

Thematisch onderzoek

Zorgplicht

Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop

februari 2010

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Relatie onderzoek met andere activiteiten NZa	13
1.2.1 Toezicht op naleving wetgeving	13
1.2.2 Markttoezicht en monitoring	14
1.3 Definitie zorgplicht	15
1.4 Doelstelling onderzoek	15
1.5 Onderzoeksmethodiek	16
1.6 Leeswijzer	16
2. Zorginkoop	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Organisatie van de zorginkoop	17
2.3 Invloed zorgplicht op zorginkoopbeleid	18
2.4 Reikwijdte zorgplicht volgens zorgverzekeraars	20
2.5 Zorgplicht bij schaarste	22
2.6 Conclusie	22
3. Inhoud en omvang	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Onderzoeksbevindingen	26
3.3 Conclusies	27
4. Kwaliteit	29
4.1 Inleiding	29
4.1.1 Relatie IGZ-NZa	29
4.2 Onderzoeksbevindingen	30
4.2.1 Afspraken over het gebruik van indicatoren	30
4.2.2 Overige aspecten bij afspraken en prikkels	31
4.2.3 Controle en beleid bij kwaliteitsproblemen	32
4.3 Conclusies	33
5. Tijdigheid en bereikbaarheid	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Onderzoeksbevindingen	36
5.2.1 Normen tijdigheid en bereikbaarheid	36
5.2.2 Afspraken met zorgaanbieders	37
5.2.2.1 Specifieke afspraken	37
5.2.2.2 Aanvullende aspecten	38
5.2.2.3 Controle van afspraken	38
5.3 Conclusies	39
6. Aanbevelingen en vervolgacties NZa	41
Bijlage 1. Normen die zorgverzekeraars hanteren	45

Vooraf

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat is de verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg. De inkoop van zorg is een belangrijk middel voor zorgverzekeraars om aan de zorgplicht te voldoen. Hoe zetten zorgverzekeraars zorginkoop in om verzekerden van voldoende zorg te voorzien? Hoe waarborgen ze dat deze zorg kwalitatief goed, tijdigheid en bereikbaar is?

Deze vragen komen aan de orde in dit rapport. Het rapport bevat de resultaten van het onderzoek naar de naleving van de zorgplicht bij en door zorginkoop door zorgverzekeraars. Daarvoor is medio 2009 een vragenlijst ingevuld door alle zorgverzekeraars, aangevuld met verdiepende interviews met een zestal zorgverzekeraars. Daarnaast is gebruik gemaakt van reeds beschikbare informatie, zoals uitvoeringsverslagen van zorgverzekeraars en overige (externe en interne) publicaties. Op basis van de resultaten doet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aanbevelingen en onderneemt zij een aantal acties.

Het rapport vormt een vervolg op de nulmeting zorgplicht die de NZa in 2006 en 2007 heeft verricht. Bij deze opvolging is ervoor gekozen om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van de zorgplicht en daarom een aantal deelonderzoeken uit te voeren. Naast het voorliggende deelonderzoek over de zorginkoop, volgen in 2010 nog specifieke deelonderzoeken naar machtigingsprocedures en de invulling van het recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Daarbij staan de belangen van de consument centraal. Vanuit het algemeen consumentenbelang houdt de NZa toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wetgeving naleven. Onderdeel hiervan is het toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De zorgplicht is de verplichting van de zorgverzekeraars ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de kwaliteit, de tijdigheid en de bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Het voorliggende onderzoek is gericht op de invulling van de zorgplicht uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) door en bij het inkopen van zorg. De aanvullende verzekeringen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen buiten het bereik van dit onderzoek. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in 2009 en is een vervolg op de nulmeting zorgplicht die de NZa in 2006/2007 heeft uitgevoerd. Bij deze opvolging is ervoor gekozen om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van de zorgplicht en daarom een aantal deelonderzoeken uit te voeren. Naast het voorliggende deelonderzoek over de zorginkoop, volgen in 2010 nog deelonderzoeken naar machtigingsprocedures en de invulling van het recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling door zorgverzekeraars. Van de nulmeting zijn vooral de bevindingen over de waarborging van kwaliteit van toepassing op het huidige onderzoek. De belangrijkste conclusie hiervan was dat zorgverzekeraars de structurele borging van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg moesten verbeteren.

Het onderzoek is gelijktijdig uitgevoerd met het opstellen van het toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars. De NZa stelt dit kader op om duidelijkheid te bieden over de reikwijdte van de zorgplicht. Het toezichtskader is een actualisatie en nadere invulling van het kader dat bij de nulmeting in 2006/2007 is gehanteerd. Omdat het toezichtskader nog niet is gepubliceerd, zijn bij dit onderzoek alleen de reeds bekende normen gebruikt die ook bij de nulmeting zijn gehanteerd of normen die direct uit de wetgeving volgen.

Het onderzoek heeft de volgende doelstellingen:

- Het verkrijgen van een zo concreet mogelijk beeld van hoe zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht bij en door het inkopen van zorg, met de nulmeting van 2006/2007 als uitgangspunt.
- Het op basis van de onderzoeksuitkomsten onderkennen van knelpunten en het eventueel ondernemen van actie door de NZa.
- Het gebruiken van de onderzoeksuitkomsten om een nadere invulling te geven aan het toezichtskader voor de zorgplicht.
- Het gebruiken van de onderzoeksuitkomsten voor aanbevelingen aan veldpartijen en de Minister van VWS. Daarnaast kunnen de resultaten gebruikt worden bij het signaaltoezicht van de NZa.

Zorginkoop

Het inkopen van zorg is een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om te waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor verzekerden. Daarnaast biedt zorginkoop de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg.

Nagenoeg alle zorgverzekeraars kopen zelf zorg in, maar de manier waarop verschilt per zorgverzekeraar. De verschillende doelstellingen die zorgverzekeraars nastreven bij het inkopen van zorg, zoals kostenbesparing enerzijds en goede kwaliteit en voldoende zorg anderzijds, kunnen op gespannen voet met elkaar staan. De NZa is van mening dat het nastreven van kostenbesparingen niet ten koste mag gaan van de omvang en kwaliteit van de zorg waar de verzekerde recht op heeft. De zorgverzekeraar moet dit waarborgen door het stellen van eisen in de overeenkomsten met zorgaanbieders die in de praktijk uitvoerbaar zijn en door de naleving van de eisen te controleren.

Inhoud en omvang

Zorgverzekeraars moeten de zorg en diensten leveren en/of vergoeden die tot het verzekerde pakket behoren; niet minder maar ook niet méér. De in de Zvw vastgelegde inhoud en omvang van de zorg nemen de zorgverzekeraars op in hun modelovereenkomsten.

Alle zorgverzekeraars geven bij het maken van afspraken aan wat de aanspraak is van de verzekerde volgens de Zvw. Driekwart van de zorgverzekeraars geeft ook richtlijnen voor het aantal behandelingen en/of hulpmiddelen. Tweederde van de zorgverzekeraars bouwt bij de afspraken over de omvang van zorg prikkels in om de naleving ervan te stimuleren, bijvoorbeeld via de hoogte van het tarief. Nagenoeg alle zorgverzekeraars controleren of de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk zijn nagekomen.

Kwaliteit

Bij het maken van afspraken over de kwaliteit van de in te kopen zorg is het van belang dat er transparante kwaliteitsinformatie beschikbaar is. Kwaliteitsindicatoren zijn hiervoor belangrijk. Maar ook als (nog) geen indicatoren beschikbaar zijn, moeten zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken maken. Er zal dan gezocht moeten worden naar alternatieven om inzicht te krijgen in de kwaliteit.

Bijna alle zorgverzekeraars hebben in de overeenkomsten met zorgaanbieders prikkels ingebouwd die kwaliteitsverhogend moeten werken en de nakoming van de afspraken moeten stimuleren. Alle zorgverzekeraars controleren of de kwaliteitsafspraken ook daadwerkelijk zijn nagekomen. Als blijkt dat een zorgaanbieder de kwaliteitsafspraken niet heeft nageleefd of onder verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is gesteld, heeft dit in alle gevallen gevolgen voor de afspraken die zorgverzekeraars met die aanbieder maken. Zorgverzekeraars zeggen echter vaak geen informatie te hebben over de onder verscherpt toezicht gestelden, waardoor zij moeilijk tijdig aanvullende maatregelen kunnen nemen. Zorgverzekeraars hebben hierin een eigen verantwoordelijkheid, want zij moeten nagaan of de zorg die zij inkopen als kwalitatief goed kan worden beschouwd. Bovendien is de informatie over welke zorgaanbieder onder verscherpt toezicht staat toegankelijk via de website van de IGZ.

Tijdigheid en bereikbaarheid

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden tijdig zorg leveren en/of vergoeden. De tijdigheid waarmee een (zorg)prestatie wordt geleverd, wordt bepaald door zowel de tijd die het kost om toegang te krijgen tot de zorgaanbieder (toegangstijd) als de tijd om de zorg te verkrijgen (wachttijd). De Treeknormen gelden als maximaal aanvaardbare toegangstijden en wachttijden voor zorg.

De bereikbaarheid van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar wordt bepaald door de manier waarop contact wordt gemaakt (fysiek of via telefoon/internet) en de tijdsduur waarbinnen dat contact plaatsvindt. Bij fysiek contact wordt de bereikbaarheid bepaald door de geografische afstand of tijd waarbinnen de patiënt bij de zorgaanbieder ter plekke kan zijn.

Bijna alle zorgverzekeraars hanteren normen voor de tijdigheid en bereikbaarheid van zorg, maar de mate waarin deze worden gehanteerd, varieert. Veel zorgverzekeraars hanteren slechts een beperkt aantal normen of alleen de Treeknormen, maar er zijn ook zorgverzekeraars die meerdere eigen normen hanteren. De NZa verwacht dat zorgverzekeraars zelf een beeld hebben van wat zij verstaan onder tijdige en bereikbare zorg. Als een duidelijk beeld ontbreekt, kunnen tijdigheid en bereikbaarheid niet worden gebruikt als sturend instrument bij de zorginkoop. Hetzelfde geldt voor zorgverzekeraars die van mening zijn dat bij een ruim aanbod van zorgaanbieders of bij een ruime contractering van zorgaanbieders, normen niet nodig zijn. Zij gaan er ten onrechte van uit dat voldoende zorgaanbod per definitie leidt tot bereikbare en tijdige zorg.

Vrijwel alle zorgverzekeraars controleren of de afspraken over tijdigheid en bereikbaarheid zijn nageleefd. Als blijkt dat afspraken niet worden nagekomen, verbinden zij hier voornamelijk financiële consequenties aan of beëindigen zij de contractuele relatie.

Een aantal zorgverzekeraars hanteert bij paramedische zorg aanzienlijk ruimere normen voor de toegangstijd dan de Treeknormen. Dit is onwenselijk vanuit het oogpunt van tijdigheid en bereikbaarheid. De Treeknormen gelden immers als grens tussen wat aanvaardbaar is en wat als problematisch kan worden aangeduid. De NZa zal de betreffende zorgverzekeraars hier op aanspreken.

Aanbevelingen en vervolgacties NZa

Uit het voorliggende onderzoek blijkt dat in vergelijking met 2006/2007 de zorgverzekeraars stappen vooruit hebben gemaakt in het vormgeven aan hun verantwoordelijkheden vanuit de zorgplicht. Zo hebben veel zorgverzekeraars de afgelopen jaren de zorginkoopfunctie geprofessionaliseerd en is het gebruik van kwaliteitsindicatoren en prikkels toegenomen ten opzichte van 2007. Ook maken alle zorgverzekeraars afspraken over de inhoud en omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg bij het contracteren van zorgaanbieders. Nagenoeg alle zorgverzekeraars controleren of de afspraken worden nagekomen.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen ziet de NZa nog wel een aantal belangrijke aandachtspunten voor de invulling van de zorgplicht bij de zorginkoop door zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars moeten bepalen wat zij voldoende (gecontracteerde) zorg vinden voor de verzekerdenpopulatie. Het gaat hierbij niet alleen om het aanbod van voldoende zorg qua inhoud en omvang, maar ook dat de zorg kwalitatief goed en tijdig beschikbaar op een redelijke reisafstand is. Hiertoe moeten zorgverzekeraars de inkoopmarkt(en) waarop zij actief zijn afbakenen. Ook moeten zij een duidelijk beeld hebben wat ze verstaan onder kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg.
- De NZa adviseert zorgverzekeraars daarom om helder te definiëren wat zij onder bereikbare en tijdige zorg verstaan, bij voorkeur per verstrekking. Op die manier kan beter worden ingespeeld op continuïteitsproblemen en kan aan verzekerden duidelijk worden gemaakt wat zij mogen verwachten van hun zorgverzekeraar.
- De NZa benadrukt het belang van de ontwikkeling van transparante kwaliteitsinformatie en verwacht dat zorgverzekeraars hierin een actieve rol spelen, waaronder in het programma Zichtbare Zorg. Het ontbreken van indicatoren ontslaat de zorgverzekeraar niet van de plicht tot het waarborgen van kwaliteit bij het contracteren.
- Wanneer zorgaanbieders volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg leveren, moeten zorgverzekeraars hier consequenties aan verbinden bij het contracteren, zoals het maken van verbeterafspraken of beëindigen van de overeenkomst. Bovendien verwacht de NZa dat zorgverzekeraars zelf de verantwoordelijkheid nemen om te controleren of zorgaanbieders onder verscherpt toezicht zijn gesteld door de IGZ danwel of er andere kwaliteitsproblemen spelen bij de betreffende zorgaanbieders waarbij de IGZ betrokken is.
- Wanneer een zorgverzekeraar uit zijn marktanalyse opmaakt dat het zorgaanbod niet toereikend is om voldoende kwalitatief goede zorgaanbieders te contracteren, moet hij naar alternatieven zoeken (gevallen van overmacht daar gelaten).

De NZa vindt het positief dat een aantal zorgverzekeraars de zorgplicht als prikkel beschouwt om selectief te contracteren. (De dreiging van) selectief inkopen kan zorgaanbieders stimuleren om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid te verhogen. Dit is in het belang van de consument, die bij selectieve contractering vaak nog het negatieve beeld heeft van een beperktere keuze uit zorgaanbieders en naar zijn 'eigen' vertrouwde zorgverlener (bijvoorbeeld de huisarts) wil gaan.

De NZa ziet daarom een belangrijke rol voor consumenten- en patiëntenorganisaties om de consument ervan bewust te maken dat het selectief contracteren van zorgaanbieders in zijn eigen belang is om kwalitatief goede zorg te krijgen.

Tenslotte wijst de NZa erop dat het nastreven van kostenbesparingen niet ten koste mag gaan van de omvang en kwaliteit van de zorg waar de verzekerde recht op heeft. De NZa zal ontwikkelingen op dit vlak volgen via signaaltoezicht en zonodig ingrijpen.

Als op vervolg op de aandachtspunten die uit dit onderzoek naar voren komen, onderneemt de NZa een aantal acties:

- De NZa stelt een toezichtskader op om duidelijkheid te bieden over de reikwijdte van de zorgplicht volgens de NZa. Publicatie van het toezichtskader zal naar verwachting in het voorjaar van 2010 plaatsvinden. Dit wil niet zeggen dat alle normen zijn ingevuld. Er is juist nog ruimte voor veldpartijen om zelf een nadere invulling te geven aan kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid.

- De NZa houdt toezicht op de informatieverstrekking van zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan consumenten. De NZa vindt het van groot belang dat partijen vooruitgang blijven boeken in het ontwikkelen en publiceren van kwaliteitsindicatoren, met als uiteindelijke resultaat openbaar toegankelijke gevulde kwaliteitsindicatoren. De transparantie van kwaliteit is namelijk essentieel voor zowel consumenten bij het kiezen voor een zorgaanbieder, als voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop en voor zorgaanbieders in hun onderlinge concurrentie. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg kan de NZa afdwingen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars informatie aanleveren om deze kwaliteitsindicatoren te 'vullen'. Ook kan zij afdwingen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders informatie openbaar maken aan consumenten over de kwaliteit van de aangeboden prestaties of producten en diensten. De NZa zal in 2010, als ook in de jaren daarna, waar nodig haar regelgevende en handhavende bevoegdheden inzetten als er onvoldoende voortgang wordt geboekt en zorgaanbieders de benodigde keuze-informatie niet of onvoldoende aanleveren.
- Volgens zorgverzekeraars is het moeilijk om scherpe kwaliteitsafspraken te maken in situaties waarbij zorgaanbieders een lokale monopoliepositie hebben. Van zorgaanbieders komt echter het signaal dat zorgverzekeraars geen aanvullende kwaliteitsafspraken willen maken. De NZa betreft dit in haar toezicht op aanmerkelijke marktmacht. Ook zal de NZa een richtsnoer opstellen met voorbeelden van goed onderhandelen.
- De NZa gaat zorgverzekeraars aanspreken die voor tijdigheid ruimere normen hanteren dan de Treeknormen.
- Het informatiemodel Uitvoeringsverslag zal worden aangepast om de naleving van de zorgplicht op specifieke aspecten structureel te kunnen blijven beoordelen.
- De NZa zal in 2010 onderzoek doen naar de naleving van de zorgplicht bij het verkrijgen van zorg (toestemmingsvereisten), het bemiddelen naar zorg en het vergoeden van zorg. De centrale vraag die hier aan bod komt is of de verzekerde wel de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft.
- De NZa doet een oproep aan consumenten- en patiëntenorganisaties om consumenten bewust te maken van aspecten waarop zij moeten letten bij hun keuze voor een zorgaanbieder.
- Via het signaaltoezicht volgt de NZa meldingen over de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en onderneemt zij zonodig actie.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Daarbij staan de belangen van de consument centraal. Door de intrede van de marktwerking hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid en verantwoordelijkheid. Zij kunnen bijvoorbeeld op bepaalde markten vrij onderhandelen over de prijs van zorg. Eigen verantwoordelijkheid betekent echter niet dat er geen regels meer zijn en geen verantwoording hoeft worden afgelegd. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wetgeving naleven. Onderdeel hiervan is het toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De zorgplicht is de verplichting van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waaraan hij behoefte en wettelijk aanspraak op heeft.¹ Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg. De zorgplicht van de zorgverzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden die de positie van de verzekerde moeten waarborgen, samen met verzekerdeninvloed, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Het voorliggende thematisch onderzoek naar de naleving van de zorgplicht vormt een vervolg op de nulmeting die de NZa in 2006/2007 heeft uitgevoerd.² Inzicht in hoe zorgverzekeraars invulling geven aan de zorgplicht en wijzigingen hierin ten opzichte van het eerdere onderzoek zijn voor de NZa essentieel om haar toezicht op zorgverzekeraars goed te kunnen uitoefenen. Een actieve rol van de NZa is daarbij vereist, aangezien de risico's ten aanzien van de zorgplicht in het Risicoanalysemodel³ (RAM) Zorgverzekeraars minimaal als middelhoog zijn ingeschat.

1.2 Relatie onderzoek met andere activiteiten NZa

1.2.1 Toezicht op naleving wetgeving

De NZa houdt op verschillende manieren toezicht op de naleving van wetgeving door zorgverzekeraars. Zo moeten zorgverzekeraars jaarlijks in een uitvoeringsverslag verantwoording afleggen aan de NZa over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de zorgplicht. Ook houdt de NZa toezicht op basis van signalen. Dit kunnen bijvoorbeeld klachten of vragen zijn die op mogelijke overtredingen wijzen. Om meer inzicht te krijgen in wijze waarop zorgverzekeraars bepaalde wettelijke taken invullen, voert de NZa thematische onderzoeken uit. Het voorliggende onderzoek is hier een voorbeeld van.

¹ De zorgplicht van de zorgverzekeraar is vastgelegd in de Zvw, artikel 11.

² NZa, thematisch onderzoek Zorgplicht, augustus 2007.

³ Het RAM brengt risico's op de zorgmarkt(en) in kaart. Met risico's worden hier de ongewenste effecten bedoeld die nadelig kunnen zijn voor personen of organisaties die gebruik maken van/werken met de Zvw, AWBZ of Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

Het onderzoek is een opvolging van de nulmeting van 2006/2007. Deze nulmeting was een breed onderzoek naar verschillende aspecten van de zorgplicht: toegang tot de zorg (gericht op toestemmingsvoorwaarden), kwaliteit, wachttijden plastisch chirurgie en het experiment persoonsgebonden budget (PGB) in de Zvw.⁴ Bij deze opvolging is ervoor gekozen om dieper in te gaan op de verschillende aspecten en daartoe een aantal deelonderzoeken uit te voeren. Het voorliggende deelonderzoek heeft betrekking op naleving van de zorgplicht bij en door zorginkoop. Daarbij is gekeken naar de aspecten inhoud en omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg.

De conclusies uit de nulmeting 2006/2007 die relevant zijn voor dit deelonderzoek zijn:

- Zorgverzekeraars moesten de structurele borging van de kwaliteit van zorg bij de zorginkoop verbeteren.
- Er was geen reden om te veronderstellen dat zorgverzekeraars structureel te lage productieafspraken zouden maken voor plastische chirurgie. Zorgverzekeraars gaven aan bij knelpunten op andere manieren aan hun zorgplicht te voldoen. Tevens gaven zorgverzekeraars destijds aan dat wachttijdproblemen minder urgent waren geworden.

De bevindingen uit de nulmeting over de toegang tot de zorg betreft de NZa in de deelonderzoeken naar machtigingsprocedures en naar de invulling van het recht op vergoeding van zorg en bemiddeling door zorgverzekeraars. Deze onderzoeken zullen in 2010 plaatsvinden.

Om duidelijkheid te bieden over de reikwijdte van de zorgplicht, stelt de NZa ook een 'toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars' op. Dit toezichtkader is een actualisatie en nadere invulling van het kader dat bij het onderzoek in 2007 is gehanteerd. Het kader wordt naar verwachting gepubliceerd in voorjaar van 2010, nadat het is afgestemd met verschillende externe partijen.

1.2.2 Markttoezicht en monitoring

De NZa houdt ook toezicht op het marktgedrag van zorgverzekeraars. Het gaat dan bijvoorbeeld om de transparantie van informatieverstrekking aan verzekerden. Om aan te geven wat NZa onder volledige en vergelijkbare informatieverstrekking verstaat heeft zij een richtsnoer⁵ opgesteld.

De NZa ontvangt regelmatig klachten van zorgaanbieders over de inkoopmacht van zorgverzekeraars. Wanneer er sprake is van aanmerkelijke marktmacht (AMM) van een zorgverzekeraar of zorgaanbieder grijpt de NZa in. Daarnaast stelt zij nog dit jaar spelregels op voor het contracteren. Hierin komen afspraken te staan over hoe marktpartijen met elkaar om moeten gaan tijdens de onderhandelingen en worden 'good contracting practices' genoemd.

⁴ Naar aanleiding van de bevindingen ten aanzien van het onderwerp experiment PGB in de Zvw heeft de NZa een brede evaluatie van het experiment gehouden. De resultaten hiervan staan in het rapport 'het PGB in de Zorgverzekeringswet', oktober 2008.

⁵ NZa, Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, september 2009

Tenslotte volgt de NZa via verschillende monitors de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg op de zorgmarkten. In 2009 is parallel aan het onderzoek zorgplicht een onderzoek uitgevoerd naar zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar (monitor zorginkoop).⁶ Het doel van deze monitor is meer inzicht te krijgen in de strategieën die zorgverzekeraars voor de zorginkoop hanteren. Daarbij is onder andere onderzocht welke prikkels en belemmeringen zorgverzekeraars ondervinden bij de inkoop van zorg. Als onderdeel daarvan is gekeken in hoeverre de zorgplicht als een prikkel of als een belemmering wordt ervaren.

1.3 Definitie zorgplicht

In 2007 heeft de NZa een definitie van het begrip zorgplicht geformuleerd. Behoudens de toevoeging van de termen 'inhoud' en 'bereikbaarheid' is deze definitie ongewijzigd gebleven:

Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft.⁷ Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.⁸

Aanleiding voor de toevoeging van de termen 'inhoud' en 'bereikbaarheid' is het toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars. In de publicatie wordt ook de reikwijdte van bovenstaande definitie nader uitgewerkt.

Het voorliggende onderzoek is gericht op de invulling van de zorgplicht uit de Zvw. De aanvullende verzekeringen en de AWBZ vallen buiten het bereik van dit onderzoek.

1.4 Doelstelling onderzoek

Het onderzoek heeft de volgende doelstellingen:

- Een zo concreet mogelijk beeld krijgen van de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht bij en door het inkopen van zorg. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt met de bevindingen uit de nulmeting van 2006/2007.
- Het gebruiken van de onderzoeksuitkomsten voor het constateren van mogelijke knelpunten bij het naleven van de zorgplicht en voor eventuele interventies van de NZa bij zorgverzekeraars.⁹
- Het gebruiken van de onderzoeksuitkomsten om het toezichtskader voor de zorgplicht verder aan te scherpen.¹⁰

⁶ NZa, Monitor Zorginkoop, publicatie volgt op korte termijn.

⁷ Met zorg wordt in dit document steeds bedoeld zowel de zorg als diensten conform artikel 11 Zvw.

⁸ De inhoud / omvang volgt rechtstreeks uit artikel 11 van de Zvw. Bereikbaarheid / tijdigheid en kwaliteit / veiligheid volgt uit de MvT Zvw, blz. 42 t/m 44.

⁹ Interventie kan uitsluitend plaatsvinden op onderdelen die bij alle zorgverzekeraars onderzocht zijn, dus niet op basis van de interviews.

¹⁰ Het toezichtskader is dynamisch van aard, aangezien de zorgplicht in de loop van tijd steeds verder geconcretiseerd wordt. Zo kunnen uitkomsten uit onderzoek naar de invulling van de zorgplicht aanleiding geven tot het aanscherpen van het kader.

- Het doen van aanbevelingen aan veldpartijen en de Minister van VWS op basis van de bevindingen. Daarnaast kunnen de onderzoeksresultaten gebruikt worden bij het signaaltoezicht van de NZa. Doordat signalen over de zorgplicht beter geduid kunnen worden kan de NZa hier beter op reageren.

1.5 Onderzoeksmethodiek

Het onderzoek is gelijktijdig uitgevoerd met het opstellen van het toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars. De informatie die bij het opstellen van het kader is verkregen is in het onderzoek betrokken. De onderzoeksbevindingen zijn afgezet tegen de normen die relevant zijn voor zorginkoop. Omdat het toezichtskader nog niet is gepubliceerd, zijn bij dit onderzoek alleen de reeds bekende normen gebruikt die ook bij de nulmeting van 2006/2007 zijn gehanteerd of normen die direct uit de wetgeving volgen.

Het onderzoek is ook tegelijkertijd uitgevoerd met de monitor zorginkoop door zorgverzekeraars. De informatieuitvraag is zoveel mogelijk beperkt door beide activiteiten op elkaar af te stemmen. Zo zijn gecombineerde werkbezoeken uitgevoerd bij zes zorgverzekeraars. Tijdens deze werkbezoeken zijn interviews gehouden met verantwoordelijken voor zorginkoop in het algemeen en op een aantal verstrekkingenniveaus, zoals huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Naast deze interviews is in juni 2009 een vragenlijst uitgezet onder alle zorgverzekeraars. Dit betreft 30 risicodragers, waarvan er 23 onderdeel zijn van een concern.¹¹ Verder is gebruik gemaakt van reeds beschikbare gegevens, zoals de uitvoeringsverslagen van zorgverzekeraars en interne en externe publicaties. Tenslotte is gesproken met een aantal belangenorganisaties, waaronder de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de brancheorganisatie FHI Medische technologie.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Allereerst worden de bevindingen over zorginkoop toegelicht (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt dieper ingegaan op de inhoud en omvang, kwaliteit, en tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg (hoofdstuk 3 tot en met 5). Tot slot doet de NZa aanbevelingen en kondigt zij vervolgacties aan (hoofdstuk 6).

¹¹ Het aantal zorgverzekeraars is gerelateerd aan het aantal risicodragers. Een risicodrager kan onder meerdere labels een zorgverzekering op de markt brengen. Er waren in 2009 dertig risicodragers actief.

2. Zorginkoop

2.1 Inleiding

Zorgverzekeraars die zorgaanbieders contracteren zijn zowel actief op de zorgverzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt bieden zij naturapolissen aan of restitutiepolissen met (deels) gecontracteerde zorg. Zorginkoop is een middel om te waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor verzekerden die dit soort polissen afgesloten hebben. Daarnaast is zorginkoop een instrument om te sturen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg.

Uit het onderzoek blijkt dat nagenoeg alle zorgverzekeraars (28 van de 30) zelf zorg inkopen. Daarvan hebben zes zorgverzekeraars een gedeelte van hun inkoop uitbesteed. Deze zorgverzekeraars kopen dan vooral zorg in hun eigen kernregio in en haken voor de rest van Nederland aan bij een inkooporganisatie, zoals Multizorg B.V.. Slechts twee zorgverzekeraars hebben hun zorginkoop volledig uitbesteed. Daarnaast hebben enkele zorgverzekeraars zelf zorgaanbieders in dienst om zorg te leveren aan hun verzekerden.

Dit hoofdstuk gaat in op de manier waarop zorgverzekeraars hun zorginkoop vormgeven en hoe de zorgplicht daarop van invloed is. Daarnaast komt de reikwijdte van de zorgplicht volgens de zorgverzekeraars aan de orde. Tot slot wordt ingegaan op de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om ook in situaties van schaarste aan hun zorgplicht te voldoen. Nadrukkelijk wordt opgemerkt dat in dit hoofdstuk vooral de bevindingen dan wel standpunten van de zorgverzekeraars aan bod komen. In hoofdstuk zes komt aan de orde hoe de NZa tegen deze bevindingen aankijkt vanuit haar toezicht op de zorgplicht.

2.2 Organisatie van de zorginkoop

Bij veel zorgverzekeraars is de zorginkoopfunctie de afgelopen jaren geprofessionaliseerd. Om beter te kunnen inspelen op de ontwikkelingen in het veld en op wetwijzigingen, maar ook vanwege fusies, is de organisatie van de zorginkoop gewijzigd. Het resultaat is dat de zorgverzekeraars de zorginkoopfunctie ieder op hun eigen manier hebben vormgegeven.

Bijna alle zorgverzekeraars hebben de zorginkoop ondergebracht in een aparte afdeling. Deze afdeling is soms onderverdeeld in enkele hoofdclusters, bijvoorbeeld eerste- en tweedelijns zorg of Care en Cure. Vervolgens is meestal een onderverdeling gemaakt naar verstrekking of groep zorgaanbieders. Daarnaast koopt een aantal zorgverzekeraars ook zorg in op het niveau van diagnose en/of ketenzorg. Deze wordt dan bijvoorbeeld ondergebracht in een aparte sector, maar integraal uitgevoerd onder coördinatie van een accountmanager. Enkele zorgverzekeraars hebben naast de afdeling die inkoopt, ook nog één of meerdere ondersteunende afdelingen om informatie ten bate van het inkoopproces te leveren en innovatie te stimuleren.

Waar sommige verzekeraars kiezen voor inkoop op landelijk niveau, zijn er ook zorgverzekeraars die, al dan niet gedeeltelijk, op regionaal niveau inkopen. Om de samenhang op landelijk niveau te bewaren is er per verstrekking een coördinator. Andersom wordt ook aan accountmanagers, die in principe landelijk inkopen, een regio toegewezen.

Wanneer recht op zorg bestaat ('natura') is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar in principe groter dan bij recht op vergoeding ('restitutie'). Het overgrote deel van de zorgverzekeraars heeft aangegeven geen onderscheid te maken tussen natura en restitutie bij zorginkoop. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat wanneer zorgverzekeraars zowel een natura als een restitutiepolis aanbieden, de meeste verzekerden de naturapolis kiezen.

Alle zorgverzekeraars zetten medisch adviseurs in bij het inkopen van zorg. Het aantal medisch adviseurs verschilt echter wel tussen de zorgverzekeraars, net als het aantal zorginkopers in het algemeen, maar het is lastig deze aantallen met elkaar te vergelijken. Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt doordat de inkoop vaak niet (uitsluitend) wordt uitgevoerd door zorginkopers, maar dat hier veel verschillende medewerkers bij betrokken zijn zoals accountmanagers, financieel-economische adviseurs en secretariële ondersteuning. Daarnaast heeft een aantal zorgverzekeraars (een deel van) de zorginkoop uitbesteed en hebben sommige zorgverzekeraars de inkoop voor de ABWZ geïntegreerd met die voor de Zvw.¹²

2.3 Invloed zorgplicht op zorginkoopbeleid

Een belangrijke reden voor een zorgverzekeraar om zorg in te kopen is het waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden. Als zorgaanbieders geen afspraken willen maken met zorgverzekeraars kan dit streven in de knel komen. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat er groepen zorgaanbieders zijn waarmee zij het als lastig ervaren om overeenkomsten te sluiten. Huisartsen, apothekers, tandartsen en ziekenhuizen worden hierbij het meest genoemd. Redenen waarom het moeilijk is om afspraken te maken zijn volgens de zorgverzekeraars bijvoorbeeld schaarste en een goede organisatie van de beroepsgroep. Aangezien verzekerden graag naar hun 'eigen' huisarts en ziekenhuis willen gaan, doen zorgverzekeraars veel moeite om huisartsen en ziekenhuizen breed te contracteren. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan na veel inspanningen uiteindelijk toch tot afspraken te komen met huisartsen en ziekenhuizen. Bij andere groepen zorgaanbieders, vooral tandartsen, proberen zorgverzekeraars administratieve overeenkomsten te sluiten en passen zij geen vergoedingsbeperking toe richting verzekerden.

Er zijn voor zorgverzekeraars nog andere redenen om zorgaanbieders te contracteren. Zo biedt contractering de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de kwaliteit en de prijs van de geboden zorg, en om administratieve processen zoals het declaratieverkeer efficiënt te regelen. Meerdere zorgverzekeraars noemen in de interviews zowel kwaliteit als doelmatigheid als speerpunten binnen het inkoopbeleid. Ook kan contractering meer inzicht geven in het beschikbare aanbod.

¹² Bronnen § 2.2: de enquête onder zorgverzekeraars, interviews met zorgverzekeraars en het rapport van de Consumentenbond, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en ANBO december 2008.

Dat betekent echter niet automatisch dat een zorgverzekeraar álle zorgaanbieders zal contracteren. Hij kan er voor kiezen om selectief te contracteren, bijvoorbeeld om een extra scherp tarief of een bepaald kwaliteitsniveau te bedingen. De zorgverzekeraar moet dan wel borgen dat hij voldoende zorg beschikbaar heeft om zijn verzekerden tijdig van zorg te voorzien. In de wet- en regelgeving is echter niet vastgelegd hoeveel zorg dan moet worden gecontracteerd. De NZa heeft signalen ontvangen dat vanwege deze onduidelijkheid zorgverzekeraars terughoudend zijn met het ontplooiën van activiteiten voor selectieve zorginkoop.

Om hier beter inzicht in te krijgen is in de enquête gevraagd wat de invloed van de zorgplicht is op de mogelijkheden om selectief te contracteren. De helft van de zorgverzekeraars heeft op deze vraag geantwoord dat de zorgplicht de mogelijkheden voor selectieve contractering beperkt. Wel geeft een aantal zorgverzekeraars daarbij aan dat de zorgplicht nu nog geen beperkende rol speelt omdat er breed gecontracteerd wordt of omdat er voldoende aanbod op de markt beschikbaar is. Ook uit de uitvoeringsverslagen blijkt dat het merendeel van de zorgverzekeraars zoveel mogelijk aanbieders contracteert om de verzekerde zoveel mogelijk keuzevrijheid te bieden.

Acht zorgverzekeraars geven aan dat de zorgplicht juist een prikkel geeft om selectief te contracteren en volgens drie heeft de zorgplicht geen invloed. De invloed van de zorgplicht op contractering is ook afhankelijk van het type zorgverzekeraar. Zo geeft een restitutieverzekeraar aan niet te contracteren om aan de zorgplicht te voldoen, maar om andere redenen zoals het maken van kwaliteitsafspraken.

Een ruime meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan dat de zorgplicht het inkoopproces ook op andere manieren beïnvloedt. Een aantal citaten:

- “Je hebt in sommige onderhandelingsituaties een gedwongen huwelijk waardoor je met resultaten akkoord moet gaan die niet helemaal aan je inkoopbeleid voldoen.”
- “Soms contracteren uit zorgplicht terwijl kwaliteit eigenlijk beneden eigen standaard (wens zorgverzekeraar) is.”
- “Negatieve prikkel op de juiste prijs-/kwaliteitverhouding. Prijs speelt geen rol in 'zorgplicht', maar wel in de afwegingen als zorgverzekeraar om de premie betaalbaar te houden voor álle verzekerden.”

Het laatste citaat is een goed voorbeeld van hoe de verschillende doelstellingen van zorginkoop op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Behalve de inkoop van voldoende, kwalitatief goede zorg is het voor een zorgverzekeraar ook belangrijk om een concurrerende premie te vragen. Zowel de CG-raad als de FHI hebben in dit kader aandacht gevraagd voor hulpmiddelenzorg. Zorgverzekeraars zouden steeds meer korting toepassen op de vergoedingen aan hulpmiddelleveranciers, waardoor de geleverde kwaliteit achteruit zou gaan. Ook worden in de contracten richtlijnen meegegeven voor het te leveren aantal hulpmiddelen en/of gebruikstermijnen. De Regeling zorgverzekering bepaalt echter dat de verzekerde te allen tijde moet kunnen beschikken over een adequaat functionerend hulpmiddel. Hoewel in de contracten wel soortelijke bepalingen opgenomen worden, zouden de richtlijnen/normaantallen toch als leidend worden ervaren. Als extra leveringen gepaard gaan met extra kosten of extra verantwoordingsinspanningen voor de leverancier, is immers denkbaar dat hij minder snel geneigd is een verzekerde een vervangend hulpmiddel aan te bieden.

Vergelijkbaar hiermee is het effect dat kan uitgaan van het zogenoemde behandelgemiddelde of praktijkgemiddelde dat een aantal zorgverzekeraars hanteert bij fysiotherapie. Praktijken die dit gemiddelde overschrijden moeten zich verantwoorden over de vraag of de overschrijding noodzakelijk was. Een mogelijk onwenselijk effect hiervan is dat fysiotherapeuten patiënten doorverwijzen naar een andere praktijk om te voorkomen dat zij boven het gemiddelde uit komen. Uit de interviews blijkt dat dit in de praktijk in een enkel geval daadwerkelijk is gebeurd.

De NZa realiseert zich dat het belangrijk is voor zorgverzekeraars om doelmatige zorgverlening te stimuleren en kostenbesparingen te realiseren, zowel vanuit het perspectief van de hoogte van de premie als vanuit de betaalbaarheid van de zorg op macro niveau. De NZa is van mening dat dit niet ten koste mag gaan van de kwaliteit of hoeveelheid van de zorg waar de verzekerde behoefte aan en aanspraak op heeft. Dit impliceert dat een zorgverzekeraar niet alleen afspraken moet maken over de omvang en kwaliteit van de te leveren zorg, maar ook eisen moet stellen die in de praktijk uitvoerbaar zijn en de naleving hiervan moet controleren. Een goed werkende controle en handhaving door zorgverzekeraars is noodzakelijk om te waarborgen dat afspraken ook worden nagekomen.¹³

2.4 Reikwijdte zorgplicht volgens zorgverzekeraars

Wat mag verwacht worden van een zorgverzekeraar als het gaat om zijn zorgplicht? Wat valt hier wel en wat niet onder, met andere woorden: wat is de reikwijdte van de zorgplicht?

Om duidelijkheid te bieden over wat de NZa onder de reikwijdte van de zorgplicht verstaat, heeft zij een toezichtskader opgesteld (publicatie voorjaar 2010). Voor dit onderzoek is in de enquête onder de zorgverzekeraars gevraagd wat zij zelf onder de zorgplicht verstaan.

Uit de enquête blijkt dat de meerderheid van zorgverzekeraars onder de zorgplicht verstaat het zorgen voor voldoende kwalitatief goede, tijdige, bereikbare en toegankelijke zorg. Ook betaalbare zorg wordt veel genoemd. Opvallend is dat enkele zorgverzekeraars aan de omschrijving van het begrip zorgplicht nog aspecten toevoegen als duurzame relaties, keuzevrijheid en privacy (als kwaliteitscriterium). Tenslotte maken enkele zorgverzekeraars expliciet onderscheid tussen de zorgplicht bij een natura- en restitutiepolis. Bij het laatste reikt de zorgplicht niet verder dan het vergoeden van de kosten van zorg en desgevraagd bemiddelen.

In de enquête is ook gevraagd wat volgens zorgverzekeraars de reikwijdte van de zorgplicht is. Daartoe is een aantal verantwoordelijkheden genoemd waarvan de zorgverzekeraars konden aangeven of deze volgens hen wel of niet onder de zorgplicht vallen. De uitkomsten zijn opgenomen in onderstaande tabel. Hieruit blijkt dat bijna alle zorgverzekeraars de continuïteit van zorg in een regio waar veel verzekerden wonen, beschikbaarheid van acute zorg en de contractering van voldoende kwalitatief goede zorg tot hun verantwoordelijkheid rekenen.

¹³ NZa, Rapport Zittend Ziekenvervoer- Onderzoek naar kwaliteitsafspraken, februari 2008

Reikwijdte zorgplicht volgens zorgverzekeraars

	Aantal zorgverzekeraars (N=30)
Continuïteit van zorg in een regio waar veel verzekerden wonen.	28
Continuïteit van zorgaanbieders waar veel verzekerden gebruik van maken.	12
Beschikbaarheid van acute zorg	28
Het resultaat van bemiddeling naar zorgaanbieders	21
Voldoende kwalitatief goede zorg gecontracteerd	28
Kwaliteit van acute zorg	20
Voldoende kwalitatief goede zorg ongeacht op welke wijze deze gerealiseerd wordt.	13
Anders ¹⁴	16

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

Continuïteit van zorgaanbieders waar veel verzekerden gebruik van maken wordt duidelijk minder genoemd als verantwoordelijkheid. Dit duidt erop dat zorgverzekeraars continuïteit van zorg voor hun verzekerden belangrijker vinden dan continuïteit van een specifieke zorgaanbieder. Dit past bij hetgeen gesteld is in het NZa advies 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel'.¹⁵ Hierin wordt gesteld dat zorgverzekeraars moeten signaleren wanneer er situaties dreigen te ontstaan waarin zij niet meer aan hun zorgplicht kunnen voldoen en dat zorgverzekeraars op hun zorgplicht voor individuele verzekerden aanspreekbaar blijven. Bij de uitvoering van steunmaatregelen hebben zorgverzekeraars echter geen beslissende rol. Koppeling van de zorgplicht aan de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg door zorgaanbieders overeind te houden, zou leiden tot een ongewenste dubbele binding voor verzekeraars en zou hen hinderen om de beste zorg voor de beste prijs in te kopen.

De vraag hoe ver de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar uit hoofde van de zorgplicht reikt kwam in de actualiteit met de financiële problematiek bij de IJsselmeerziekenhuizen. Verschillende zorgverzekeraars hebben in de interviews aangegeven dat zij de situatie nauwgezet hebben gevolgd en maatregelen hadden voorbereid voor het geval de ziekenhuizen omgevallen waren. De vraag hoe ver zij moeten gaan om de continuïteit van zorg zeker te stellen speelt volgens zorgverzekeraars ook in andere situaties, zoals zorg in gebieden die dunbevolkt zijn.

Een aantal uitspraken in de interviews illustreert dat er volgens de zorgverzekeraars ook grenzen zijn aan de zorgplicht¹⁶:

- "Extra betalen voor opleidingsplaatsen behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, een universiteit oprichten niet."
- "De bedoeling is een bepaald aantal huisartsen beschikbaar te hebben, maar als het echt niet lukt of de zorgverzekeraar nog meer moet bijbetalen, houdt het een keer op."

¹⁴ Als andere verantwoordelijkheid werd bijvoorbeeld betaalbare zorg genoemd.

¹⁵ NZa, Advies Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, early warningsysteem en mogelijkheden voor steunverlening, juni 2009.

¹⁶ De uitspraken zijn enigszins aangepast om te voorkomen dat ze herleidbaar zijn naar individuele zorgverzekeraars.

2.5 Zorgplicht bij schaarste

Bij schaarste aan zorg zullen zorgverzekeraars actie moeten ondernemen om hun verzekerden toch voldoende zorg te kunnen leveren en aan hun zorgplicht te voldoen. Dit vergt inzicht in potentiële schaarsteproblemen.

De meeste zorgverzekeraars geven aan generiek inzicht te hebben in het zorgaanbod en eventuele schaarste. Daartoe monitoren en analyseren zij de wachttijden en de beschikbare capaciteit van het zorgaanbod, signalen van verzekerden, patiëntenverenigingen en beroepsgroepen en brengen zij 'witte vlekken' in kaart. Slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars geeft aan inzicht te krijgen in eventuele schaarste door de specifieke vraag naar zorgbemiddeling of door de verhouding tussen het aantal verzekerden en het aantal gecontracteerde zorgaanbieders in een bepaald gebied.

Niet alle verzekeraars zijn even actief om mogelijke schaarsteproblemen in beeld te brengen. Enkele zorgverzekeraars geven blijk van een specifieke visie op schaarste en brengen toekomstige ontwikkelingen in kaart, terwijl het bij een enkele (kleine) zorgverzekeraar aan inzicht in schaarste ontbreekt.

Om de zorgplicht te waarborgen bij schaarste ondernemen zorgverzekeraars de volgende acties:

- Garantieafspraken maken met zorgaanbieders. Zowel over het leveren van zorg als over de tijdigheid ervan.
- Uitbreiding van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders, zowel in Nederland als in het buitenland.
- Het verlenen van toestemming om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan (zonder vergoedingsbeperking).
- Het bemiddelen naar zorg, ook in het buitenland.
- Het inzetten van zorgverleners die gelijksoortige zorg aanbieden (substitutie). Zo wordt voor huisartsenzorg de mogelijkheid genoemd van Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH), SOS-artsen en verpleeghuisartsen. Daarnaast kan voor medisch specialistische zorg worden uitgeweken naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's), zowel in Nederland als in het buitenland.
- Om het reeds een aantal jaren bestaande tekort aan kraamzorg het hoofd te bieden, geeft een zorgverzekeraar in zijn uitvoeringsverslag aan extra huishoudelijke hulp in te schakelen en te proberen de opleiding voor kraamverzorger aantrekkelijker te maken.
- Zelf (indirect) zorg aanbieden of faciliteren, variërend van financiële steun aan een zorginstelling tot het zelf opzetten van een gezondheidscentrum voor eerstelijns zorg.

2.6 Conclusie

Nagenoeg alle zorgverzekeraars kopen zelf zorg in. De organisatorische vormgeving van de zorginkooppuntie verschilt per zorgverzekeraar.

Bij de inkoop van zorg zijn zorgverzekeraars nog terughoudend met selectieve contractering van zorgaanbieders. Mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars zoveel mogelijk aanbieders contracteren om verzekerden keuzevrijheid te bieden, zoals het merendeel van de zorgverzekeraars in zijn uitvoeringsverslag aangeeft. Volgens de helft van de zorgverzekeraars beperkt de zorgplicht de mogelijkheden voor selectieve contractering.

De verschillende doelstellingen die zorgverzekeraars nastreven bij het inkopen van zorg, zoals kostenbesparing enerzijds en goede kwaliteit en voldoende zorg anderzijds, kunnen op gespannen voet met elkaar staan. De NZa is van mening dat het nastreven van kostenbesparingen niet ten koste mag gaan van de omvang en kwaliteit van de zorg waar de verzekerde behoefte aan en aanspraak op heeft. De zorgverzekeraar moet dit niet alleen waarborgen bij het stellen van eisen in de overeenkomsten met zorgaanbieders, maar ook door zodanige kwaliteitseisen te stellen dat deze in de praktijk uitvoerbaar zijn en door de naleving hiervan te controleren.

Tot de reikwijdte van de zorgplicht behoren volgens de zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg in een regio waar veel verzekerden van de zorgverzekeraar wonen, beschikbaarheid van acute zorg en de contractering van voldoende kwalitatief goede zorg. Zorgverzekeraars ondervinden soms problemen om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheden. Zo geven alle zorgverzekeraars aan dat er groepen zorgaanbieders zijn waarmee zij moeite hebben om overeenkomsten te sluiten. Bij schaarste in het zorgaanbod treffen zorgverzekeraars diverse maatregelen om toch aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. De meeste zorgverzekeraars hebben oplossingen klaarliggen om hun verzekerden van zorg te kunnen blijven voorzien in geval van schaarste of continuïteitsproblemen. Wel speelt bij de zorgverzekeraars de vraag hoe ver zij moeten gaan om continuïteit van zorg zeker te stellen.

Wat volgens de NZa tot de reikwijdte van de zorgplicht behoort werkt zij uit in het (nog te publiceren) toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars en in hoofdstuk zes. In hoofdstuk zes komt ook aan de orde hoe de NZa tegen de bevindingen uit dit hoofdstuk aankijkt vanuit haar visie op de zorgplicht.

3. Inhoud en omvang

3.1 Inleiding

Vanuit de zorgplicht moeten zorgverzekeraars de hoeveelheid zorg en diensten leveren en/of vergoeden die tot het verzekerd pakket behoren. De aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg zijn bij wettelijk voorschrift geregeld. De aard is geregeld in de Zvw. De inhoud en omvang zijn bij en krachtens het Besluit zorgverzekering (Bzv) geregeld (art. 2.4 tot en met 2.15 Bzv). De inhoud en omvang van de vormen van zorg wordt daarnaast ook mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.¹⁷ Het is niet toegestaan om andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen, maar ook niet om beperktere afspraken te maken. Zorgverzekeraars nemen de inhoud en omvang van het verzekerd pakket op in hun modelovereenkomsten, die worden voorgelegd aan de NZa.

Verzekerden hebben niet zonder meer recht op zorg die tot het verzekerd pakket behoort. In de polis zijn vaak voorwaarden opgenomen zoals verwijzing, voorschrift of toestemming waaraan moet zijn voldaan om de aanspraak tot gelding te brengen. Deze voorwaarden mogen alleen van procedurele en administratieve aard zijn, dus bijvoorbeeld niet van financiële aard. In 2010 verricht de NZa een specifiek deelonderzoek naar toestemmingsvoorwaarden.

Wanneer een zorgverzekeraar aanspraken in de polis weergeeft als naturaprestatie geldt dat een zorgverzekeraar is gehouden de hoeveelheid zorg en diensten te leveren die in overeenstemming is met de wettelijke zorgaanspraken en de laatste stand van de wetenschap en praktijk, dan wel hetgeen geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.¹⁸

Als een zorgverzekeraar aanspraken weergeeft als restitutieprestatie geldt dat de zorgverzekeraar gehouden is de zorg en diensten te vergoeden die in overeenstemming is met de wettelijke zorgaanspraken en naar hoeveelheid overeenstemt met de Nederlandse marktomstandigheden, eventueel verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico.¹⁹ Ook kan er een vergoedingsbeperking toegepast worden als een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt, terwijl dit wel de bedoeling is.²⁰

Dit hoofdstuk gaat in op de manier waarop zorgverzekeraars de inhoud en omvang van de verzekerde zorg betrekken bij de zorginkoop.²¹

¹⁷ Bzv, artikel 2.1

¹⁸ Bzv, artikel 2.1

¹⁹ Bzv, artikel 2.2

²⁰ Zvw, artikel 13

²¹ In de enquête is enkel de term 'omvang' gebruikt en nog niet inhoud. Deze is pas in een later stadium aan de definitie van de zorgplicht toegevoegd.

3.2 Onderzoeksbevindingen

Uit de enquête blijkt dat alle verzekeraars bij de afspraken over zorginkoop aangeven waaraan de omvang van de zorg moet voldoen. Een kanttekening hierbij is dat zorgverzekeraars het begrip omvang op verschillende manieren interpreteren. Zo wordt gesproken over capaciteits- en volumeafspraken, terwijl de vraagstelling meer betrekking had op de omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat op basis van de Zvw.²² Met het eerste wordt bijvoorbeeld het totaal aantal behandelingen bedoeld wat bij de zorgaanbieder kan worden afgenomen, terwijl het laatste gaat om de hoeveelheid behandelingen waar een individuele verzekerde recht op heeft vanuit de Zvw.

Alle zorgverzekeraars geven bij het maken van afspraken aan wat de aanspraak is van de verzekerde volgens de Zvw. Daarnaast geeft 77% van de zorgverzekeraars aan richtlijnen te geven voor het aantal behandelingen en/of hulpmiddelen. De afspraken over de omvang van de te leveren zorg worden vooral gedifferentieerd op het niveau van de zorgaanbieder, de verstrekking en het specialisme (zie onderstaande tabel). Dit betekent bijvoorbeeld dat een meerderheid van zorgverzekeraars onderscheid maakt tussen verschillende verstrekkingen bij het maken van afspraken en niet voor alle verstrekkingen dezelfde afspraken maakt.

Niveau waarop afspraken gemaakt worden over omvang

Afspraken op niveau van:	Aantal zorgverzekeraars (N=28)
Zorgaanbieder	25
Verstrekking	18
Specialisme	17
Diagnose	13
Klantgroep	0 ²³

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

Bijna de helft van de zorgverzekeraars maakt met bepaalde (niet nader gespecificeerde) zorgaanbieders aanvullende afspraken, die zij met de overige zorgaanbieders niet maken. Bijna de helft van de zorgverzekeraars maakt aanvullende afspraken met bepaalde zorgaanbieders door het hele land. Een andere tien procent geeft aan dat de differentiatie in afspraken per verstrekking verschilt. Ten slotte maakt 30% van de zorgverzekeraars helemaal geen aanvullende afspraken met zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars kunnen bij de afspraken over de omvang van de zorg prikkels inbouwen om er voor te zorgen dat de afspraken worden nagekomen. Uit de enquête blijkt dat 63% van de zorgverzekeraars dergelijke prikkels in de contracten heeft ingebouwd.²⁴ Een voorbeeld van een prikkel is dat zorgaanbieders gegevens moeten aanleveren, zoals zorgprofielen of indicatoren. De gegevens kunnen vervolgens consequenties hebben voor de contractering en het tarief.

²² Een aantal zorgverzekeraars merkt zelf ook op in de enquête dat de term 'omvang' op verschillende manieren kan worden uitgelegd.

²³ Bij het voorleggen van de onderzoeksbevindingen merkten enkele zorgverzekeraars op dat zij wel degelijk afspraken maken op het niveau van klantgroepen, zoals 'jeugd'.

²⁴ De overige 37% heeft ofwel aangegeven geen prikkels te hebben ingebouwd (13%) of heeft geen antwoord gegeven op deze vraag (26%).

Op één zorgverzekeraar na, controleren alle zorgverzekeraars of de gemaakte afspraken zijn nagekomen. De ene helft van de zorgverzekeraars controleert alle gecontracteerde zorgaanbieders; de andere helft controleert een beperkt aantal. Als de gemaakte afspraken niet worden of zijn nagekomen, kan een zorgverzekeraar hier consequenties aan verbinden. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de mogelijke consequenties.

Consequenties van niet nakomen afspraken over omvang

	Aantal zorgverzekeraars (N=29)
Financiële sanctie	23
Niet meer contracteren	16
Geen consequenties	0
Anders ²⁵	2

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

3.3 Conclusies

Zorgverzekeraars moeten de hoeveelheid zorg en diensten leveren en/of vergoeden die tot het verzekerde pakket behoort. Alle zorgverzekeraars geven bij hun inkoopafspraken aan waaraan de omvang van de zorg moet voldoen, in de zin van wat de aanspraak van de verzekerde is vanuit de Zvw. Een kanttekening hierbij is dat zorgverzekeraars het begrip omvang op verschillende manieren interpreteren. Driekwart van de zorgverzekeraars geeft ook richtlijnen voor het aantal behandelingen en/of hulpmiddelen. In hoofdstuk twee is al opgemerkt dat dergelijke richtlijnen niet ten koste mag gaan van de omvang en kwaliteit van de zorg waar de verzekerde behoefte aan en aanspraak op heeft.

De inkoopafspraken worden voornamelijk gemaakt op het niveau van zorgaanbieder, verstrekking en specialisme. Een meerderheid van de zorgverzekeraars maakt met een aantal zorgaanbieders aanvullende afspraken. Ongeveer tweederde van de zorgverzekeraars bouwt bij de afspraken over de omvang van zorg prikkels in om de naleving ervan te stimuleren. De NZa beveelt de zorgverzekeraars die dit nog niet doen, aan alsnog prikkels toe te passen. Nagenoeg alle zorgverzekeraars controleren of de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk zijn nagekomen.

²⁵ Voorbeelden hiervan zijn een volumebeperking of laagste prijs.

4. Kwaliteit

4.1 Inleiding

Op grond van de zorgplicht moeten zorgverzekeraars zorg dragen voor voldoende kwalitatief goede zorg. Daartoe dienen zij bij de inkoop van zorg afspraken te maken over kwaliteit. Om kwaliteitsafspraken te kunnen maken is het essentieel dat informatie over de kwaliteit van zorg beschikbaar en transparant is. In het algemeen is dit nog onvoldoende het geval. In het programma 'Zichtbare Zorg' werken veldpartijen aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, die de basis vormen voor het maken van kwaliteitsafspraken.²⁶ Het moment waarop kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn verschilt per zorgmarkt.²⁷

Ook als er (nog) geen kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn moeten zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken maken. Zorgverzekeraars hanteren dan alternatieve manieren. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de contractering van fysiotherapeuten, waarbij zorgverzekeraars de tarieven die zij aan zorgaanbieders betalen differentiëren op basis van hun eigen kwaliteitskenmerken.

Bij de beoordeling van de naleving van de zorgplicht op het aspect kwaliteit is van belang of het gaat om een polis met gecontracteerde zorg of zonder gecontracteerde zorg. Bij een polis met gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht en geleverd zal worden kwalitatief goed is.²⁸ Bij een polis zonder gecontracteerde zorg is er geen zorginkooprelatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft enkel een relatie met de verzekerde, die bestaat uit vergoeding van kosten van zorg aan de verzekerde en desgevraagd zorgbemiddeling. De verzekerde is vrij in zijn keuze van zorgaanbieder en is er zelf verantwoordelijk voor dat hij naar een gekwalificeerde aanbieder gaat. Als de verzekerde de verzekeraar verzoekt om bemiddeling worden wel eisen gesteld aan de zorgaanbieder waar de verzekerde naar wordt bemiddeld.

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars maken bij hun zorginkoop en het gebruik van kwaliteitsindicatoren daarbij. Daarnaast is gekeken of zorgverzekeraars de naleving van de kwaliteitsafspraken controleren en welke maatregelen zij treffen als blijkt dat de kwaliteit onvoldoende is of de zorgaanbieder zich niet aan de afspraken heeft gehouden.

4.1.1 Relatie IGZ-NZa

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die hij levert. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Op grond van de zorgplicht moeten zorgverzekeraars een actieve rol spelen bij de waarborging van deze elementen.

²⁶ De NPCF heeft ook aangegeven in 2010 met een project te zullen starten waarin het ontwikkelen van kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief centraal staat.

²⁷ Zo bestaat voor medisch specialistische zorg voor een aantal behandelingen en voor fysiotherapie al een lijst met kwaliteitsindicatoren, terwijl voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren nog in de beginfase verkeert.

²⁸ MvT Zvw, blz. 43

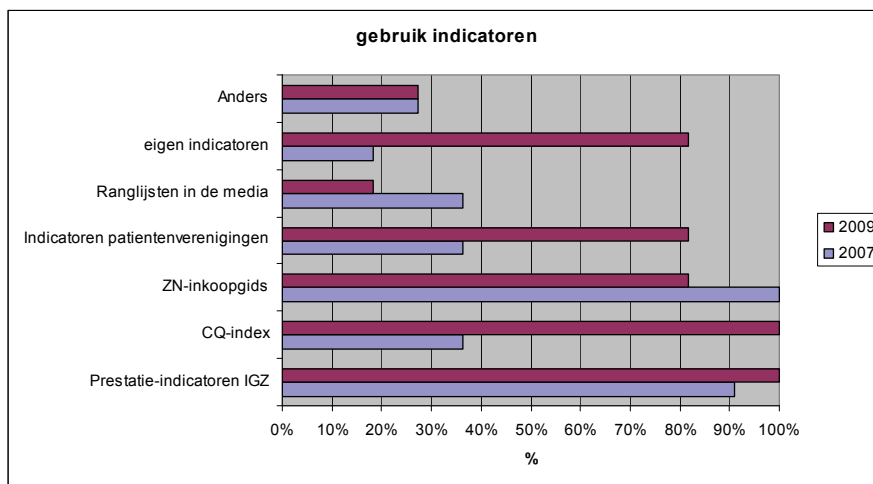
De NZa ziet toe op de naleving van deze zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa volgt het oordeel van de IGZ t.a.v. kwaliteit van zorg. De NZa houdt toezicht op informatie over de kwaliteit van zorg (transparantie) die middels kwaliteitsindicatoren beschikbaar komt. Met andere woorden: de NZa houdt toezicht op de kwaliteit van transparantie.

4.2 Onderzoeksbevindingen

4.2.1 Afspraken over het gebruik van indicatoren

Uit de enquête blijkt dat alle zorgverzekeraars afspraken maken over het gebruik van indicatoren. Alle zorgverzekeraars hanteren de prestatie-indicatoren van de IGZ en de CQ-index²⁹. Opvallend is dat de CQ-index binnen enkele jaren algemeen aanvaard is geraakt. In 2007, het jaar waarin de CQ-index is ingevoerd, werd deze nog door slechts een derde van de zorgverzekeraars gebruikt. Daarnaast is een forse toename zichtbaar in het gebruik van eigen indicatoren en indicatoren van patiëntenverenigingen. In 2009 gebruikt 82% van de zorgverzekeraars beiden typen indicatoren, terwijl dit in 2007 hooguit een derde was. Het gebruik van de ZN-inkoopgids is daarentegen gedaald van 100% in 2007 naar 82% in 2009.

Gebruik van indicatoren bij het maken van kwaliteitsafspraken



Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

Bovenstaande enquête resultaten dienen wel enigszins genuanceerd te worden. In de interviews geven zorgverzekeraars aan dat de mogelijkheden om kwaliteitsafspraken te maken per zorgsector verschillen. In marktsegmenten waar onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie aanwezig is, baseren zij zich op basale kwaliteitswaarborgen, zoals registratie in de beroepsregisters. Ook blijken indicatoren in de praktijk niet in elke zorgsector in dezelfde mate te worden gebruikt. Zo worden indicatoren wel gebruikt bij ziekenhuiszorg en kraamzorg, maar niet of nauwelijks bij de afspraken met zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en apothekers.

In het veilingensysteem voor kraamzorg dat enkele zorgverzekeraars hanteerden, spelen kwaliteitseisen een rol voor de hoogte van de minimale bieding.

²⁹ De CQ-index (Consumer Quality Index) is een verzameling meetinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit het perspectief van gebruikers van zorg.

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het voldoen aan de basis kwaliteitseisen kraamzorg, het bezit van een kwaliteitscertificaat, continuïteitsgaranties en een goed opleidingsbeleid³⁰.

In het zittend ziekenvervoer zijn veldpartijen, waaronder Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zelf tot een uitwerking gekomen op welke aspecten moet worden gelet bij het contracteren. In samenwerking met het Kennisplatform Verkeer en Vervoer is een handboek 'professioneel aanbesteden zittend ziekenvervoer' opgesteld. Dit handboek geeft zorgverzekeraars een handvat om de kwaliteit te waarborgen bij het contracteren van zittend ziekenvervoer.³¹

Daarentegen maken zorgverzekeraars nog nauwelijks aanvullende kwaliteitsafspraken met ZBC's bij de inkoop van zorg.³² Ook bij de contractering van apothekers worden nauwelijks kwaliteitsafspraken gemaakt. Dit wordt o.a. veroorzaakt door een gebrek aan transparantie: zorgverzekeraars geven aan dat de prestaties waarover apothekers afspraken willen maken niet meetbaar dan wel toetsbaar zijn.³³ Bijkomend probleem is dat apothekers door gezamenlijke onderhandelingen lokale monopolies vormen. Zorgverzekeraars stellen dat zij op grond van de zorgplicht gedwongen worden om afspraken te maken zonder dat zij veel aanvullende kwaliteitseisen kunnen stellen. De NZa heeft echter signalen ontvangen van apothekers dat zij met zorgverzekeraars zouden willen onderhandelen over extra kwaliteit, maar dat de zorgverzekeraars hier niet voor openstaan.

4.2.2 Overige aspecten bij afspraken en prikkels

Naast de in de vorige paragraaf genoemde indicatoren betrekken zorgverzekeraars ook andere aspecten bij de onderhandelingen over zorginkoop, zoals de continuïteit van de zorg, informatieverstrekking aan patiënten en registratie in beroepsregisters (zie onderstaande tabel). Het aspect infectiepreventie betrekken zij in mindere mate in de onderhandelingen.

Welke aspecten worden meegewogen bij het beoordelen van kwaliteit?

Aspecten	Aantal zorgverzekeraars (N=30)
Keurmerken/ certificering	30
Registers	30
Klachtenprocedures	30
Achterwacht voor zorgcontinuïteit	30
Informatieverstrekking aan patiënten	30
Deskundigheid personeel	29
Infectiepreventie	21
Anders ³⁴	1

Bron: Enquête onder zorgverzekeraars 2009

Uit interviews blijkt dat zorgverzekeraars ook gebruik maken van best practices om de kwaliteitsbeleving van verzekerden te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn Topzorg-aanbieders en serviceafspraken, zoals een avondsprekeuur.

³⁰ NZa, monitor kraamzorgveiling 2006-2008

³¹ NZa, rapport Evaluatie Zittend Ziekenvervoer, februari 2010.

³² NZa, monitor ziekenhuiszorg 2009.

³³ NZa, monitor contractering farmacie, 2009.

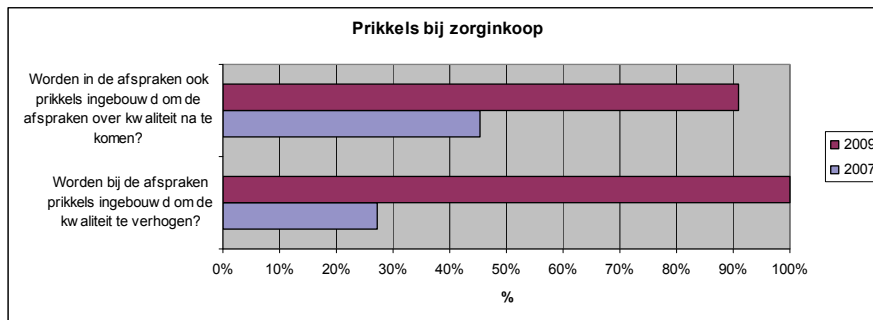
³⁴ Een zorgverzekeraar noemt ook wachttijden en interne logistiek als kwaliteitsaspect.

Tot slot geven verzekeraars aan dat ze bij de afspraken zo veel mogelijk inzetten op het stimuleren van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit wordt onder meer gedaan door specifieke afspraken te maken over zorgprogramma's en ketenzorg, bijvoorbeeld voor diabeteszorg en COPD-behandeling. Dit kan een positief effect hebben op de zorg voor de patiënt en op de betaalbaarheid van de zorg op macro niveau.

In de enquête geven zorgverzekeraars aan dat zij de onderhandelingen over kwaliteit vooral voeren op het niveau van verstrekkingscategorie en diagnosegroep. Vanuit het representatiemodel vinden de onderhandelingen voor ziekenhuiszorg vaak met enkele zorgaanbieders binnen de eigen kernregio plaats. Met individuele beroepsbeoefenaren zoals huisartsen en fysiotherapeuten, worden kwaliteitsafspraken vaak collectief afgestemd via landelijke of regionale representatieve organisaties, waarna zorgverzekeraars individueel contracteren. Hierbij is de ruimte om individuele kwaliteitsafspraken te maken over het algemeen beperkt.

Zorgverzekeraars hebben in hun afspraken met zorgaanbieders vrijwel altijd prikkels ingebouwd die kwaliteitsverhogend moeten werken en tenminste nakoming van de afspraken moeten stimuleren. In 2007 was dit nog lang niet altijd het geval. Bij prikkels moet gedacht worden aan een opslag op het tarief voor innovatie, staffelkortingen of het geven van een bonus voor het behalen van een accreditatie.

Gebruik van prikkels om kwaliteit te waarborgen en te verhogen



Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

4.2.3 Controle en beleid bij kwaliteitsproblemen

Alle zorgverzekeraars controleren of de gemaakte kwaliteitsafspraken worden nagekomen. Om de kwaliteitsafspraken controleerbaar te maken worden deze bijvoorbeeld SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden) geformuleerd. De helft van de zorgverzekeraars geeft aan bij een aantal verstrekkingen alle zorgaanbieders te controleren en bij de overige een gedeelte van de zorgaanbieders. In dit laatste geval wordt dan bijvoorbeeld steekproefsgewijs gecontroleerd. De andere helft van de zorgverzekeraars controleert bij alle verstrekkingen alleen een gedeelte van de zorgaanbieders.

Als bij de controle blijkt dat een zorgaanbieder niet aan de kwaliteitsafspraken heeft voldaan of als een zorgaanbieder onder verscherpt toezicht van de IGZ is gesteld, heeft dit in alle gevallen gevolgen voor de afspraken die zorgverzekeraars met die aanbieder maken.

Als een zorgaanbieder onder verscherpt toezicht is gesteld heroverweegt ruim de helft van de verzekeraars de afspraken, met als uiterste consequentie beëindiging van het contract. Een even grote groep zorgverzekeraars zegt aanvullende eisen te stellen aan de kwaliteit en extra te gaan monitoren. Echter, een interessante observatie uit de interviews is dat zorgverzekeraars vaak niet weten welke zorgaanbieders onder toezicht zijn gesteld door de IGZ. Hierdoor is het volgens zorgverzekeraars lastig om tijdig maatregelen te nemen. Toch maakt de IGZ op haar website (www.igz.nl) openbaar welke instellingen onder verscherpt toezicht staan. Ook zorgverzekeraars hebben toegang tot deze informatie. Naast informatie over verscherpt toezicht kunnen zorgverzekeraars ook alle instellingsrapporten zien, met daarin bijvoorbeeld informatie over in het verleden ingesteld verscherpt toezicht.

Tweederde van de zorgverzekeraars geeft aan financiële sancties te treffen als een zorgaanbieder de kwaliteitsafspraken niet nakomt. Ook zegt het grootste deel van de zorgverzekeraars de overeenkomst met de zorgaanbieder te beëindigen. Dit is echter wel sterk afhankelijk van het soort zorgaanbieder. Zo is het praktisch niet werkbaar voor zorgverzekeraars om geen contract te hebben met ziekenhuizen en huisartsen, terwijl dit voor ZBC's en fysiotherapeuten anders ligt. In de interviews geven zorgverzekeraars aan verzekerden liever te sturen via de 'gids-functie'.

De NPCF constateert op basis van een meldactie dat een groot deel van deelnemers het goed vindt als een zorgverzekeraar geen contract afsluit met zorgaanbieders die ondermaatse kwaliteit leveren. De verzekerde wil echter niet dat de zorgverzekeraar selectief contracteert in de zin van voorschrijven naar welke zorgaanbieder hij moet gaan. Enige sturing wordt wel geaccepteerd, maar dan liever in de vorm van goede informatieverstrekking door de zorgverzekeraar.³⁵

Consequenties niet nakomen afspraken over kwaliteit

	Aantal zorgverzekeraars (N=30)
Financiële sanctie	20
Niet meer contracteren	26
Geen consequenties	2
Anders ³⁶	10

Bron: NZa enquête Zorgplicht 2009

4.3 Conclusies

Bij de zorginkoop maken zorgverzekeraars afspraken over kwaliteit, om te waarborgen dat de kwaliteit van de zorg die is ingekocht en geleverd zal worden 'goed' is.

In vergelijking met 2007 is het gebruik van kwaliteitsindicatoren bij het maken van kwaliteitsafspraken flink gestegen. Dit geldt echter niet voor elke zorgsector. In sectoren waar kwaliteitsinformatie nog onvoldoende transparant is en indicatoren nagenoeg ontbreken, komen kwaliteitsafspraken nauwelijks van de grond. Echter, ook in die situaties moeten zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken maken.

³⁵ NPCF, Rapport meldactie zorgverzekeraars, december 2009.

³⁶ Voorbeelden hiervan zijn het intrekken van een kwaliteitslabel, het informeren van de verzekerde of het maken van verbeterafspraken.

De NZa benadrukt daarom nogmaals het belang van transparante kwaliteitsinformatie en verwacht dat zorgverzekeraars een actieve rol spelen in de ontwikkeling hiervan, onder meer in het kader van het programma Zichtbare Zorg. Positief is dat zorgverzekeraars ook andere - kwaliteitsgerelateerde- aspecten in hun onderhandelingen over zorginkoop betrekken, zoals registratie in beroepsregisters en keurmerken.

Behalve bij onvoldoende transparantie is het volgens zorgverzekeraars ook moeilijk om scherpe kwaliteitsafspraken te maken in situaties waarin zorgaanbieders een lokale monopoliepositie hebben. De NZa betreft dit in haar toezicht op aanmerkelijke marktmacht.

Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben in de overeenkomsten met zorgaanbieders prikkels ingebouwd die kwaliteitsverhogend moeten werken en de nakoming van de afspraken moeten stimuleren. Alle zorgverzekeraars controleren of de kwaliteitsafspraken ook daadwerkelijk zijn nagekomen. Een meerderheid van de zorgverzekeraars treft financiële sancties als een zorgaanbieder de kwaliteitsafspraken niet nakomt of beëindigt het contract. Bij ziekenhuizen en huisartsen is dit laatste in de praktijk echter nauwelijks een optie voor zorgverzekeraars.

Als blijkt dat een zorgaanbieder de kwaliteitsafspraken niet heeft nageleefd of onder verscherpt toezicht van de IGZ is gesteld, heeft dit in alle gevallen gevolgen voor de afspraken die zorgverzekeraars met die aanbieder maken. Een aandachtspunt hierbij is dat zorgverzekeraars aangeven vaak geen inzicht hebben in de instellingen die onder verscherpt toezicht zijn gesteld, waardoor zij moeilijk tijdig aanvullende maatregelen kunnen nemen. Deze informatie maakt de IGZ echter openbaar op haar website. De zorgverzekeraars zouden hierin hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen door de website in de gaten te houden. Zij moeten immers vergewissen dat de zorg die zij inkopen als kwalitatief goed kan worden beschouwd.

5. Tijdigheid en bereikbaarheid

5.1 Inleiding

De tijdigheid waarmee een (zorg)prestatie wordt geleverd, wordt bepaald door zowel de tijd die nodig is om toegang te krijgen tot de zorgaanbieder (toegangstijd) als de tijd om de zorg te verkrijgen (wachtijd). Hierbij kan het gaan om tijdige toegang en levering van zorg door een zorgaanbieder, tijdige bemiddeling naar zorg door de zorgverzekeraar of tijdige vergoeding van de kosten voor zorg.³⁷ De Treeknormen gelden als maximaal aanvaardbare toegangstijden en wachttijden voor zorg.³⁸

De bereikbaarheid van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar wordt in de eerste plaats bepaald door de manier waarop in contact met hem kan worden getreden (contactmogelijkheden). Bij contactmogelijkheden gaat het zowel om fysiek (persoonlijk) contact als om contact op afstand (o.a. via telefoon, internet).

Bij contact op afstand wordt de bereikbaarheid vervolgens bepaald door de tijdsduur waarbinnen contact wordt gemaakt met de zorgaanbieder of zorgverzekeraar (toegangstijd op afstand). Bij fysiek contact wordt de bereikbaarheid bepaald door de geografische afstand of tijd waarbinnen de patiënt bij de zorgaanbieder ter plekke kan zijn, of zonodig de zorgaanbieder bij de patiënt (reisafstand of reistijd).

Er bestaat een wisselwerking tussen tijdigheid en bereikbaarheid. Zo hebben geografische afstanden nagenoeg altijd invloed op het tijdig (kunnen) leveren van zorg. Andersom is een tijdige levering van zorg weer mede afhankelijk van de bereikbaarheid hiervan. Een voorwaarde voor bereikbare en tijdige zorg is dat de zorg beschikbaar is.³⁹ De beschikbaarheid van zorg kan per verstrekking of per zorgaanbieder worden aangeduid. De capaciteit van het beschikbare aanbod wordt bepaald door de hoeveelheid zorgaanbieders per gebied (aantal zorgaanbieders) en de tijden waarbinnen zorg wordt aangeboden (openingstijden).

De verplichting van de zorgverzekeraar ten aanzien van tijdige levering of vergoeding van zorg verschilt tussen restitutie- en naturapolissen en tussen polissen met en zonder gecontracteerde zorg. Wanneer recht bestaat op zorg (natura) moet een zorgverzekeraar snel ('terstond') zorg leveren aan haar verzekerden, met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid.⁴⁰ In geval de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie) heeft, moet de zorgverzekeraar snel ('prompt') de kosten van zorg die haar verzekerden hebben gemaakt, aan hen vergoeden.⁴¹ Als een zorgverzekeraar zorg contracteert moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht, in principe 'tijdig' geleverd zal worden.⁴²

³⁷ Tijdigheid van zorgbemiddeling en kostenvergoeding komen in dit hoofdstuk niet nader aan de orde.

³⁸ De Treeknormen zijn uitgewerkt in het Toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars' van de NZa dat nog zal worden gepubliceerd.

³⁹ Beschikbaarheid van zorg is ook een voorwaarde voor (een gelijke toegang tot) kwalitatieve en betaalbare zorg (zie ook § 2.3). Omdat beschikbaarheid van zorg vooral tot uitdrukking komt bij bereikbaarheid en tijdigheid is dit in deze paragraaf uitgewerkt.

⁴⁰ MvT Zvw, blz. 34.

⁴¹ MvT Zvw, blz. 34.

⁴² MvT Zvw, blz. 43.

Ten aanzien van de bereikbaarheid geldt dat bij gecontracteerde zorg en bij het bemiddelen naar zorg de zorgverzekeraar zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde moet aanbieden.⁴³

5.2 Onderzoeksbevindingen

5.2.1 Normen tijdigheid en bereikbaarheid⁴⁴

De zorgplicht is een open norm, welke verder ingevuld kan worden door de NZa, maar ook door het veld zelf. In de enquête is de zorgverzekeraars gevraagd welke normen zij bij verschillende verstrekkingen hanteren voor tijdigheid en bereikbaarheid. Doel van deze uitvraag was om zorgverzekeraars te laten aantonen dat zij goed hebben nagedacht over de bereikbaarheid en tijdigheid van zorg en hiervoor beleid hebben. Daarnaast levert het een feitelijk beeld op van de mate waarin zorgverzekeraars zelf nader bepaald hebben wat zij wenselijk vinden qua tijdigheid en bereikbaarheid. Hiermee geven zij een concrete invulling aan de open norm zorgplicht. Bij de contractering van zorgaanbieders kan een zorgverzekeraar dan op basis van de normen bekijken of de zorg nog binnen de gewenste bereikbaarheid en tijdigheid geleverd kan worden. Op die manier kan ook beter ingespeeld worden op continuïteitsproblemen.

Nagenoeg alle zorgverzekeraars hanteren normen voor de tijdigheid en bereikbaarheid van zorg. Dit varieert van het gebruik van een beperkt aantal normen of alleen de Treeknormen tot meerdere (niet nader gespecificeerde) eigen normen. De zorgverzekeraars die eigen normen hanteren voor een ruim aantal verstrekkingen laten daarmee expliciet blijken dat tijdigheid en bereikbaarheid een (continue) punt van aandacht is.

Hoewel de meeste zorgverzekeraars (in meer of mindere mate) normen hanteren, is een aantal zorgverzekeraars van mening dat normen niet in alle gevallen nodig zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij verstrekkingen waarbij voldoende aanwezigheid is van zorgaanbieders op de inkoopmarkt of wanneer zorgaanbieders in ruime mate zijn gecontracteerd. Zorgverzekeraars gaan er hierbij blijkbaar van uit dat voldoende zorgaanbod per definitie leidt tot bereikbare en tijdige zorg. De enkele zorgverzekeraar die geen normen hanteert geeft aan per specifiek geval te beoordelen wat een redelijke termijn of afstand is, afhankelijk van de urgentie.

In bijlage 1 zijn overzichten opgenomen waarin per verstrekking is aangegeven welke normen zorgverzekeraars hanteren en in welke frequentie.⁴⁵ Per verstrekking is een indeling gemaakt in tijdigheid van zorg, bereikbaarheid van de zorgaanbieder en beschikbaarheid van zorg. Hieruit is op te maken dat nog niet alle zorgverzekeraars voor alle verstrekkingen normen hanteren en wanneer zij wel normen hanteren zich vaak beperken tot de Treeknormen.

⁴³ MvT Zvw, blz. 31 en 32.

⁴⁴ MvT Zvw, blz. 43.

⁴⁵ Zorgverzekeraars binnen één concern hebben veelal een eenduidig beleid en hanteren dezelfde normen.

Uit onderzoek van de Consumentenbond blijkt echter dat de Treeknormen door de consument over het algemeen als te ruim ervaren worden.⁴⁶

Bovendien blijkt dat bij paramedische zorg – logopedie, ergotherapie en dieetadvisering – zes zorgverzekeraars aanzienlijk ruimere normen voor de toegangstijd dan de Treeknormen van maximaal 1 week hanteren. Bij logopedie en dieetadvisering hanteren zorgverzekeraars een norm voor de toegangstijd van maximaal 2 maanden en voor ergotherapie een norm van maximaal 6 weken. Aangezien de Treeknormen gelden als grens tussen wat aanvaardbaar is en wat als problematisch kan worden aangeduid en mede door zorgverzekeraars zelf zijn vastgesteld, mag verwacht worden dat zorgverzekeraars zich inspannen om deze normen als grens te hanteren.⁴⁷ De aanzienlijke overschrijding ervan is onwenselijk vanuit het oogpunt van tijdigheid.

Uit dit onderzoek en uit andere signalen uit het veld, blijkt dat zorgverzekeraars het lastig vinden om met bepaalde groepen zorgaanbieders afspraken te maken (zie § 2.3). Dit duidt er op dat zorgverzekeraars voor deze verstrekkingen niet gemakkelijk eisen kunnen opleggen aan zorgaanbieders om selectief te kunnen contracteren. Het ontwikkelen van eigen normen voor deze verstrekkingen zal daarmee naar verwachting geen prioriteit krijgen van zorgverzekeraars. Dit zou de ontwikkeling van normen in de weg kunnen staan.

5.2.2 Afspraken met zorgaanbieders

5.2.2.1 Specifieke afspraken

Alle zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over tijdigheid en bereikbaarheid. Bij het contracteren kunnen zorgverzekeraars differentiëren tussen zorgaanbieders, door specifieke afspraken te maken over tijdigheid en bereikbaarheid. Dit doen de meeste zorgverzekeraars. Een meerderheid maakt specifieke afspraken met zorgaanbieders door het hele land, terwijl een derde dit toepast met zorgaanbieders in de regio waar veel verzekerden van hem wonen. Een beperkt aantal zorgverzekeraars geeft expliciet aan géén specifieke afspraken te (willen) maken binnen de farmacie, de GGZ en voor hulpmiddelen.

Het niveau waarop afspraken worden gemaakt varieert voornamelijk per verstrekking (zie tabel op de volgende pagina). Bij medisch specialistische zorg worden vooral afspraken gemaakt op het niveau van DBC's. Bij de GGZ wordt in enkele gevallen afspraken gemaakt op praktijkniveau.

⁴⁶ Consumentenbond, Zorg voor de zorgplicht (onderzoek door Julikah Ribbink), februari 2009, p. 54-60.

⁴⁷ Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

Niveau waarop afspraken gemaakt worden over bereikbaarheid en tijdigheid

Afspraken op niveau van:	Aantal zorgverzekeraars (n=30)
Per verstrekking	24
Per specialisme	8
Per zorgaanbieder	17
Per klantgroep	1
Per diagnose	5

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

5.2.2.2 Aanvullende aspecten

Om de bereikbaarheid en tijdigheid van zorg te kunnen beoordelen hanteren zorgverzekeraars niet alleen hun eigen normen. Ook geven vrijwel alle zorgverzekeraars (28) aan dat zij aanvullende aspecten betrekken bij het maken van afspraken met zorgaanbieders, zoals klachtenprocedures, informatieverstrekking aan patiënten en keurmerken. Slechts twee zorgverzekeraars hebben geen enkel aspect aangegeven dat mede bepalend is voor bereikbaarheid en tijdigheid.

Aspecten die worden meegewogen bij het beoordelen van bereikbaarheid en tijdigheid

	Aantal zorgverzekeraars (n=30)
Klachtenprocedures	26
Informatieverstrekking aan patiënten	18
Keurmerken / certificering	25
Anders ⁴⁸	7

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

5.2.2.3 Controle van afspraken

Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft in de afspraken over tijdigheid en bereikbaarheid prikkels ingebouwd om de naleving ervan te stimuleren. De meeste prikkels zijn van financiële aard. Zo wordt meer volume en/of financiering afgesproken als prikkel om wachtlijsten bij tweedelijnszorg te verkorten. Met name binnen de paramedische zorg differentiëren verzekeraars de tarieven, onder andere op basis van de openingstijden. Naarmate de openingstijden ruimer zijn is het tarief hoger. In een enkel geval worden zorgaanbieders geprikkeld doordat zij in aanmerking kunnen komen voor een kwaliteitslabel. Naast stimulerende prikkels worden ook 'negatieve' prikkels gehanteerd, zoals de dreiging om het contract te beëindigen of lagere volumes af te spreken.

Nagenoeg alle zorgverzekeraars controleren of afspraken over bereikbaarheid en tijdigheid worden nageleefd. Eenderde van deze zorgverzekeraars controleert bij alle zorgaanbieders. Tweederde doet dit bij een aantal gecontracteerde aanbieders, waarvan zes op basis van klachten en signalen. Uitzondering hierop vormen de farmaceutische zorg en de GGZ bij enkele zorgverzekeraars.

⁴⁸ Er is slechts in één geval aangegeven dat bij huisartsenzorg ook de CQ-index wordt betrokken. In de overige gevallen waar 'anders' is aangegeven hebben zorgverzekeraars niet gespecificeerd wat zij hieronder verstaan.

Zij geven aan dat bereikbaarheid en tijdigheid van farmaceutische zorg geen probleem vormt, en het daarom niet nodig vinden afspraken te controleren. Een enkele zorgverzekeraar geeft aan de afspraken over tijdigheid en bereikbaarheid bij de GGZ niet te controleren vanwege een gebrek aan kennis over deze sector.

Als bij de controle blijkt dat zorgaanbieders de bereikbaarheids- en tijdigheidsafspraken niet zijn nagekomen, verbinden zorgverzekeraars hieraan overwegend financiële sancties.

Consequenties niet nakomen afspraken over bereikbaarheid en tijdigheid

	Aantal zorgverzekeraars (n=30)
Financiële consequenties	13
Niet meer contracteren	11
Geen consequenties	6
Anders ⁴⁹	9

Bron: NZa enquête zorgplicht 2009.

5.3 Conclusies

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden tijdig zorg leveren en/of vergoeden. Bij gecontracteerde zorg en zorgbemiddeling moet de zorg zowel tijdig worden geleverd als bereikbaar zijn voor de verzekerde. Het gebruik van normen ziet de NZa als middel om de tijdigheid en bereikbaarheid te borgen. Het duidt erop dat een zorgverzekeraar duidelijk beleid heeft hoe hij zijn zorgplicht ten aanzien van tijdigheid en bereikbaarheid na wil komen.

Op een enkeling na, hanteren alle zorgverzekeraars tijdigheids- en bereikbaarheidsnormen voor zorg. Echter, de mate waarin normen worden gehanteerd varieert flink. Bij een groot aantal zorgverzekeraars zijn de gehanteerde normen veelal beperkt tot een enkele eigen norm of slechts de Treeknormen.

Hiertegenover staat dat er ook zorgverzekeraars zijn die eigen normen hanteren voor een ruim aantal verstrekkingen. Zij laten blijken dat tijdigheid en bereikbaarheid een (continue) punt van aandacht is en pakken hun rol in het kader van de zorgplicht goed op. Hoewel er onder hen geen enkele is die normen hanteert voor alle verstrekkingen en voor alle aspecten, is de NZa hier positief over.

Uit de definitie van zorgplicht (zie § 1.3) volgt dat deze betrekking heeft op de wettelijk verzekerde zorg en dat hierbij de borging van tijdigheid en bereikbaarheid een voorname rol speelt. Van zorgverzekeraars mag dan ook verwacht worden dat zij voor ogen hebben wat zij zelf verstaan onder tijdige en bereikbare zorg. Zorgverzekeraars die dit onvoldoende voor ogen hebben, kunnen dit vervolgens ook niet als sturend instrument gebruiken richting zorgaanbieders bij hun zorginkoop. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars die van mening zijn dat bij ruime aanwezigheid van zorgaanbieders op de zorgmarkt of bij een ruime contractering van zorgaanbieders, normen niet nodig zijn. Zij gaan er blijkbaar van uit dat voldoende zorgaanbod per definitie leidt tot bereikbare en tijdige zorg.

⁴⁹ Als andere consequenties werden o.a. in gesprek treden met de zorgaanbieder en het intrekken van het kwaliteitslabel genoemd.

Op dit punt geven de zorgverzekeraars die dit betreft onvoldoende invulling aan de zorgplicht omdat bereikbare en tijdige zorg niet worden gestimuleerd door zorgverzekeraars. De NZa beveelt zorgverzekeraars dan ook aan om voor zichzelf helder te definiëren wat zij onder bereikbare en tijdige zorg verstaan, bij voorkeur per verstrekking. Deze definities kunnen zij vervolgens als eigen maatstaf gebruiken bij het inkopen van zorg.

De NZa vindt het wel positief te noemen dat zorgverzekeraars in ruime mate aanvullende aspecten zoals klachtenprocedures en keurmerken meewegen bij het maken van afspraken met zorgaanbieders om de bereikbaarheid en tijdigheid van zorg te kunnen beoordelen.

Een aantal zorgverzekeraars hanteert bij paramedische zorg (logopedie, ergotherapie en dieetadvisering) aanzienlijk ruimere normen voor de toegangstijd dan de Treeknormen. Aangezien de Treeknormen als maximaal aanvaardbare toegangs- en wachttijden zijn aangemerkt, is dit onwenselijk vanuit het oogpunt van tijdigheid en bereikbaarheid. De NZa zal de betreffende zorgverzekeraars hier op aanspreken.

Zorgverzekeraars nemen in hun afspraken over tijdigheid en bereikbaarheid met name financiële prikkels op om de naleving ervan te stimuleren. Vrijwel alle zorgverzekeraars controleren of de afspraken zijn nageleefd. Als blijkt dat afspraken niet worden nageleefd worden hier voornamelijk financiële consequenties aan verbonden.

6. Aanbevelingen en vervolgacties NZa

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Daarbij staan de belangen van de consument centraal. Vanuit het algemeen consumentenbelang houdt de NZa toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wetgeving naleven. Onderdeel hiervan is het toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

In dit rapport is onderzocht hoe zorgverzekeraars de zorgplicht naleven bij en door zorginkoop. Daarbij is specifiek gekeken naar de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun verplichting om de verzekerde tijdig van voldoende kwalitatief goede zorg te voorzien door en bij het inkopen van zorg.

In 2006/2007 heeft de NZa ook onderzoek gedaan naar de invulling van zorgplicht door zorgverzekeraars. De voor dit onderzoek belangrijkste conclusie hiervan was dat zorgverzekeraars de structurele borging van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg moesten verbeteren.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat in vergelijking met 2006/2007 de zorgverzekeraars stappen vooruit hebben gemaakt in het vormgeven aan hun verantwoordelijkheden vanuit de zorgplicht. Er komen verschillende bevindingen naar voren die wijzen op positieve ontwikkelingen bij de zorginkoop:

- Veel zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren de zorginkoopfunctie geprofessionaliseerd.
- Ook hebben de zorgverzekeraars zelf een beeld van wat zij onder de zorgplicht verstaan. Echter, dit beeld komt niet in alle gevallen overeen met het beeld dat de NZa hierover heeft. In het toezichtskader wordt de zorgplicht zoals de NZa die ziet toegelicht.
- Alle zorgverzekeraars maken in het algemeen afspraken over inhoud en omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid bij het contracteren van zorgaanbieders. In de afspraken die gemaakt worden wordt gedifferentieerd, voornamelijk op het niveau van de verstrekking of de zorgaanbieder, al geldt dit niet bij alle verstrekkingen. In geval van kwaliteitsafspraken differentieert de meerderheid van de zorgverzekeraars ook tussen diagnosegroepen.
- Hoewel er in het algemeen nog onvoldoende transparante kwaliteitsinformatie beschikbaar is, is het gebruik van kwaliteitsindicatoren bij het maken van afspraken wel toegenomen ten opzichte van 2006/2007. Vooral het gebruik van de CQ-index is flink gestegen. Daarnaast zetten zorgverzekeraars meer prikkels in om de nakoming van afspraken door zorgaanbieders te stimuleren. Alleen als het gaat om afspraken over de omvang van zorg kan het aantal zorgverzekeraars wat prikkels inzet hoger. De NZa beveelt de zorgverzekeraars die dit nog niet doen, aan alsnog prikkels toe te passen.
- Nagenoeg alle zorgverzekeraars controleren of afspraken over inhoud en omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid zijn nagekomen. Controle vindt plaats bij (een deel van) alle gecontracteerde zorgaanbieders. Als uit de controle blijkt dat afspraken niet zijn nagekomen verbinden bijna alle zorgverzekeraars hier consequenties aan, zoals financiële maatregelen of beëindiging van het contract. Dit laatste is echter sterk afhankelijk van het type zorgaanbieder: zorgverzekeraars geven aan dat het beëindigen van een contract met een ziekenhuis of huisarts in de praktijk geen optie is.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen ziet de NZa nog een aantal belangrijke aandachtspunten voor de invulling van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Om op structurele wijze te waarborgen dat verzekerden voldoende kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg krijgen moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan worden.

Ten eerste zou een zorgverzekeraar moeten bepalen hij of voldoende zorg beschikbaar heeft voor zijn verzekerdenpopulatie op de inkoopmarkt(en) waarop hij actief is. Het gaat hierbij niet alleen om het aanbod van voldoende zorg qua inhoud en omvang, maar ook dat de zorg kwalitatief goed en tijdig beschikbaar op een redelijke reisafstand is. Om dit te kunnen bepalen moeten zorgverzekeraars de bewuste inkoopmarkt(en) afbakenen. Ook moeten zij een duidelijk beeld hebben wat ze verstaan onder kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg. De NZa adviseert zorgverzekeraars daarom per verstrekking helder te definiëren wat zij onder tijdige en bereikbare zorg verstaan. Daarmee kan beter ingespeeld worden op eventuele continuïteitsproblemen en kan aan verzekerden inzichtelijk worden gemaakt wat zij mogen verwachten van hun zorgverzekeraar. Hierbij mag een zorgverzekeraar bestaande normen niet overschrijden. Deze gelden immers als grens tussen wat aanvaardbaar is en wat als problematisch kan worden aangeduid. Zo heeft een aantal zorgverzekeraars aangegeven wachttijden te hanteren die de Treeknormen overschrijden. Dit acht de NZa onwenselijk.

Ten tweede moet de zorgverzekeraar inzicht hebben in de kwaliteit die de zorgaanbieders in de bewuste inkoopmarkten leveren. Daarvoor is het van belang dat de transparantie van kwaliteitsinformatie toeneemt. De NZa benadrukt het belang van de ontwikkeling van transparante kwaliteitsinformatie en verwacht dat zorgverzekeraars hierin een actieve rol spelen, waaronder in het programma Zichtbare Zorg. Daarnaast ontslaat de afwezigheid van transparante kwaliteitsinformatie 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. Verder houdt het waarborgen van kwaliteit in dat wanneer zorgaanbieders volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg leveren, zorgverzekeraars hier consequenties aan moeten verbinden bij het contracteren. Het gaat dan bijvoorbeeld om het maken van verbeterafspraken of beëindigen van de overeenkomst. Daarnaast verwacht de NZa dat zorgverzekeraars zelf de verantwoordelijkheid nemen om te controleren of zorgaanbieders onder verscherpt toezicht zijn gesteld door de IGZ danwel of er andere kwaliteitsproblemen spelen bij de betreffende zorgaanbieders waarbij de IGZ betrokken is. Deze informatie maakt de IGZ openbaar op haar website.

Als een zorgverzekeraar uit zijn analyse van de inkoopmarkt concludeert dat het zorgaanbod niet toereikend is om voldoende zorg te contracteren, moet hij naar alternatieven zoeken om zodoende de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg voor de verzekerden te waarborgen (gevallen van overmacht daar gelaten).

Uit het onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars moeite hebben om bepaalde groepen zorgaanbieders te contracteren. Naar de mening van de zorgverzekeraars hebben deze zorgaanbieders een inkoopmacht, bijvoorbeeld als gevolg van schaarste of omdat de beroepsgroep goed is georganiseerd, maar ook omdat hun verzekerden zich niet (willen) laten sturen naar andere zorgaanbieders. Aan de andere kant heeft de NZa klachten ontvangen van zorgaanbieders over de inkoopmacht van zorgverzekeraars. De NZa acht het van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar kwaliteitsafspraken maken en stelt daarom in 2010 spelregels op voor het contracteren.

De NZa vindt het positief dat een aantal zorgverzekeraars de zorgplicht ziet als prikkel zien om selectief te contracteren. De dreiging van selectief inkopen kan zorgaanbieders stimuleren om de kwaliteit te verhogen. Dit is in het belang van de consument, die bij selectieve contractering vaak nog het negatieve beeld heeft van enkel beperkt te worden in zijn keuzevrijheid.

De NZa ziet daarom een belangrijke rol voor consumenten- en patiëntenorganisaties, om de consument ervan bewust te maken dat maximale keuzevrijheid niet altijd optimaal is vanuit het oogpunt van kwaliteit. Het is immers niet wenselijk als een zorgaanbieder gecontracteerd wordt die geen goede zorg levert. Consumenten zouden gestimuleerd moeten worden om bewuster een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars kunnen consumenten hierbij ondersteunen, zoals een aantal zorgverzekeraars al doet via de zogenoemde 'gids-functie'.

Tenslotte wijst de NZa erop dat het nastreven van kostenbesparingen niet ten koste mag gaan van de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg waar de verzekerde recht op heeft. De NZa zal ontwikkelingen op dit vlak volgen via signaaltoezicht en zonodig ingrijpen.

Als op vervolg op de aandachtspunten die uit dit onderzoek naar voren komen, onderneemt de NZa een aantal acties:

- Zoals in het rapport al is aangekondigd stelt de NZa een toezichtskader op om duidelijkheid te bieden over de reikwijdte van de zorgplicht volgens de NZa. Publicatie van het toezichtskader zal naar verwachting in het voorjaar van 2010 plaatsvinden. Dit wil niet zeggen dat alle normen zijn ingevuld. Er is juist nog ruimte voor veldpartijen om zelf een nadere invulling te geven aan kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid.
- De NZa houdt toezicht op de informatieverstrekking van zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan consumenten. De NZa vindt het van groot belang dat partijen vooruitgang blijven boeken in het ontwikkelen en publiceren van kwaliteitsindicatoren, met als uiteindelijke resultaat openbaar toegankelijke gevulde kwaliteitsindicatoren. De transparantie van kwaliteit is namelijk essentieel voor zowel consumenten bij het kiezen voor een zorgaanbieder, als voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop en voor zorgaanbieders in hun onderlinge concurrentie. Op grond van de Wmg kan de NZa afdwingen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars informatie aanleveren om deze kwaliteitsindicatoren te 'vullen'. Ook kan zij afdwingen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders informatie

openbaar maken aan consumenten over de kwaliteit van de aangeboden prestaties of producten en diensten. De NZa zal in 2010, als ook in de jaren daarna, waar nodig haar regelgevende en handhavende bevoegdheden inzetten als er onvoldoende voortgang wordt geboekt en aanbieders de benodigde keuze-informatie niet of onvoldoende aanleveren.

- Volgens zorgverzekeraars is het moeilijk om scherpe kwaliteitsafspraken te maken in situaties waarbij zorgaanbieders een lokale monopoliepositie hebben. Van zorgaanbieders komt echter het signaal dat zorgverzekeraars geen aanvullende kwaliteitsafspraken willen maken. De NZa betreft dit in haar toezicht op aanmerkelijke marktmacht. Ook zal de NZa in 2010 een richtsnoer opstellen met daarin opgenomen spelregels voor contracteren en voorbeelden van goed onderhandelen.
- De NZa gaat zorgverzekeraars aanspreken die voor tijdigheid ruimere normen hanteren dan de Treeknormen.
- De NZa doet een oproep aan consumenten- en patiëntenorganisaties om consumenten bewust te maken van aspecten waarop zij moeten letten bij hun keuze voor een zorgaanbieder.
- Via het informatiemodel Uitvoeringsverslag bepaalt de NZa welke eisen zij stelt aan de verantwoording over de naleving van de publieke randvoorwaarden. Het informatiemodel zal worden aangepast om de naleving van de zorgplicht op specifieke aspecten structureel te kunnen blijven beoordelen.
- De NZa zal in 2010 onderzoek doen naar de naleving van de zorgplicht bij het verkrijgen van zorg (toestemmingsvereisten), het bemiddelen naar zorg en het vergoeden van zorg. De centrale vraag die hier aan bod komt is of de verzekerde wel de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft.
- Via het signaaltoezicht volgt de NZa meldingen over de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en onderneemt zij zonnodig actie.

Bijlage 1. Normen die zorgverzekeraars hanteren

Onderstaande tabellen geven weer per verstrekking welke normen de zorgverzekeraars hebben aangegeven te hanteren ten aanzien van tijdigheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Achter de normen is aangegeven hoeveel zorgverzekeraars deze hanteren (N=30). Een zorgverzekeraar kan meerdere normen hebben opgegeven bij een bepaalde categorie (bijvoorbeeld bij 'Bereikbaarheid zorgaanbieder' bij huisartsenzorg). Dit betekent dat wanneer het totaal aantal zorgverzekeraars onder een bepaalde categorie opgeteld zou worden, dit niet automatisch het totaal aantal zorgverzekeraars geeft dat een norm hanteert bij de categorie. Wanneer er slechts één soort norm opgenomen is bij een bepaalde categorie is dit wel aan de orde (bijvoorbeeld bij de categorie 'Tijdigheid zorg' bij huisartsenzorg). Ook wanneer bepaalde normen duidelijk niet door eenzelfde zorgverzekeraar gehanteerd kunnen worden, geeft het totaal aantal zorgverzekeraars wel weer hoeveel zorgverzekeraars een norm hanteren (en daarmee ook hoeveel niet). Dit is bijvoorbeeld het geval bij de wachttijd in het zittend ziekenvervoer.

De geel gemarkeerde normen zijn normen die ruimer zijn dan de Treeknormen en daarmee als problematische toegangstijden zijn aan te merken.⁵⁰

HUISARTSENZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 3 werkdagen, 80% binnen 2 werkdagen (TREEKNORM)	11
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Contactmogelijkheden	spreekuur (ook) in avonduren	1
Contactmogelijkheden	spoedpost (buiten kantooruren)	1
Contactmogelijkheden	via internetarts	1
Toegangstijd op afstand	telefonisch - bij spoed: maximaal 30 seconden	6
Beschikbaarheid zorg		
Aantal zorgaanbieders	voldoende aanbod (incl. huisartsenposten bij spoed)	1
Openingstijden	7 dagen per week, 24 uur per dag	11
Openingstijden	7 dagen per week, 24 uur per dag, waarvan tussen 18.00 en 8.00 via huisartsenpost (HAP)	2

MONDZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	tot gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal 5 werkdagen	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

⁵⁰ Notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000.

FARMACEUTISCHE ZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 1 werkdag (TREEKNORM)	11
Beschikbaarheid zorg		
Aantal zorgaanbieders	per zorgaanbieder: minimaal 1 geregistreerd apotheker in persoon aanwezig en bij afwezigheid is zijn bereikbaarheid geregeld (cf. NAN)	1
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 45 uur per week geopend op werkdagen	6

VERLOSKUNDIGE ZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	tot eerste (telefonisch) contact: maximaal 15 minuten	4
Wachttijd	totdat verloskundige aanwezig is - bij spoed: maximaal 30 minuten	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	7 dagen per week, 24 uur per dag	5

GGZ	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	tot 1e lijns psychologische zorg: maximaal 3 weken	2
Toegangstijd	tot vrijgevestigde psychiaters: maximaal 3 weken	2
Toegangstijd + wachttijd	tot behandeling - bij spoed (acute zorg): maximaal 24 uur (TREEKNORM)	17
Toegangstijd + wachttijd	tot behandeling - bij spoed (dringende zorg): maximaal 7 dagen (TREEKNORM)	17
Toegangstijd	tot eerste consult (intake) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken (TREEKNORM)	17
Toegangstijd	tot eerste consult (intake) - bij géén spoed: maximaal 3 weken	3
Wachttijd	tot diagnose (indicatiestelling) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken (TREEKNORM)	17
Wachttijd	tot behandeling - extramuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken (TREEKNORM)	17
Wachttijd	tot behandeling - extramuraal - bij géén spoed: maximaal 5 dagen	4
Wachttijd	tot behandeling - semimuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken (TREEKNORM)	17
Wachttijd	tot behandeling - intramuraal - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken (TREEKNORM)	17
Wachttijd	tot behandeling - intramuraal - bij géén spoed: maximaal 10 dagen	4
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reistijd	tot extramurale zorg: maximaal 30 minuten	6
Beschikbaarheid zorg		
Aantal zorgaanbieders	minimaal één 1e lijns psycholoog per 15.000 inwoners, in elke gemeente	4
Aantal zorgaanbieders	minimaal 11,4 GZ psychologen per 100.000 verzekerden	1

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd + wachttijd	tot behandeling - bij spoed (acute zorg): maximaal 24 uur (TREEKNORM)	25
Toegangstijd + wachttijd	tot behandeling - bij spoed (dringende zorg): maximaal 7 dagen (TREEKNORM)	25
Toegangstijd	tot eerste consult bij de zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken (TREEKNORM)	25
Toegangstijd	tot eerste consult bij de zorgaanbieder - bij garantieafspraken met gecontracteerde zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 5 dagen	9
Toegangstijd	tot eerste consult bij de zorgaanbieder - bij gecontracteerde zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 24 uur bij ZBC's	1
Wachttijd	tot diagnose - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken (TREEKNORM)	25
Wachttijd	tot behandeling - poliklinisch - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken (TREEKNORM)	25
Wachttijd	tot behandeling - klinisch - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken (TREEKNORM)	25
Wachttijd	tot behandeling - klinisch of poliklinisch - bij garantieafspraken met gecontracteerde zorgaanbieder - bij géén spoed: maximaal 10 dagen	9
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reisafstand	tot basiszorg: maximaal 45 minuten	4
Reisafstand	tot chronische zorg: maximaal 30 minuten (kan per regio wat afwijken)	6
Reisafstand	tot electieve zorg: maximaal 30 minuten (kan per regio wat afwijken)	6
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	spoedeisende hulp - (bij spoed): 7 dagen per week, 24 uur per dag	4

KRAAMZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Wachttijd	tot telefonische reactie van zorgaanbieder (als patiënt ná heeft 15.00 gebeld) - bij géén spoed: maximaal 24 uur	3
Wachttijd	tot telefonische reactie van zorgaanbieder (als patiënt vóór 15.00 heeft gebeld) - bij géén spoed: maximaal dezelfde dag	3
Wachttijd	totdat kraamhulp bij bevalling aanwezig is: maximaal 45 minuten	1
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Toegangstijd op afstand	telefonisch - bij spoed: maximaal 20 seconden (voor 80% van de zorgvraag)	3
Reisafstand	Binnen opgegeven postcodegebied	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	7 dagen per week, 24 uur per dag	5

FYSIOTHERAPIE	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 1 week (TREENORM)	12
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 5 werkdagen	6
Toegangstijd	maximaal 4 werkdagen	4
Toegangstijd	bij spoed: maximaal 48 uur	6
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reistijd	maximaal 30 minuten	1
Reisafstand	maximaal 3 km	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

OEFENTHERAPIE	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 1 week (TREENORM)	12
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 5 werkdagen	6
Toegangstijd	maximaal 4 werkdagen	4
Toegangstijd	bij spoed: maximaal 48 uur	6
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reistijd	maximaal 30 minuten	1
Reisafstand	maximaal 3 km	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

LOGOPEDIE	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	maximaal 2 maanden	6
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 1 week (TREENORM)	13
Wachttijd	tot behandeling (na eerste contact): maximaal 2 weken	4
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reistijd	maximaal 30 minuten	1
Reisafstand	maximaal 3 km	4
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

EROGOTHERAPIE		Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg			
Toegangstijd		maximaal 6 weken	6
Toegangstijd		bij géén spoed: maximaal 1 week (TREENORM)	13
Wachttijd		tot behandeling (na eerste contact): maximaal 2 weken	4
Bereikbaarheid zorgaanbieder			
Reistijd		maximaal 30 minuten	1
Reisafstand		maximaal 5 km	4
Beschikbaarheid zorg			
Openingstijden		per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

DIEETADVISING	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Toegangstijd	maximaal 2 maanden	6
Toegangstijd	bij géén spoed: maximaal 1 week (TREENORM)	12
Wachttijd	tot behandeling (na eerste contact): maximaal 3 weken	4
Wachttijd	tot behandeling bij gecontracteerde zorgaanbieder (na eerste contact): maximaal 5 werkdagen	4
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Reistijd	maximaal 30 minuten	1
Beschikbaarheid zorg		
Openingstijden	per zorgaanbieder: minimaal 3 dagdelen geopend	4

HULPMIDDELENZORG	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Wachttijd	tot levering uit voorraad: maximaal 24 uur	1
Wachttijd	tot leveringsdatum bekend is: maximaal 5 dagen	1
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Contactmogelijkheden	fysiek, telefonisch, via internet	4

VERVOER	Norm	(n=30)
Tijdigheid zorg		
Wachttijd	ten opzichte van afgesproken tijd (heen- en terugreis): maximaal 15 minuten	6
Wachttijd	ten opzichte van afgesproken tijd (heen- en terugreis): maximaal 30 minuten	1
Wachttijd	vóór afgesproken tijd (heen- en terugreis): maximaal 15 minuten	2
Bereikbaarheid zorgaanbieder		
Toegangstijd op afstand	telefonisch: maximaal 30 seconden (voor 70% van de zorgvraag)	1
Reistijd	Extra reistijd: maximaal 30 minuten	2
Reistijd	omrijtijd bij combineren: maximaal 1½ maal de normale rittijd	4
Beschikbaarheid zorg		
Aantal zorgaanbieders	minimaal 2 vervoerders per gemeente (bij marktaandeel > 10%)	4
Aantal zorgaanbieders	maximaal 1 vervoerder per gemeente (bij marktaandeel ≤ 10%)	4
Openingstijden	7 dagen per week, 24 uur per dag	3
Openingstijden	minimaal 7 dagen per week, tussen 6.00 en 23.00 uur	4