



NZa-rapport Zorgplicht – Naleving zorgplicht door en bij zorginkoop

Aankondiging onderzoek machtigingsprocedures en invulling recht op vergoeding zorg

Drs. Niels J.C. Eikmans, bureausecretaris Branchevereniging Tandtechniek

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: dit is de verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan en 'wettelijk aanspraak' (1) op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de vraag hoe verzekeraars zorginkoop als middel inzetten om aan de zorgplicht te voldoen en hun verzekerden van voldoende zorg te voorzien. Hoe waarborgen ze dat deze zorg zowel kwalitatief als op de punten tijdigheid en bereikbaarheid goed is? De NZa trekt uit dit onderzoek conclusies met betrekking tot de door verzekeraars te ondernemen acties. Wat zijn de meest opvallende punten?

Rol verzekeraars

- verzekeraars dienen volgens de NZa de structurele borging van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg te verbeteren;
- met betrekking tot de zorginkoop signaleert de NZa dat enkele zorgverzekeraars zelf zorgaanbieders in dienst hebben om deze zorg te leveren. De NZa meldt desgevraagd dat het hierbij niet gaat om mondzorg;
- de NZa stelt regelmatig klachten van zorgaanbieders te ontvangen over de inkoopmacht van zorgverzekeraars;
- NZa meldt dat CG-raad en de Federatie van Technologie Branches aandacht hebben gevraagd voor de situatie dat verzekeraars steeds meer korting toepassen op de vergoedingen van hulpmiddelenleveranciers waardoor de geleverde kwaliteit achteruit zou gaan. De richtlijnen/normaantallen worden toch als leidend ervaren, terwijl de verzekerde volgens de Regeling Zorgverzekering (hieronder valt de gebitsprothese overigens niet) te allen tijde moeten kunnen beschikken over een adequaat functionerend hulpmiddel;
- alle verzekeraars hebben aangegeven dat er groepen zorgaanbieders zijn waarmee zij het als lastig ervaren om overeenkomsten te sluiten. Het gaat hierbij ondermeer om tandartsen.

Contractvrij

De verzekeraars geven aan dat zij het als lastig ervaren om overeenkomsten te sluiten met bepaalde groepen zorgverleners. Huisartsen, apothekers, tandartsen en ziekenhuizen worden hierbij het meest genoemd. Bij tandartsen wordt vooral getracht administratieve overeenkomsten te sluiten. De NZa schrijft in haar rapport dat verzekeraars in die gevallen 'geen vergoedingsbeperking toepassen richting verzekerden'. Uit de signalen die de Branchevereniging Tandtechniek via het Meldpunt Zorgsignalen ontvangt weten we dat de praktijk helaas een heel andere is.

Er zijn zorgverleners die om principiële redenen van professionele autonomie geen enkel contract of overeenkomst met een verzekeraar willen aangaan. Zie hiervoor bijvoorbeeld de site www.contractvrijepsycholoog.nl. (2)

Klachten over zorgaanbieders en de rol van de NZa

'Wanneer er sprake is van aanmerkelijke marktmacht (AMM) van een zorgverzekeraar grijpt de NZa in', schrijft de NZa. Deze actieve houding blijkt echter niet uit de eigen cijfers van de NZa in de NZa-Jaarrapportage 2009 3): tegenover 173 signalen op het toezichtgebied 'aanmerkelijke marktmacht' leidde dit slechts een maal tot een interventie van de NZa (zie bijlage I).

Over het gebrek aan cijfers op dit gebied in de jaren voor 2009 stelt een woordvoerder van de NZa dat dit komt door een andere manier van coderen. Het onderwerp zou wel degelijk de aandacht van de NZa hebben.



Rol consumentenorganisatie

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

NZa heeft liever niet dat de consument zelf kiest

De NZa geeft er blijk van kennis te hebben genomen van de mening van de zorgvrager die in overgrote meerderheid (86%) (3) geen prijs stelt op zorgsturing door de verzekeraar en het liefst naar zijn 'eigen' vertrouwde zorgverlener in zijn nabijheid gaat. De NZa verlaat hier echter het adagium van de vraaggestuurde zorg en ziet daarom een belangrijke rol voor consumenten- en patiëntenorganisaties weggelegd om de consument te overtuigen dat hij erbij gebaat is dat de verzekeraar voor hem kiest (selecteert) in plaats van dat hij dat zelf doet. Oftewel: de NZa kan betere keuzes maken dan de consument.

Rol NZa en kwaliteit zorg

- de NZa dreigt de verzekeraars en zorgaanbieders desnoods te dwingen informatie aan te leveren om 'kwaliteitsindicatoren' te vullen en waar nodig regelgevende en handhavende bevoegdheden in te zetten;
- de Treeknormen (4) gelden als maatstaf voor maximale aanvaardbare toegangstijden en wachttijden voor de zorg;
- inhoud en omvang van de vormen van zorg wordt naast de het Besluit zorgverzekering mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde of adequate zorg en diensten.

Rol SGKZ en restitutie

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

De NZa meldt desgevraagd dat de zorgverzekeraar in principe bepaalt wat de 'Nederlandse marktomstandigheden' zijn. Verzekerden kunnen dit echter aanvechten via de bestaande klachten- en geschillenprocedures waarbij uiteindelijk de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) een bindend advies kan geven (5).

Maximum aan vergoedingsbeperking

Op de vraag aan de NZa of er een maximum is gesteld aan de vergoedingsbeperking die de verzekeraar in geval van niet-gecontracteerde zorg kan stellen meldt de NZa dat 'de enige (wettelijke) maatstaf die er is, is dat er 'een' vergoeding moet worden gegeven. De beperking mag dus niet 100% zijn. Verder is het de zorgverzekeraar die bepaalt welke vergoedingsbeperking hij oplegt, waarbij het uitgangspunt is dat zijn verzekerden bij hem zullen weglopen indien de beperking te ongunstig is.

Kortom: de verzekeraar is verplicht ook een vergoeding te geven voor niet-gecontracteerde zorg. Het weglopen van de klant als hij ontevreden is over de diensten van de verzekeraar is zelfs een uitgangspunt van het beleid. De zorgaanbieder heeft dus alle recht om zijn patiënten te wijzen op de mogelijkheid om naar een andere verzekeraar om te zien.

Aankondiging nader onderzoek NZa

In het rapport kondigt de NZa nadere specifieke deelonderzoeken aan naar machtigingsprocedures en de invulling van het recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

BRANCHEVERENIGING



TANDTECHNIEK

Lessen voor de tandtechnische ondernemer

1. Hoe hard de NZa ook roept dat het – vanuit hun visie op de (beheersing van de kosten) gezondheidszorg - beter voor de consument zou zijn als die zich zou passen in de situatie dat de verzekeraar voor hem of haar kiest met welke zorgaanbieder zij in zee kunnen gaan, zullen de meeste mensen dergelijke keuze die hen eigen gezondheid aangaat liever zelf willen maken. Dit blijkt ook elke keer uit vrijwel elk onderzoek.
2. Kortom het loont nog steeds – of zelfs juist nu - om te investeren in het als tandtechnicus zichtbaar worden voor het publiek.
3. Vandaar dat de Branchevereniging Tandtechniek onverminderd inzet op het de leden makkelijker te maken naar buiten te treden. Ondermeer via op maat gemaakt full colour promotiemateriaal in kleine oplage en de gratis MijnMond.info- webpagina.
4. Ook een verdere uitbreiding van het fenomeen klinisch tandtechnicus – die natuurlijk bij uitstek een podium biedt om de vele mogelijkheden van de Nederlandse tandtechniek onder de aandacht te brengen – blijft in onze visie onverminderd belangrijk.
5. De NZa bevestigt dat er een wettelijke maatstaf is die bepaalt dat de verzekeraar bij niet-gecontractueerde zorg 'een' vergoeding moet geven.
6. Verzekerden die het niet eens zijn met de beslissing van de verzekeraar kunnen dit aanvechten en een bindend advies vragen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen en/of een andere verzekeraar zoeken, aldus de NZa.
7. De NZa onderstreept hiermee de autoriteit van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen die ondermeer een bindend advies heeft gegeven in een mondzorgcasus waarbij de verzekeraar werd veroordeeld tot het betalen van een vergoeding in verband met niet-gecontractueerde zorg, waarin de rekening voor de patiënt werd gesplitst in een verzekerd deel en een niet verzekerd deel.
8. Tot slot: ook de NZa hanteert – evenals de verzekeraars en de politiek – het PIEP-systeem. Wanneer er niet geklaagd wordt is er in ieder geval geen enkele reden tot nadere actie. Kortom: blijf de door u gesignaleerde misstanden, afwijzingen etc. doorgeven aan het door de Branchevereniging Tandtechniek ingestelde Meldpunt Zorgsignalen (via info@bvtandtechniek.nl of bel 030-6915754).

Bronnen en verwijzingen

1) Dit NZa-onderzoek is gericht op de invulling van de zorgplicht uit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

2) Contracten met verzekeraar nog steeds heet hangijzer, Zorgverzekeraar wil inhoudelijk contracteren; tandarts hecht aan professionele autonomie, 26 maart 2010, Nederlands Tandartsenblad, pp 14-17

3) zie ondermeer ook:

- [NPCF-rapport meldactie zorgverzekeraar, september 2009](#);

- [Wat wil de zorgconsument van de verzekeraar?, Lessen uit NPCF-rapport 'Meldactie Zorgverzekeraars September 2009', N.J.C. Eikmans, september 2009](#)

-, ['Toegang en keuzevrijheid ten aanzien van zorgverleners, een eerste peiling', NPCF-rapport in samenwerking met Unie KBO, PCOB, ANBO](#);

- [Onderzoek gevolgen zorgsturing verzekeraars. 'Selectieve zorginkoop niet samen met inperking keuzevrijheid', N.J.C. Eikmans, mei 2008](#);

4) Treeknormen: In 2000 zijn in het Treekoverleg, door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk, normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenaamde 'Treeknormen'). Deze zijn vastgelegd in de notitie van het Treekoverleg, 'Streefnormstelling wachttijden curatieve sector' (TR-039), 19 januari 2000. De partijen die hebben deelgenomen aan de vaststelling aan dit Treekoverleg zijn de KNMG, de Orde van medisch specialisten (OMS), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de LVT, VGN, Arcades, de KNMP, GGZn, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de NMT, het Paramedisch Verband en Zorgverzekeraars Nederland.

BRANCHEVERENIGING



TANDTECHNIEK

5) [Verzekeraar moet toch deel rekening niet gecontractueerde zorg vergoeden, Bindend advies Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Tandtechnisch Magazine nummer 92, 2009, jaargang 17.](#)

Verder lezen?

[Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, Waarom de NZa niets zal doen tegen inkoopmacht verzekeraars.](#)

[Stappenplan Hoe Om Te Gaan Met Afwijzingen, Wat kunt u en uw tandarts doen met een afwijzing van de verzekeraar?.](#)



Bijlage 1.

Totaal aantal signalen

Toezichtgebied	2006	2007	2008	2009
Zorgaanbieders Cure	8	49	56	78
Ziektekostenverzekeraars	130	82	52	70
Zorgaanbieders Care	-	25	23	41
Zorgkantoren	-	17	27	31
Uitvoeringsorganen (CAK)	-	-	20	15
Overig	-	-	6	10
Formulierenloket Cure	1	2	2	1
Formulierenloket Care	-	-	1	0
AMM ⁸	-	-	-	173 ⁹
Totaal	139	175	187	419

Bron: Database signalen

Totaal aantal interventies

Toezichtgebied	2006	2007	2008	2009
Zorgaanbieders Cure	4	15	14	26
Ziektekostenverzekeraars	45	37	30	12
Zorgaanbieders Care	-	0	1	7
Zorgkantoren	-	0	2	3
Uitvoeringsorganen (CAK)	-	-	1	5
Overig	-	-	0	1
Formulierenloket Cure	0	0	0	0
Formulierenloket Care	-	-	0	0
AMM	-	-	-	1
Totaal	49	52	48	55

Bron: Database signalen