BETER VERZEKERD?

Onderzoek naar aanknopingspunten voor een Zorgconsumentenwet
met het oog op de verhouding consument-verzekeraar

prof. mr. G.R.J. de Groot
6 november 2006

Inhoud

Lijst van afkortingen

Samenvatting

1. Inleiding

2. Opzet van het onderzoek

3. Wettelijk kader

4. De materiële rechten van de zorgconsument

5. Recht op informatie

6. Conclusies

Literatuur

De auteur

Lijst van afkortingen

AA	Ars Aequi
AFM	Autoriteit Financiële Markten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
Awgb	Algemene wet gelijke behandeling
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DNB	De Nederlandsche Bank
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
HvJ EG	Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ILO	International Labour Organization
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
M&M	Markt & Mededinging
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NTER	Nederlands Tijdschrift voor Europees Recht
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PvdA	Partij van de Arbeid
RZA	Rechtspraak zorgverzekering
SEW	Sociaal-economische wetgeving
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
SMA	Sociaal Maandblad Arbeid
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
Wet-Big	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wfd	Wet financiële dienstverlening
Wgbo	wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wob	Wet openbaarheid van bestuur
Wog	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
Wtv 1993	Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Z&F	Zorg & Financiering
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Samenvatting

1. Naar aanleiding van overleg met het parlement heeft de minister van VWS aan de RVZ verzocht advies uit te brengen over een mogelijke nadere wettelijke regeling van de rechten van consumenten in de vorm van een Zorgconsumentenwet. Met het oog op dat advies heeft de RVZ opdracht gegeven voor twee achtergrondstudies. In deze studie staat de verhouding consument-verzekeraar centraal.

2. Voor een Zorgconsumentenwet zijn verschillende wensen naar voren gebracht, onder andere door de NPCF en vanuit het parlement. In deze achtergrondstudie is ervoor gekozen de verhouding consument-verzekeraar aan een systematische beschouwing te onderwerpen, met het oog op mogelijke aanknopingspunten voor een nadere wettelijke regeling. Het onderzoek heeft betrekking op zowel de zorgverzekering als de AWBZ en de aanvullende ziektekostenverzekering. Er is gekozen voor twee invalshoeken: wat zijn de materiële rechten van de consument en in hoeverre heeft hij recht op de informatie die nodig is om die rechten optimaal te verwezenlijken? Vanuit iedere invalshoek worden diverse deelvragen aan de orde gesteld.

3. Wat de *materiële rechten* van de consument betreft, komen aan de orde:
   - het recht op toegang tot de verzekering;
   - het recht om van verzekeraar te veranderen;
   - de omvang van het verzekerde pakket;
   - het recht op zorg;
   - het recht op tijdige zorg;
   - het recht op kwalitatief goede zorg;
   - het recht op keuze van de hulpverlener;
   - de toegangsvoorwaarden voor de zorg;
   - de regeling van de verplichtingen van de verzekerden;
   - de behandeling van klachten en geschillen;
   - de mogelijkheden voor de collectieve belangenbehartiging.

4. Wat het *recht op informatie* betreft, komen aan de orde:
   - de informatie met het oog op het aangaan van de verzekering;
   - de informatie over de verzekerde prestaties;
   - de informatie over het zorgaanbod;
   - de informatie over afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder.

5. In het onderzoek zijn onder andere de volgende uitgangspunten en beperkingen gehanteerd:
   - dat bepaalde rechten van consumenten slechts een afgeleide zijn van in de wetgeving neergelegde plichten van zorgverzekeraars, wordt niet als steekhoudend argument gezien voor een nadere wettelijke regeling;

- evenmin wordt het gegeven dat de rechten van consumenten niet in één wet zijn opgenomen, hier als argument gehanteerd om een Zorgconsumentenwet tot stand te brengen;
- de keuzes die de wetgever bij de vormgeving van het zorgstelsel heeft gemaakt worden gerespecteerd; vertrekpunt is: hoe kan eventueel de rechtspositie van de zorgconsument worden versterkt, *gegeven* die keuzes?
- de vrijheid van de wetgever om de private ziektekostenverzekering aan nadere wettelijke regels te onderwerpen, is Europeesrechtelijk ingeperkt; met die beperkingen moet rekening worden gehouden;
- de vraag wie eventueel met welke taken en bevoegdheden moet worden uitgerust, blijft onbesproken.

6. Wat de *materiële rechten* van de zorgconsument betreft, zijn in het onderzoek geen aanknopingspunten gevonden voor nadere regelgeving, voor zover het gaat om het recht op toegang tot de verzekering, het recht om van verzekeraar te veranderen, de omvang van het verzekerde pakket, het recht op (kwalitatief goede) zorg, de behandeling van klachten en geschillen en de mogelijkheden voor collectieve belangenbehartiging. Wat het *recht op informatie* betreft, zijn in het onderzoek geen aanknopingspunten gevonden voor nadere regelgeving, voor zover het gaat om het recht op informatie met het oog op het aangaan van de verzekering en de inhoud van afspraken tussen zorgverleners en zorgverzekeraars die de inhoud van de te verlenen zorg betreffen.

7. Aanknopingspunten voor versterking van de rechtspositie van de zorgconsument zijn er wel met betrekking tot het wettelijk vastleggen van één maatstaf voor tijdige zorg en het recht op vergelijkende informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders, beide voor zowel de zorgverzekering als de AWBZ. Aandachtspunten voor eventuele latere aanpassing van de wetgeving zijn de vergoeding van kosten bij functiegericht omschreven aanspraken en de vergoeding van kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Beide kunnen van belang zijn voor de keuzevrijheid van de consument. Tot slot kunnen enkele punten van verbetering worden genoemd die zonder wetgeving kunnen worden aangebracht.

8. *Eén maatstaf voor tijdige zorg*. Overwogen kan worden wettelijk één, eenduidige, maatstaf vast te stellen die aangeeft binnen welke termijn een verzekerde zorg moet verkrijgen; een maatstaf die zowel voor de zorgverzekering als voor de AWBZ geldt en waarmee ook de overheid bij de planning en bekostiging van voorzieningen rekening moet houden. Het ligt voor de hand aansluiting te zoeken bij de Europeesrechtelijke maatstaf dat zorg moet worden verleend binnen een termijn die naar objectief medisch oordeel aanvaardbaar is, welke termijn echter tevens zou moeten worden gebonden aan een maximum dat maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Er moet wel rekening mee worden gehouden dat zich omstandigheden kunnen

voordoen die overmacht opleveren, waardoor de betekenis van deze maatstaf tot op zekere hoogte beperkt is.

9. *Recht op informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders*. De verzekerde heeft steeds recht op zorg die aan de minimumstandaard van 'verantwoorde zorg' voldoet; tegelijk is onmiskenbaar dat tussen zorgaanbieders verschillen in kwaliteit én uitkomsten van de behandeling bestaan, ook al is aan de minimumstandaard voldaan. Meer efficiënte zorg betekent snellere en meer doeltreffende diagnostiek en meer doeltreffende behandeling, leidend tot sneller en beter herstel en meer gezondheidswinst. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel is dat tussen zorgaanbieders concurrentie op gang komt, als middel om een optimale, doelmatige zorg te waarborgen. Voor een op kwaliteit en efficiency gericht competitie is het nodig een structuur te ontwikkelen waarin zorgaanbieders worden gestimuleerd zichtbaar te maken dat zij door hún innovatieve werkwijze betere resultaten bereiken dan gemiddeld. Objectieve informatie daarover kan de consument ondersteunen bij zijn keuze voor de beste en meest efficiënte zorgaanbieder, zodat de toegankelijkheid van die informatie voor de consument gewaarborgd moet zijn. De geldende wetgeving voorziet hierin in onvoldoende mate.

10. *Vergoeding bij functiegericht omschreven aanspraken*. Als daaraan in de praktijk behoefte blijkt te bestaan, zou de verzekerde, zowel in de Zvw als in de AWBZ, het recht kunnen worden toegekend tegen (gedeeltelijke) vergoeding van kosten gebruik te maken van de diensten van zorgaanbieders met een andere kwalificatie dan door de verzekeraar aangewezen; thans heeft hij dat recht niet.

11. *Vergoeding van kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders*. De voorwaarden waaronder de verzekerde in de zorgverzekering en de AWBZ gebruik kan maken van de diensten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen op meer eenduidige wijze worden geregeld dan thans het geval is, met handhaving van de uitgangspunten die aan de geldende wetgeving ten grondslag liggen. Ook hier zal nader moeten worden vastgesteld of een dergelijke wijziging voorziet in een reëel gevoelde behoefte.

12. *Verbeteringen zonder wetswijziging*. De volgende maatregelen kunnen worden genomen zonder wetswijziging:
    - het bieden van individuele ondersteuning aan AWBZ-verzekerden om hun weg te vinden in het spinnenweb van regels, personen en instanties, hen in staat te stellen de beste keuze te kunnen maken, en om snelle en adequate oplossingen te verwezenlijken;
    - het CVZ zou zijn kennis over het belangrijkste criterium waarmee de verzekerde prestaties worden bepaald ('de stand van de wetenschap en praktijk') rechtstreeks ter beschikking kunnen stellen aan consumenten/patiënten en hun organisaties;

- er is één klachtenprocedure voor het gehele terrein van de ziektekostenverzekeringen als alle zorgverzekeraars de Ombudsman Zorgverzekeringen als klachteninstantie aanwijzen voor de behandeling van klachten over de AWBZ;
- de laagdrempelige geschillenregeling die geldt voor de zorgverzekering kan ook worden toegepast bij de aanvullende ziektekostenverzekering, als de ziektekostenverzekeraars daarvoor kiezen.

1 Inleiding

Bij brief van 20 juli 2006, kenmerk MC/PenC-2701344, heeft de minister van VWS aan de RVZ verzocht advies uit te brengen over een mogelijke nadere wettelijke regeling van de rechten van zorgconsumenten. Met het oog hierop heeft de RVZ besloten twee achtergrondstudies te laten uitvoeren: één studie waarin de relatie patiënt-zorgaanbieder centraal staat en één studie waarin de relatie consument-verzekeraar centraal staat. Dit rapport bevat de tweede achtergrondstudie.
De opzet van deze achtergrondstudie is als volgt:

- in hoofdstuk 2 worden de opzet van het onderzoek en de daarbij gehanteerde uitgangspunten verantwoord;
- hoofdstuk 3 bevat een korte schets van de wettelijke regeling van het verzekeringsstelsel;
- in hoofdstuk 4 wordt de materieelrechtelijke positie van de zorgconsument systematisch onderzocht;
- in hoofdstuk 5 wordt besproken in hoeverre de zorgconsument recht heeft op voor hem noodzakelijke informatie;
- hoofdstuk 6 bevat de conclusies van het onderzoek.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Inleiding

Hierna zal eerst worden nagegaan welke voorstellen tot dusver voor een Zorgconsumentenwet zijn gedaan (§ 2.2). Vervolgens wordt de onderzoeksvragen geformuleerd, gericht op de rechten van de zorgconsument in relatie tot de verzekeraar (§ 2.3). Tot slot worden de beperkingen aangegeven die bij het onderzoek in acht zijn genomen (§ 2.4).

2.2 Voorstellen en wensen

2.2.1 Brochure NPCF

In het voorjaar van 2006 heeft de NPCF een brochure uitgebracht waarin de totstandkoming van een Zorgconsumentenwet wordt bepleit.[1] De NPCF wijst erop dat de rechten van patiënten slechts gedeeltelijk geregeld zijn, of een afgeleide zijn van de plichten van zorgaanbieders, en dat zij verspreid zijn over verschillende wetten, met ondoorzichtigheid als gevolg. Nieuwe ontwikkelingen en inzichten zijn onvoldoende in wetgeving geregeld. Als we willen dat de patiënt echt invloed krijgt op zijn zorg, aldus de NPCF, moet hij een stevige juridische basis hebben in één Zorgconsumentenwet. Specifiek wat de relatie consument-verzekeraar betreft, voert de NPCF de volgende punten aan.

- De uitgangspunten voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg zijn niet voldoende vastgelegd. In de naturaverzekering ligt niets vast over de naleving van de Wgbo, over de eisen voor goede zorg, de levertijden van zorg, patiëntgerichte zorg en innovatie. Bij de restitutiepolis ligt nog minder vast.
- Niet voldoende duidelijk is wie de zorgconsument kan aanspreken.
- Weliswaar zijn de polisvoorwaarden afdwingbaar, maar die regelen geen elementaire uitgangspunten van patiëntenrechten. In zoverre staat de zorgconsument met lege handen.
- De rechten van de zorgconsument zijn niet doelmatig omschreven. Zij moeten in een wirwar van convenanten, voorwaarden e.d. worden teruggevonden.
- De rechten van de zorgconsument worden niet voldoende doelmatig, duidelijk en eenduidig uitgelegd. Er zijn teveel betrokken instanties en er is onduidelijkheid over aanspreekpunten en rechten.

[1] NPCF, *De Zorgconsumentenwet: één wet voor patiënten en consumenten*, Den Haag: 2006. Aan de visie van de NPCF is bovendien aandacht besteed in *NRC Handelsblad* van 19 augustus 2006. Specifieke aandachtspunten voor de relatie consument-zorgverzekeraar komen in dat artikel niet aan de orde.

2.2.2 Wensen vanuit het parlement

Tijdens de parlementaire behandeling van zowel de Zvw als de Wmg is veel aandacht besteed aan de positie van de consument/verzekerde. Tijdens de behandeling van de Zvw, maar vooral bij de behandeling van de Wmg is vanuit het parlement op een Zorgconsumentenwet aangedrongen en heeft de minister van VWS onderzoek naar de mogelijkheid daarvan toegezegd.[2] De adviesaanvraag aan de RVZ vloeit daaruit voort. Tijdens de parlementaire discussie zijn in verband met een mogelijke Zorgconsumentenwet drie aspecten genoemd die voor de relatie consument-zorgverzekeraar van belang zijn:

- een betere verankering van de invloed van verzekerden;
- formaliseren van de invloed van verzekerden op het inkoop- en contracteerbeleid van de zorgverzekeraars;[3]
- het onderbrengen van verschillende klachtenregelingen in één wet.[4]

2.2.3 Adviesaanvraag minister van VWS

In de adviesaanvraag aan de RVZ stelt de minister de vraag bij welke thema's of relaties tussen zorgpartijen versterking van de rechtspositie van de consument noodzakelijk is. In verband daarmee stipt de minister een aantal thema's aan, waarvan de volgende van belang kunnen zijn voor de verhouding consument-zorgverzekeraar:

- vrije keuze van zorgaanbieder en zorgverlener (binnen de grenzen van de polis c.q. de gecontracteerde zorg);
- de kwaliteit van de zorg en de vraag wie daarop voor de zorgconsument aanspreekbaar is;
- de toegang tot keuze-informatie over het zorgaanbod;
- de diversiteit aan wegen in de gezondheidszorg langs welke consumenten kunnen klagen en hun recht kunnen halen;
- de vraag of de NZa een rol dient te spelen inzake klachten van zorgconsumenten en zo ja, welke;

---

[2] Nader voorlopig verslag, *Kamerstukken I* 2004/05, 29 763, F, p. 3; nadere memorie van antwoord, *Kamerstukken I* 2004/05, 29 763, H, p. 7; *Handelingen I*, 7 juni 2005, p. 27-1193, 27-1197, 27-1223, 27-1239, 27-1250, 27-1251 en 27-1261; *Handelingen II* 22 februari 2006, p. 53-3486; voorlopig verslag, *Kamerstukken I* 2005/06. 30 186, C, p. 5; memorie van antwoord, *Kamerstukken I* 2005/06, D, p. 18; nader voorlopig verslag, *Kamerstukken I* 2005/06, 30 186, E, p. 2; nadere memorie van antwoord, *Kamerstukken I* 2005/06, 30 186, F, p. 4-5; brief minister van VWS aan de Tweede Kamer 26 juni 2006, *Kamerstukken II* 2005/06, 30 300 XVI, nr. 154; *Handelingen I* 3 juli 2006, p. 35-1664/5, 35-1667/9, 35-1673, 35-1675; *Handelingen I* 4 juli 2006, p. 36-1736, 36-1738, 36-1739, 36-1743, 36-1744, 36-1718.

[3] *Handelingen I* 7 juni 2005, p. 27-1193 l.k.

[4] *Handelingen I* 3 juli 2006, p. 35-1675.

- de positie van collectieven van zorgconsumenten, onder meer als 'derde partij' in relatie tot de zorgverzekeraars.

2.2.4 'Niet zonder ons'

Onder deze titel heeft het Kamerlid Godelieve van Heteren eind oktober 2006 een nota gepresenteerd die tot stand is gekomen in samenwerking met de NPCF.[5]
De nota schets de mogelijke contouren van zorgconsumentenwetgeving. Een aparte Zorgconsumentenwet zou als raamwet de positie van patiënten/zorgconsumenten kunnen verstevigen. De uiteindelijke juridische vormgeving wordt echter in het midden gelaten. Waar het op aankomt, aldus de nota, is dat wetgeving voor patiënten robuust dient te zijn. De huidige verbrokkeling werkt in de hand dat patiënten, maar ook juristen vaak door de bomen het bos niet meer zien. In de nota wordt verkend waaraan patiëntenwetgeving in ieder geval borging moet geven. Een deel van wat wenselijk is, is nu al bij wet geregeld maar wordt in de praktijk veel te mager toegepast of veronachtzaamd. Een ander deel ontbreekt helemaal of ligt te versnipperd vast over meerdere wetten.
De belangrijkste in wetgeving verder te verankeren thema's zijn volgens de nota:

- *Recht op zorg*. Dit recht zal nog veel duidelijker verankerd moeten worden dan nu het geval is. Iedereen die in Nederland verblijft heeft recht op tijdige, adequate en professionele zorgverlening die aan harde kwaliteitseisen voldoet. De zorgverlening moet verantwoord zijn, patiëntgericht en innovatief.
- *Recht op toegang tot zorg*. Ieder individu dat in Nederland verblijft heeft recht op toegang tot verantwoorde zorg en maatschappelijke dienstverlening. Die toegang moet stelselmatig zijn gewaarborgd. Dat wil zeggen financieel door een brede basisverzekering, maar ook fysiek, door voldoende aanbod en adequate voorzieningen. Scherper dan nu moet het recht op toegang ook het recht op toegesneden informatie omvatten, met voorlichting op maat en keuzeondersteuning van patiënten.
- *Recht op veiligheid en kwaliteit van zorg.* Zeker als concurrentie in de zorg groter wordt is het cruciaal de kwaliteit en veiligheid van zorg goed te bewaken. De afgesproken basiskwaliteit van producten, diensten en organisatie van de zorg dient voor iedereen openbaar en toegankelijk te zijn en zorgaanbieders dienen op kwaliteit te worden afgerekend. Hiertoe wordt een Kwaliteitsautoriteit voorgesteld: een heldere plek waar kwaliteitsnormen worden verzameld en toegankelijk gemaakt voor patiënten.
- *Recht op een goede zorgrelatie en hoogwaardige dienstverlening in (nieuwe) zorgarrangementen.* Er zullen de komende jaren veel nieuwe vormen van

[5] Zie in dezelfde zin de ingezonden bijdrage in *De Volkskrant* van 29 augustus 2006 onder de titel 'Ambitie ontbreekt om patiëntenorganisaties slagkracht te geven', van de hand van Atie Schipaanboord (NPCF) en Godelieve van Heteren (PvdA).

zorgaanbod bij komen. Voor patiënten zal ondubbelzinnig moeten vastliggen wat de geboden kwaliteit is en wie waarop aanspreekbaar is.

- *Recht op een goede regeling bij fouten en geschillen*. Mocht het onverhoopt toch misgaan dan moet zonder meer duidelijk zijn hoe een fout wordt gemeld, hoe een patiënt zijn beklag kan doen, en een geschil op een eerlijke manier kan worden beslechten. Dat recht van de patiënt moet evenredig sterk zijn georganiseerd als dat van de zorginstelling of de zorgverzekeraar, hetgeen nu niet het geval is.

2.3 Onderzoeksvragen

2.3.1 Inleiding

De verschillende wensen voor een Zorgconsumentenwet worden uiteraard in dit onderzoek betrokken. In deze achtergrondstudie is ervoor gekozen de verhouding consument-verzekeraar systematisch te beschouwen om te kunnen vaststellen of er aanknopingspunten zijn, en zo ja, welke, voor een nadere wettelijke regeling van de rechten van de zorgconsumenten. Daarbij worden twee invalshoeken gehanteerd:

- zijn er tekorten in de materieelrechtelijke positie van de zorgconsument, in relatie tot de verzekeraar, die met nadere regelgeving kunnen worden opgeheven?
- heeft de zorgconsument in voldoende mate aanspraak op de informatie die hij nodig heeft om zijn rechten tot gelding te brengen?

Deze invalshoeken worden hierna in §§ 2.3.2 en 2.3.3 nader uitgewerkt.

2.3.2 Materieelrechtelijke positie van de zorgconsument

De eerste invalshoek betreft de materieelrechtelijke positie van de zorgconsument. Ziektekostenverzekeringen hebben in het algemeen tot doel de gezondheidszorg voor burgers financieel, en tot op zekere hoogte ook feitelijk, toegankelijk te maken. In verband daarmee kunnen de volgende deelvragen worden gesteld:

- heeft de consument recht op toegang tot de verzekering?
- kan de consument van verzekeraar veranderen?
- heeft de consument recht op een verzekerd pakket van voldoende omvang?
- heeft de consument, in het kader van de gesloten verzekering, recht op zorg?
- heeft de consument recht op tijdige zorg?
- heeft de consument recht op kwalitatief goede zorg?
- heeft de consument recht op keuze van het type hulpverlener?
- heeft de consument recht op keuze van de hulpverlener zelf?
- zijn er aanvaardbare toegangsvoorwaarden?
- zijn de verplichtingen van de verzekerden op aanvaardbare wijze geregeld?
- is er een toereikende klachtenregeling?
- is er een toereikende geschillenregeling?
- zijn er voldoende mogelijkheden voor collectieve belangenbehartiging?

2.3.3 Recht op informatie

Om zijn rechten op doeltreffende wijze te kunnen verwezenlijken heeft de consument informatie nodig. Daarmee komt de tweede invalshoek aan de orde, waarbij eveneens verschillende deelvragen kunnen worden gesteld:

- heeft de consument een toereikend recht op informatie met het oog op het aangaan van de verzekering?
- heeft de verzekerde een toereikend recht op informatie over de verzekerde prestaties?
- heeft de verzekerde een toereikend recht op informatie over het zorgaanbod, waartoe de verzekering toegang biedt?
- heeft de verzekerde een toereikend recht op informatie over afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder?

2.4 Beperkingen

2.4.1 Inleiding

Hierna worden de uitgangspunten en beperkingen verantwoord die in het onderzoek zijn gehanteerd. Daarbij moet het volgende voorop worden gesteld:

- de achtergrondstudie bevat een *juridische* analyse; zij pretendeert niet de *feitelijke* werking van het zorgstelsel te analyseren;
- deze studie ziet slechts op de relatie consument-verzekeraar en betreft daarmee slechts een deel van de rechtspositie van de consument;
- het onderzoek heeft betrekking op de drie typen verzekeringen: de zorgverzekering op grond van de Zvw, de AWBZ en de aanvullende ziektekostenverzekering;
- buiten beschouwing blijven de rechtspositie van de consument in verband met primaire en secundaire preventie, die niet in de ziektekostenverzekeringen geregeld zijn, de rechtspositie van de consument in het kader van de bestaande subsidieregelingen en zijn rechtspositie in het kader van de Wmo, alsmede de positie van onverzekerden;
- het was in het licht van de onderzoeksopdracht van de RVZ onvermijdelijk zekere grenzen te stellen aan de mate van detaillering; niet alle bijzonderheden van de wetgeving worden behandeld.

2.4.2 Geen symboolwetgeving

Zoals hiervoor aangegeven is het onderzoek gericht op mogelijke aanknopingspunten voor een nadere regeling van de positie van de zorgconsument in zijn relatie met de verzekeraar. In verband hiermee zijn de criteria van belang die de overheid in de *Aanwijzingen voor de regelgeving* heeft geformuleerd voor het totstandbrengen van wetgeving:

- wetgeving wordt alleen tot stand gebracht, als de noodzaak daarvan is komen vast te staan (aanwijzing 6);
- onderzocht moet worden of de gekozen doelstellingen kunnen worden bereikt door middel van het zelfregulerend vermogen in de betrokken sector of door aanpassing of beter gebruik van bestaande instrumenten (aanwijzing 7, onderdelen c en d);
- rekening moet worden gehouden met de mate waarin een regeling het beoogde doel zal helpen te verwezenlijken en met de neveneffecten ervan (aanwijzing 9).

Nadere regelgeving zal alleen in overweging worden gegeven als deze inderdaad tot een versterking van de rechtspositie van de consument kan leiden, en niet als de betekenis daarvan hooguit symbolisch zou zijn.

2.4.3 Plichten en rechten zijn elkaars spiegelbeeld

Dat bepaalde rechten van consumenten slechts een afgeleide zijn van in de wetgeving neergelegde plichten van zorgverzekeraars, is op zichzelf niet een steekhoudend argument voor een nadere wettelijke regeling. Wanneer in de wet is bepaald dat de zorgverzekeraar tegenover de verzekerde tot een bepaalde prestatie *verplicht* is, volgt daaruit immers dat de verzekerde tegenover de verzekeraar *recht* heeft op die prestatie. Herformulering van een dergelijke bepaling draagt niet bij aan de rechtspositie van de consument.

2.4.4 Verspreiding van regels geen argument voor een Zorgconsumentenwet

Het stelsel van wettelijke regelingen is complex en voor de consument stellig niet doorzichtig. Verspreiding van regels over verschillende wetten doet echter niet af aan de rechten die de consument daaraan kan ontlenen. Het is niet aannemelijk dat de doorzichtigheid van de wetgeving zal toenemen als uit diverse wetten voor consumenten van belang zijnde bepalingen worden geschrapt – waarmee tevens de inwendige samenhang van die wetten wordt verstoord – en aan het geheel van wetgeving een nieuwe wet wordt toegevoegd. Theoretisch zou de wetgever ervoor kunnen kiezen alle wetten op het gebied van de gezondheidszorg in één wet(boek) onder te brengen: een complexe wetgevende operatie, leidend tot een zeer omvangrijk wetboek, waarvan de reële winst voor de zorgconsument gering is. Daarom wordt het gegeven dat de rechten van consumenten niet in één wet zijn opgenomen, hier niet als argument gehanteerd een Zorgconsumentenwet tot stand te brengen.

2.4.5 Driedeling zorgstelsel is een gegeven

Voor een deel is de gebrekkige doorzichtigheid van het zorgstelsel voor consumenten te wijten aan de verdeling ervan in drie deelstelsels, die elk hun geheel eigen en sterk uiteenlopende regulering kennen: zorgverzekering, AWBZ en aanvullende

ziektekostenverzekering.[6] De adviesaanvraag over een Zorgconsumentenwet is niet de gelegenheid om de door de wetgever vooralsnog gewenste of in elk geval aanvaarde driedeling van het zorgstelsel ter discussie te stellen.

2.4.6 Politieke keuzes bij vormgeving zorgstelsel zijn een gegeven

Vanzelfsprekend is verschil van mening mogelijk over diverse keuzes die de wetgever bij de vormgeving van het zorgstelsel heeft gemaakt. In deze achtergrondstudie wordt echter uitgegaan van de geldende wetgeving en de daaraan ten grondslag liggende keuzes van regering en parlement, onder andere over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze achtergrondstudie is niet de gelegenheid om de principiële, aan het geldende stelsel ten grondslag liggende, keuzes ter discussie te stellen. Ook de adviesaanvraag bevat geen aanwijzing dat de minister in het kader van een Zorgconsumentenwet een fundamentele heroverweging van principes en uitgangspunten van het zorgstelsel voor ogen zou staan. Vertrekpunt is dan ook: hoe kan eventueel de rechtspositie van de zorgconsument worden versterkt, *gegeven* de keuzes die aan het geldende zorgstelsel ten grondslag liggen?

2.4.7 Europees recht stelt grenzen aan interventie in de zorgverzekering

De wetgever heeft ervoor gekozen de basisverzekering de vorm te geven van een privaatrechtelijke verzekering, uit te voeren door privaatrechtelijke schadeverzekeraars. Gedurende lange tijd is hoogst onzeker geweest of en in hoeverre het Europeesrechtelijk toelaatbaar is met het oog op de sociale doeleinden van een basisverzekering regels te stellen die de vrijheid van verzekeraars in de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf beperken. Eurocommissaris Bolkestein heeft in zijn brief aan minister Hoogervorst van 25 november 2003 daarvoor ruimte geboden. De regering heeft zijn standpunt overgenomen, hoewel niet met zekerheid vaststaat dat de Europese rechter dit standpunt deelt. In de visie van Bolkestein is het vanwege de sociale doeleinden van de nieuwe basisverzekering toelaatbaar dat de wetgever regels stelt die de vrijheid van verzekeraars, en in het bijzonder de vrijheid van vestiging en van dienstverlening, kunnen beperken. Daarbij heeft de eurocommissaris echter tevens aangegeven dat zulke beperkingen alleen gerechtvaardigd zijn wanneer daarvoor, in het licht van de sociale doelstellingen van de verzekering, een objectieve noodzaak bestaat en zij voldoen aan het proportionaliteitsvereiste. In de visie van de eurocommissaris kan die rechtvaardiging worden aangenomen ten aanzien van de verzekerings- en acceptatieplicht, de wettelijke regeling van de verzekerde prestaties en de systematiek van financiering van de zorgverzekering. Daarbuiten zal van geval tot geval kritisch moeten worden bezien of voor wettelijke maatregelen die beperkingen stellen aan de wijze waarop een verzekeraar met verzekeringsproducten op de markt opereert, een objectieve noodzaak bestaat en of

[6] Nog daargelaten de subsidieregelingen die in het kader van Zvw en AWBZ bestaan en eveneens daargelaten de Wmo; deze blijven hier buiten beschouwing.

zij proportioneel zijn. Het vorenstaande brengt mee dat de vrijheid van de wetgever om de zorgverzekering aan nadere wettelijke regels te onderwerpen, Europeesrechtelijk is ingeperkt.

2.4.8 Geen interventie in aanvullende verzekeringen

De hiervoor bedoelde beperkingen doen zich in elk geval gelden ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering: de verzekering van die zorg die de wetgever niet van zodanig belang heeft geacht dat deze in een sociale verzekering moest worden ondergebracht. Bij een vorm van verzekering die niet wordt gerekend tot de uit sociaal oogpunt noodzakelijke verzekering, kan geen Europeesrechtelijke rechtvaardiging worden gegeven voor beperkingen van de vrijheid van bedrijfsuitoefening door zorgverzekeraars. De eerder genoemde brief van Bolkestein is op dat punt zeer expliciet.

2.4.9 Competentievragen blijven onbesproken

Centraal in deze achtergrondstudie staan de rechten van de zorgconsument in relatie tot de verzekeraar; bij de vraag in hoeverre die rechten kunnen worden versterkt, kan allicht de vraag rijzen wie met welke taken en bevoegdheden moet worden uitgerust, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, de NZa, de IGZ of het CVZ. Die vraag wordt hier buiten beschouwing gelaten: aan wie welke taken moeten worden toebedeeld is niet een vraag die aan de hand van een juridische analyse kan worden beantwoord.

3 Wettelijk kader

3.1 De zorgverzekering

De zorgverzekering is een verplichte privaatrechtelijke verzekering die de curatieve zorg omvat. De rechten en verplichtingen van verzekeringnemer, verzekerde en zorgverzekeraar zijn geregeld in de modelovereenkomsten die in de individuele verzekeringsovereenkomsten van toepassing worden verklaard. Deze rechten en verplichtingen moeten overeenkomen met de wettelijke bepalingen, zoals vervat in de Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daarnaast vloeien rechten en verplichtingen voort uit het BW. Het gaat daarbij behalve om de algemene bepalingen van verbintenissenrecht om de regeling van de algemene voorwaarden en de regeling van de verzekeringsovereenkomst, beide sterk op consumentenbescherming gerichte regelingen. De Wmg voorziet in publiekrechtelijk toezicht op de uitvoering van de zorgverzekering, uitgeoefend door de NZa. Voorts is de zorgverzekeraar onderworpen aan het toezicht van DNB op de naleving van de Wtv 1993. Ook is de zorgverzekeraar gebonden aan de Wfd, op de naleving waarvan de AFM toezicht houdt.

3.2 AWBZ

De AWBZ is een verplichte publiekrechtelijke verzekering die verpleging en verzorging omvat alsmede, tot 2008, de (curatieve) geestelijke gezondheidszorg. De rechten en verplichtingen van verzekeringnemer, verzekerde en zorgverzekeraar zijn geregeld in de wet zelf, het Besluit zorgaanspraken AWBZ alsmede een groot aantal uitvoeringsregelingen. Vanwege het publiekrechtelijke karakter van de wet gelden tevens de bepalingen van de Awb. De Wmg voorziet in toezicht op de uitvoering van de AWBZ.

3.3 Aanvullende ziektekostenverzekeringen

De rechten en verplichtingen van verzekeringnemer, verzekerde en zorgverzekeraar zijn geregeld in de verzekeringsovereenkomsten. Nadere sectorspecifieke wetgeving ontbreekt. Wel zijn ook hier de bepalingen van het BW van toepassing alsmede, voor het publiekrechtelijk toezicht, de Wfd en de Wtv 1993. De Wmg voorziet tot op zekere hoogte in toezicht op de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

4 De materiële rechten van de zorgconsument

4.1 Rechtsbeginselen

Het recht op gezondheidszorg is een sociaal grondrecht, neergelegd in de Grondwet en in internationale verdragen. Het rechtskarakter van sociale grondrechten brengt echter tevens mee dat de burger daarop in de nationale rechtsorde geen beroep kan doen; het recht op gezondheidszorg symboliseert het maatschappelijk belang van de gezondheidszorg en brengt mee dat de gezondheidszorg een voortdurend onderwerp van overheidsaandacht moet zijn, maar voor concrete en afdwingbare aanspraken is de burger aangewezen op verzekeringswetgeving en –overeenkomsten.
Daarnaast zijn er andere rechtsbeginselen die wel degelijk door de zorgconsument kunnen worden ingeroepen, zoals het gelijkheidsbeginsel, neergelegd in onder meer de Grondwet, het IVBPR en de Awgb, en het recht op bescherming van het privéleven, gewaarborgd bij artikel 8 EVRM. Er is, voor zover het de verhouding zorgconsument-zorgverzekeraar betreft, geen noodzaak voor nadere regeling van deze en andere rechtsbeginselen bij wet.[7]

4.2 Toegang tot de verzekering

4.2.1 Zorgverzekering

Op grond van de Zvw is iedere verzekeringsplichtige verplicht zich te verzekeren. De zorgverzekeraar is verplicht alle personen die zich kwalificeren als verzekeringsplichtigen als verzekerden te accepteren. Voor het begrip verzekeringsplichtige verwijst de Zvw naar de AWBZ. Iedere ingezetene kan als gevolg van de acceptatieplicht tegenover elke zorgverzekeraar aanspraak maken op het sluiten van een zorgverzekering. De uitzonderingen op de acceptatieplicht zijn zeer beperkt omschreven. De wettelijke regeling biedt consumenten dan ook met een hoge mate van rechtszekerheid toegang tot de zorgverzekering. Op dit punt is geen (wezenlijke) verbetering van de positie van de zorgconsument mogelijk.[8]

4.2.2 AWBZ

Het vorenstaande geldt ook voor de AWBZ. Personen die in Nederland wonen zijn, met bepaalde wettelijk geregelde uitbreidingen en beperkingen, van rechtswege verzekerd: zij zijn als AWBZ-verzekerde ingeschreven bij de verzekeraar bij wie zij hun zorgverzekering hebben gesloten; daar hoeven zij verder niets voor te doen.

---

[7] Opmerking verdient dat met algemene rechtsbeginselen als hier genoemd volgens artikel 3:12 BW rekening wordt gehouden bij de vaststelling van de eisen van redelijkheid en billijkheid in privaatrechtelijke rechtsverhoudingen.
[8] De positie van onverzekerden blijft hier, zoals eerder aangegeven, buiten beschouwing.

4.2.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

Anders ligt het bij de aanvullende verzekeringen. Een zorgverzekeraar is niet verplicht aanvullende ziektekostenverzekeringen aan te bieden en aan te gaan; hij is vrij in de premiestelling; hij mag bij 'risicopatiënten' weigeren bepaalde vormen van zorg te verzekeren of een wachttijd hanteren. Die vrijheid van de verzekeraar kan op grond van de geldende Europese schaderichtlijnen in beginsel niet worden beperkt door maatregelen van de nationale overheid. Ook al zou het wenselijk zijn de toegang tot de aanvullende ziektekostenverzekeringen wettelijk te waarborgen, dan ontbreken daarvoor de juridische mogelijkheden.

4.3 Veranderen van verzekeraar

4.3.1 Zorgverzekering

De Zvw waarborgt het recht van de consument om tenminste éénmaal per jaar van verzekeraar te veranderen. Dat recht wordt versterkt doordat wettelijk is geregeld dat bepalingen in verzekeringsovereenkomsten, inhoudend dat de aanvullende verzekering eindigt als consument zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar afsluit, niet geldig zijn; de mogelijkheid van *lock in* die de verzekerdenmobiliteit zou beperken, wordt daarmee voor een belangrijk deel verhinderd. In zoverre is sprake van heldere en ondubbelzinnige rechten van de zorgconsument. Er is overigens een wetsvoorstel aanhangig om de overstap van verzekerden per 1 januari, bij het ingaan van een nieuwe premie, te vergemakkelijken.[9]
Gewoonlijk wordt in de verzekeringsvoorwaarden aan de verzekeraar het recht toegekend de voorwaarden tussentijds eenzijdig te wijzigen. Als de voorwaarden in het nadeel van de verzekerde worden gewijzigd, heeft de verzekeringnemer het recht de verzekering op te zeggen. Hierin voorziet een dwingendrechtelijke bepaling van het verzekeringsrecht in het BW.[10] Als iemand een zorgverzekering met gecontracteerde zorg heeft gesloten,[11] als gevolg waarvan hij zich in principe moet wenden tot een zorgaanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, is het voor hem van belang met wie

---

[9] *Kamerstukken II* 2005/06, 30 668.
[10] De Zvw maakt hierop een uitzondering doordat verandering van verzekeraar niet mogelijk is als de wijziging van de voorwaarden voortvloeit uit wetgeving. Dat is redelijk, omdat de mogelijkheid om bij verandering van voorwaarden de verzekering op te zeggen bedoeld is om de verzekeringnemer in staat te stellen daarmee de toepassing van voor hem nadelige voorwaarden te voorkomen, een mogelijkheid die nu eenmaal ontbreekt als alle zorgverzekeraars op grond van een wettelijke maatregel verplicht zijn de voorwaarden in voor de verzekerde ongunstige zin aan te passen.
[11] Dat zal veelal een zg. naturaverzekering zijn, maar het kan ook gaan om een restitutieverzekering waarin is bepaald dat de verzekerde zich in principe moet wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders.

precies een overeenkomst is gesloten.[12] Komt er tussentijds een einde aan de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en een zorgaanbieder die voor de verzekerde van belang is, dan kan er sprake zijn van een wijziging ten nadele van de verzekerde. Op dit punt heeft de regering tijdens de parlementaire behandeling een te terughoudend standpunt ingenomen. Verwacht mag worden dat de rechter de algemene – voor de consument gunstige – regeling van het verzekeringsrecht zal toepassen en zich niet zal laten leiden door de meer restrictieve zienswijze in de toelichting op de Zvw. Op dit punt is er daarom geen aanleiding tot nieuwe regelgeving.

4.3.2 AWBZ

Veranderen van verzekeraar is wat de AWBZ betreft zonder belang. De AWBZ wordt voor alle verzekeraars gezamenlijk uitgevoerd door de regionale zorgkantoren. Het maakt wat de AWBZ betreft niet uit waar iemand verzekerd is.

4.3.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

Wat de aanvullende verzekering betreft, is de consument vrij van verzekeraar te veranderen – gewoonlijk kan de verzekering één keer per jaar worden opgezegd – maar daarmee is nog niet gezegd dat hij een nieuwe verzekeraar kan vinden. Voor aanvullende verzekeringen geldt immers geen acceptatieplicht, en die kan op Europeesrechtelijke gronden ook niet worden opgelegd. Er zijn hier dan ook geen mogelijkheden voor werkelijke versterking van de positie van de zorgconsument op het punt van verandering van verzekeraar.

4.4 Verzekerd pakket van voldoende omvang

4.4.1 Zorgverzekering

In de Zvw heeft de wetgever ervoor gekozen het ziekenfondspakket zonder wezenlijke veranderingen over te nemen in de nieuwe zorgverzekering.[13] De vaststelling van aard, inhoud en omvang van de verzekerde prestaties is voor een belangrijk deel een politieke beslissing. 'Voor een belangrijk deel', maar niet helemaal. Allereerst is de vrijheid van de overheid beperkt als gevolg van internationale verdragen waarbij Nederland partij is. Het gaat daarbij om ILO-verdragen en de Europese Code inzake sociale zekerheid, tot stand gekomen in het kader van de Raad van Europa.

---

[12] Zo zal de verzekerde er aan hechten dat hij gebruik kan blijven maken van de diensten van de hem vertrouwde huisarts, bij wie hij al jaren patiënt is.

[13] Wel zijn er wijzigingen in de technische vormgeving. Zo is het vroegere 'gebruikelijkheidscriterium', dat voor een deel van de verzekerde zorg gold, vervangen door de voor de gehele zorgverzekering geldende maatstaf 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Bovendien heeft de overheid één- en andermaal, ook bij de totstandkoming van de Zvw, uitgedragen dat beslissingen over de samenstelling van het pakket van de sociale ziektekostenverzekering worden genomen aan de hand van het model dat de Commissie-Dunning in 1991 heeft geadviseerd, een model waarin voor elke vorm van zorg achtereenvolgens wordt nagegaan:

- of de desbetreffende zorg noodzakelijk is;
- of de zorg werkzaam is;
- of de zorg doelmatig is, en
- of zij voor eigen rekening van de burger kan blijven.

Als verklaard beleid van de overheid is dat beslissingen over de pakketsamenstelling aan de hand van dit model worden genomen, mag de burger de overheid daaraan houden; de criteria krijgen daarmee door de werking van vertrouwens- en rechtszekerheidsbeginsel ook juridische betekenis, hoezeer de criteria door hun algemene formulering ook ruimte laten voor beleidsmatige afwegingen. Er is zeker iets voor te zeggen de criteria ook wettelijk vast te leggen. Het is echter niet de plaats dit punt hier ter discussie te stellen, nu de Tweede Kamer nog onlangs een amendement van deze strekking heeft verworpen.[14] Daar komt bij dat de Dunning-criteria, hoezeer zij voorzien in een plausibel denkmodel, voor discussie en verdieping vatbaar zijn. Het recente rapport van de RVZ over *Zinnige en duurzame zorg* illustreert hoe moeilijk het is de omvang en daarmee de grenzen van de zorg te bepalen; een probleem waarmee alle westerse landen te maken hebben. De discussie over de algemene criteria van pakketsamenstelling lijkt niet zodanig uitgekristalliseerd te zijn dat het de vraag is of een verantwoorde wettelijke vastlegging daarvan mogelijk is.

4.4.2 AWBZ

Het vorenstaande geldt *mutatis mutandis* ook voor de AWBZ.

4.4.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

De aanvullende ziektekostenverzekering omvat voor een deel vormen van zorg waarvan nut en noodzaak onbetwist zijn, maar waarbij de wetgever ervoor heeft gekozen deze zorg voor rekening en verantwoording van de consument te laten (met name tandheelkundige hulp en fysiotherapie). Daarnaast omvat de aanvullende ziektekostenverzekering vormen van zorg die niet als essentieel kunnen worden beschouwd. Inhoud en omvang van de verzekerde prestaties in de aanvullende ziektekostenverzekering worden bepaald door het aanbod van de verzekeraars en de preferenties van consumenten; de wetgever kan daarover niet beslissen.

[14] Amendement-Heemskerk, *Kamerstukken II* 2004/05, 29 763, nr. 33.

4.5 Recht op zorg

4.5.1 Inleiding

Deze paragraaf betreft de vraag in hoeverre de burger een afdwingbaar recht op zorg heeft. De vraag in hoeverre de burger recht kan doen gelden op tijdige en kwalitatief toereikende zorg komt hierna in §§ 4.6 en 4.7 aan de orde.

4.5.2 Zorgverzekering

Wat de zorgverzekering betreft kan een recht op zorg voortvloeien uit de gesloten verzekeringsovereenkomst. In hoeverre recht op zorg bestaat, hangt af van het contractueel toepasselijke verzekeringsmodel.
In het *naturamodel* heeft de verzekerde tegenover de verzekeraar een afdwingbaar recht op zorg; de verzekerde prestaties bestaan uit de zorg zélf en niet uit vergoeding van kosten. In dat model is de verzekeraar genoodzaakt toereikende overeenkomsten met zorgaanbieders aan te gaan om daarmee zeker te stellen dat hij aan zijn prestatieplicht tegenover de verzekerde kan voldoen.[15]
In het *restitutiemodel* daarentegen heeft de verzekerde tegenover de verzekeraar alleen recht op vergoeding van kosten. De nieuwe zorgverzekering kent niet een dergelijk 'kaal' restitutiemodel: als het restitutiemodel van toepassing is, geldt tevens een '*zorgplicht*' die meebrengt dat de zorgverzekeraar desgevraagd 'activiteiten' moet ontwikkelen 'gericht op het verkrijgen van zorg'; bij deze activiteiten kan worden gedacht aan zorgbemiddeling in geval van wachtlijsten.
Geldt in de naturaverzekering dat de verzekeraar ervoor instaat dat de verzekerde zorg krijgt (resultaatsverbintenis), in de restitutieverzekering volgens de Zvw is slechts sprake van een inspanningsverbintenis. Een afdwingbaar recht op zorg is er dus alleen in de naturaverzekering.[16]
Kenmerkend voor de Zvw is dat aan de zorgverzekeraars de vrijheid wordt gelaten zelf te kiezen welk verzekeringsmodel zij aanbieden. Verzekeraars kunnen ervoor kiezen alleen naturaverzekeringen aan te bieden of alleen restitutieverzekeringen,[17] dan wel beide, of een verzekering die elementen van natura en restitutie combineert. Het is vervolgens aan de zorgconsument uit het aanbod van de verschillende verzekeringen zelf een keuze te maken. Het is een bewuste keuze van de wetgever om deze keuzes van zorgverzekeraars en consumenten open te laten. Deels valt die keuze te verklaren doordat de wetgever een zo groot mogelijke ruimte voor werking van de markt heeft geboden. Daar komt echter

---

[15] Ook kan de zorgverzekeraar in de zorg voorzien door zelf een praktijk of zorginstelling te exploiteren (verticale integratie).
[16] De naturaverzekering wordt vaak geassocieerd met de verzekering 'waarin je niet zelf de rekening hoeft te betalen', maar dat is niet de essentie; het afdwingbare recht op zorg zélf is de essentie.
[17] Waarbij nog de variant bestaat van de restitutieverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders.

bij dat eurocommisaris Bolkestein in zijn brief van 25 november 2003 ervoor heeft gewaarschuwd dat het dwingend opleggen van het naturamodel mogelijk wordt gezien als onacceptabele inbreuk op de vrijheid van uitoefening van het verzekeringsbedrijf en daarmee als inbreuk op het vrij verkeer van diensten.[18] Vanwege zowel de bewuste keuze van de wetgever als de Europeesrechtelijke beperkingen is er geen plaats om een versterking van de positie van de zorgconsument na te streven door middel van een verplicht naturamodel.
Overigens bieden praktische alle zorgverzekeraars op de Nederlandse markt naturaverzekeringen aan; de wettelijke acceptatieplicht brengt mee dat iedere consument het recht heeft een naturaverzekering te sluiten en daarmee een afdwingbaar recht op zorg te verwerven.

4.5.3 AWBZ

De AWBZ wordt uitgevoerd als naturaverzekering. Daarmee staat vast dat de consument aan de AWBZ een afdwingbaar recht op zorg kan ontlenen.

4.5.4 Aanvullende ziektekostenverzekering

Wat de aanvullende verzekering betreft, is de verzekeraar vrij deze als natura- of als restitutieverzekering aan te bieden, of een combinatie daarvan. Die vrijheid kan op grond van het Europese recht niet worden beperkt.

4.5.5 Conclusie

Het belang van het 'recht op zorg' als sociaal grondrecht is onbetwist. Het daarnaast wettelijk vastleggen van een algemeen, afdwingbaar recht van de burger op gezondheidszorg voegt echter wat de naturaverzekering (Zvw en AWBZ) betreft niets toe aan hetgeen nu al geldt, is niet verenigbaar met het rechtskarakter van de restitutieverzekering (Zvw) en kan niet worden verwezenlijkt in de aanvullende verzekering. De conclusie is dan ook dat er geen aanleiding is voor wetgeving ter versterking van het recht van de consument op zorg op zichzelf.

4.6 Toegangsvoorwaarden

4.6.1 Materiële toegangsvoorwaarden

Onder 'toegangsvoorwaarden' worden hier verstaan: de regels die gegeven het verzekerde pakket bepalen wanneer de verzekerde aanspraak kan maken op (vergoeding

[18] Het zal duidelijk zijn dat hetzelfde geldt voor het dwingend opleggen van een restitutiestelsel.

van kosten van) zorg. Onderscheid moet worden gemaakt tussen materiele en formele toegangseisen.
De belangrijkste *materiële* toegangseis in zowel de Zvw als de AWBZ is de algemene indicatie-eis. Deze algemene indicatie-eis is op enigszins uiteenlopende wijze geformuleerd, maar in alle gevallen wordt verlangd dat de verzekerde op de verzekerde zorg 'redelijkerwijs aangewezen' is.[19] De wijze waarop wordt vastgesteld of dat het geval is, verschilt. In de privaatrechtelijke zorgverzekering wordt de indicatie veelal door de zorgaanbieder zelf beoordeeld en komt de zorgverzekeraar slechts in uitzonderingsgevallen toe aan een expliciete beslissing daarover. In de AWBZ is de indicatiebeoordeling voor een belangrijk deel van de verzekerde zorg opgedragen aan het CIZ, maar de indicatiebeoordeling wordt in een niet onbelangrijk deel van de gevallen in feite overgelaten aan de zorgaanbieders.[20]
Naast deze algemene indicatie-eis kunnen voor bepaalde vormen van zorg specifieke indicaties worden geëist (zoals voor plastische chirurgie en fysiotherapie). Deze specifieke indicatie-eisen zijn, wat de Zvw betreft, neergelegd in wettelijke voorschriften, waarvan de inhoud moet worden overgenomen in de modelovereenkomsten. In de AWBZ zijn dergelijke specifieke indicatie-eisen van toepassing krachtens de wettelijke regeling. Deze regelingen (en de verschillen daartussen) vloeien voort uit bewuste keuzes die de wetgever bij de inrichting van Zvw en AWBZ heeft gemaakt. Gegeven die keuzes, valt niet in te zien hoe in het algemeen de positie van de zorgconsument versterkt zou kunnen worden.[21]

4.6.2 Formele toegangsvoorwaarden

In samenhang met de materiële toegangsvoorwaarde van de indicatie-eis kunnen er *formele* toegangsvoorwaarden gelden. De belangrijkste zijn de eis van verwijzing (bijvoorbeeld de verwijzing door de huisarts naar de specialist) en de eis van voorafgaande toestemming, vaak aangeduid als 'machtiging' (bijvoorbeeld voor bepaalde geneesmiddelen). Een toestemmingseis dient ertoe de verzekeraar in staat te stellen te beoordelen of aan de materiële indicatie-eis is voldaan.
Er kan op zichzelf geen bezwaar tegen bestaan dat een zorgverzekeraar instrumenten hanteert om te controleren of de verzekerde inderdaad gerechtigd is tot bepaalde zorg of tot een bepaalde vergoeding. Normaliter wordt op grond van een verzekering immers niet uitgekeerd zonder dat de verzekeraar heeft kunnen vaststellen dat de verzekerde recht op

---

[19] In de Zvw is het criterium dat de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen. In de AWBZ is het criterium dat de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs op de verzekerde zorg is aangewezen.
[20] Als een zorgaanbieder een daartoe strekkende overeenkomst met het CIZ heeft gesloten en gebruik maakt van Standaard Indicatie Protocollen, neemt het CIZ in principe zonder meer de voorgestelde indicatie over.
[21] Dit laat natuurlijk onverlet dat zich geschillen over de indicatiebeoordeling kunnen voordoen; zie over dergelijke en andere geschillen § 4.12.

uitkering heeft. In de Zvw is er bewust voor gekozen het aan de zorgverzekeraar over te laten in hoeverre hij dergelijke eisen in de modelovereenkomst wil opnemen.[22] Op dit punt kunnen zorgverzekeraars eigen keuzes maken, al naar gelang aan welk gezichtspunt zij het meeste belang hechten. De wens tot kostenbeheersing kan aanleiding zijn tot het stellen van veel en strikte toegangseisen; klantvriendelijkheid, zowel tegenover de verzekerde als tegenover de zorgaanbieder, kan aanleiding zijn juist zo weinig mogelijk toegangseisen te stellen, die immers vaak als bureaucratisch worden ervaren. Het gevolg kan zijn dat in de ene verzekering voor bepaalde zorg een formele toegangseis geldt, terwijl voor dezelfde zorg in een andere zorgverzekering niet zo'n eis niet geldt. Al mag dat soms verwarrend zijn, in het kader van deze achtergrondstudie ligt het niet voor de hand de bewust door de wetgever gelaten keuzevrijheid ter discussie te stellen.
Opmerking verdient overigens dat de Wmg aan de mogelijkheid om formele toegangseisen te stellen in het belang van de consument zekere beperkingen stelt.[23]
In de AWBZ zijn de formele toegangseisen wettelijk geregeld, op basis van het oordeel van de wetgever welke toegangseisen noodzakelijk zijn om onjuist gebruik van de verzekering te voorkomen. Ook wat de AWBZ is er op dit punt geen aanleiding nadere regelgeving ter versterking van de positie van de zorgconsument voor te stellen.
Voor zover in de aanvullende verzekering sprake is van (nadere) toegangsvoorwaarden, laat het Europese recht geen ruimte voor nadere interventie van de wetgever, daargelaten of daartoe aanleiding zou bestaan.

4.7 Recht op tijdige zorg

4.7.1 Verschillende maatstaven

Dat patiënten soms lang, en in een aantal gevallen té lang, moeten wachten op noodzakelijke zorg is een kwetsbaar punt van de Nederlandse gezondheidszorg. Niet overal zijn er (lange) wachtlijsten – achtereenvolgende kabinetten hebben zich ingespannen de wachtlijsten te reduceren – maar voor diverse vormen van zorg wél. Het belang van *tijdige* zorg wordt alom onderschreven en is evident. Het is van belang na te gaan wat de rechtspositie van de burger op dit specifieke punt is. Dat levert een zeer divers beeld op: er gelden verschillende maatstaven, die hierna worden toegelicht.

---

[22] Uitgezonderd de specialistische zorg, die volgens de Zvw slechts toegankelijk mag zijn op verwijzing door de huisarts.
[23] Zie artikel 34 Wmg. In een procedure die een ziektekostenverzekeraar hanteert als voorwaarde voor het verlenen van diensten of zorg mag uitsluitend informatie worden verlangd die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarop die procedure betrekking heeft. Bij verandering van ziektekostenverzekeraar blijven alle met betrekking tot de betrokken verzekerde gehanteerde procedures geldig. Bovendien kan de zorgautoriteit regels stellen over verrichtingen waarvoor geen procedure mag worden opgelegd, de geldigheid van eenzelfde procedure voor een aantal handelingen en de eenvormige invulling van procedures, waarbij kan worden voorgeschreven dat deze uitsluitend langs elektronische weg worden toegepast.

1. Zorgverzekering (naturamodel) zonder specifieke regeling in de modelovereenkomst
In de zorgverzekering volgens het naturamodel heeft de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar recht op zorg. Behoudens afwijkende bepalingen in de toepasselijke modelovereenkomst geldt voor de termijn waarop hij van de verzekeraar kan verlangen dat zorg wordt verleend de hoofdregel van het BW. Die hoofdregel is dat 'terstond' nakoming van de verbintenis kan worden gevorderd. 'Terstond' moet in zoverre niet letterlijk worden genomen, dat de verzekeraar enige tijd moet worden gelaten voor het leveren van de prestatie, maar hij heeft niet het recht om de prestatie uit te stellen. Dit stelsel laat dus geen ruimte voor wachtlijsten.[24]

2. Zorgverzekering (naturamodel) mét specifieke regeling in de modelovereenkomst
In de privaatrechtelijke zorgverzekering volgens het naturamodel kan de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst zelf de termijn regelen waarop zorg wordt verleend. Zo komt het voor dat in modelovereenkomsten wordt verwezen naar 'maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid'.[25] Ook komt het voor dat wordt verwezen naar de zg. Treeknormen, die weliswaar concreter zijn, maar alleen het karakter hebben van streefnormen.[26]

3. 'Zorgplicht' in de restitutieverzekering
Is in de zorgverzekering het restitutiemodel van toepassing, dan rust op de zorgverzekeraar niet een resultaatsverbintenis om te zorgen dat de verzekerde de nodige zorg krijgt, maar moet hij desgevraagd wel activiteiten ontplooien 'gericht op het verkrijgen van zorg'. De Zvw noch de toelichting maakt duidelijk welke termijn van zorgverlening als maatstaf voor deze inspanningsverplichting moet worden aangelegd. Bij het ontbreken van zo'n maatstaf kan elke zorgverzekeraar een eigen invulling geven

---

[24] In de naturaverzekering kan de verzekerde in beginsel van zijn zorgverzekeraar nakoming van de verplichting tot zorgverlening verlangen. Maar ook kan hij schadevergoeding vorderen. In een aantal modelovereenkomsten voor de zorgverzekering komen echter bepalingen voor die de aansprakelijkheid van de verzekeraar voor niet-tijdige zorg beperken of uitsluiten.
[25] De voorbeeld-modelpolis van ZN bevat de volgende bepaling: 'Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.'
[26] Bijvoorbeeld de streefnorm van zeven weken voor klinische behandeling. Zie voor de Treeknormen: Treekoverleg, *Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector*, 19 januari 2000; *Notitie Aanvaardbare levertijden in de care: streefnormstelling door en voor Treekpartijen*, 3 april 2000.

aan de zorgplicht in geval van een restitutieverzekering. Veelal wordt de verzekerde aanspraak gegeven op bemiddeling als de wachttijd 'te lang' is.[27]

4. AWBZ

In de AWBZ (een naturaverzekering) is de verzekerde prestatie de zorg zélf. Het recht op zorg vloeit voort uit de wet. Met dat recht correspondeert een op de zorgverzekeraar rustende privaatrechtelijke verbintenis.[28] Voor de termijn van nakoming geldt de hoofdregel van het burgerlijk recht dat 'terstond' nakoming kan worden verlangd. De AWBZ biedt niet de mogelijkheid hiervan af te wijken.

5. Intramurale zorg in een andere EU-lidstaat

Voor intramurale zorg in het buitenland is op grond van de verzekeringsvoorwaarden meestal voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Volgens rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen moet die toestemming worden verleend als de verzekerde in Nederland niet 'tijdig' een identieke of even doeltreffende zorg kan krijgen als in een andere EU-lidstaat. In de rechtspraak is het begrip 'tijdig' nader gepreciseerd: toestemming moet worden gegeven voor behandeling in het buitenland tenzij in Nederland zorg kan worden verleend binnen een termijn die naar objectief medisch oordeel aanvaardbaar is.[29] Daarmee is voor het kunnen inroepen van intramurale zorg elders in de EU een eigen norm ontstaan die afwijkt van hetgeen, zoals hiervoor aangegeven, naar nationaal recht geldt.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat in de aanvullende verzekering gewoonlijk is niets bepaald over de termijn waarbinnen zorg moet worden verleend. Omdat het meestal om een restitutieverzekering gaat (zónder de 'zorgplicht' die de Zvw kent), kan de verzekerde tegenover de verzekeraar geen rechten doen gelden op zorg binnen een bepaalde termijn; hier ontbreekt dus een maatstaf.

---

[27] Bijvoorbeeld doordat aanspraak op bemiddeling wordt geboden als er sprake is van een 'niet aanvaardbare lange wachttijd'.

[28] Volgens de AWBZ zijn de zorgverzekeraars de uitvoeringsorganen van de AWBZ. In feite wordt de AWBZ echter uitgevoerd door de per regio aangewezen zorgkantoren, telkens een zorgverzekeraar die (krachtens verleend mandaat en verleende volmacht) optreedt als vertegenwoordiger van alle andere zorgverzekeraars. Deze constructie neemt echter niet weg dat de wettelijke prestatieplicht op de zorgverzekeraar rust en niet op het zorgkantoor.

[29] Zie laatstelijk HvJ EG 16 mei 2006, C-372/04 (*Watts*), *NJ* 2006, 361 m.nt. M.R. Mok, «*GJ*» 2006, 96 m.nt. G.R.J. de Groot. De gecompliceerde vraag naar de toepasselijkheid van de verdragsbepalingen over het vrij verkeer van diensten op de privaatrechtelijke verhouding tussen verzekerde en zorgverzekeraar blijft hier onbesproken.

4.7.2 Eén maatstaf?

Het is misschien verklaarbaar, maar toch ongerijmd dat voor een facet dat een zo belangrijke maatschappelijke waarde vertegenwoordigt als het *op tijd* kunnen krijgen van noodzakelijke zorg, zulke uiteenlopende maatstaven gelden. Allicht is daardoor voor verzekerden vaak niet duidelijk waar zij op kunnen rekenen en waar zij recht op hebben. Overwogen kan worden wettelijk één, eenduidige, maatstaf vast te leggen die aangeeft binnen welke termijn een verzekerde mag verwachten zorg te verkrijgen; een maatstaf die in zowel de zorgverzekering als de AWBZ geldt en waarmee ook overheidsinstellingen bij de bekostiging van voorzieningen rekening moet houden.[30] Het ligt niet voor de hand de strenge privaatrechtelijke norm 'terstond' te hanteren, niet alleen omdat een dergelijke maatstaf feitelijk nauwelijks uitvoerbaar is maar ook omdat het, acute zorg daargelaten, lang niet altijd zinvol is dat 'terstond' zorg wordt verleend. Veeleer ligt het voor de hand aansluiting te zoeken bij de Europeesrechtelijke maatstaf dat zorg moet worden verleend binnen een termijn die naar objectief medisch oordeel aanvaardbaar is, welke termijn tevens zou moeten worden gebonden aan een redelijk geacht maximum. De noodzaak dat zorg steeds wordt verleend binnen de termijn die uit medisch oogpunt aanvaardbaar is, zodat (verdere) gezondheidsschade door het uitblijven van zorg wordt vermeden, spreekt welhaast vanzelf. Daarnaast kunnen overwegingen van maatschappelijke aanvaardbaarheid ertoe leiden dat aan het uitstel van zorg een grens wordt gesteld. Zelfs wanneer (langdurig) uitstel van zorg medisch niet onverantwoord is, wil dat niet zeggen dat het uit maatschappelijk oogpunt moet worden aanvaard dat de patiënt langdurig op zorg moet blijven wachten. In dezelfde richting wijzen de Treeknormen, die ook berusten op overwegingen van maatschappelijke aanvaardbaarheid van het wachten op zorg, ook al beperken zij zich nog tot het formuleren van niet-bindende streefnormen. De hier gesuggereerde wettelijke en verbindende maatstaf combineert de eis van zorg binnen een termijn die uit medisch oogpunt aanvaardbaar is en de eis van zorg binnen een termijn die maatschappelijk aanvaardbaar is.

Gezien het grote maatschappelijke belang van tijdig verleende zorg valt aan te nemen dat een interventie van de wetgever op dit punt, wat de zorgverzekering betreft, niet kan worden beschouwd als een ontoelaatbare interventie in de vrijheid van de uitoefening van het verzekeringsbedrijf.

De betekenis van een algemene wettelijke maatstaf voor tijdige zorg moet niet worden overschat. In de eerste plaats: in de naturaverzekering vormt een wettelijke termijn een onderdeel van de resultaatsverbintenis die op de zorgverzekeraar rust. In de restitutieverzekering daarentegen rust op de zorgverzekeraar niet een resultaatsverbintenis, maar alleen een inspanningsplicht om te zorgen dat verzekerden zorg verkrijgen. Bijgevolg zal de restitutieverzekeraar tot niet méér verplicht kunnen worden dan zich in te spannen voor verlening van zorg binnen de wettelijke termijn. In de tweede plaats betekent een wettelijke norm niet dat patiënten *altijd* inderdaad op tijd zorg

[30] De aanvullende ziektekostenverzekering blijft hier buiten beschouwing in verband met de Europeesrechtelijke beperkingen van overheidsinterventie.

krijgen en zelfs niet, dat zij daar *altijd* hun verzekeraar op kunnen aanspreken. Er kunnen zich immers omstandigheden voordoen die tijdige zorg verhinderen en buiten de invloeds- en risicosfeer van de zorgverzekeraar liggen.[31] Overmacht kan dus de effectiviteit van een wettelijke maatstaf over de tijdigheid van zorgverlening beperken. In de derde plaats kan ook de overheid niet worden aangesproken op alle factoren die aan tijdige verlening van zorg in de weg staan.[32] Eén en ander geldt overigens ook naar geldend recht; het feit dat nakoming van een wettelijke of contractuele norm onder omstandigheden door overmacht kan worden verhinderd, wordt gewoonlijk niet als doorslaggevende reden gezien om van vaststelling van zo'n norm af te zien.

4.8 Recht op kwalitatief goede zorg

4.8.1 Inleiding

Volgens de geldende wetgeving rust primair op hulpverleners en hulpverlenende instellingen de verplichting tot het verlenen van zorg van goede kwaliteit: de Kwz, de Wet-Big en de Wgbo. Er zijn sancties voorzien bij niet-nakoming (bijvoorbeeld het wettelijk geregelde tuchtrecht). De Wet-Big en de Kwz kennen de eis van 'verantwoorde zorg', de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW kent de eis van 'goed hulpverlenerschap' en bevat een reeks van andere plichten van hulpverleners.
Deze wettelijke regels vallen buiten het bestek van deze achtergrondstudie. Dit neemt niet weg dat zij indirect betekenis hebben voor de verhouding zorgconsument-zorgverzekeraar, zij het afhankelijk van het toepasselijke verzekeringsmodel, zoals hierna wordt toegelicht.

4.8.2 Naturamodel

In het naturamodel is de zorgverzekeraar er tegenover de verzekerde verantwoordelijk voor dat de geleverde zorg voldoet aan de daaraan te stellen kwaliteitseisen. In het naturamodel is de verzekerde zorg zélf de prestatie die de zorgverzekeraar moet leveren. Wie contractueel of wettelijk gehouden is tot een prestatie, moet een deugdelijke prestatie leveren: de prestatie moet voldoen aan de eisen die men daaraan redelijkerwijs kan stellen. Welke eisen dat zijn, volgt uit de kwaliteitswetgeving: de zorg moet steeds voldoen aan de eis van 'verantwoorde zorg'. Een zorgverzekeraar is dus tegenover de

[31] Zo is beslist dat het ontbreken van tijdige AWBZ-zorg in de situatie dat de beschikbare capaciteit volledig is benut niet aan de zorgverzekeraar kan worden verweten.
[32] Zo kan de overheid geen direct verwijt worden gemaakt van wachtlijsten die door inefficiency bij zorginstellingen ontstaan of, bijvoorbeeld, van wachtlijsten die het gevolg zijn van een tekort aan donororganen.

verzekerde niet gekweten met zorg die daaraan niet voldoet; voor tekortschietende zorg is de naturaverzekeraar in beginsel aansprakelijk tegenover de verzekerde.[33]
De zorgverzekeraar stelt zich in het naturamodel in staat aan zijn verplichtingen tegenover de verzekerden te voldoen door overeenkomsten met zorgaanbieders te sluiten.[34] Als een zorgaanbieder zich tegenover de zorgverzekeraar verplicht aan diens verzekerden zorg te verlenen, is de zorgaanbieder ook tegenover de verzekeraar verplicht een deugdelijke prestatie te leveren, dus zorg die aan de daaraan te stellen eisen ('verantwoorde zorg') voldoet. Een overeenkomst zorgverzekeraar-zorgaanbieder die ruimte zou laten voor niet-verantwoorde zorg, is ondenkbaar. Hetzelfde geldt evenzeer in het naturamodel van de AWBZ, bijvoorbeeld voor de thuiszorg en verpleeghuiszorg.
De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van de geleverde zorg is niet uitdrukkelijk in de wet geregeld, maar dat is ook niet noodzakelijk. Op dit punt heeft de zorgconsument een sterke rechtspositie, voortvloeiend uit de toepassing van de gewone regels van privaatrecht.[35]

4.8.3 Restitutieverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders

Voor zover (in de zorgverzekering) een restitutiemodel is gehanteerd, ligt de zaak anders. De zorgverzekeraar is dan niet zelf tegenover de verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit van de te verlenen zorg. Als echter een restitutieverzekering wordt gesloten waarbij de verzekerde zich in beginsel moet wenden tot zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, vergt de maatschappelijke zorgvuldigheid dat de zorgverzekeraar slechts overeenkomsten sluit met zorgaanbieders van wie bij het aangaan van de overeenkomst kan worden verwacht dat zij verantwoorde

---

[33] In de praktijk heeft deze aansprakelijkheid een geringe betekenis, omdat patiënten bij medische fouten gewoonlijk de hulpverlener zelf aansprakelijk stellen, die voor die aansprakelijkheid praktisch altijd verzekerd is. Aan het uitgangspunt van de aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar voor kwalitatief goede zorg doet dit echter niet af. Wel kan de verzekeraar in de privaatrechtelijke zorgverzekering zijn aansprakelijkheid voor fouten van hulpverleners beperken of uitsluiten. Voor uitsluiting of beperking van aansprakelijkheid gelden de algemene regels van burgerlijk recht, die daaraan uit een oogpunt van consumentenbescherming grenzen stellen.
[34] Daargelaten de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar in eigen beheer zorg verleent door bijvoorbeeld een gezondheidscentrum te exploiteren. Ook dan is de zorgverzekeraar in het naturamodel uiteraard verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg.
[35] J. Legemaate, *Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak*, p. 62-63, neemt het standpunt in dat de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van de zorg wettelijk niet voldoende is geregeld, omdat Zvw en AWBZ geen bepalingen bevatten die deze verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar borgen. Gezien de hier beschreven privaatrechtelijke aansprakelijkheid voor de deugdelijkheid van de zorg die in het naturamodel op de zorgverzekeraar rust, is aanvullende regelgeving echter niet nodig om de rechtspositie van de natura-verzekerde op dit punt te waarborgen. Overigens eist de AWBZ wel degelijk dat de overeenkomsten met zorgaanbieders bepalingen over de kwaliteit van de zorg bevatten.

zorg verlenen.[36] De zorgverzekeraar is mogelijk aansprakelijk als hij daarin te kort schiet (‘*culpa in eligendo’*). Verder gaat zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg in elk geval niet.

4.8.4 Restitutieverzekering zonder gecontracteerde zorgaanbieders

Gaat het om een restitutieverzekering zonder gecontracteerde zorgaanbieders, zodat de verzekerde geheel vrij is in de keuze van de zorgverlener, dan draagt de zorgverzekeraar geen eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg. Dit is, buiten de zorgverzekeraar, ook meestal het geval in de aanvullende verzekering.

4.8.5 Slotopmerkingen

Uit het voorafgaande blijkt dat de wijze waarop en de mate waarin de zorgverzekeraar aangesproken kan worden op de kwaliteit van de zorg, afhangt van het toepasselijke verzekeringsmodel. Toepasselijkheid van drie verschillende regimes levert geen eenduidige rechtspositie van de zorgconsument op in zijn verhouding tot de zorgverzekeraar. Deze divergentie in de rechten van de zorgconsument op het punt van de kwaliteit van de zorg is echter het onvermijdelijke gevolg van het feit dat de wetgever ruimte heeft gelaten voor verschillende verzekeringsmodellen, die overigens in de zorgverzekering ter keuze van de consument zijn.
Hiermee is het onderwerp kwaliteit echter nog niet volledig besproken.‘Verantwoorde zorg’ is een minimumstandaard waaraan allen moeten voldoen. Het is echter de moeite waard te onderzoeken hoe de positie van de zorgconsument bij het kiezen van de beste zorgaanbieder, en daarmee ook de concurrentie tussen zorgaanbieders, kan worden versterkt. Cruciaal daarvoor is keuze-informatie. Daarom zal dit thema nader worden bezien in § 5.4.2, waar de rechten en plichten van zorgconsumenten op voor hen relevante informatie aan de orde komen.

4.9 Keuze van het type hulpverlener

4.9.1 De functiegerichte omschrijving

Functiegerichte omschrijving van verzekerde prestaties houdt in dat de wetgever aard, inhoud en omvang regelt van de prestaties waarop de verzekerden recht hebben, maar niet welk type instelling of beroepsbeoefenaar voor rekening van de verzekering zorg mag

[36] Doordat in de regel een korting wordt toegepast op de vergoeding van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders zet de verzekeraar immers de verzekerde met een financiële prikkel ertoe aan om zich bij voorkeur tot gecontracteerde zorgaanbieders te wenden.

verlenen.[37] Dit in tegenstelling tot de *voorzieninggericht* omschreven prestaties, waarbij de kwalificatie van de hulpverlener deel uitmaakt van de omschrijving van de verzekeringsaanspraak. Zo kan 'huisartsenzorg' per definitie alleen door huisartsen worden verleend, maar kan 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' ook door anderen, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen, worden verleend. Het oogmerk van de functiegerichte omschrijvingstechniek is, meer dan in de voorzieninggerichte methode mogelijk is, rekening te houden met de vraag van patiënten, meer concurrentie tussen zorgaanbieders mogelijk te maken, ruimte te bieden voor innovatie en, in het algemeen, een doelmatige zorgverlening te bevorderen.
Zowel in de Zvw als in de AWBZ is gekozen voor functiegerichte omschrijvingen. In de Zvw wordt aangehaakt bij de meest voor de hand liggende zorgaanbieders (door bijvoorbeeld de omschrijving 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'). In de AWBZ is gekozen voor algemene en abstracte omschrijvingen van de verzekerde zorg, zonder dat enige indicatie wordt gegeven van het in te schakelen type zorgaanbieder.[38] De methode van functiegerichte omschrijving suggereert dat de verzekeraar een grote mate van vrijheid heeft om te bepalen welk type hulpverlener voor zijn rekening zorg kan verlenen. In feite is die vrijheid tamelijk beperkt. De instelling zal op grond van de Wtzi moeten zijn toegelaten voor het verlenen van zorg. De zorgaanbieder zal ook op grond van de kwaliteitswetgeving bevoegd moeten zijn tot verlening van de zorg waarop de verzekering betrekking heeft. Voor beroepsbeoefenaren volgen beperkingen uit de Wet-Big[39] en de Wog.[40] Voor tal van zorgen gelden specifieke eisen van bekwaamheid en daarmee van bevoegdheid (bijvoorbeeld voor specialistische zorg). Ook komt het voor dat internationale verdragen recht geven op zorg van specifieke zorgaanbieders (huisartsen en ziekenhuizen). De AWBZ biedt vermoedelijk iets meer speelruimte omdat bijvoorbeeld diensten op het gebied van thuiszorg door een variëteit van instellingen kunnen worden verleend.

4.9.2 Functiegerichte omschrijving en keuzevrijheid

Deze achtergrondstudie is niet de plaats om in algemene zin de voor- en nadelen van de functiegerichte omschrijving te behandelen, nu op dit punt sprake is van een bewuste en

---

[37] De functiegerichte omschrijving is geïntroduceerd door de Commissie-Dekker in de jaren '80, naderhand overgenomen in het plan-Simons, vervolgens geïntroduceerd in de AWBZ en nu toegepast in de Zvw.
[38] In de aanvullende verzekeringen is de functiegerichte omschrijving niet aan de orde, omdat er geen sprake is van wettelijke omschrijving van de prestaties.
[39] In het bijzonder is van belang de regeling van de voorbehouden handelingen en, vooral voor artsen, de bepaling dat zij uitsluitend bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor zover zij daartoe bekwaam zijn. Met de functiegerichte omschrijving in de Zvw wordt niet beoogd afbreuk te doen aan de eisen die uit deze wetgeving voortvloeien.
[40] Zo kunnen geneesmiddelen alleen worden afgeleverd door apothekers en apotheekhoudende huisartsen.

recente keuze van de wetgever. Een potentieel nadeel voor de consument is dat hij afhankelijk is van de keuze van het type hulpverlener die zijn verzekeraar heeft gemaakt en die in de zorgverzekering is vastgelegd in de modelovereenkomst; weliswaar kan de consument volgens de Zvw zelf zijn zorgverzekeraar kiezen, maar die keuze maakt hij veelal op het moment dat de noodzaak van zorg niet voorzienbaar is.[41] In de AWBZ heeft de consument helemaal geen keuze van het type zorgaanbieder; daar bepaalt het zorgkantoor hoe breed of smal het aangeboden assortiment hulpverleners is. De functiegerichte techniek heeft bovendien een alles-of-niets karakter: als een patiënt zich wil wenden tot een niet in de verzekeringsvoorwaarden aangewezen type zorgverlener, dan is vergoeding van de zorg door die zorgverlener uitgesloten. In plaats daarvan is althans een gedeeltelijke vergoeding van kosten van niet aangewezen typen zorgaanbieders denkbaar.[42] Of een dergelijke wijziging thans voorziet in een reëel gevoelde behoefte is echter onzeker. Het is een mogelijk aandachtspunt voor de reeds wettelijk voorziene evaluatie van de Zvw.

4.10 Keuze van de hulpverlener

4.10.1 Zorgverzekering

De mogelijkheid van patiënten om zelf de hulpverlener te kiezen is van onmiskenbaar groot belang. Het is noodzakelijk dat de patiënt vertrouwen stelt in de hulpverlener aan wie hij zijn gezondheid toevertrouwt; op kwaliteitsverhoging gerichte competitie tussen zorgaanbieders heeft alleen een kans als er voor consumenten keuzemogelijkheden zijn; selectieve toegankelijkheid van hulpverleners kan aan oplossing van wachtlijstproblemen in de weg staan.
In de Zvw wordt de keuzevrijheid van de verzekerde bepaald door verschillende factoren. In de eerste plaats door het type verzekering dat hij heeft gekozen. In de naturaverzekering en de restitutieverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders moet de verzekerde zich in principe wenden tot degenen met wie zijn verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten; in de restitutieverzekering zonder gecontracteerde zorgaanbieders is de verzekerde vrij in zijn keuze. In de tweede plaats is van belang hoe breed of smal het contracteerbeleid van de verzekeraar is. De ene verzekeraar kan met een geringer aantal zorgaanbieders hebben gecontracteerd dan de andere. In zoverre heeft de verzekerde het door de keuze van de zorgverzekering zelf in de hand hoeveel keuzevrijheid hij heeft. Hier komt bij dat de Zvw, in geval de verzekerde zich krachtens de zorgverzekering in principe moet wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder, het

[41] Dit neemt niet weg dat concurrentie wel een preventief effect kan hebben, doordat de zorgverzekeraar bij de vormgeving van zijn verzekeringsaanbod bij voorbaat rekening houdt met veronderstelde preferenties van consumenten (die in het algemeen een brede keuze zullen willen).
[42] Evenals de verzekerde volgens de Zvw recht heeft op een tenminste gedeeltelijke vergoeding van de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, als hij een zorgverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders heeft gesloten (zie § 4.10).

recht van de verzekerde waarborgt om zich ook tot andere, niet-gecontracteerde zorgaanbieders te wenden; met dien verstande dat de zorgverzekeraar dan, op basis van de toepasselijke modelovereenkomst, een korting op de vergoeding kan toepassen. Enkele bijzonderheden van deze laatste regeling zullen hierna nog nader worden besproken.
Even afgezien daarvan heeft de wetgever met het vorenstaande welbewust voor een stelsel gekozen waarin het aan zorgverzekeraars én zorgconsumenten is overgelaten in de zorgverzekering te bepalen in welke mate de verzekerde de vrijheid van keuze van de zorgverlener heeft; een stelsel waarin de consument zich door de keuze voor een restitutieverzekering zonder gecontracteerde zorgaanbieders tot een in beginsel onbeperkte keuze in staat kan stellen. Een onderzoek naar mogelijkheden voor een Zorgconsumentenwet is niet de gelegenheid de mérites van dit onlangs welbewust gekozen stelsel ter discussie te stellen.

4.10.2 AWBZ

In de AWBZ geldt één regime: de verzekerde kan zelf kiezen tot welke zorgaanbieder hij zich wil wenden, maar steeds binnen de kring van degenen met wie zijn zorgverzekeraar (in de praktijk: het zorgkantoor) een overeenkomst heeft gesloten. Een geclausuleerd keuzerecht is hiermee gewaarborgd. In de AWBZ in zijn oorspronkelijke vorm[43] werd een zeer ruime keuzevrijheid gewaarborgd doordat de zorgverzekeraar (het zorgkantoor) verplicht was met *iedere* instelling die dat wenste een overeenkomst te sluiten (contracteerplicht). In het streven concurrentie tussen zorgaanbieders te bevorderen en selectief contracteren mogelijk te maken is deze contracteerplicht beperkt; zij geldt niet meer voor extramurale zorg. Het gevolg is dat in elk geval de mogelijkheid bestaat dat in een regio bepaalde zorgaanbieders voor verzekerden niet meer toegankelijk zijn, omdat met hen geen overeenkomst is gesloten. Ook op dit punt is er echter sprake van een welbewuste keuze van de wetgever, waarvoor eveneens geldt dat deze achtergrondstudie niet de gelegenheid is deze ter discussie te stellen.
Anders dan in de Zvw heeft de verzekerde in de AWBZ niet de vrijheid zich tegen gedeeltelijke vergoeding van kosten tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Wel is er de mogelijkheid om daarvoor toestemming te vragen; wordt die toestemming verleend, dan worden de kosten van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig vergoed.

4.10.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

In de aanvullende verzekering is het geheel afhankelijk van de polisvoorwaarden in hoeverre de verzekerde keuzevrijheid heeft; daarvoor is er geen wettelijke regeling en die kan vanwege de Europeesrechtelijke regels ook niet worden getroffen.

---

[43] Evenals in de Ziekenfondswet tot 1992; de AWBZ is geschapen naar het voorbeeld van de Ziekenfondswet.

4.10.4 De toegang tot niet-gecontracteerde zorgaanbieders nader bezien

Na dit overzicht zal nader worden ingegaan op de condities waaronder de verzekerde die zich in principe tot een gecontracteerde zorgaanbieder moet wenden, voor rekening van de verzekeraar gebruik kan maken van de diensten van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

1. Acute zorg

Bij acuut noodzakelijke zorg is keuzevrijheid nauwelijks van belang; wat telt is dat snel zorg wordt verleend. Het ligt dan ook voor de hand dat de 'keuze' van de zorgverlener in dit geval niet beperkt is tot gecontracteerde zorgaanbieders, en dat acute zorg altijd geheel wordt vergoed. In die zin heeft ook de minister van VWS zich bij de behandeling van de Zvw uitgelaten. Een wettelijke basis om, onder alle omstandigheden, acute zorg volledig te vergoeden, ontbreekt echter.[44]

2. Korting op de vergoeding

Buiten het geval van acute zorg geldt in het kader van de Zvw, als eerder opgemerkt, dat bij het inschakelen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders een korting op de vergoeding kan worden toegepast. Deze korting moet worden geregeld in de modelovereenkomst. Hoe hoog de korting mag zijn, is niet duidelijk. De wettekst zelf laat de verzekeraar op dit punt een *maximale* vrijheid; iedere korting tussen 1 en 99% strookt met de letter van de wet. De toelichtende stukken daarentegen gaan uit van een *minimale* vrijheid: volgens de toelichting mag de vergoeding niet zo laag worden gesteld dat de keuze tussen een gecontracteerde en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 'wezenlijk wordt belemmerd'; bij een korting van enige omvang is van een dergelijke belemmering allicht sprake. Aan de andere kant is verklaarbaar dat zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet volledig hoeft te worden vergoed: als er voor de verzekerde geen financiële prikkel is om te kiezen voor een gecontracteerde zorgaanbieder, heeft het contracteren met zorgaanbieders geen redelijke zin meer. De regeling brengt zorgverzekeraar en verzekerde hiermee in een ongemakkelijke spagaat. De hier geschetste complicatie is ontstaan doordat is gekozen voor een compromis: enerzijds moest de mogelijkheid bestaan de verzekerde te binden aan gecontracteerde zorgaanbieders, anderzijds moest zijn keuzevrijheid worden gewaarborgd.

3. Korting op de vergoeding soms niet redelijk

In verschillende situaties is het niet redelijk een korting op de vergoeding toe te passen (Zvw) of geen vergoeding toe te kennen (AWBZ), als de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Afgezien van het al genoemde geval van de acute

---

[44] Of dit manco praktisch van belang is, valt overigens te betwijfelen, omdat zorgverzekeraars ook zonder wettelijke grondslag acute zorg steeds volledig plegen te vergoeden.

zorg kan het voorkomen dat de gecontracteerde zorgaanbieders bepaalde verzekerde prestaties niet kunnen leveren of dat noodzakelijke zorg niet tijdig beschikbaar is. In het kader van een naturaverzekering leveren dergelijke tekortkomingen wanprestatie van de zorgverzekeraar op, als gevolg waarvan de verzekerde recht heeft op schadevergoeding die kan bestaan uit vergoeding van alle kosten van zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.[45] In het kader van een restitutieverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders is in de genoemde gevallen geen sprake van wanprestatie van de zorgverzekeraar,[46] maar zal de zorgverzekeraar zich, naar valt aan te nemen, naar redelijkheid en billijkheid niet op een kortingsbepaling kunnen beroepen. De rechten van de verzekerde in de hier besproken situaties kunnen van geval tot geval worden vastgesteld aan de hand van de gewone regels van het burgerlijk recht. Een meer expliciete regeling zou de zorgconsument echter meer duidelijkheid bieden.

4. Zorg elders in de EU

Wilde de verzekerde zich wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat betrekken, dan was daarvoor tot eind jaren ’90 steeds toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Jurisprudentie van het Hof van Justitie heeft ertoe geleid dat die toestemming niet meer mag worden geëist bij extramurale zorg. Wel kan de toestemmingseis nog steeds worden gesteld voor intramurale zorg, zij het onder een aantal strikte voorwaarden zoals nader uitgewerkt in de jurisprudentie van het Hof. De jurisprudentie van het Hof is stellig van toepassing op de AWBZ, evenals zij van toepassing was op de Ziekenfondswet. Of die jurisprudentie ook toepassing vindt in de privaatrechtelijke verhouding tussen verzekerde en zorgverzekeraar in het kader van de Zvw is echter niet zeker, ook al is er in de parlementaire stukken van de Zvw van uitgegaan dat dat wel het geval is. Overigens zijn de vergoedingsregels voor zorg in een andere EU-lidstaat tamelijk gecompliceerd.

4.10.5 Conclusie

De condities waaronder de verzekerde gebruik kan maken van de diensten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders zou voor zowel de Zvw als de AWBZ duidelijker en meer eenduidig kunnen worden geregeld dan thans het geval is, met handhaving van de uitgangspunten die aan de geldende wetgeving ten grondslag liggen. Omdat het gaat om een interventie in de voorwaarden waaronder zorgverzekeraars op de markt opereren, moet de noodzaak daarvan echter overtuigend kunnen worden aangetoond. Wellicht is het

[45] Is het tekortschieten van het gecontracteerde zorgaanbod te wijten aan onvoldoende zorginkoop of andere factoren in de risicosfeer van de zorgverzekeraar, dan heeft de verzekerde recht op volledige schadevergoeding; is er bij de zorgverzekeraar sprake van overmacht, dan bestaat de schadevergoeding uit de kosten die de zorgverzekeraar zich door het niet-verlenen van de juiste gecontracteerde zorg heeft bespaard; een en ander behoudens contractuele beperkingen van de aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar.
[46] De verbintenis die op de zorgverzekeraar rust betreft in dit geval immers niet het leveren van de verzekerde prestaties, maar slechts de vergoeding van de kosten daarvan.

nu, kort na de invoering van de Zvw, nog te vroeg om vast te stellen of een dergelijke regeling in een reële behoefte voorziet.

4.11 Verplichtingen van verzekerden

4.11.1 Zorgverzekering

De belangrijkste verplichting die op de verzekerden rust is de verplichting tot premiebetaling.[47] Uit de keuze voor een privaatrechtelijke zorgverzekering vloeit voort dat de zorgverzekeraar bij wanbetaling de prestaties op grond van de verzekering mag opschorten of tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst mag overgaan; een koppeling tussen premiebetaling en prestaties die in de Ziekenfondswet ontbrak. De rechten en plichten van de verzekerde op dit punt worden steeds nader geregeld in de verzekeringsvoorwaarden. Er gelden echter bepalingen die het consumentenbelang beschermen. Afgezien van de grenzen die de regeling van de algemene voorwaarden in het BW stelt, is in titel 7.17 BW (de wettelijke regeling van de verzekeringsovereenkomst) voorgeschreven dat de verzekerde steeds een termijn moet worden gegund om alsnog de premie te voldoen. Bovendien is in de Zvw bepaald dat ontbinding geen terugwerkende kracht heeft en dus geen afbreuk kan doen aan het recht op reeds geleverde prestaties.
Ook op enkele andere punten is in de Zvw in het voordeel van de verzekerden afgeweken van titel 7.17 BW:

- de normaal op verzekerden rustende verplichting om maatregelen te nemen die tot voorkoming of vermindering van de schade kunnen leiden, is niet van toepassing op de zorgverzekering;
- de normaal op de verzekerde rustende verplichting om aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden van het verzekerde risico, geldt niet;
- de uitsluiting van vergoeding van schade die met opzet of door roekeloosheid is veroorzaakt, is niet van toepassing.

Uiteraard worden in verzekeringsvoorwaarden op de verzekerden de nodige verplichtingen van administratieve aard gelegd. De Wmg biedt een mogelijkheid eventuele onnodige bureaucratie te voorkomen.[48]
Voor bepaalde vormen van zorg is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd. Mocht zorg worden verleend die naar inhoud of kwaliteit niet overeenkomt met de prestatie waarop de verzekerde recht heeft, dan is de verzekerde de eigen bijdrage niet of slechts gedeeltelijk verschuldigd.

---

[47] Daargelaten personen jonger dan 18 jaar, voor wie geen premie hoeft te worden betaald.
[48] De Wmg biedt de mogelijkheid om bij de NZa beklag te doen over formulieren die zorgaanbieders of zorgverzekeraars gebruiken. Bovendien worden zekere beperkingen gesteld aan de mogelijkheid voorafgaande toestemming voor zorg te verlangen.

Onder deze omstandigheden is er geen aanknopingspunt voor nadere regelgeving ten behoeve van de zorgconsumenten.

4.11.2 AWBZ

Afgezien van bepaalde administratieve verplichtingen is de belangrijkste verplichting van de verzekerde die tot betaling van een eigen bijdrage, indien voorgeschreven. Ook hier geldt dat de verzekerde de eigen bijdrage niet of slechts gedeeltelijk verschuldigd is als zorg wordt verleend die naar inhoud of kwaliteit niet overeenkomt met de prestatie waarop hij recht heeft.
Ook wat de AWBZ betreft zijn er geen aanknopingspunten voor nadere regelgeving ter bescherming van de positie van de zorgconsument.

4.11.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

De belangrijkste verplichting die op de verzekerden rust is de verplichting tot premiebetaling. Daarvoor geldt, wat de aanvullende ziektekostenverzekering betreft, hetzelfde als hiervoor over de zorgverzekering is gezegd. Ook hier geldt uiteraard dat in verzekeringsvoorwaarden op de verzekerden verplichtingen van administratieve aard worden gelegd en dat de Wmg de mogelijkheid biedt eventuele onnodige bureaucratie te voorkomen.
Ook hier is er geen aanleiding voor nadere regelgeving.

4.12 Klachten

4.12.1 Onderscheid klachten- en geschillenprocedures

Onderscheid moet worden gemaakt tussen klachten- en geschillenprocedures:
- een *klachtenprocedure* leidt tot een oordeel over de behoorlijkheid van het handelen van (in deze context) de verzekeraar, en eventueel tot bemiddeling, maar niet tot een bindende beslissing waaraan de zorgconsument rechten kan ontlenen;
- een *geschillenprocedure* leidt tot een bindende beslissing in een geschil tussen verzekerde en verzekeraar waaruit rechten en verplichtingen voor verzekerde en zorgverzekeraar kunnen voortvloeien (zie hiervoor § 4.13).

Vooraf verdient opmerking dat bij de totstandkoming van de Wmg ervoor is gekozen de NZa niet aan te wijzen als instantie die klachten van consumenten behandelt of die beslist over geschillen met zorgverzekeraars. In het kader van deze achtergrondstudie wordt van die keuze uitgegaan.

4.12.2 Zorgverzekering

Er is geen wettelijke voorziening voor de behandeling van klachten, maar er zijn voor verzekerden wel verschillende klachtmogelijkheden.

Allereerst plegen zorgverzekeraars meestal zelf te voorzien in interne klachtenprocedures voor verzekerden die menen niet juist te zijn behandeld. Bovendien kan een klacht worden ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze ombudsmanfunctie wordt verzorgd door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), een onafhankelijke instantie met een onafhankelijke voorzitter.
Klachten met tuchtrechtelijke aspecten kunnen worden behandeld door de Raad van Toezicht Verzekeringen. De raad bemiddelt niet, maar ziet erop toe dat de bij het Klachteninstituut aangesloten verzekeringsmaatschappijen zorgvuldig en voortvarend optreden in het werken met verzekerden en belanghebbenden en daarmee de goede naam en het vertrouwen in het verzekeringsbedrijf in stand houden. Oplossing van het gerezen geschil staat niet centraal.

4.12.3 AWBZ

Zorgverzekeraars zijn bestuursorganen, voor zover zij de publiekrechtelijke AWBZ uitvoeren. De Awb kent aan iedereen het recht toe bij een bestuursorgaan een klacht in te dienen over de wijze waarop het bestuursorgaan zich tegenover hem in een bepaalde gelegenheid heeft gedragen. Ook kan een klacht worden ingediend bij de Nationale ombudsman.
De Awb biedt de mogelijkheid dat een bestuursorgaan een persoon of commissie belast met de behandeling van en de advisering over klachten. Het Reglement van de Ombudsman zorgverzekeringen voorziet in de mogelijkheid dat de Ombudsman Zorgverzekeringen een dergelijke taak op zich neemt.

4.12.4 Aanvullende ziektekostenverzekeringen

Ook hier geldt dat het voor de hand ligt dat zorgverzekeraars zelf voorzien in interne klachtenprocedures voor verzekerden die menen niet juist te zijn behandeld. Verder vindt klachtbehandeling plaats door de Ombudsman Verzekeringen. Klachten met tuchtrechtelijke aspecten kunnen worden behandeld door de Raad van Toezicht Verzekeringen.

4.12.5 Eén klachteninstantie

Er zijn diverse mogelijkheden om klachten over verzekeraars in te dienen. De toepasselijke procedures zijn adequaat.
De positie van de Ombudsman Zorgverzekeringen is zó geregeld dat deze in beginsel op het gehele terrein van de ziektekostenverzekering kan optreden. Een nadere wettelijke regeling is daarvoor niet nodig, mits alle zorgverzekeraars de ombudsman tevens als klachteninstantie aanwijzen voor de behandeling van klachten over de uitvoering van de AWBZ. Als daaraan is voldaan, is er één klachteninstantie voor het gehele terrein van de

ziektekostenverzekering. Om dit te verwezenlijken zou zo nodig een aanvullende wettelijke maatregel kunnen worden getroffen.

4.13 Geschillen

Voor de beslechting van geschillen over ziektekostenverzekeringen zijn er verschillende procedures.

1. De procedure bij de bestuursrechter

Tegen een beslissing over een aanspraak op zorg op grond van de AWBZ kan de verzekerde bezwaar maken; tegen de beslissing op bezwaar kan hij beroep instellen bij de rechtbank; hoger beroep is mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep. Een bijzonderheid is dat het CVZ om advies moet worden gevraagd in de bezwaarfase. De procesgang neemt, zeker als in twee instanties moet worden geprocedeerd, lange tijd in beslag. Wel kan de verzekerde in ieder stadium van de procedure een voorlopige voorziening vragen. Rechtsbijstand is niet voorgeschreven.
Staat de aanspraak op zorg vast, maar is het (bijvoorbeeld als gevolg van wachtlijsten) niet mogelijk tijdig die aanspraak te effectueren, dan moet de hierna te bespreken civielrechtelijke weg worden gevolgd.

2. De procedure bij de burgerlijke rechter

Neemt een ziektekostenverzekeraar een standpunt in waarmee de verzekerde het niet eens is, dan kan hij zich tot de burgerlijke rechter wenden. De procedure kan in drie instanties worden gevoerd en kan zeer langdurig zijn. Rechtsbijstand is (bij rechtbank, gerechtshof en Hoge Raad) verplicht. Aan de voorzieningenrechter van de rechtbank kan in voorkomende gevallen een voorziening in kort geding worden gevraagd. Deze procedure kan worden gevolgd:

- bij geschillen over de zorgverzekering;
- bij geschillen over de AWBZ, als de aanspraak vaststaat maar niet wordt gehonoreerd;
- bij geschillen over de aanvullende ziektekostenverzekering.

3. De procedure bij een geschillencommissie

In de overeenkomst tussen een verzekeringnemer en zorgverzekeraar kan bepaald zijn dat de verzekerde geschillen kan voorleggen aan een geschillencommissie, die bij wijze van bindend advies[49] uitspraak doet. Deze procedure kan worden gevoerd bij geschillen over de zorgverzekering. In de Zvw is hiervoor een specifieke regeling getroffen. Bijzonderheden daarvan zijn dat eerst aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de genomen beslissing moet worden gevraagd, terwijl naderhand de geschillencommissie advies moet vragen aan het CVZ. Alle zorgverzekeraars hebben in hun modelovereenkomsten de geschillencommissie van de SKGZ aangewezen. De procedure

[49] Arbitrage is ook mogelijk, maar komt in deze sector niet voor.

van de SKGZ is laagdrempelig en goedkoop, en zij is zo ingericht dat op redelijk korte termijn een definitieve uitspraak kan worden verwacht. Er is bovendien de mogelijkheid om in spoedeisende gevallen een voorlopige voorziening te vragen. Opmerking verdient dat de verzekerde niet verplicht is zich tot deze commissie te wenden; hij kan ook ervoor kiezen het geschil aan de burgerlijke rechter voor te leggen.

Uit het voorgaande blijkt dat voor de verzekerde met voldoende waarborgen omklede rechtsgangen openstaan. De *verschillen* in rechtsgangen – en dus het ontbreken van een uniforme rechtsgang – zijn te verklaren doordat het om uiteenlopende typen verzekering gaat: een publiekrechtelijke verzekering (AWBZ) versus een privaatrechtelijke verzekering (Zvw); een privaatrechtelijke verzekering met sterke publieke inslag (Zvw) versus de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij in principe geen plaats is voor overheidsinterventie.[50] Het onderscheid tussen de privaatrechtelijke en de publiekrechtelijke rechtsgangen kan niet ongedaan worden gemaakt zonder fundamentele wijziging van de verzekeringsstelsels. Wel is denkbaar dat de laagdrempelige geschillenregeling die geldt voor de private zorgverzekering ook wordt toegepast bij de eveneens private aanvullende ziektekostenverzekering. Dit moet in verband met de toepasselijke Europeesrechtelijke regels echter aan de verzekeraars zelf worden overgelaten.

4.14 Collectieve belangenbehartiging

Op het gehele terrein van de ziektekostenverzekering kunnen de belangen van zorgconsumenten door consumenten- en patiëntenorganisaties collectief worden behartigd. Wat de zorgverzekering betreft kan bovendien op het volgende worden gewezen:

- de Zvw verlangt dat de statuten van een zorgverzekeraar waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid, een eis die voortvloeit uit internationale verdragen waarbij Nederland partij is;
- patiënten- of consumentenorganisaties kunnen een collectief verzekeringsarrangement sluiten waarbij zij voor hun leden een geldelijk voordeel (een premiekorting) bedingen;
- patiënten- of consumentenorganisaties kunnen bij de rechter opkomen tegen onaanvaardbare algemene voorwaarden.

---

[50] Dit behoeft in zoverre nuancering dat in de (conform Europese regelgeving tot stand gekomen) Wfd is bepaald – en dat is met name voor de aanvullende ziektekostenverzekering van belang – dat de financiële dienstverlener aangesloten moet zijn bij een door de overheid erkende geschilleninstantie die geschillen behandelt ten aanzien van de financiële producten of financiële diensten van de financiële dienstverlener. Deze verplichting geldt echter slechts als er een erkende geschilleninstantie is die geschillen behandelt ten aanzien van de financiële producten of financiële diensten van de financiële dienstverlener.

Afgezien hiervan is er in de sfeer van de ziektekostenverzekering, evenmin als dat elders het geval is, voor gekozen de invloed van organisaties van zorgconsumenten wettelijk te verankeren. Tegelijk moet worden vastgesteld dat de geldende wetgeving op geen enkele wijze aan collectieve belangenbehartiging in de weg staat. Dat geldt bijvoorbeeld ook ten aanzien van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Onder deze omstandigheden is er geen aanknopingspunt op dit punt nadere regelgeving voor te stellen.

5 Recht op informatie

5.1 Inleiding

Zelf keuzes kunnen maken veronderstelt dat zorgconsumenten beschikken over de nodige informatie. Adequate informatie is bovendien essentieel voor een effectieve marktwerking. Dat geldt zeker in de markt voor gezondheidszorgdiensten, die bestaat uit een aantal deelmarkten met complexe producten, waarvan de consument nauwelijks zelf de kwaliteit kan beoordelen, en een verzekeringsmarkt die al evenmin gemakkelijk te doorgronden is.
In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de consument een recht heeft op voor hem relevante informatie en of er ruimte voor verbetering is. Omdat het hier om zijn *recht* op informatie gaat, wordt niet onderzocht hoe *feitelijk* de diverse processen van informatieverstrekking verlopen en wat de kwaliteit daarvan is; dat vergt een onderzoek van andere aard.
Bij het recht op informatie wordt onderscheid gemaakt tussen:
- informatie met het oog op het aangaan van de verzekering;
- informatie over de verzekerde prestaties;
- informatie over het zorgaanbod;
- informatie over afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder.

5.2 Informatie met het oog op het aangaan van de verzekering

5.2.1 Zorgverzekering

In de Zvw en de Wmg zijn voorzieningen getroffen om zorgconsumenten te informeren over de keuzes die zij bij het sluiten van een zorgverzekering kunnen maken:
- de zorgverzekeraar moet alle varianten van de zorgverzekering in de vorm van modelovereenkomsten ter beschikking stellen aan degenen die overwegen een zorgverzekering te sluiten;
- ziektekostenverzekeraars moeten informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie moet in ieder geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten betreffen;
- zorgverzekeraars moeten informatie openbaar maken met betrekking tot de inhoud van de modelovereenkomsten en de wijze van dienstverlening aan verzekerden.

Bovendien is een verzekeraar op grond van de Wfd verplicht om vóór de totstandkoming van een verzekeringsovereenkomst de consument informatie te verstrekken voor zover dit redelijkerwijs relevant is voor een adequate beoordeling van het verzekeringsproduct.
Met het oog op de concurrentie tussen zorgverzekeraars hebben zorgverzekeraars er belang bij hebben in reclame-uitingen potentiële verzekeringnemers te informeren over die elementen waarin zij menen zich van andere verzekeraars te onderscheiden. Deze

reclame-uitingen zijn aan toezicht door de NZa onderworpen en daarnaast aan toezicht door de Reclame Code Commissie.
Op deze wijze is ruimschoots voorzien in informatieverstrekking aan de zorgconsument met het oog op het aangaan van een zorgverzekering. Het is voor een zorgconsument echter niet eenvoudig de verschillen tussen zorgverzekeraars op hun waarde te schatten. Die verschillen kunnen legio zijn: afgezien van uiteraard de premie, de korting bij een eigen risico of de collectiviteitskorting, kunnen zorgverzekeraars zich van elkaar onderscheiden door de keuze voor het natura- of restitutiemodel, voor gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieders, of door combinaties van één en ander, de bepalingen over de termijn van zorgverlening en zorgbemiddeling, door de wijze van invulling van de functiegericht omschreven verzekeringsprestaties, de selectie van de zorgaanbieders met wie een overeenkomst wordt gesloten, het al dan niet stellen van toegangsvoorwaarden, de inrichting van de algemene verzekeringsvoorwaarden en door tal van andere keuzes die, in het systeem van de Zvw, per zorgverzekering en per zorgverzekeraar verschillend kunnen uitvallen. De gemiddelde consument lijkt overvraagd, wanneer van hem wordt verwacht al deze facetten af te wegen voordat hij een zorgverzekering kiest. Als deze veronderstelling juist is, is dit een gevolg van een welbewuste keuze van de wetgever voor een privaat vormgegeven zorgverzekering, als gevolg waarvan de Europese regels dwingen tot terughoudendheid bij de wettelijke regeling; die terughoudendheid brengt mee dat zorgverzekeraars zelf op tal van detailpunten keuzes moeten maken, als gevolg waarvan het productaanbod onvermijdelijk aan transparantie inboet. Het valt niet in te zien hoe met een versterking van het wettelijk recht van de consument op informatie op dit punt winst kan worden geboekt. De verplichting de zorgconsument alle relevante informatie te verstrekken staat immers vast.

5.2.2 AWBZ

In de AWBZ is niet voorzien in keuze-informatie vooraf. Dat is begrijpelijk omdat er geen keuze is. Men is van rechtswege verzekerd, en van rechtswege ingeschreven bij de verzekeraar bij wie men de zorgverzekering heeft gesloten. Zorgverzekeraars worden echter, voor zover zij optreden als uitvoeringsorgaan van de AWBZ (en dat geldt ook voor de zorgkantoren die de AWBZ ten behoeve van de verzekeraars uitvoeren), aangemerkt als bestuursorganen (in de zin van de Awb) en zijn als zodanig onderworpen aan de Wob. De Wob biedt de burger een recht op informatie, maar bevat ook de verplichting van bestuursorganen om uit eigen beweging informatie te verstrekken, en wel ‘in begrijpelijke vorm’.

5.2.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

Wat de aanvullende ziektekostenverzekering betreft, voorziet de Wfd in de verplichting van de verzekeraar om vóór de totstandkoming van een verzekeringsovereenkomst de consument informatie te verstrekken voor zover dit redelijkerwijs relevant is voor een

adequate beoordeling van dat product. Voor aanvullende wettelijke maatregelen bestaat ook hier geen aanleiding.

5.3 Informatie over de verzekerde prestaties

5.3.1 Zorgverzekering

Wat de zorgverzekering betreft is de verzekeraar verplicht:

- de verzekerde telkens vóór een nieuw kalenderjaar een zorgpolis toe te zenden, waaruit hij al zijn rechten en plichten kan afleiden;
- verzekerden in kennis te stellen van wijzigingen die in de loop van het jaar optreden.

De precieze wijze waarop de zorgverzekeraar de verzekerden van wijzigingen op de hoogte moet stellen is omstreden, maar lijkt voor de zorgconsument van secundair belang.[51] Redelijkheid en billijkheid bij de uitvoering van de overeenkomst brengen mee dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden informeert in toegankelijke en begrijpelijke taal. Hiermee staan de verplichting van zorgverzekeraars om verzekerden over de inhoud van de verzekering te informeren, en daarmee dus ook het recht van verzekerden op die informatie, vast. Niettemin zijn sommige elementen in de zorgverzekering uit hun aard niet gemakkelijk toegankelijk. Het meest opvallende voorbeeld daarvan is het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk',[52] aan de hand waarvan wordt bepaald welke prestaties precies verzekerd zijn; daaronder vallen geen prestaties die obsoleet zijn en geen prestaties die medisch-wetenschappelijk nog niet aanvaard zijn. Waarop de verzekerde *precies* recht heeft, zal per soort zorg afzonderlijk moeten worden vastgesteld. Rechtsonzekerheid kan daarvan het gevolg zijn, niet in de laatste plaats voor de patiënt die zich afvraagt of hij recht heeft op toepassing van geavanceerde methoden van onderzoek of behandeling; voor de patiënt die zich afvraagt of hij recht heeft op een alleen nog in het buitenland toegepaste behandelingsmethode; en voor de patiënt die wil weten of hij recht heeft op een behandeling die bijvoorbeeld wél in het UMC Groningen wordt uitgevoerd maar niet in het regionale ziekenhuis in Zeeland. De wet kent geen procedure om hierover bindend uitsluitsel te geven. Een en ander is onvermijdelijk bij een dergelijk bewust door de wetgever gekozen, dynamisch criterium, als gevolg waarvan de omvang van de verzekerde zorg meegroeit met de ontwikkelingen in de medische wetenschap.

Ook voor dit onderdeel van de zorgverzekering geldt dat de zorgverzekeraar desgevraagd de verzekerde uitsluitsel zal moeten geven welke vormen van zorg wel en niet onder de

---

[51] Het gaat hier om de vraag of de zorgverzekeraar de verzekerde telkens *schriftelijk* op de hoogte moet stellen van iedere verandering in elke uitvoeringsregeling (bijvoorbeeld in verzekeringsreglement, lijst van preferente geneesmiddelen, lijst van gecontracteerde zorgaanbieders), dan wel kan volstaan met verwijzing naar lijsten en gegevens die bij de zorgverzekeraar kunnen worden ingezien en opgevraagd en die op internet kunnen worden geraadpleegd. De NZa heeft aanbevolen dat verzekeraars hiervoor in overleg met patiënten-/consumentenorganisaties een werkbare oplossing zoeken.

[52] Dit criterium is in de plaats gekomen van het vroegere zg. gebruikelijkheidscriterium.

verzekeringsdekking vallen. Maar ook de verzekeraar zal dat vaak niet precies weten. Wel kan de verzekeraar over de precieze inhoud van de verzekerde prestaties advies vragen aan het CVZ.[53] Overigens zou het CVZ zijn kennis hierover ook rechtstreeks ter beschikking kunnen stellen aan consumenten/patiënten en hun organisaties. Dit past ook in de wettelijke taak van het CVZ.[54] Wetswijziging is op dit punt niet nodig.

5.3.2 AWBZ

In de AWBZ is geen afzonderlijke regeling getroffen voor verstrekking van informatie over de verzekerde prestaties. Zoals eerder opgemerkt zijn zorgverzekeraars echter, voor zover zij optreden als uitvoeringsorgaan van de AWBZ (en dat geldt ook voor de zorgkantoren die de AWBZ ten behoeve van de verzekeraars uitvoeren), onderworpen aan de Wob. De daaruit voortvloeiende informatieplicht strekt zich stellig uit tot de inhoud van de verzekerde prestaties. In zoverre staan daarmee de plicht van de zorgverzekeraar tot het verstrekken en het recht van de zorgconsument op het ontvangen van die informatie voldoende vast.

5.3.3 Aanvullende ziektekostenverzekering

In het kader van de aanvullende verzekering gelden op het punt van informatieverstrekking over de inhoud van de verzekeraar dezelfde rechten en plichten als voor andere verzekeringen; de toepasselijke privaatrechtelijke wetgeving is onlangs tot stand gekomen en is sterk gericht is op consumentenbescherming.
Op het punt van informatie over de inhoud van de verzekerde prestaties is er geen reden een versterking van de wettelijke rechten van de zorgconsument voor te stellen.

5.4 Informatie over het zorgaanbod

5.4.1 Zorgverzekering: wie levert de verzekerde prestaties?

In de zorgverzekering heeft de verzekeraar tot op zekere hoogte de verplichting de consument informatie te verstrekken over de zorgaanbieders die de verzekerde zorg kunnen verlenen. In zorgverzekeringen waarin de verzekerde zich in principe moet wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders, zullen de verzekerden moeten worden geïnformeerd wie die gecontracteerde zorgaanbieders zijn. Ook buiten het kader van de naturaverzekering brengt de ‘zorgplicht’ mee dat de verzekeraar activiteiten ontplooit ‘gericht op het verkrijgen van zorg’. Tot die activiteiten kan worden gerekend dat de

---

[53] Het CVZ heeft een ruime expertise ontwikkeld in het systematisch onderzoeken van nieuwe methoden van onderzoek en behandeling en toetsing daaraan aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’; het CVZ is echter niet bevoegd hierover te beslissen.
[54] Artikel 65 Zvw bepaalt dat het CVZ aan onder andere burgers voorlichting geeft over de aard, inhoud en omvang van de verzekerde prestaties.

verzekeraar de verzekerde desgevraagd informeert waar hij terecht kan om de verzekerde zorg te krijgen. Ook heeft de verzekerde tegenover de verzekeraar recht op informatie over de vraag bij welke zorgaanbieders geen of korte wachtlijsten bestaan.
De vraag rijst echter of dit voldoende is. Een patiënt kan behoefte hebben aan *specifieke* informatie over de beschikbaarheid van bepaalde verzekerde prestaties. Als voor een bepaald type aandoening in de meeste ziekenhuizen een standaardbehandeling wordt toegepast, terwijl intussen een meer geavanceerde en meer efficiënte methode beschikbaar is,[55] dan heeft de verzekerde (aangenomen dat er een indicatie voor die zorg is) op die meer geavanceerde methode recht. Mocht de meer geavanceerde methode niet beschikbaar zijn bij een van de gecontracteerde zorgaanbieders, dan mag de verzekerde zich voor het verkrijgen van die verzekerde prestatie voor rekening van de zorgverzekeraar wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.[56] Hij zal echter wel te weten moeten kunnen komen wáár die geavanceerde methode wordt toegepast. Het ligt voor de hand en het past binnen het begrip 'zorgplicht' dat zorgverzekeraars deze informatie op een toegankelijke manier aan hun verzekerden ter beschikking stellen. Nadere regelgeving lijkt daarvoor niet nodig.

5.4.2 Zorgverzekering: informatie voor competitie op kwaliteit en resultaten

Het is duidelijk dat de patiënt/consument steeds recht heeft op zorg die aan de minimumstandaard van 'verantwoorde zorg' voldoet; tegelijk is onmiskenbaar dat tussen zorgaanbieders, ook al voldoen zij aan de minimumstandaard, verschillen in kwaliteit én uitkomsten van de behandeling bestaan. Het is niet realistisch te veronderstellen dat bijvoorbeeld alle ziekenhuizen zorg van eenzelfde hoog niveau leveren of dat een ziekenhuis dat over uitstekende kwalificaties voor een bepaald type aandoening beschikt, ook op andere gebieden even hoog gekwalificeerd is. Het ligt echter voor de hand dat een patiënt, bij een keuze uit meerdere mogelijkheden, zal wil kiezen voor dat ziekenhuis of die specialist die voor zijn soort aandoening de beste en meest efficiënte zorg biedt. Meer efficiënte zorg betekent snellere en meer doeltreffende diagnostiek en meer doeltreffende behandeling, leidend tot sneller herstel en meer gezondheidswinst.
De maatstaf 'verantwoorde zorg', hoe waardevol deze ook is om het vereiste minimumniveau van zorg te waarborgen, biedt geen steun aan patiënten die vanzelfsprekend voor hún aandoening de beste en meest efficiënte zorg willen krijgen, en willen weten bij welke zorgverlener zij dáárvoor terecht moeten. Patiënten hebben geen recht op vergelijkende informatie over de kwaliteit van de zorgverlening bij specifieke ziektebeelden, die hen in staat stelt te kiezen voor die zorgverlener die tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten bij specifieke aandoeningen de meest doeltreffende zorg kan bieden.

---

[55] Verondersteld wordt dan dat deze meer geavanceerde methode behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk en dus tot de verzekerde prestaties.
[56] Opmerking verdient dat deze zienswijze niet expliciet uit de Zvw volgt, maar daaruit wel kan worden afgeleid.

Tegelijk is uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel dat tussen zorgaanbieders concurrentie op gang komt, als middel om een optimale, doelmatige zorg te waarborgen: concurrentie die niet alleen op de prijs maar ook op de kwaliteit van de dienstverlening betrekking heeft. In de Zvw is ervan uitgegaan dat deze op prijs en kwaliteit gerichte concurrentie tot stand zal komen op de zorginkoopmarkt, dus in de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar moet in deze zienswijze de zorgaanbieders selecteren en met hen contracteren op basis van een afweging van prijs en kwaliteit van de aangeboden diensten. De wetgeving ondersteunt dit selectief contracteren aan de hand van prijs en kwaliteit echter niet of slechts in beperkte mate.[57]
In de Amerikaanse literatuur wordt bepleit dat de zorgconsument zélf op de zorgverleningsmarkt (zorgaanbieders-consumenten) een actieve rol vervult doordat hij, gesteund door adequate informatie over de uiteenlopende kwaliteit van zorg bij specifieke aandoeningen, zelf kiest voor die zorgaanbieder die voor zijn specifieke aandoening de beste en meest efficiënte zorg biedt.[58] Het ligt voor de hand te veronderstellen dat consumenten deze rol inderdaad willen vervullen – het gaat tenslotte om hun eigen gezondheidsbelang.[59]
Een sprekend voorbeeld over onderscheid in kwaliteit is dit bericht over de hartpoli van twee ziekenhuizen in Deventer en Alkmaar:

> ‘Patiënten die ernstig lijden aan hartfalen hebben veel minder kans om te sterven als ze intensief, via een gespecialiseerde polikliniek begeleid worden. Dat blijkt uit een studie in twee ziekenhuizen, in Deventer en Alkmaar, die zo’n polikliniek kennen. […] Van ongeveer 120 patiënten in een hartfalenpolikliniek stierven er in een jaar 11, tegen 24 in een controlegroep. De patiënten in de polikliniek lagen per jaar ook gemiddeld twee dagen korter in het ziekenhuis, vonden hun

---

[57] De Zvw schrijft contracteren met zorgaanbieders niet voor. De Zvw laat ook ruimte voor restitutieverzekeringen waarbij de verzekerde zelf zijn zorgaanbieder kan kiezen. Daar waar sprake is van gecontracteerde zorgaanbieders, geldt dat de wet het recht van verzekerden waarborgt om zich ook tot niet-gecontracteerde zorgaanbieders te wenden (al is het dan eventueel met een korting op de vergoeding); bovendien is de feitelijke situatie dat zorgverzekeraars nagenoeg alle zorgaanbieders (in elk geval alle ziekenhuizen) contracteren, zodat ook in zoverre twijfelachtig is of het contracteren door zorgverzekeraars voldoende als selectief mechanisme werkt; het lijkt erop dat de verzekeringsmarkt zorgverzekeraars veeleer aanzet een zo breed mogelijke keuze aan verzekerden te laten.
[58] Zie over deze materie Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard: Harvard Business School Press 2006. Zie verder RVZ, *Volksgezondheid en zorg*, Den Haag: 2001.
[59] Vgl. *21minuten.nl*, editie 2006, te raadplegen via http://www.21minuten.nl/21minuten/21minuten_2006.pdf, p. 46. Een ruime meerderheid van de bevolking (59%) zegt zelf te kiezen door welk ziekenhuis of welke arts men behandeld wil worden als dat nodig is. Slechts iets meer dan een derde (35%) van de Nederlanders geeft aan over voldoende informatie te beschikken om de kwaliteit van ziekenhuizen en artsen te kunnen beoordelen.

> levenskwaliteit beter en hadden een betere hartfunctie dan een vergelijkbare groep patiënten […]'.[60]

Het voorbeeld (dat met diverse andere kan worden aangevuld) illustreert dat zorgverleners met een professionele, innovatieve inzet inderdaad in staat zijn zich te onderscheiden door betere resultaten. Het past ook bij het professionele karakter van de dienstverlening dat zorgverleners erop gericht zijn het niveau van de geboden zorg steeds verder te verbeteren. Zorgaanbieders die zich op innovatieve wijze toeleggen op bepaalde ziektebeelden, daarbij betere resultaten dan gemiddeld kunnen bereiken en daardoor meer gezondheidswinst bieden, kunnen bijgevolg een toenemend aantal patiënten aantrekken en als gevolg daarvan hun resultaten weer verder kunnen verbeteren: een *positive sum competition*.
Overigens lopen op dit punt de belangen van consumenten en zorgverzekeraars parallel. Ook de zorgverzekeraar heeft er belang bij dat de verzekerde terecht komt bij die zorgaanbieder die tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten zo snel en efficiënt mogelijke zorg kan verlenen, leidend tot optimale gezondheidswinst voor de patiënt; niet alleen omdat dit bijdraagt tot de tevredenheid van de verzekerde patiënt, maar ook uit een oogpunt van kosten.
Het is hier niet de plaats om nader in te gaan op de economische en beleidsmatige mérites van de visie volgens welke doelmatige zorg tot stand komt door kwaliteitsgerichte concurrentie tussen zorgaanbieders op het niveau van afzonderlijke ziektebeelden. Het is echter duidelijk dat *als* men deze visie volgt, het daarvoor van cruciaal belang is dat de consument kan beschikken over gemakkelijk toegankelijke, vergelijkende keuze-ondersteunende informatie over kwaliteit en resultaten van individuele zorgaanbieders.
Nu staat de consument niet geheel met lege handen. Er is uiteenlopende informatie beschikbaar. Ziekenhuizen worden beoordeeld aan de hand van prestatie-indicatoren, waarvoor gegevens worden verzameld door de IGZ en waarvan het resultaat is te vinden op www.kiesbeter.nl. De Consumentenbond biedt informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders. Er is vergelijkende informatie over de kwaliteit van ziekenhuiszorg bij specifieke aandoeningen te vinden op www.independer.nl. De geboden informatie is echter nog zeer beperkt van aard en inhoud. Vaak geeft de beschikbare informatie vooral een algemeen beeld van het kwaliteitsniveau in ziekenhuizen. Hoezeer ook die informatie van belang is, zij maakt de consument niet duidelijk bij welke zorgverlener hij voor zijn specifieke aandoening de beste zorg en een maximale kans op resultaat kan verwachten. Bovendien – en dat is voor deze achtergrondstudie uiteraard van belang – is wettelijk niet in een *recht* op dergelijke informatie is voorzien.
Hierbij mag uiteraard niet voorbij worden gegaan aan de bepaling in de Wmg die inhoudt dat zorgaanbieders informatie openbaar moeten maken over de eigenschappen en de kwaliteit van aangeboden prestaties en diensten, op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn; daarover kan de zorgautoriteit

[60] *NRC Handelsblad* 31 oktober 2006, p. 9. Hier wordt veronderstellenderwijs uitgegaan van de juistheid van de feiten in het artikel.

bovendien regels stellen.[61] Hoewel deze regeling zeker zinvol kan zijn, en hieraan eveneens de gedachte ten grondslag ligt dat de consument over keuze-ondersteunende informatie moet kunnen beschikken, lijkt zij echter niet toereikend om competitie van zorgaanbieders op het punt van kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke ziektebeelden te bewerkstelligen. Allereerst legt de wet de verplichting tot openbaarmaking op aan zorgaanbieders, van wie echter niet wordt verlangd (en kan worden verlangd) dat zij zelf de kwaliteit van hun diensten vergelijken met die van andere zorgaanbieders. De bepaling biedt dus recht op informatie over zorgaanbieders, maar biedt niet de vergelijking. Verder is de bepaling zeer algemeen geformuleerd. Zij ziet niet op de voor de patiënt cruciale vergelijkende informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke ziektebeelden; zo kan een ziekenhuis aan de wet voldoen door informatie te verstrekken over algemene aspecten van de kwaliteit van de geboden diensten. Bovendien zullen zorgaanbieders zich lang niet in alle opzichten in kwaliteit of resultaten van elkaar onderscheiden. Vooral die informatie is van belang die duidelijk maakt in hoeverre een bepaalde zorgaanbieder zich juist wél van anderen onderscheidt wat de kwaliteit en resultaten van zijn behandelaanbod betreft. Voor een op kwaliteit en efficiency gericht competitie is het, in plaats van te volstaan met de thans geldende, algemeen geformuleerde openbaarmakingsverplichting, nodig een structuur te ontwikkelen waarin zorgaanbieders (vooral ziekenhuizen, maar zeker ook anderen) worden uitgenodigd en gestimuleerd zichtbaar te maken dat zij door hún innovatieve werkwijze betere resultaten bereiken dan gemiddeld, zoals in het gegeven voorbeeld van de speciale poli voor hartfalen. Objectieve informatie daarover kan de consument ondersteunen bij zijn keuze voor de beste en meest efficiënte zorgaanbieder, zodat de toegankelijkheid van die informatie voor de consument gewaarborgd moet zijn.
Het gaat het bestek van deze achtergrondstudie te buiten nader te onderzoeken *hoe* hierin het beste kan voorzien: gedacht kan worden aan uitbreiding van de zorgplicht van zorgverzekeraars tot het verstrekken van vergelijkende, keuze-ondersteunende informatie; zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk vergelijkende keuze-ondersteunende informatie verzamelen en aanbieden; natuurlijk kan ook aan een afzonderlijke, privaat- of publiekrechtelijke instelling op dit punt een taak worden toebedeeld.[62] Wat hier van belang is dat een recht van de zorgconsument ontbreekt om waar enigszins mogelijk[63] effectief te weten te komen wat voor hem van cruciaal belang is – waar kan ik de beste zorg en meest efficiënte zorg verwachten voor míjn aandoening? – en op die wijze in

---

[61] Artikel 38 leden 4 en 7 Wmg.
[62] Ter vergelijking kan worden gewezen op het Amerikaanse National Committee for Quality Assurance (NCQA), dat initiatieven van zorgaanbieders om kwaliteit te verbeteren ondersteunt en vergelijkende informatie voor consumenten toegankelijk maakt, zie http://www.ncqa.org.
[63] Het is ondenkbaar dat aan zorgconsumenten meteen over alle denkbare ziektebeelden en de met behandeling bereikte resultaten vergelijkende keuze-informatie beschikbaar wordt gesteld; er kan hier allen sprake zijn van een geleidelijke ontwikkeling. Met deze praktische beperkingen zou vanzelfsprekend ook in nadere regelgeving rekening moeten worden gehouden.

versterkte mate een consumentgerichte competitie tussen zorgaanbieders op gang te brengen.

5.4.3 AWBZ

Het vorenstaande geldt *mutatis mutandis* ook voor de AWBZ. Ook de AWBZ voorziet niet in een specifiek recht op informatie voor patiënten over zorgaanbieders en over (verschillen in) kwaliteit tussen zorgaanbieders. Weliswaar zijn de uitvoeringsorganen van de AWBZ onderworpen aan de Wob, maar daar staat tegenover dat de informatie die voor verzekerden van belang is nog ontoegankelijker is dan in de curatieve sector. De verzekerde prestaties zijn in hoogst abstracte termen ('functies') omschreven; verstrekking van adequate detailinformatie over gecontracteerde zorgaanbieders is niet specifiek geregeld, terwijl als gevolg van de functiegerichte omschrijving van verzekeringsaanspraken de vroeger bestaande duidelijkheid over wie welke zorg kan leveren, sterk is verminderd, laat staan dat verschillen tussen de zorgaanbieders in kwaliteit duidelijk zijn. Ook hier past dus de suggestie dat de verzekerde recht zou moeten hebben op (vergelijkende) informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders.
Eén aspect moet nog worden genoemd dat enigszins op de grens ligt van het hiervoor besproken onderwerp. Bij degenen die aangewezen zijn op AWBZ-zorg (veelal ouderen met chronische aandoeningen die langdurig op verpleging en verzorging zijn aangewezen) gaat het om een kwetsbare groep van personen, van wie mag worden aangenomen dat zij lang niet altijd de kennis, vaardigheid en mondigheid hebben die nodig is om zelf keuzes in het zorgaanbod te maken.[64] Als men daarbij in aanmerking neemt dat AWBZ-verzekerden, voor wie zorg 'geregeld' moet worden, te maken hebben met een veelheid van personen en instanties (huisarts, transferverpleegkundige, andere zorgaanbieders, maatschappelijk werk, CIZ, thuiszorg, zorgkantoor) die soms ook nog naar elkaar verwijzen ('van het kastje naar de muur') en van wie de rol niet altijd duidelijk is (soms is een besluit van het CIZ nodig, dan weer niet, omdat de indicatiebeoordeling aan de zorgaanbieder wordt overgelaten), dan dringt zich op dat in deze sector alleen informatie wellicht niet genoeg is. Mogelijk zouden AWBZ-verzekerden gediend zijn met niet alleen informatie, maar ook één duidelijk aanspreekpunt waar zij individuele ondersteuning bij het verwezenlijken van snelle en adequate oplossingen kunnen krijgen. De recente instelling van een Centraal Informatiepunt Zorg, een stap in deze richting, wijst erop dat het belang van gerichte ondersteuning van verzekerden wordt onderkend.[65] Een verplichting tot het bieden van

---

[64] Veel algemene informatie over de AWBZ, het persoonsgebonden budget, de taken van diverse betrokkenen, het gecontracteerde zorgaanbod en wachtlijsten is op zichzelf wel toegankelijk via internet en via brochures; afgezien van het feit dat men daarvoor nauwelijks buiten een computer met internetverbinding kan, vergt het echter veel die informatie te doorgronden en zeker om keuzes te kunnen maken, bijvoorbeeld: welk verpleeghuis biedt mij, gezien mijn situatie, de beste zorg?
[65] Zie http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/lz/2006/centraal-informatiepunt-zorg-biedt-overzicht.asp.

hulp bij het daadwerkelijk tijdig verkrijgen van de juiste zorg kan geacht worden besloten te liggen in de naturaverplichting tot zorgverlening die op de zorgverzekeraars (in de praktijk: de zorgkantoren) rust. Het lijkt hier dan ook vooral aan te komen op de wijze waarop de wetgeving wordt uitgevoerd, zonder dat sprake is van een noodzaak tot aanvulling daarvan.

5.4.4 Aanvullende ziektekostenverzekering

In de aanvullende verzekering is er evenmin een verplichting voor de verzekeraar om de verzekerden te informeren over (de kwaliteit van) het zorgaanbod; in die sector verzet de Europese regelgeving zich tegen nadere overheidsinterventie en moet het aan het spel van vraag en aanbod op de verzekeringsmarkt worden overgelaten of verzekeraars het op zich nemen verzekerden nader over het aanbod van aanvullend verzekerde zorg te informeren.

5.5 Informatie over afspraken verzekeraar-zorgaanbieder

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen in hun overeenkomst afspraken maken over de inhoud van de te verlenen zorg. Dergelijke afspraken kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de medicamenteuze therapie en ertoe strekken dat wordt gestart met een goedkoop geneesmiddel, voordat eventueel een duurder alternatief wordt beproefd. Ook kunnen zij inhouden dat de zorgaanbieder in beginsel bepaalde protocollen, richtlijnen of standaarden zal volgen. Ook kan het voorkomen dat tegenover naleving van afspraken door de zorgverlener een bepaalde (extra) vergoeding staat die door de zorgverzekeraar wordt voldaan. Afspraken als deze zijn toelaatbaar, zo lang zij niet in de weg staan aan het verlenen van ‘verantwoorde zorg’, maar daarvan hoeft geen sprake te zijn.
Ook al kunnen dergelijke afspraken geen afbreuk doen aan ‘verantwoorde zorg’, toch zijn zij van invloed op de wijze waarop de zorgverlener vis-à-vis de patiënt inhoud geeft aan de behandelingsrelatie. Het is daarom van belang dat de consument wordt geïnformeerd over de inhoud van afspraken die de behandelingsrelatie raken. Dat is ook daarom van belang omdat het de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener zou kunnen schaden als de patiënt eerst achteraf er achter komt dat de zorgverlener een bepaalde handelwijze heeft gekozen (en alternatieven onbenut heeft gelaten) omdat hij dat met de zorgverzekeraar was overeengekomen.
Deze informatieplicht kan, wat de zorgverzekeraars betreft, geacht worden reeds besloten te liggen in de wettelijke verplichting om informatie ter beschikking te stellen over de eigenschappen van de door hen aangeboden producten en diensten. Nadere regelgeving op dit punt lijkt niet nodig, tenzij zich in de praktijk op het hier besproken punt moeilijkheden zouden voordoen die meer toegespitste regelgeving wenselijk zouden maken.
Overigens zal de verzekeraar slechts in algemene termen informatie kunnen verstrekken over afspraken die van invloed zijn op de zorgverlening, terwijl die informatie de verzekerde veelal zal bereiken op een moment dat de desbetreffende zorg niet aan de orde is. Tegen deze achtergrond ligt het voor de hand dat in het bijzonder de zorgverlener, op

het moment dat een vorm van zorg aan de orde is die onderwerp is van specifieke afspraken met de zorgverzekeraar, de patiënt over die afspraken informeert. De zorgverlener moet daartoe gehouden worden geacht op grond van zijn wettelijke informatieplicht: die houdt onder andere in dat de zorgverlener de patiënt op duidelijke wijze moet inlichten over hetgeen de patiënt redelijkerwijs moet weten over de voorgestelde wijze van onderzoek of behandeling en de alternatieven daarvoor.[66] Ook wat de zorgverlener betreft, lijkt nadere regelgeving met betrekking tot informatieverstrekking over de zorgverlening rakende afspraken met zorgverzekeraars dan ook niet nodig.

[66] Zie voor deze informatieplicht artikel 7:448 BW.

6 Conclusies

6.1 Inleiding

In deze achtergrondstudie is op grond van een juridische analyse getracht na te gaan op welke punten de positie van de zorgconsument met het oog op zijn verzekeringsaanspraken kan worden versterkt, om aldus mede bij te dragen aan een oordeel over de vraag of een Zorgconsumentenwet aangewezen is. Bij het onderzoek is een aantal beperkingen aangelegd, zoals verantwoord in § 2.4. Met inachtneming daarvan kunnen de conclusies worden verdeeld in positieve en negatieve conclusies. Wat de laatste betreft: binnen het geldende zorgstelsel is er, voor zover het de relatie zorgconsument-verzekeraar betreft, geen aanleiding gezien voor voorstellen, ertoe strekkend dat in het algemeen het recht op zorg, het recht op toegang tot zorg, het recht op veiligheid en kwaliteit van zorg of het recht op heldere geschilbeslechting nader wordt geregeld; het vastleggen van die rechten als 'beginselen' náást de detailregelingen van BW, Zvw, modelovereenkomsten, AWBZ en polissen van aanvullende ziektekostenverzekeringen – regelingen die gekenmerkt worden door een hoge mate van consumentenbescherming – heeft geen redelijke zin en leidt hooguit tot ongerechtvaardigde verwachtingen.
De klacht dat de rechten van consumenten niet transparant zijn, is legitiem: het wettelijk stelsel is zeer gecompliceerd en voor de gemiddelde burger nauwelijks te doorgronden. Met wetgeving valt op dat punt echter weinig winst te behalen; de materie is naar haar aard ingewikkeld en daaraan draagt de vooralsnog gehandhaafde scheiding van de verschillende verzekeringsstelsels (zorgverzekering en AWBZ) zeker bij. Een Zorgconsumentenwet aan het bestaande complex van wetgeving toevoegen helpt op dat punt niet, net zo min als het omzetten van alle bestaande wetgeving in één nieuwe wet.

6.2 Aanknopingspunten voor versterking van de positie van de zorgconsument

6.2.1 Inleiding

Uit de achtergrondstudie blijken enkele aanknopingspunten voor versterking van de rechtspositie van de zorgconsument, ook als de in § 2.4 aangegeven beperkingen in acht worden. Het gaat om daarbij om het wettelijk vastleggen van één maatstaf voor tijdige zorg en van een recht op vergelijkende informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders, beide voor zowel de zorgverzekering als de AWBZ. In deze achtergrondstudie wordt volstaan met deze aanknopingspunten en worden daarvoor geen uitgewerkte voorstellen gedaan.
Aandachtspunten voor eventuele latere aanpassing van de wetgeving, ook voor Zvw en AWBZ, zijn de vergoeding van kosten bij functiegericht omschreven aanspraken en de vergoeding van kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Tot slot kunnen enkele punten van verbetering worden genoemd die zonder wetgeving mogelijk zijn.

6.2.2 Maatstaf voor tijdige zorg

Overwogen kan worden wettelijk één, eenduidige, maatstaf vast te stellen die aangeeft binnen welke termijn een verzekerde zorg moet verkrijgen; een maatstaf die zowel voor de zorgverzekering als voor de AWBZ geldt en waarmee ook de overheid bij de planning en bekostiging van voorzieningen rekening moet houden. Het ligt voor de hand aansluiting te zoeken bij de Europeesrechtelijke maatstaf dat zorg moet worden verleend binnen een termijn die naar objectief medisch oordeel aanvaardbaar is, welke termijn echter tevens zou moeten worden gebonden aan een maximum dat maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Een algemene wettelijke maatstaf voor tijdige zorg betekent niet dat patiënten *altijd* inderdaad op tijd zorg krijgen en zelfs niet, dat zij daar *altijd* hun verzekeraar of de overheid op kunnen aanspreken. Er kunnen immers situaties zijn waarin overmacht aan inachtneming van de gestelde termijn in de weg staat.

6.2.3 Recht op informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders

De verzekerde heeft steeds recht op zorg die aan de minimumstandaard van 'verantwoorde zorg' voldoet; tegelijk is onmiskenbaar dat tussen zorgaanbieders verschillen in kwaliteit bestaan, ook al is aan de minimumstandaard voldaan. Meer efficiënte zorg betekent snellere en meer doeltreffende diagnostiek en meer doeltreffende behandeling, leidend tot sneller en beter herstel en meer gezondheidswinst. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel is dat tussen zorgaanbieders concurrentie op gang komt, als middel om een optimale, doelmatige zorg te waarborgen. Op dit vlak is dan ook een actievere rol van de zorgconsument op de zorgverleningsmarkt (zorgaanbieders-consumenten) bepleit: de zorgconsument die, gesteund door objectieve, vergelijkende informatie over de uiteenlopende kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke aandoeningen, zelf kan kiezen voor die zorgaanbieder die voor zijn specifieke aandoening de beste en meest efficiënte zorg biedt. Voor een op kwaliteit en efficiency gericht competitie is het nodig een structuur te ontwikkelen waarin zorgaanbieders (vooral ziekenhuizen, maar zeker ook anderen) worden uitgenodigd en gestimuleerd zichtbaar te maken dat zij door hún innovatieve werkwijze betere resultaten bereiken dan gemiddeld. Objectieve informatie daarover kan de consument ondersteunen bij zijn keuze voor de beste en meest efficiënte zorgaanbieder, zodat de toegankelijkheid van die informatie voor de consument gewaarborgd moet zijn. De geldende wetgeving voorziet hierin in onvoldoende mate. Het vorenstaande geldt ook voor de AWBZ; wat de AWBZ komt daar nog een aspect bij dat hierna wordt belicht (§ 6.2.6).

6.2.4 Vergoeding bij functiegericht omschreven aanspraken

Het is mogelijk de verzekerde, zowel in de Zvw als in de AWBZ, recht te bieden op zorg door zorgverleners met een andere kwalificatie dan door de zorgverzekeraar aangewezen. Daarbij kan de vergoeding op minder dan 100% worden gesteld, evenals dat het geval is wanneer de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Of een

dergelijke wijziging voorziet in een reëel gevoelde behoefte kan hier niet worden vastgesteld.

6.2.5 Vergoeding van kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders

De voorwaarden waaronder de verzekerde gebruik kan maken van de diensten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen op meer eenduidige wijze worden geregeld dan thans het geval is, met handhaving van de uitgangspunten die aan de geldende wetgeving ten grondslag liggen. Deze regeling zou in gelijke mate kunnen gelden voor de Zvw en de AWBZ. Ook hier zal moeten worden vastgesteld of een dergelijke wijziging voorziet in een reëel gevoelde behoefte.

6.2.6 Verbeteringen zonder wetswijziging

De volgende maatregelen kunnen worden genomen zonder wetswijziging.

1. Individuele ondersteuning van AWBZ-verzekerden
In het kader van de prestatieplicht die in de naturaverzekering van de AWBZ op de zorgverzekeraars (in de praktijk: de zorgkantoren) rust, kan de verzekerden individuele ondersteuning worden geboden om zijn of haar weg te vinden in het spinnenweb van regels, personen en instanties, hem of haar in staat te stellen de beste keuze te kunnen maken, en om snelle en adequate oplossingen te verwezenlijken. Het ligt voor de hand dat hier een taak ligt voor de zorgkantoren.

2. Informatie over de stand van de wetenschap en praktijk
De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd informatie moeten verstrekken over welke vormen van zorg behoren tot ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee onder de zorgverzekering vallen. Het CVZ zou zijn kennis hierover, behalve aan zorgverzekeraars, ook rechtstreeks ter beschikking kunnen stellen aan consumenten/patiënten en hun organisaties. Dit past ook in de wettelijke taak van het CVZ.

3. Eén klachtenregeling
De positie van de Ombudsman Zorgverzekeringen is zó geregeld dat deze in beginsel op het gehele terrein van de ziektekostenverzekering kan optreden, mits alle zorgverzekeraars de ombudsman tevens als klachteninstantie aanwijzen voor de behandeling van klachten over de uitvoering van de AWBZ.

4. Eén geschillencommissie voor zorgverzekering en aanvullende verzekering
De laagdrempelige geschillenregeling die geldt voor de zorgverzekering kan ook worden toegepast bij de aanvullende ziektekostenverzekering, als de ziektekostenverzekeraars daarvoor kiezen.

Literatuur

21minuten.nl, editie 2006, http://www.21minuten.nl/21minuten/21minuten_2006.pdf

Aanwijzingen voor de regelgeving
http://www.justitie.nl/images/Aanwijzingen_tcm34-2447.pdf

Aarts, V.P.
'Aspecten van toezicht, handhaving en geschillenbeslechting onder de Zorgverzekeringswet', *TvGR* 2005, p. 98-110

Bauw, E., Hartendorp, R.C.
'Kantonrechter of geschillencommissie in consumentenzaken: de feiten op een rij', *NJB* 2005, p. 2304-2308

Berg, M., Schellekens, W.
'Prikkel tot betere zorg', *Medisch Contact 2004*, p. 1601-1604

Borgesius, J.
'Uitgangspunten van de verplichte verzekering van ziektekosten', *Het Verzekerings-Archief* 2005, p. 16-25

Buijsen, M.A.J.M., Exter, A.P. den
'Keuze voor solidariteit. Kanttekeningen bij het voorstel Zorgverzekeringswet', *TvGR* 2005, p. 111-117

Cath, I.G.F.
De keuze voor een privaat of publiek zorgstelsel wordt niet bepaald door het EU recht, memorandum, 20 februari 2003

College voor zorgverzekeringen
Wettelijke regeling redelijke termijn voor zorgverlening, Amstelveen: CVZ 2001

College voor zorgverzekeringen
Analyse van sturings- en beheersaspecten van zorgverzekeringsstelsels, Diemen: CVZ 2004

College voor zorgverzekeringen
Bouwstenen voor een goede zorgverzekering, Amstelveen: 2002

Commissie Keuzen in de zorg
Kiezen en delen, Rijswijk: ministerie van WVC 1991

Donker, M., Wesseling, S.
'Stelselherziening zorg: implicaties voor risico's en toezicht', *Z&F* 2005, p. 10-14

Drijber, B.J., Groot, G.R.J. de
Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationale recht, Den Haag: 4 december 2002

Drijber, B.J.
'De bezems van Bolkestein', *NTER* 2004, p. 112-120

Dute, J.C.J.
'De Zorgconsumentenwet: grote stappen, snel thuis?' *TvGR* 2006, p. 414-422
Europese Commissie
Brief van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848

Exter, A.P. den
'Patiëntenmobiliteit in de Europese Unie. Het Hof van Justitie als de grote roerganger', *SEW* 2006, p. 180-188

Exter, A.P. den
'De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet', *NJB* 2005, p. 87-93

Exter, A.P. den
'Iedereen gelijk. Zorgverzekeringswet nog niet Europa-proof', *Medisch Contact* 2005, p. 414-415

Gevers, J.K.M.
'Het recht op toegang tot noodzakelijke zorg', *AA* 2003, p. 437-445

Gevers, J.K.M.
'Gelijke toegang tot goede zorg verzekerd?' *TvGR* 2005, p. 291-297

Groenewoud, A.S., Kreuger, L., Huijsman, R.,
Keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuze-ondersteuning in de gezondheidszorg
Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) 2006

Gronden, J.W. van de
Zorg tussen lidstaat en interne markt. Zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief, Deventer: Kluwer 2004

Groot, G.R.J. de
Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor tekorten in de zorg, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2002, p. 64-121

Groot, G.R.J. de
Kiezen voor zorg, de keuzevrijheid van de patiënt in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering (oratie), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2003

Groot, G.R.J. de
'Een eigen bijdrage voor tekortschietende zorg?', *RZA Klassiek*, Deventer: Kluwer 2004, p. 1002-1009

Groot, G.R.J. de
'De zorgverzekeraar: spin in het web?', *TvGR* 2005, p. 40-60

Groot, G.R.J. de, Hamilton G.J.A., Legemaate, J.
'Zorgkwaliteit in een competitieve verzekeringsmarkt', *Z&F* 2005, p. 10-26

Groot, G.R.J. de
'Geschilbeslechting in de nieuwe zorgverzekering', *Z&F* 2006, p. 10-26

Groot, G.R.J. de
'De nieuwe zorgverzekering: tussen sociale doeleinden en marktoriëntatie', *SMA* 2006, p. 5-15

Groot, G.R.J. de
'De stand van de wetenschap en praktijk', *TvGR* 2006, p. 326-350

Hamilton, G.J.A.
'Interne markt en (aanvullende) ziektekostenverzekeringen', *TvGR* 2001, p. 45-49

Hamilton, Geert Jan
'Private Insurance for All in the Dutch Health Care System', *European Journal of Health Law* 10:53-61, 2003

Hamilton, G.J.A.
'Een zorgverzekering die past in Europa', *SEW* 2005, p. 411-421

Hamilton, G.J.A.
Een zorgverzekering voor iedereen, PS-special: Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, Deventer: Kluwer 2005

Heteren, Godelieve van
Niet zonder ons. Patiëntenrechten bij de tijd
Den Haag: PvdA-nota over de contouren van zorgconsumentenwetgeving, oktober 2006

Houten, I.A. van, Gronden, J.W. van de
'De nieuwe Nederlandse Zorgverzekeringswet en EG-recht', *SMA* 2004, p. 513-527

Huizen, Ph.H.J.G. van, Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C. van
Grondslagen van het verzekeringsrecht, Den Haag: Vermande 2004

Kamerstukken 29 763 (Zorgverzekeringswet)

Kamerstukken 30 186 (Wet marktordening gezondheidszorg)

Kamerstukken 30 668 (wijziging opzegging zorgverzekering)

KNMG-standpunt over de stelselherziening, Utrecht: KNMG 2004

Kuile, B.H. ter
'Zorgverzekeringswet en Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen', *SEW* 2005, p. 422-431

Legemaate, J.
Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak, achtergrondstudie in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor de Staat van de Gezondheidszorg 2006, Den Haag: IGZ 2006

Lugtenberg, A.H.J., Most, J.M. van der, Thiel, J.L.P.G. van
Het recht van de ziekenfonds- en de bijzondere ziektekostenverzekering, Deventer: Kluwer 1988

Meulemans, E.W.M.
'Zorgaanspraken en wachtlijsten', *TvGR* 2000, p. 137-138

Meijer, C.C.
'Concurrerende zorg, concurrerende autoriteiten', *M&M* 2005, p. 206-214

Ministerie van VWS
Grenze(n)loze zorg, Den Haag: 2000

Mok, L.
'De komende zorgverzekering', *NJB* 2005, p. 2250-2253

Most, J.M. van der
'De Zorgverzekeringswet en de zelfverzekerde burger', *TvGR* 2005, p. 17-39

Most, J.M. van der
'Vraaggestuurde zorg als recht vanuit verzekeringsperspectief (ZFW en AWBZ)', *TvGR* 2003, p. 160-171

Nolen, M.F.
'Rechtsbescherming van verzekerden in de nieuwe Zorgverzekeringswet' *Z&F* 2004, p. 10-27

NPCF
De zorgconsumentenwet: één wet voor patiënten en consumenten, maart 2006

Ottervanger, T.R., Jong, M.A. de, Slot, P.J.
Europeesrechtelijke aspecten van de basisverzekering, mei 2002

Palm, Willy
'Voluntary Health Insurance and EU Insurance Directive: Between Solidarity and the Market', in: Martin McKee, Elias Mossialos, Rira Beaten, *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Brussel: P.I.E.-Peter Lang 2002

Pennings, F.J.L.
De betekenis van internationale normen voor de Nederlandse sociale zekerheid, rede september 2004, Universiteit van Tilburg

Porter, Michael E., Teisberg, Elizabeth Olmsted
Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review 2004; (June): 64-76.

Porter, Michael E., Teisberg, Elizabeth Olmsted
Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results, Harvard: Harvard Business School Press 2006

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Europa en de gezondheidszorg, Den Haag: 1999

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De wensen van zorgcliënten in Europa, Zoetermeer: 2003

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Zinnige en duurzame zorg, Den Haag: 2006

Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, www.skgz.nl

Reglement van de Ombudsman Zorgverzekeringen, www.skgz.nl

Saltman, Richard B., Busse, Reinhard, Figueras, Josep (eds.)
Social health insurance systems in western Europe, Maidenhead: Open University Press 2004

Santing-Wubs, B.
'Alternatieve geschilbeslechting en de toegang tot de rechter', in: R.J.C. Flach e.a. (red.), *Amice, Rutgers-bundel*, Deventer: Kluwer 2005, p. 308-309

Scheerder, R.L.J.M.
'De Wet Marktordening gezondheidszorg', *Z&F* 2005, p. 25-35

Schipaanboord, Atie, Heteren, Godelieve van,
'Ambitie ontbreekt om patiëntenorganisaties slagkracht te geven', De Volkskrant, 29 augustus 2006

Sociaal-Economische Raad, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag: 2000

Steyger, E.
'Marktwerking in oprichting: de bevoegdheden van de Zorgautoriteit en NMa en de werking in de praktijk', *TvGR* 2006, p. 2-15

Straetmans, G.J.L.M.
Recht op zorg en grensoverschrijdende zorg in de publieke verzekeringen, *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Elsevier 2003

Treekoverleg
Notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector, 19 januari 2000

Treekoverleg
Notitie Aanvaardbare levertijden in de care: streefnormstelling door en voor Treekpartijen, 3 april 2000

Veen, E.-B. van, Hamilton, G.J.A.
'De Zorgverzekeringswet in Europees(rechtelijk) perspectief', *TvGR* 2005, p. 80-97

Veen, E.-B. van
Onderzoek naar de Europeesrechtelijke aspecten van concurrerende zorgverzekeraars en een wettelijk stelsel van sociale zekerheid, Tilburg: TRANZO 2002

Vonk, G.
'Europees sein op groen voor het nieuwe Nederlandse zorgverzekeringsstelsel', *SEW* 2004, p. 467-473

Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel
Kamerstukken II, 2000/01, 27 855, nrs. 1-2

Weevers, K.
Het recht op zorg in de AWBZ; recht of zorg?, Nieuwegein: IVVU 2006

Wesseling, M.F., Legemaate, J.
Kans of risico voor de zorg. Kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering, Utrecht: KNMG Beleid en advisering 2005

De auteur

Prof. mr. G.R.J. de Groot is bijzonder hoogleraar zorgverzekeringsrecht aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en advocaat bij Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn N.V. in Den Haag.