

Kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van gecontracteerde zorg

Huisartsenzorg

Kwaliteit	In de polisvoorwaarden stellen wij als voorwaarde aan de huisartsen dat zij ingeschreven moeten staan in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) dat is ingesteld door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De huisarts is ingeschreven in het BIG-register (Beroepen Individuele Gezondheidszorg), de zorg wordt ook uitgevoerd conform professionele standaarden, zoals de NHG standaard (Nederlands Huisartsen Genootschap).
Tijdigheid	Een bereikbaarheid van zeven maal 24 uur dient geborgd te zijn. De bereikbaarheid is geregeld in de tariefsbeschikking TB-CU-7123-04. Hierin is vastgelegd dat een huisarts enkel inschrijftarieven in rekening mag brengen indien de huisarts de continuïteit van de huisartsenzorg heeft gewaarborgd voor 24 uur per dag en 7 dagen in de week voor de bij hem ingeschreven patiënten.
Bereikbaarheid	a.s.r. is een landelijk opererende zorgverzekeraar zonder eigen regio. Wij volgen voor huisartsenzorg derhalve de contractering van de preferente zorgverzekeraar. Hierdoor hebben wij op dit dossier landelijke dekking. Bovendien heeft de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) ervoor gezorgd dat er voor deze zorg geen contractsvereiste meer is. Dat wil dus zeggen dat de zorg bij elke zorgverlener kan worden afgenomen en door deze zorgverlener bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden, zelfs zonder contract.

Mondzorg

Kwaliteit	Voor het verlenen van vergoeding van de prestatie mondzorg dient de zorgaanbieder aan een aantal eisen te voldoen. Deze eisen zijn de volgende: Kaakchirurg: ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS). Orthodontist: ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS). Tandarts: dient als zodanig geregistreerd te staan conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. Tandprotheticus: dient opgeleid te zijn conform het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
Tijdigheid	Hierover zijn geen afspraken gemaakt, aangezien wij geen contracten hebben afgesloten met tandartsen.
Bereikbaarheid	Verzekerden van a.s.r. Ziektekosten kiezen zelf naar welke tandarts zij gaan.

Farmaceutische zorg

Kwaliteit	De zorgaanbieder: verleent farmaceutische zorg overeenkomstig de Nederlandse
-----------	---

	<p>Apotheek Norm (NAN), het Professioneel Statuut Openbaar Apotheker en Ziekenhuisapotheker van de KNMP); verleent zijn medewerking aan gespreksgroepen met voorschrijvers over farmacotherapie (Farmaco Therapeutisch (Transmuraal) Overleg, FT(T)O);</p> <p>spant zich in om substitutie van merkgeneesmiddelen naar merkloze geneesmiddelen te bevorderen, mits de merkloze geneesmiddelen goedkoper zijn. Ter bepaling van de substitutie gebruikt de zorgaanbieder de meest actuele versie van de Handleiding geneesmiddelensubstitutie KNMP. Afwijkingen t.a.v. het substitutiebeleid dienen door de zorgaanbieder vastgelegd te worden in het apotheekinformatiesysteem;</p> <p>spant zich in om resubstitutie tegen te gaan;</p> <p>verleent de zorgprestaties conform de vigerende richtlijnen en de NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg;</p> <p>verstrekt aan de verzekerde de informatie over de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties ingevolge de zorgverzekering en over toestemmings- en machtigingsprocedures, die de verzekerde redelijkerwijs nodig heeft, en wint met het oog op een juiste voorlichting van verzekerden zo nodig inlichtingen in bij a.s.r.;</p> <p>stelt de geneesmiddelen ter hand overeenkomstig aan de frequentie opgenomen in de polisvoorwaarden/reglementen van a.s.r..</p>
Tijdigheid	<p>De zorgaanbieder is te allen tijde verantwoordelijk voor de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van farmaceutische zorg gedurende 24 uur per dag en zeven dagen in de week. De zorgaanbieder biedt buiten de reguliere openingstijden van de apotheek zelf de gelegenheid tot het verkrijgen van farmaceutische spoedzorg, participeert in een dienstwaarnemingsregeling met een of meerdere apotheken of heeft de dienstverlening met meerdere apotheken ondergebracht in een dienstapotheek waarbij de farmaceutische spoedzorg redelijkerwijs binnen 45 minuten beschikbaar is.</p>
Bereikbaarheid	<p>Landelijke dekking.</p>

Verloskundige zorg

Kwaliteit	<p>Voor het verkrijgen van een overeenkomst dienen verloskundigen in het bezit te zijn van een registratie in het kader van de wet BIG en voldoet aan de voorwaarden die gesteld worden in artikel 3 van de wet BIG.</p> <p>De verloskundige dient voor counseling als onderdeel van de prenatale screening in het bezit te zijn van een overeenkomst met één van de Regionale Centra voor Prenatale Screening welke vergunninghouder is in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Ten aanzien van kwaliteit gelden de volgende voorwaarden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De verloskundige is opgenomen in het Kwaliteitsregister Verloskundigen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en verklaart daarmee dat hij/zij handelt conform de meest recente standaarden en richtlijnen van de KNOV. 2. Om de prestaties algemene termijnen echo, versie en de specifieke diagnose echo's te kunnen uitvoeren en declareren, dient de verloskundige te zijn ingeschreven in bijbehorend(e) register(s).
-----------	---

- Voor de algemene termijnen echo is dit het Echoregister, voor de versie is dit het Versieregister. Beide registers zijn van de KNOV.
3. De verloskundige hanteert het Verloskundig Vademecum en neemt deel aan de Perinatale Registratie Nederland (PRN) voor het van toepassing zijnde onderdeel.
 4. De verloskundige hanteert het Landelijk Indicatieprotocol (LIP).
 5. De verloskundige verleent de prenatale verloskundige zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
 6. De verloskundige zorgt voor een adequate regeling met betrekking tot de achterwacht. Voor solistisch werkende verloskundigen moeten de afspraken daaromtrent schriftelijk zijn vastgelegd met degene die de achterwacht verzorgt.
 7. De verloskundige neemt samen met andere zorgaanbieders in de keten deel aan een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV).
 8. De verloskundige neemt deel aan perinatale audits.

Er worden aparte afspraken gemaakt met verloskundigen voor het maken van echo's in het kader van eerstelijns prenatale screening en eerstelijns echo's. Hiervoor gelden de volgende kwaliteitseisen:

1. Ten aanzien van de echo's die in het kader van de prenatale screening worden uitgevoerd, wordt toezicht op de kwaliteit gehouden door de WBO-vergunninghouder.
2. Om de prestaties algemene termijnen echo en de specifieke diagnose echo's te kunnen uitvoeren en declareren, dient de zorgaanbieder te zijn ingeschreven in het echoregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) dan wel in het Kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).
3. De zorgaanbieder verricht de echo-onderzoeken in een adequaat ingerichte en geoutilleerde onderzoeksruimte, die voor de verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
4. De zorgaanbieder levert de zorg in samenwerking met andere zorgaanbieders in de keten zoals de verloskundige, de kraamverzorgende en wanneer nodig met de tweedelijns zorgaanbieders in het ziekenhuis.

Tijdigheid	Zoals opgenomen in het kwaliteitsregister en het Verloskundig Vademecum.
Bereikbaarheid	Landelijke contracteringsgraad. Landelijke dekking.

GGZ (Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ - GGZ-instellingen)

Kwaliteit	<p>Na het vervallen van het representatiemodel in 2014 koopt a.s.r. via Multizorg VRZ zorg in het kader van de geestelijke gezondheidszorg in. In 2015 is de zorg voor jeugdigen tot 18 jaar overgeheveld naar de gemeente. Deze zorg wordt aldus niet meer door ons ingekocht. In 2015 is de langdurige GGZ overgeheveld naar de Zwv. Deze zorg wordt sindsdien ook door ons ingekocht. In de overeenkomsten met GGZ-instellingen zijn zowel afspraken gemaakt over de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ als de langdurige GGZ.</p> <p>Ten aanzien van kwaliteit is het volgende vastgelegd in de</p>
-----------	---

overeenkomsten:

- De zorgaanbieder is gehouden kwalitatief verantwoorde zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De zorg is bovendien proportioneel, gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk en onder- en overconsumptie van zorg wordt vermeden. Het niet nakomen van deze verplichting kan leiden tot een lagere vergoeding of uitsluiting van vergoeding.

- De zorgaanbieder maakt gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM), dat wil zeggen dat: hij maakt gebruik van gevalideerde meetinstrumenten/vragenlijsten ter ondersteuning van diagnosestelling, bewaakt de voortgang en meet de effectiviteit van de geleverde zorg. De effectiviteitgegevens worden aangeleverd bij Stichting Benchmark GGZ (SBG). Voor 2014 levert de instelling van tenminste 50% van de cliënten in dat jaar de voor- en nametingen van de volledig gemeten zorgtrajecten aan bij SBG.

- De zorgaanbieder verleent aan Multizorg VRZ en deelnemende zorgverzekeraars toegang tot

hun gegevens in Benchmark Rapportage Module (BRaM) van SBG.

- Uitkomsten van ROM worden met cliënten besproken waardoor de vragenlijsten integraal deel uitmaken van de behandeling.

-De zorgaanbieder heeft voor alle stoornissen die behandeld worden binnen de instelling, zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd, waarbij het helder is welke prestatie(s) er aan het eind van een zorgpad gedeclareerd wordt/worden. De zorgpaden zijn gebaseerd op evidence-based, landelijk erkende behandelrichtlijnen.

- De zorgaanbieder geeft uitvoering aan de criteria vanuit cliënten-en familieperspectief zoals opgesteld door de LPGGz voor het jaar 2014 bij de organisatie en levering van de zorg.

-De zorgaanbieder monitort de kwaliteit van de geleverde zorg middels de Basisset risico-indicatoren GGZ en VZ 2013. (of 2014 indien vastgesteld)

- Het behandelplan wordt binnen drie weken na start van de behandeling schriftelijk of elektronisch vastgelegd. Dit behandelplan zal met de cliënt geëvalueerd worden.

- De zorgaanbieder volgt bij overdracht van een patiënt, aan een andere zorgverlener c.q. samenwerking met een andere zorgaanbieder bij de behandeling van een patiënt, de aanbevelingen van het rapport "Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg", waarmee de zorgaanbieder zich bekend verklaart.

- De zorgaanbieder beschikt over een geldig en extern getoetst kwaliteitscertificaat voor de totale organisatie en verricht structureel metingen van de tevredenheid c.q. ervaringen van cliënt (structureel bij tenminste 75% van de cliënten) bij afsluiting behandeling door toepassing van de CQ-index of GGZ thermometer.

- De zorgaanbieder stelt zich ten doel om de patiëntveiligheid te vergroten, bijvoorbeeld middels de Handreiking VIM, de Handreiking Veiligheidscultuur en de Handreiking integrale aanpak brandveiligheid. Eén van de bestuursleden van de instelling is expliciet als portefeuillehouder aangewezen voor kwaliteit en daarmee veiligheid.

	<p>- De zorgaanbieder beschikt over een gecertificeerd VMS (veiligheidsmanagementsysteem) of is gecertificeerd op het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) - certificatieschema voor GGZ-instellingen.</p> <p>Nieuwe GGZ-instellingen kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst indien de instelling zorg levert aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod.</p>
Tijdigheid	<p>De zorg dient zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen de Treeknormen te worden verleend. Indien dit niet mogelijk is, neemt de zorgaanbieder maatregelen om verlening van zorg binnen de Treeknormen te bereiken. Onderaan dit document is een overzicht met de Treeknormen te vinden.</p> <p>Met name aan het eind van 2015 heeft a.s.r. wachtlijstbemiddeling ingezet voor verzekerden die niet direct terecht konden bij de ggz-instelling van hun keuze. Dat verzekerden niet direct terecht konden had te maken met het bereiken van het omzetplafond door de instelling.</p>
Bereikbaarheid	<p>Een belangrijk principe is voor ons de keuzevrijheid voor verzekerden. Daarom hebben wij voor zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ een brede contractering en willen wij hiermee een landelijke dekking realiseren.</p>

GGZ (Verblijf en behandeling 2^e en 3^e jaar)

Kwaliteit	<p>Aanvullend op de afspraken die met ggz-instellingen gemaakt zijn in het kader van de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz is in de betreffende overeenkomst een bijlage opgenomen voor instellingen die zorg leveren in het kader van verblijf en behandeling 2^e en 3^e jaar. A.s.r. heeft een machtigingsprocedure vooraf met deze instellingen afgesproken. Deze machtigingsprocedure houdt in dat wanneer cliënten overgaan van de gespecialiseerde ggz naar de langdurige ggz er een aanvraag bij ons gedaan moet worden conform de landelijk afgesproken checklist. Op basis van deze checklist wordt de zwaarte van het zorgpakket bepaald en een inschatting gemaakt over de verwachte duur van het voortgezet verblijf.</p> <p>Afspraken in het kader van kwaliteit zijn verder conform hetgeen met de instelling is afgesproken in de reguliere overeenkomst en zoals in het onderdeel GGZ (Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ - GGZ-instellingen) is opgenomen.</p>
Tijdigheid	<p>De zorg dient zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen de Treeknormen te worden verleend. Indien dit niet mogelijk is, neemt de zorgaanbieder maatregelen om verlening van zorg binnen de Treeknormen te bereiken. Onderaan dit document is een overzicht met de Treeknormen te vinden.</p>
Bereikbaarheid	<p>Een belangrijk principe is voor ons de keuzevrijheid voor verzekerden. Instellingen die ggz zorg leveren in het kader van verblijf en behandeling 2^e en 3^e jaar zijn gecontracteerd.</p>

GGZ (Gespecialiseerde GGZ - vrijgevestigde GGZ zorgaanbieders)

<p>Kwaliteit</p>	<p>a.s.r. Ziektekosten heeft in 2015 gespecialiseerde GGZ zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar ingekocht bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Daarmee wordt bedoeld een BIG-geregistreerde GGZ-zorgverlener werkzaam in de praktijk, die behoort tot in ieder geval een van de volgende beroepsgroepen: psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of BIG-geregistreerde psychotherapeut. De zorgaanbieder voldoet aan de kwaliteitsvereisten, zoals deze zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en/of de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en/of het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).</p> <p>Om substitutie naar de Generalistische Basis GGZ te bevorderen maken wij sinds 2015 gebruik van een gecombineerde zorgovereenkomst. Dat betekent dat zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een overeenkomst Gespecialiseerde GGZ gestimuleerd worden om ook zorg te leveren in de Generalistische Basis GGZ.</p> <p>Kwaliteitseisen die in de overeenkomst met deze zorgaanbieders zijn opgenomen betreffen het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder stelt op verzoek aan de zorgverzekeraar informatie beschikbaar over de scores met betrekking tot landelijk door de Inspectie voor de Gezondheidszorg vastgestelde prestatie-indicatoren als deze voor 2012 zijn vastgesteld. - De beroepsbeoefenaar neemt deel aan kwaliteit bevorderende activiteiten, zoals intervisie en intercollegiale toetsing. - De zorgaanbieder staat ervoor in dat de praktijk voldoet aan de inrichtingseisen, zoals die door de beroepsverenigingen NVvP en/of NVVP en/of NIP zijn opgesteld. - De zorgaanbieder maakt bij minimaal 25% van nieuwe cliënten, in het behandelproces (start behandeling - eind behandeling) gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) op basis van wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten (zoals door de beroepsgroep geaccepteerde vragenlijsten), waarmee de effectiviteit van de behandeling wordt getoetst. - Uitkomsten van ROM worden met cliënten besproken waardoor de vragenlijsten integraal deel uitmaken van de behandeling. - De zorgaanbieder levert zijn ROM-gegevens aan bij DIS/Stichting Benchmark GGZ (SBG). <p>Indien dit niet mogelijk is toont de zorgaanbieder op verzoek van zorgverzekeraars aan dat bij minimaal 25% van de cliënten ROM-meting heeft plaatsgevonden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder werkt binnen de regio waarin hij gevestigd is, aantoonbaar samen met huisartsen en tenminste één andere GGZ-zorgaanbieder. <p>Tevens zijn afspraken gemaakt over de inzet van medebehandelaars. Bij de behandeling mag de hoofdbehandelaar beperkt medebehandelaars inzetten. Daarbij moet het gaan om ondersteunende functies, zoals die zijn opgenomen in de CONO</p>
------------------	--

beroepenlijst (het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ). Het ondersteunend personeel mag zelfstandig tijd schrijven binnen de door de hoofdbehandelaar geopende DBC. De behandeltime door het ondersteunend personeel bedraagt maximaal 20% van de totaal binnen de DBC geregistreerde tijd. Voor praktijken voor Kinder- en Jeugd GGZ geldt dat de behandeltime door medebehandelaars maximaal 50% van de totaal binnen de DBC geregistreerde tijd bedraagt. Een zorgverlener in opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar.

Er zijn afspraken gemaakt over de omvang van de praktijk:

De maximale omvang van een in na 1 januari 2012 gestarte praktijk is vier fte hoofdbehandelaars.

Het aantal locaties van een na 2013 gestarte praktijk bedraagt maximaal drie. Per behandellocatie is tenminste 80% van de openingstijden een hoofdbehandelaar aanwezig.

Per fte hoofdbehandelaar bedraagt het maximaal aantal werkzame uren op jaarbasis 2080 (52 weken x 40 uren). Het maximaal aantal declarabele uren binnen de DBC-registratie van de praktijk bedraagt per fte hoofdbehandelaar 120% x 2.080 uren = 2.496 uren.

Voor praktijken voor Kinder- en Jeugd GGZ geldt een maximaal aantal declarabele uren per fte hoofdbehandelaar van 150% x 1976 uren = 2964 uren.

Tijdigheid	Zoals vastgesteld binnen de beroepsverenigingen. Met vrijgevestigden worden, op enkele uitzondering na, géén afspraken gemaakt op basis van een omzetplafond. Wachtlijsten vanwege het bereiken van omzetplafonds is hier daardoor niet aan de orde.
Bereikbaarheid	Een belangrijk principe is voor ons de keuzevrijheid voor verzekerden. Daarom hebben wij voor zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ een brede contractering en willen wij hiermee een landelijke dekking realiseren.

GGZ (Generalistische Basis GGZ – vrijgevestigde GGZ-zorgaanbieders)

Kwaliteit	<p>a.s.r. Ziektekosten heeft in 2015 GBGGZ ingekocht voor verzekerden vanaf 18 jaar bij BIG-geregistreerd gezondheidszorg psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Voorwaarden die aan kwaliteit zijn gesteld zijn de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder voldoet aan de kwaliteitsvereisten zoals deze zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en/of de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en/of het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en/of de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Doordat wij verwijzen naar deze kwaliteitsvereisten waren sommige van onze vereisten dubbelop. De vereisten die zowel in onze overeenkomst 2014 stonden als in de kwaliteitsvereisten van de beroepsverenigingen zijn daarom niet nog een keer benoemd. - De praktijk van de zorgaanbieder voldoet aan de inrichtingseisen zoals die door de beroepsverenigingen LVE, NIP, NVvP en/of NVVP
-----------	--

zijn opgesteld.

- De zorgaanbieder zorgt voor een goede en tijdige terugkoppeling aan de huisarts van de cliënt over de behandeling vanuit de GBGGZ.
- De zorgaanbieder maakt bij minimaal 25% van de cliënten in het behandelproces (start behandeling - eind behandeling) gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) op basis van wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten (zoals door de beroepsgroep geaccepteerde vragenlijsten), waarmee de effectiviteit van de behandeling wordt getoetst.
- Uitkomsten van ROM worden met cliënten besproken waardoor de vragenlijsten integraal deel uitmaken van de behandeling.
- De zorgaanbieder levert zijn ROM-gegevens aan bij DIS/Stichting Benchmark GGZ (SBG). Indien dit niet mogelijk is toont de zorgaanbieder op verzoek van zorgverzekeraars aan dat bij minimaal 25% van de cliënten ROM-meting heeft plaatsgevonden.
- De zorgaanbieder kan een (basis) psycholoog (een deel van) zijn/haar opleiding tot BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog, in de GBGGZ praktijk laten volgen. De cliënten worden vooraf duidelijk geïnformeerd over het feit dat de zorgverlener in opleiding is en onder supervisie van een geregistreerde beroepsbeoefenaar werkt. Hiervoor komt de zorgaanbieder in aanmerking voor een opslag op het tarief.
- De indirecte tijd per prestatie bedraagt maximaal 25% van de totale behandeltime per verzekerde.

Tevens zijn er afspraken gemaakt over de inzet van medebehandelaars.

Bij de behandeling mag de hoofdbehandelaar beperkt medebehandelaars inzetten. Daarbij moet het gaan om functies zoals die zijn opgenomen in de CONO beroepentabel voor de GGZ. De behandeltime door alle medebehandelaars samen bedraagt maximaal 20% van de totale behandeltime per verzekerde. Een beroepsbeoefenaar in opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar.

Er zijn afspraken gemaakt over de omvang van de praktijk

De maximale omvang van een na 1 januari 2014 gestarte praktijk is acht fte hoofdbehandelaars.

Het aantal locaties van een na 1 januari 2014 gestarte praktijk bedraagt maximaal drie. Per behandellocatie is voor tenminste 80% van de openingsuren een hoofdbehandelaar aanwezig.

Per fte hoofdbehandelaar bedraagt het maximaal aantal werkzame uren op jaarbasis 2080 (52 weken x 40 uren). Het maximaal aantal declarabele uren binnen de registratie van de praktijk bedraagt per fte hoofdbehandelaar 120% x 2080 uren = 2496 uren.

Tijdigheid	Zoals vastgesteld binnen de beroepsverenigingen. Met vrijgevestigden worden, op enkele uitzondering na, géén afspraken gemaakt op basis van een omzetplafond. Wachtlijsten vanwege het bereiken van omzetplafonds is hier daardoor niet aan de orde.
Bereikbaarheid	Een belangrijk principe is voor ons de keuzevrijheid voor verzekerden. Daarom hebben wij voor zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ een brede contractering en willen

Medisch Specialistische Zorg

Kwaliteit

De zorgaanbieder is gehouden jegens zorgverzekeraars (I) de kwaliteit van zorg te garanderen en (II) goede, verantwoorde zorg te leveren. Hieronder wordt onder meer verstaan: zorg van goed niveau, die - in ieder geval - effectief, doelmatig, veilig, toegankelijk, tijdig en patiëntgericht wordt verleend.

De zorg is proportioneel en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk; onder- en overgebruik van zorg wordt vermeden. Alleen gepast gebruik van zorg wordt vergoed, wat onder meer inhoudt dat indicatiestelling voor behandelingen plaatsvindt op basis van geldende professionele richtlijnen en normen en op basis van standpunten van het Zorginstituut Nederland.

De zorgaanbieder zal bij het verlenen van zorg handelen conform het 'Convenant gepast gebruik van zorg'. Ook wordt aangesloten bij de ZN-kwaliteitsindicatoren.

De ten behoeve van de zorgaanbieder werkzame medisch specialisten schrijven geneesmiddelen op stofnaam voor, tenzij het medisch noodzakelijk is hiervan af te wijken. Het voorschrift van de medisch specialist vermeldt dat sprake is van medische noodzaak en om welke redenen. Hierbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

Bij de keuze voor een geneesmiddel (intramuraal, extramuraal, "dure en weesgeneesmiddelen", TNF-alfaremmers, oncolytica en fertiliteitsgeneesmiddelen), kiest hij de meest doelmatige behandeling. Daaronder wordt verstaan het geneesmiddel/geneesmiddelcombinatie dat/die leidt tot een optimale behandeling met de laagst mogelijke kosten. Daarbij wordt ook de behandelduur in ogenschouw genomen.

Om wisseling van geneesmiddelen bij opname of ontslag (transmurale knip) zoveel mogelijk te vermijden, wordt intramuraal, transmuraal en extramuraal voorschrijfbeleid van medisch specialisten/arts-assistenten zoveel mogelijk afgestemd op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid.

De raad van bestuur van de zorgaanbieder zal Multizorg VRZ (en via deze weg ook a.s.r.) proactief en tijdig informeren wanneer de kwaliteit van zorg voor de verzekerden van zorgverzekeraars in het geding is en/of kan komen. De raad van bestuur van de zorgaanbieder zal Multizorg VRZ ook op de hoogte houden van de te ondernemen en reeds in gang gezette verbetermaatregelen en de voortgang hiervan.

Om het risicobewustzijn van zorgverleners te verankeren in de dagelijkse praktijk beschikt de zorgaanbieder over een geïmplementeerd Veiligheid Management Systeem, ziet de zorgaanbieder toe op visitatie van de medisch specialisten door de desbetreffende beroepsvereniging en heeft de zorgaanbieder de basisprincipes van de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling KNMG geborgd. De zorgaanbieder spant zich in om een geaccrediteerd/gecertificeerd integraal kwaliteitssysteem te verkrijgen, bijvoorbeeld NIAZ (het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) of gelijkwaardig. De zorgaanbieder

implementeert de richtlijnen voor het pre-, per- en postoperatief proces. In het kader van medicatieveiligheid en antibioticaresistentie handelt de zorgaanbieder conform de vigerende aanbevelingen van de landelijke richtlijn Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) voor ziekenhuizen, zoals opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en handelt conform het convenant “Veilige toepassing van medische technologie.

Daarnaast:

De zorgaanbieder levert aan Multizorg VRZ overeenkomstig de daarvoor geldende DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) procedure en via het DICA secretariaat de DICA registraties aan.

De zorgaanbieder registreert alle ICD's (Implantable Cardioverter Defibrillator) en pacemakers, via de Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR); alle orthopedische heup- en knie-implantaten, via de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI); en, zodra een landelijk registratiepunt beschikbaar is, alle implantaten voor plastische chirurgie.

De zorgaanbieder neemt deel aan de registraties PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance), HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio) en aan complicatieregistraties en levert deze aan.

Tijdigheid	Alle patiënten worden geholpen binnen de maximaal aanvaardbare toegang- en wachttijden, de zogenaamde Treeknormen. Onderaan dit document is een overzicht met de Treeknormen te vinden.
Bereikbaarheid	De zorg wordt zoveel mogelijk dichtbij en in de eigen regio aangeboden.

Kraamzorg

Kwaliteit	<p>Als randvoorwaarde voor een overeenkomst in het kader van kraamzorg vindt a.s.r. Ziektekosten het belangrijk dat het kraamzorgbureau werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol (LIP) en de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg (BKE). De kraamzorgaanbieder neemt deel aan het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) of laat zich hierin vertegenwoordigen door een collega kraamzorgaanbieder. a.s.r. Ziektekosten vindt het van belang dat de zorgaanvraag door maximaal twee kraamverzorgenden wordt uitgevoerd.</p> <p>Een kraamzorgbureau kan een plusovereenkomst ontvangen wanneer deze een Calibris erkenning heeft en verder een WHO/UNICEF certificaat Zorg voor Borstvoeding heeft of een score van 80% op de ZiZo indicator borstvoeding. Het bezit van het keurmerk van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) dan wel de certificering ISO EN 15224 is een verplicht onderdeel binnen de zorgovereenkomst. Minimaal 99% van de kraamverzorgenden die door de zorgaanbieder worden ingezet, staan geregistreerd in het register van het Kenniscentrum Kraamzorg.</p> <p>Sinds 2014 heeft de NZa het mogelijk gemaakt dat er een max-max tarief mogelijk is van maximaal 10% boven NZa tarief. Bij a.s.r.</p>
-----------	---

	<p>Ziektekosten hebben we ervoor gekozen dit in te zetten voor de problematiek in de achterstandswijken. Wij stellen hier drie voorwaarden aan namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder past specifiek doelgroep beleid toe en kan dit overleggen. - Op verzoek van Multizorg wordt inzage gegeven in (de resultaten van) dit specifieke beleid. - De kraamzorg wordt geleverd op het huisadres van de verzekerde waarbij de postcode is opgenomen in de postcode indeling van de tariefsbeschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit. Als de zorgaanbieder aan deze eisen voldoet, dan hanteren we een opslag van 2,5% of 5% op het 'NZa' max tarief.
Tijdigheid	De zorgaanbieder dient de zorgaanvraag binnen vijf werkdagen schriftelijk aan de verzekerde te bevestigen. De zorgaanbieder dient de levering te garanderen van het aantal geïndiceerde uren kraamzorg binnen het werkgebied, wanneer de aanvraag hiervoor uiterlijk vier maanden voor de vermoedelijke bevaldatum is ontvangen. In alle andere gevallen dient er een zorggarantie te zijn van het minimale aantal uren kraamzorg. Na een telefonische oproep van de verloskundige voor partusassistentie, dient de kraamverzorgende binnen 60 minuten op het opgegeven adres te zijn.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Fysiotherapie

Kwaliteit	<p>Voor het contracteren van fysiotherapeuten gaan wij uit van de volgende kwaliteitseisen: fysiotherapeuten beschikken over een registratie in het kader van de wet BIG. Daarnaast gaan wij uit van registratie in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF) of het register van het Keurmerk Fysiotherapie. Of de fysiotherapeut kan aantonen dat hij/zij voldoet aan de eisen die gesteld worden door een van de genoemde registers.</p> <p>Verbijzonderde fysiotherapeutische zorg wordt verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor verbijzonderde fysiotherapeutische zorg in het deelregister van het CKR van de KNGF dan wel een ander door de KNGF en ZN aangewezen register, geregistreerde fysiotherapeut.</p>
Tijdigheid	Zoals afgesproken binnen KNGF. Afspraak is dat het eerste behandelcontact binnen vijf werkdagen na aanmelding plaats vindt.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Oefentherapie

Kwaliteit	<p>Oefentherapeuten moeten voldoen aan de wettelijke bevoegdheidseisen uit het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut bij de wet BIG. Zij moeten zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Of de oefentherapeut kan aantonen dat hij/zij voldoet aan de eisen die gesteld worden in het genoemde Kwaliteitsregister. Ook vinden wij dat oefentherapeuten aan moeten sluiten bij de praktijkseisen, zoals de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en</p>
-----------	--

	Mensendieck die hanteert.
Tijdigheid	Zoals afgesproken binnen de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM) en het Kwaliteitsregister Paramedici. Afspraak is dat het eerste behandelcontact binnen vijf werkdagen na aanmelding plaats vindt.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Logopedie

Kwaliteit	Logopedisten moeten voldoen aan de wettelijke bevoegdheidseisen uit het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut bij de wet BIG. Om voor een overeenkomst in aanmerking te komen, dienen zij ingeschreven te zijn in het Kwaliteitsregister Paramedici. Of de logopedist kan aantonen dat hij/zij voldoet aan de eisen die gesteld worden in het genoemde Kwaliteitsregister. Voor verbijzonderde logopedie geldt dat deze uitsluitend kan worden verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde en voor verbijzonderde logopedische zorg geregistreerde logopedist, die opgenomen is in een door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en ZN aangewezen register. Voor de inhoud van de overeenkomst sluiten wij aan bij de kwaliteitseisen van de NVLF.
Tijdigheid	Zoals afgesproken binnen de NVLF. Afspraak is dat het eerste behandelcontact binnen vijf werkdagen na aanmelding plaats vindt.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Ergotherapie

Kwaliteit	Ergotherapeuten moeten voldoen aan de wettelijke bevoegdheidseisen uit het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut bij de wet BIG. Om voor een overeenkomst in aanmerking te komen, dienen zij ingeschreven te zijn in het Kwaliteitsregister Paramedici. Of de ergotherapeut kan aantonen dat hij/zij voldoet aan de eisen die gesteld worden in het genoemde Kwaliteitsregister. De ergotherapeut staat ervoor in dat de praktijk voldoet aan de inrichtingseisen, zoals die door Ergotherapie Nederland zijn vastgesteld.
Tijdigheid	Zoals afgesproken binnen de kwaliteitsnormen van Ergotherapie Nederland. Binnen vijf werkdagen dient het eerste behandelcontact na aanmelding plaats te vinden.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Dieetadvisering

Kwaliteit	Diëtisten moeten voldoen aan de wettelijke bevoegdheidseisen uit het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut bij de wet BIG. Tevens dienen zij ingeschreven te zijn in het Kwaliteitsregister Paramedici. Of de diëtist kan aantonen dat hij/zij voldoet aan de eisen die gesteld worden in het genoemde Kwaliteitsregister. a.s.r. Ziektekosten volgt de praktijkseisen, zoals de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) die hanteert.
Tijdigheid	Afspraak is dat het eerste behandelcontact binnen vijf werkdagen na

	aanmelding plaats vindt.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking.

Hulpmiddelen

Kwaliteit	<p>a.s.r. Ziektekosten koopt hulpmiddelenzorg in en heeft waar mogelijk alleen gecertificeerde leveranciers gecontracteerd. Dat zijn SEMH-erkenning (Stichting Erkenningsregeling Leveranciers Medische Hulpmiddelen), ISO-certificering (Internationale Organisatie voor Standaardisatie), StAr-registratie (Stichting Audicienregister) en/of StAr-keurmerk, lidmaatschap NUVO (Nederlandse Unie van Optiekbedrijven).</p> <p>Voor leveranciers van haarwerken geldt dat naast de erkenningsregeling SEMH ook de erkenningsregeling ANKO sectie haarwerken (Algemene Nederlandse Kappers Organisatie) wordt geaccepteerd.</p> <p>Voor leveranciers van hoortoestellen geldt naast de StAr dat er alleen nieuwe hoortoestellen mogen worden geleverd, die voldoen aan minimaal de CE-markering (Conformité Européenne).</p> <p>De zorgaanbieder verstrekt aan de verzekerde de informatie over de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties ingevolge de zorgverzekering en over toestemmings- en machtigingsprocedures, die de verzekerde redelijkerwijs nodig heeft, en wint met het oog op een juiste voorlichting van verzekerden zo nodig inlichtingen in bij a.s.r..</p>
Tijdigheid	<p>Voor elastische kousen, pro- en orthesen, gehoorhulpmiddelen, low vision hulpmiddelen, TENS, insulinepompen, communicatie hulpmiddelen, omgevingsbediening, BAHA op softband, armondersteuning en orthopedische schoenen: als de zorgverzekeraar een machtiging heeft afgegeven, stelt de leverancier de verzekerde binnen vijf werkdagen na het ontvangen van de machtiging in kennis van de verwachte leverdatum.</p> <p>Overige op maat vervaardigde hulpmiddelen: De leverancier houdt de verzekerde op de hoogte van de leveringstermijn.</p> <p>Voedingspompen, tracheostoma, stemprothesen en zuurstof: De hulpmiddelen worden binnen 24 uur na binnenkomst aanvraag geleverd. Bij spoed- of noodgevallen is de leverancier 24 uur per dag en zeven dagen per week binnen vier uur ter plaatse.</p> <p>Persoonsalarmering: Na ontvangst van het intakeformulier wordt de apparatuur binnen 10 werkdagen geleverd. De alarmcentrale waarmee de leverancier werkafspraken heeft, is 24 uur per dag en zeven dagen per week bereikbaar. Alarmmeldingen worden binnen 30 seconden na binnenkomst bij de alarmcentrale in behandeling genomen. De gehanteerde norm voor de beschikbaarheid van de software Pro Alert is 99,5%. Bij storing van het apparaat bij de verzekerde thuis wordt het probleem binnen 24 uur verholpen of krijgt verzekerde kosteloos een vervangend apparaat geïnstalleerd.</p> <p>Mammaprothesen: voor hulpmiddelen die op maat worden vervaardigd, houdt de leverancier de verzekerde op de hoogte van</p>

de leveringstermijn.

Haarwerken: confectie haarwerken worden uiterlijk, wanneer nodig voor de verzekerde, binnen twee werkdagen geleverd. Voor maatwerk haarwerken geldt een maximale levertijd van 12 weken.

Diabetes hulpmiddelen, incontinentiemateriaal, stomamateriaal en verbandmiddelen geleverd door een leverancier (zoals een medisch speciaalzaak of een postorderaar): Via internet kunnen verzekerden hun bestelling 24 uur per dag en zeven dagen per week plaatsen. Ook stelt de zorgaanbieder de verzekerden in staat de hulpmiddelen te bestellen middels portvrije bestelformulieren of een gratis telefoonnummer. De hulpmiddelen worden binnen 24 uur na binnenkomst aanvraag geleverd.

Hulpmiddelen geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts: op werkdagen is de zorgaanbieder bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur en beschikbaar voor leveringen en het instrueren van verzekerden. De zorgaanbieder zal buiten deze genoemde tijden zorgen voor een toegankelijke dienstverlening als het gaat om spoedeisende hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelen worden uiterlijk de volgende werkdag na aanvraag geleverd.

Bereikbaarheid	Landelijke dekking.
----------------	---------------------

Vervoer

Kwaliteit	a.s.r. Ziektekosten heeft geen afzonderlijke contracten afgesloten met taxicentrales in het kader van zittend ziekenvervoer. a.s.r. Ziektekosten heeft hiervoor een contract afgesloten met een vervoersregisseur. Met hen heeft a.s.r. Ziektekosten afspraken gemaakt in het kader van kwaliteit. Daarnaast heeft de vervoersregisseur kwaliteitsafspraken gemaakt met de verschillende taxicentrales, waaronder dat de vervoerder beschikt over een TX-Keurmerk (het landelijke kwaliteitskeurmerk voor taxivervoer). Binnen de polisvoorwaarden worden geen aanvullende eisen gesteld aan taxivervoerders of ambulances.
Tijdigheid	De vervoersregisseur dient 80% van de binnenkomende gesprekken binnen 20 seconden te beantwoorden. Voor de taxicentrale geldt dat de vervoersdiensten zeven dagen per week, 24 uur per dag worden uitgevoerd.
Bereikbaarheid	De vervoersregisseur heeft een landelijk dekkend netwerk van taxicentrales.

Ketenzorg

Kwaliteit	Als landelijk opererende zorgverzekeraar zonder eigen regio, haken wij aan bij de contractering van de preferente zorgverzekeraar. Wij volgen dan ook de kwaliteitseisen die door de preferente zorgverzekeraar zijn vastgelegd in het contract alsmede de richtlijnen en criteria die opgesteld zijn door de NHG.
Tijdigheid	Ook hier haken wij aan op de regionale afspraken tussen zorggroep en preferente zorgverzekeraar.
Bereikbaarheid	Landelijke dekking

Wijkverpleging

Kwaliteit	<p>In de contractering van wijkverpleging zijn de volgende kwaliteitscriteria opgenomen;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De zorgaanbieder staat op de datum van de ondertekening van de zorgovereenkomst voor wat betreft het onderdeel wijkverpleging niet onder verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg. 2. Indien de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst onder verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg komt te staan zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost. 3. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH of een vergelijkbaar systeem met als doel gegevens te ordenen en te standaardiseren of heeft een implementatieplan waardoor het werken met een dergelijk systeem op 31 december 2016 kan worden gegarandeerd. 4. De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over de toegang tot de zorg, de vergoeding van de zorg en het werkgebied van de aanbieder. 5. De zorgaanbieder heeft in de periode 2012-2015 een CQi onderzoek of ander klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de Cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek actief ter hand genomen. <p>De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2016 de totaalscores van de meest recente CQi of andere klanttevredenheidsonderzoeken op haar website gepubliceerd.</p>
Tijdigheid	<ol style="list-style-type: none"> 1. De zorgverlening vindt plaats met een maximale wachttijd voor de verzekerde van 3 werkdagen tussen aanvraag en start zorgverlening. Daar waar noodzakelijk start de zorg binnen 24 uur, dit ter beoordeling van de zorgaanbieder. 2. Binnen een week na de start van de zorg is er een zorgplan opgesteld waar tussen zorgaanbieder en verzekerde en/of diens omgeving overeenstemming over is en dat door beide partijen ondertekend is. De zorgaanbieder past in overleg met de verzekerde het zorgplan aan indien daar aanleiding toe is.
Bereikbaarheid	<ol style="list-style-type: none"> 1. Landelijke dekking 2. De zorgaanbieder is bereid zorg te verlenen aan alle verzekerden die zich tot haar wenden, ongeacht de aard en omvang van de zorgvraag indien en voor zover zij voor de desbetreffende prestatie is gecontracteerd, en voor zover er door een wijkverpleegkundige (niveau 5) een zorgbehoefte heeft plaatsgevonden en voor zover de cliënt woonachtig is in het werkgebied van de zorgaanbieder.

Zintuiglijk Gehandicapten

Kwaliteit	<p>In de contracten met instellingen ten behoeve van de zorg aan Zintuiglijk Gehandicapten is het volgende opgenomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverlening binnen zijn organisatie tenminste voldoet aan de standaard die binnen de kring der beroepsgenoten algemeen aanvaard is. De zorgaanbieder beschikt over aantoonbaar bekwaam en/of gekwalificeerd personeel voor de zorgverlening, waaronder begrepen de indicatiestelling. De zorgaanbieder waarborgt dat de beroepsbeoefenaren bij de zorgverlening de eisen in acht nemen die voortvloeien uit de voor de beroepsgroep geldende wet- en regelgeving. 2. De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit van de bereikte kwaliteit gebruikmakend van de aandachtsgebieden en indicatoren uit het voor de sector geldende landelijk kwaliteitskader. De zorgaanbieder meet tweejaarlijks gebruikmakend van de aandachtsgebieden en indicatoren uit het voor de sector geldende landelijk kwaliteitskader, de cliënttevredenheid. 3. De zelfevaluatie alsmede de cliënttevredenheid worden openbaar gemaakt. Tevens worden de gegevens goed vindbaar voor de verzekerde op de website van de zorgaanbieder geplaatst. 4. De zorgaanbieder is verplicht de representerende zorgverzekeraar onverwijld in kennis te stellen en een afschrift te verstrekken van ieder (niet openbaar) rapport, dat de zorgaanbieder betreft, uitgebracht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Openbare rapporten worden door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar ter beschikking gesteld en goed vindbaar voor de Verzekerde op de website van de Zorgaanbieder geplaatst.
Tijdigheid	De zorgaanbieder zal binnen de Treeknormen tijdige zorgverlening de zorgverlening starten. Onderaan dit document is een overzicht met de Treeknormen te vinden.
Bereikbaarheid	1. Landelijke dekking

Treeknormen Gehandicaptenzorg

Treeknorm zorg realisatiefase	Treeknorm
Crisisplaatsing/ interventie acuut	24 uur
Crisisplaatsing/ interventie subacuut	7 dagen
Ambulante zorgvormen	6 weken, 80% in 4 weken
Dagbesteding	6 weken, 80% in 4 weken
Begeleiding bij wonen	13 weken, 80% in 8 weken

Treknormen V&V

	Treknorm
Acute situaties	direct
Thuiszorg	6 weken, 80% in 4 weken
Verpleeghuis zorg	6 weken, 80% in 4 weken
Verzorgings huis	13 weken, 80% in 8 weken

Treknormen GGZ

Wachtfase / zorgsoort	Treknorm
Wachtfase A: aanmelding	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachtfase B: intake	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachtfase C: behandeling – extramuraal	6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachtfase C: behandeling – semimuraal	6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachtfase C: behandeling – intramuraal	7 weken, 80% binnen 5 weken
Wachtfase C: behandeling – beschermd wonen	13 weken, 80% binnen 8 weken

Treknormen Curatieve Zorg

	Treknorm
Toegangstijd huisarts	3 werkdagen, 80% binnen 2 werkdagen
Toegangstijd apotheek	1 werkdag
Toegangstijd paramedische zorg	1 week
Toegangstijd ziekenhuizen/ specialist en RIAGG	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd poliklinische	6 weken, 80% binnen 4 weken

behandeling	
Wachttijd klinische behandeling	7 weken, 80% binnen 5 weken
Daarnaast zijn separate normen voor hartchirurgie (12 weken) en voor radiotherapie, nl.:	
Acuut (b.v. dreigende dwarslaesie)	100% < 1 dag
Sub-acuut (b.v. botmetastasen met ernstige pijnlachten)	80% < 7 dagen
Overige indicaties (planbare behandeling)	80% < 21 dagen