een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) (als alternatief voor professionele wijkverpleging) was evenmin een optie, omdat dit als zorgvorm alleen mogelijk is bij een zorgbehoefte gedurende twaalf maanden of langer. Verblijf in een zorghotel zit helaas niet in de dekking van de zorgverzekering en was als optie te kostbaar voor verzoeker. Daarnaast is op 8 juni 2022 aan de echtgenote van verzoeker de mogelijkheid van een vergoeding voor niet-gecontracteerde thuiszorg geboden. De inzet van niet-gecontracteerde zorg specifiek in onderaannemerschap kan namelijk maar zelden tijdig worden gerealiseerd. Ondanks dat werd verklaard dat het Zorgteam de optie van vergoeding van niet-gecontracteerde thuiszorg voor haar zwart op wit kon zetten, gaf de echtgenote van verzoeker aan hiervan geen gebruik te willen maken. Voor deze keuze heeft de ziektekostenverzekeraar natuurlijk begrip, maar op basis van de geboden ondersteuning en het aanbieden van volledige vergoeding (dat wil zeggen zonder een korting hierop toe te passen) van de niet-gecontracteerde zorg, is hiermee

in juridisch opzicht aan de zorgplicht voldaan. Verzoeker had evenwel een sterke voorkeur voor gecontracteerde zorg en wilde liever geen kosten voorschieten. Naast dat voorschieten in de praktijk veelal goed en tijdig kan worden geregeld door een nota meteen in te dienen, is deze voorkeur, hoe invoelbaar ook, niet iets dat de ziektekostenverzekeraar kan meenemen bij de overweging of door hem is voldaan aan de zorgplicht.

- 5.3. Verzoeker heeft een coulancevergoeding ontvangen voor de kosten die zijn echtgenote moest maken om verlof op te nemen. Verzoeker vraagt nu om een aanvullende vergoeding voor de zorguren die zijn echtgenote heeft gemaakt. Ondanks dat de ziektekostenverzekeraar het heel vervelend vindt dat deze zorgvraag van verzoeker niet kon worden ingevuld met gecontracteerde zorg, het helder is dat de ziektekostenverzekeraar meer kosten had moeten vergoeden als er professionele zorg was ingezet (gecontracteerd of niet-gecontracteerd), én de ziektekostenverzekeraar zich kan voorstellen dat een aanvullende vergoeding als een stukje genoegdoening zou voelen na alle spanning rondom de repatriëring, ziet hij geen grond voor een aanvullende vergoeding samenhangend met de zorgplicht.
- 5.4. In het nader commentaar van 30 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verder uiteengezet welke handelingen zijn verricht om voor verzoeker thuiszorg te regelen. Onder andere is contact gezocht met zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders hadden geen mogelijkheid aan verzoeker zorg te leveren. Dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek voor een zorghotel niet heeft gehonoreerd is te begrijpen. Er was namelijk een passend en verzekerd alternatief als dat nodig was. Als het niet verantwoord is om thuis te blijven zonder thuiszorg, kan de huisarts een opname in een ELV indiceren. Daar heeft de ziektekostenverzekeraar de huisarts ook specifiek naar gevraagd, maar deze vond de situatie zonder thuiszorg verantwoord en stelde geen ELV indicatie. Gelet op de gang van zaken is de ziektekostenverzekeraar nog steeds van oordeel dat zijn inspanningen voldoende zijn geweest, zodat de op hem rustende zorgplicht is nagekomen. Dat het niet is gelukt thuiszorg te leveren is een vorm van overmacht. Naast de coulancevergoeding van € 494,90 als tegemoetkoming voor het verlof dat de echtgenote van verzoekster de eerste dagen moest opnemen, is uit coulance nog een algemeenetegemoetkoming van € 200,- aangeboden. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding tot een verdergaande vergoeding. Dat de ziektekostenverzekeraar waarschijnlijk veel meer had moeten vergoeden als aan verzoeker thuiszorg was verleend, maakt dit, als gezegd, niet anders.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de situatie heel vervelend vindt. De echtgenote van verzoeker heeft op 8 juni 2022 telefonisch contact opgenomen met de vraag thuiszorg te regelen. Op 9 juni 2022 kwam verzoeker thuis, en op die dag is er volop gebeld. Men kreeg het toen niet rond. De SOS Alarmcentrale heeft verklaard dat een heropname niet nodig was, wat de reden was dat verzoeker naar huis is gebracht. Toen kon alleen worden gekeken bij de huisarts of het een optie was dat verzoeker ELV kreeg. Dit kan als het niet verantwoord is om zonder thuiszorg thuis te blijven. Daarvoor hoeft er geen heldere medische indicatie te zijn. Dit kan juist ook in afwachting van een indicatie. De ziektekostenverzekeraar weet niet waarom de huisarts geen verwijzing naar ELV heeft gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat het in sommige hoeken van Nederland moeilijk is om zorg te krijgen. Er is sprake van schaarste in de wijkzorg in bepaalde regio's. Omdat er krapte is in de markt, is het soms niet te regelen dat iemand zorg krijgt. De woonplaats van verzoeker staat overigens niet bekend als een plek waarbij de vraag ver boven het aanbod ligt. Er zijn dan ook geen speciale initiatieven in deze woonplaats. Er zijn wel aanbieders die daar komen, maar dat zijn er maar een paar. En die hadden geen plek. Onderaannemerschap kan als er een langdurige vraag is naar thuiszorg. Het duurt in die gevallen lang voordat het contract rond is. Als het al kan worden geregeld, gaan er een paar weken overheen. Daarom was dit bij verzoeker geen optie. Ook niet-gecontracteerde zorg was een mogelijkheid, als verzoeker zelf iemand had kunnen regelen. En ook vanuit de ziektekostenverzekeraar is met niet-gecontracteerde organisaties gesproken. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat naast de eerdere vergoeding nog een aanvullend bedrag van € 200,- is aangeboden. Dit is nog niet aanvaard en uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar zal dit bedrag ongeacht de uitkomst van deze procedure

aan verzoeker toekennen. Verder zal de ziektekostenverzekeraar als aandachtspunt voor de toekomst meenemen dat het belangrijk is ook nazorg te leveren, bijvoorbeeld door te informeren hoe het een paar weken later met iemand gaat.

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

## 6. Bevoegdheid van de commissie

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

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de NZa opgenomen en worden hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft financiële compensatie gevraagd voor de door zijn echtgenote verleende uren zorg. Zoals eerder aan verzoeker is meegedeeld in de brief van 17 augustus 2023, kan de commissie geen schadevergoeding toekennen. Een en ander is geregeld in artikel 21 van het toepasselijke reglement. De commissie laat dit onderdeel van het verzoek daarom rusten en zal uitsluitend ingaan op de vraag of de ziektekostenverzekeraar tegenover verzoeker de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. Artikel 2.10 Bzv bepaalt dat verpleging en verzorging de zorg omvat zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop, niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en geen kraamzorg betreft als bedoeld in artikel 2.11. Het is aan de zorgverzekeraar om in de verzekeringsvoorwaarden uit te werken waar en door wie de zorg mag worden geleverd. Artikel B.28 bepaalt dat de zorg plaatsvindt in de thuissituatie en wordt verleend door een wijkverpleegkundige. Voor zorg verleend door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie is geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Voor niet-gecontracteerde wijkverpleging is deze toestemming wel een vereiste. Tussen partijen staat vast dat verzoeker redelijkerwijs op de zorg was aangewezen.
- 7.4. De door verzoeker afgesloten zorgverzekering is een naturapolis. Uit artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw volgt dat op de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht rust, die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties, bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar het aan zijn verzekerden overgelaten de verpleging en verzorging zelf te regelen, in beginsel via een gecontracteerde zorgaanbieder. In de situatie van verzoeker bleek geen gecontracteerde thuiszorgorganisatie in de gelegenheid te zijn de zorg thuis aan verzoeker te leveren.
- 7.5. De commissie overweegt dat het uitgangspunt is dat een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden met een natura- of combinatiepolis voldoende verzekerde zorg in natura moet inkopen. Deze verzekerden kiezen immers (ook) voor een dergelijk verzekeringsproduct omdat zij niet willen worden geconfronteerd met de administratieve rompslomp rond het zelf inkopen

van de verzekerde zorg en eventuele onduidelijkheid rond de omvang van de aanspraken. Dit neemt niet weg dat ook een zorgverzekeraar ermee te maken kan krijgen dat de zorg niet of in onvoldoende mate beschikbaar is. Onder omstandigheden kan de zorgverzekeraar een beroep doen op overmacht. Er is dan geen sprake van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verbintenissen op grond van de verzekeringsovereenkomst, in dit geval met name ten aanzien van de bestaande zorgplicht.

Uit artikel 6.2 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de NZa volgt dat de zorgverzekeraar zich kan beroepen op overmacht als hij, ondanks zijn maximale inspanningen, de zorgplicht niet kan nakomen. Het is hierbij aan de zorgverzekeraar om de aanwezigheid van overmacht te bewijzen, doordat hij aantoont zich maximaal te hebben ingespannen om de benodigde zorg te leveren. In dit verband geldt dat is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft gehad met diverse gecontracteerde en niet-gecontracteerde thuiszorgorganisaties, die geen van alle de benodigde zorg - al dan niet in onderaannemerschap - aan verzoeker konden verlenen.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden dat verzoeker zelf de zorg kon regelen via een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zou de korting, die in het kader van een naturapolis bij niet-gecontracteerde zorg wordt berekend, niet worden toegepast. Langs deze weg is thuiszorg evenmin tot stand gekomen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de huisarts in verband met een mogelijk ELV verblijf. Voor ELV verblijf bestond volgens de huisarts kennelijk geen indicatie, zodat verzoeker naar het oordeel van de huisarts hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs gedaan wat van hem mocht worden verwacht in de nakoming van zijn verplichtingen uit de zorgovereenkomst jegens verzoeker, althans kon hij zich - gelet op zijn maximale inspanningen in dit geval - met succes beroepen op overmacht. De ervaringen die verzoeker had met de repatriëring, hoe naar ook, spelen geen rol bij de vraag of de ziektekostenverzekeraar zich voldoende heeft ingespannen thuiszorg te regelen, en kunnen daarom niet leiden tot een andere uitkomst. Voor zover verzoeker meent aanspraak te hebben op vergoeding van schade op de voet van artikel 6:78 BW, dient hij zich hiervoor tot de burgerlijke rechter te wenden, nu de commissie op grond van het toepasselijk reglement daartoe niet bevoegd is.

#### *Slotsom*

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 januari 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**Informatie voor partijen**

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

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

## B.1. Vervallen

## B.2. Buitenlandzorg

### B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsvereisten voor zorg in het buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

### B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

## HOOFDSTUK B

## ZORG IN ZORG- VERZEKERING



Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via [www.zorgwijzer.nl](http://www.zorgwijzer.nl). Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl). voor hen de

pas aanvragen

### **Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsvereisten voor zorg in het buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

## B.3. Huisarts

### B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebrouk, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
  - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
  - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
  - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
  - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale

sen voor een mogelijke onderhoudsfase.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg in dit artikel omvat niet:
  - het (begeleiden bij) daadwerkelijk bewegen of sporten;
  - dagbehandeling en/of opname;
  - een zorgprogramma voor kinderen.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.
- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
  - een BMI hebt vanaf 30 kg/m<sup>2</sup>; of
  - een BMI hebt vanaf 25 kg/m<sup>2</sup> en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
  - een BMI hebt vanaf 25 kg/m<sup>2</sup> en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

### Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

### Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een spe-

cialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

### Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.4. Medisch specialistische zorg

### B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie artikelen B.19.2. en B.19.3.);
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-

- co.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
    - liposuctie van de buik;
    - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstampuatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
    - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
    - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
    - sterilisatiebehandelingen;
    - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
    - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
    - correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
    - parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
    - behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

### Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

### B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maxi-

- maal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtarief bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

## Voorwaarden

### Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
  - wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
  - wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
  - wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

### Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

### Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u ver-

wezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelsespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze

app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

## Voorwaarden

### Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

### Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelsespleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

## Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw

Kenmerk

### Grondslag

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

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

### 1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Doel van de beleidsregel**

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

## **3. Reikwijdte**

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

#### **4. Toezicht en handhaving**

Kenmerk

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

Pagina  
3 van 19

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

#### **5. Algemene verplichtingen**

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

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

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

#### **6. Verplichtingen bij naturapolis**

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

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

#### **7. Verplichtingen bij restitutiepolis**

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

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

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

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

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

#### **8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg**

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



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

Kenmerk

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

Pagina  
4 van 19

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

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

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

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

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

### 9.1 Mondzorg

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

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

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

### 9.2 Huisartsenzorg

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

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

### 9.3 Spoedeisende hulp

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

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

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

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

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

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

### 10.1 Mondzorg

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

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

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

### 10.2 Huisartsenzorg

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

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

### 10.3 Apotheek

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

### 10.4 Paramedische zorg

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

### 10.5 Medisch specialistische zorg (msz)

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

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

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

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

### 10.6 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

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

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

Kenmerk

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

Pagina  
6 van 19

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

#### 10.7 Verpleging en verzorging

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

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

### **11. Intrekken oude beleidsregel en toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel**

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

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

### **12. Inwerkingtreding**

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

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

### **13. Citeertitel**

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

## Toelichting

Kenmerk

### **Algemeen**

Pagina  
7 van 19

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

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

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

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

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

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

---

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

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

### **Zorgplicht**

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

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

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

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

### **Afwegingskader invullen open normen**

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

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

---

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

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

Kenmerk

Pagina  
9 van 19

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

### **Toezicht**

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

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

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

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Het Zorginstituut Nederland heeft onder meer tot taak de eenduidige uitleg van het te verzekeren pakket te bevorderen. Daarnaast beheert het Zorginstituut het Register<sup>6</sup>, waarin opgenomen is wat zorgaanbieders, patiënten, cliënten en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken over wat goede zorg is voor een specifiek zorgonderwerp. Bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht, volgt de NZa het oordeel van de IGJ over de kwaliteit van

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

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

<sup>6</sup> Zie hiervoor zorginzicht.nl.

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

Kenmerk

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

Pagina  
10 van 19

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

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

## **Artikelsgewijs**

### **1. Begripsbepalingen**

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

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

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

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

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

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

## 5. Algemene verplichtingen

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

Kenmerk

Pagina  
11 van 19

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

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

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

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

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

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



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

Kenmerk

Pagina  
12 van 19

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

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

## **6. Verplichtingen bij naturapolis**

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

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

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

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

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

Kenmerk

In het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG<sup>9</sup> is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld en welke normen hierbij gelden. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. Ook hier geldt dat de verzekeraar primair verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van deze zorg voor zijn verzekerden. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aan zet om naar alternatieven te zoeken. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Echter, als een verzekeraar door overmacht – dus ondanks maximale inspanning – niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, kan de minister van VWS besluiten om de continuïteit van deze zorg te borgen door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Dit is te beschouwen als een uiterst redmiddel nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft beproefd en deze niet mogelijk zijn gebleken.

Pagina  
13 van 19

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

## 7. Verplichtingen bij restitutiepols

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

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

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

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

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

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

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

<sup>12</sup> Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

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

Kenmerk

Pagina  
14 van 19

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

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

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

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

---

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

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

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

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

Kenmerk

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

Pagina  
15 van 19

## **8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg**

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

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

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

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

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

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

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

---

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

<sup>17</sup> De zorgverzekeraar moet hierbij de bestaande normen in acht nemen.

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

Kenmerk

Pagina

16 van 19

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

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

8.4 Als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 11 juli 2014<sup>18</sup> bepaald dat de vergoedingsbeperking niet dusdanig mag zijn dat deze een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

Kenmerk

Pagina  
18 van 19

8.7 Zie de toelichting op artikelen 6.1 en 7.4.

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

### **9. Tijdigheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg**

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

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

### **10. Bereikbaarheid: specifieke normen voor bepaalde vormen van zorg**

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

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

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

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

Kenmerk

Pagina  
19 van 19

---

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



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
  - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
  - een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
  - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
  - het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
  - als het drempelverlies groter is dan 25 dB.
- Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:
  - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
  - de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.
- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden.

### Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk

voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

### Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramuraal behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.26. Wijkverpleging

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wijkverpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

### Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op

elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

### Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. Intensieve Kindzorg kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

### Persoonsgebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoonsgebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het "Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging & Verzorging" leest u daar meer over.

### Zorgverlener

#### Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert en continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

### Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.

De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan en de indicatie moeten voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgt

baar is.

Wij bepalen aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor zorg in natura of een pgb-verpleging en verzorging (vv).

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener gaat die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als wij hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerste lijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

De zorg is in beginsel gericht op terugkeer naar huis binnen 3 maanden (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase). Deze periode van opname is in het algemeen voldoende. Als een langer verblijf nodig blijkt, moet in het zorgplan worden onderbouwd waarom dit nodig is, en wat het doel is van de verlengde opname.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
  - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
  - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
  - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan