

In deze bijlage is de reactie opgenomen van de verzekeraars die in casussen in het rapport "Markt zorgt niet" met naam zijn genoemd.

Achmea

Algemene reactie Achmea

Helaas kunnen wij niet volledig reageren op de individuele cases in het rapport, omdat de reacties geanonimiseerd zijn. Wij zouden precieze gegevens nodig hebben om een passend antwoord te kunnen geven. Ter inleiding het volgende.

De veranderingen in de zorg zijn voor iedereen nieuw. Alle partijen moeten eraan wennen. De klant leert kritisch te worden in zijn keuze van zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor goede kwaliteit van zorg en het daarbij in de hand houden van de kosten. Wij leren van de reacties van klanten en zorgaanbieders en passen daarop onze processen en activiteiten aan. Hierbij denk ik o.a. aan duidelijke voorlichting aan en goede begeleiding van klanten in de zorg en onze initiatieven om de relatie met zorgaanbieders te verbeteren (o.a. via ontmoetingen met (groepen) zorgaanbieders). Ons beleid is erop gericht samen met zorgaanbieders de zorg in Nederland op kwalitatief hoog niveau te houden en tevens betaalbaar en toegankelijk voor alle burgers.

1) Thema: Zorgverzekeraar op stoel van arts/professional

Nadat bleek dat de kniebraces die mijn revalidatiearts had voorgeschreven hun werk goed doen, maar daarbij mijn huid flink beschadigen (ik heb een bindweefselziekte waardoor mijn gewrichtsbanden te ruim zijn en mijn huid erg kwetsbaar is), is er door de revalidatiearts én de instrumentenmaker een zogenoemde neopreenbeschermerhoes (zie het als een soort kous) voor onder de braces aangevraagd, ter bescherming van de huid. Tot tweemaal toe is de aanvraag afgewezen met als reden: het aangevraagde artikel zit niet in ons vergoedingenpakket. Dit ondanks dat de arts uitgebreid aangegeven heeft dat mijn huid erg kwetsbaar is en ik zonder die hoezen de braces niet kan gebruiken. Ik vind dit raar. De braces kosten €800,- per stuk (ik heb er twee voorgeschreven én vergoed gekregen). De hoezen kosten ieder €70,- en zijn een door dezelfde fabrikant gemaakte aanvulling op die braces. En ik vind het ook gek dat als een arts dit voorschrijft, met een uitgebreide uitleg, de zorgverzekeraar, in dit geval ZilverenKruis/Achmea, alsnog beslist dat de voorziening er niet komt. *(Patiënt)*

Reactie Achmea

Op de specifieke casus kunnen we hier niet ingaan, daarvoor is meer informatie nodig. Wel kunnen we meer algemeen het volgende zeggen. Hier lopen twee dingen door elkaar heen; de medische noodzaak van een behandeling en de vergoeding ervan. De indruk ontstaat dat de zorgverzekeraar zich bemoeit met de vraag of een bepaalde behandeling of hulpmiddel medisch noodzakelijk is. Dit is echter geenszins het geval. In een ziekenfonds- en ziektekostenverzekering is sprake van een verzekeringspakket met vergoedingen en voorwaarden. Bij het ziekenfondspakket zijn de voorwaarden en vergoedingen door de overheid vastgesteld, zoals ook gebeurt in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Bij de huidige particuliere ziektekostenverzekering – en bij de aanvullende verzekeringen nu en na 1 januari 2006 – worden de voorwaarden en vergoedingen door de zorgverzekeraar bepaald. Het kan gebeuren dat een arts een bepaalde behandeling of hulpmiddel medisch noodzakelijk vindt, maar dat deze niet wordt vergoed. Eenvoudigweg omdat deze behandeling of dit hulpmiddel niet in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen. De medische noodzaak wordt in dat geval absoluut niet betwist. Als Achmea hebben wij niet de bedoeling, noch de behoefte, om op de stoel van de arts/professional te gaan zitten.

2) Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Ik wilde een patiënt (van een in Friesland kleine verzekeraar (OZB/Achmea)) naar een manueel therapeut sturen. Die had met deze zorgverzekeraar geen wurgcontract willen

afsluiten. Als patiënt er toch naar toe wilde moest ze zelf het verschil bijbetalen. Men had wel een contract met een andere, mijns inziens kwalitatief mindere en duurdere, gewone fysiotherapeut gesloten. Naar aanleiding van mijn klacht bij Achmea is er wel een gesprek geweest tussen ZF en de "goede" manueel therapeut. Die was er overigens positief over. Voor nu voelde ik me beperkt in mijn professionele vrijheid. *(Huisarts)*

Reactie Achmea

Op de specifieke casus kunnen we hier niet ingaan, daarvoor is meer informatie nodig. Wel kunnen we meer algemeen het volgende zeggen: Wij willen zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren. Daarbij letten wij op kwaliteit en prijs. Slechts in enkele gevallen sluiten wij geen contract met een zorgaanbieder. Dit betekent dat wij in zo'n situatie de klant begeleiden naar een andere zorgaanbieder met wie wij wel goede afspraken hebben kunnen maken over kwaliteit, wachttijden en prijs. Omdat wij voldoende contracten hebben overal in het land – wat betreft de DBC behandelingen (het gaat hier om 10% van alle ziekenhuisbehandelingen) hebben wij met 91 van de 96 ziekenhuizen contracten gesloten, wij hebben 95% van alle fysiotherapeuten gecontracteerd – zijn wij van mening de klant daarin goed te kunnen helpen.

3) Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Achmea heeft geen contract met ziekenhuis Den Helder, daardoor moeten mensen voor staaroperaties, orthopedische ingrepen e.d. naar Alkmaar. Taxi wordt niet vergoed en jointcare programma wordt erg lastig. Bij de meeste verzekeraars wordt botweg niet over contracten onderhandeld! *(Huisarts)*

Reactie Achmea

Op de specifieke casus kunnen we hier niet ingaan, daarvoor is meer informatie nodig. Wel kunnen we meer algemeen het volgende zeggen: Wij hebben geen goede afspraken kunnen maken met het Gemini Ziekenhuis in Den Helder als het gaat om de zogenoemde DBC behandelingen. Voor 2006 zijn wij overigens wel weer in gesprek met elkaar. Inmiddels hebben wij de begeleiding van patiënten naar een ander ziekenhuis verbeterd. Ook worden voor bepaalde groepen patiënten de vervoerskosten betaald.

4) Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Mijn moeder krijgt twee maal per week fysiotherapie: de noodzaak hiertoe is onomstreden. Maar haar Fysiotherapeut (en die ook de andere bewoonsters van het huis bedient) heeft geen contract met Achmea afgesloten. Hierdoor moet mijn moeder nu per zitting 18 euro eigen bijdrage betalen. De fysiotherapeut rekent 38 euro, Achmea vergoedt 20 euro: resteert 18 euro voor eigen rekening. Bij pogingen om Achmea over deze kwestie te benaderen stuitte ik op grote chaos. Op hun website stond dat de fysiotherapeut in kwestie wel gecontracteerd was, en dat werd telefonisch ook bevestigd. De fysiotherapeut wist echter van geen contract en ook de afdeling betalingen bleef weigeren het gehele bedrag uit te keren. *(Dochter van patiënt)*

Reactie Achmea

Op de specifieke casus kunnen we hier niet ingaan, daarvoor is meer informatie nodig. Wel kunnen we meer algemeen het volgende zeggen: In 2005 betalen wij de fysiotherapeut 24,50 per zitting. Voor 2006 maken wij op dit moment afspraken, waarin wij ook recht willen doen aan de behandelingen aan huis. Gaat een klant naar een fysiotherapeut waarmee geen afspraken zijn, dan vergoeden wij nu 20 euro per zitting.

5) Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Bewoners van een zorginstelling hebben een alarmmelder van de instelling. Als Achmea een contract afsluit met een dochterorganisaties kunnen de mensen kiezen, of een ander systeem, of niets meer vergoed krijgen. Maar de aanbieder van het nieuwe systeem heeft zijn zaken niet op orde, en kan geen adequate reactie garanderen. De zorginstelling ziet zich genoodzaakt bij alle bewoners de alarmmelders weer in te stellen, maar moet daar wel geld voor vragen. *(Medewerker instelling)*

Reactie Achmea

Te anoniem voor een reactie

6) Thema: Machtsmisbruik verzekeraars bij contractonderhandelingen

Ik krijg van o.a. Achmea en Amicon geen enkel antwoord op brieven die ik stuur in het kadercontracten of vergoedingen. Als ik vervolgens bel naar Achmea is het enige antwoord wat ik krijg dat zij het nu eenmaal zo regelen, dus slikken of stikken. *(Huisarts)*

Reactie Achmea

Te anoniem voor een reactie.

7) Thema: Risicoselectie

Een patiënte van ongeveer 35 jaar heeft op dit moment geen kinderwens en is hiermee ook niet bezig. Ze is net verzekerd omdat ze net een verblijfsvergunning heeft. Ze vraagt om een aanvullende verzekering bij Achmea. Dit wordt haar geweigerd met de reden dat zij mogelijk de komende 2 jaar gebruik gaat maken van IVF! *(Huisarts)*

Reactie Achmea

Te anoniem voor een reactie.

CZ

1) Thema: Zorgverzekeraar op stoel van arts/professional

Een mevrouw heeft een borstamputatie gehad, wegens borstkanker. Bij deze operatie is een flink deel van de lymfeklieren verwijderd, om uitzaaiing te voorkomen. Nu verloopt de vochtafvoer in de rechterarm niet meer goed. De vrouw krijgt daarom elke week fysiotherapie en moet elk jaar een kleine operatie ondergaan, om het overtollige vocht te verwijderen. Gedurende ongeveer 5 jaar heeft zorgverzekeraar CZ deze behandeling vergoedt; tot haar verbazing (en die van de arts) kreeg ze dit voorjaar te horen dat de operatie niet meer vergoedt wordt. Dit is zeer gevaarlijk, want zonder operatie "versteent" de arm en is amputatie noodzakelijk. Ondanks aandringen van de arts blijft CZ vergoeding van de operatie weigeren. *(Zoon patiënt)*

Reactie CZ

In z'n algemeenheid: Het College Voor Zorgverzekeringen heeft op grond van voortschrijdende medische inzichten nieuwe criteria voor de doelmatigheid van dit soort type behandelingen opgesteld. Voor een oordeel over deze casus zouden we veel meer informatie moeten hebben.

2) Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Cliënt ligt op sterven en heeft op vrijdagmiddag na 16:00 uur katheters en incontinentie materiaal nodig. Het bedrijf Hartman, gecontracteerd door CZ, is niet meer in staat om de producten voor het weekend af te leveren. De apotheek kan het leveren, maar dan moet de cliënt betalen. Daar de omstandigheden dusdanig zijn is dit vervelend om aan te kaarten. De cliënt krijgt het mee van de apotheek, alleen is het vervolgens erg lastig om het geld terug te krijgen van CZ. Als CZ een extern bedrijf inhuurt om hun verzekerden van zorgproducten te voorzien moet dit ook 24 uur per dag en 7 dagen in de week kunnen, net als bij de apotheek. *(Apotheker)*

Reactie CZ

Met dit soort gevallen zijn we al een tijdje bekend. Het zijn aanvallen van apothekers die tot hun groot verdriet hun monopolie op de deze verstrekking hebben moeten opgeven; ze misten de boot nadat ze uit protest tegen het aanbesteden van zorgcontracten weigerden om in te schrijven. Een arts die met de grootste spoed deze materialen nodig heeft, heeft in

zijn dokterstas katheters ed. De leverancier zorgt er constant voor dat hij in zijn praktijk een eerste voorraadje heeft, dat als het nodig is binnen 4 uur wordt aangevuld.

3) Thema: Risicoselectie

Ik ben 52 jaar, heel gezond en slik al enkele jaren Simvastatine wegens iets verhoogt cholesterol. Ik ben dus goed preventief met mijn gezondheid bezig en eet gezond en beweeg. Maar ik ben net geweigerd door CZ voor een collectieve verzekering van mijn nieuwe werkgever, vanwege gezondheidsrisico's! (Patiënt)

Reactie CZ

Stel dat het geval waar is, hetgeen niet is uit te sluiten, dan zouden wij tegen de SP zeggen: wees blij dat er vanaf volgend jaar acceptatieplicht geldt en dat er een einde komt aan risicoselectie.

DSW

Algemene Reactie DSW (Chris Oomen, voorzitter van de Raad van Bestuur DSW)

Ik ben zelf geen marktwerkingsadept maar de casuïstiek in dit rapport onderbouwt niet wat men ermee wil onderbouwen.

- Neem de bewering dat marktwerking ten koste gaat van de samenwerking. Dat gaat eraan voorbij dat toen we alleen nog maar aanbodsturing hadden de samenwerking ver te zoeken was. Wat je nu ziet is dat partijen door het nieuwe beleid meer en meer gedwongen worden om samen te gaan werken (zie de casus over de huisartsenhuisvesting).*
- Of neem de bewering dat de marktwerking ten koste gaat van de kwaliteit met als remedie om de zorg over te laten aan de zorgverleners. Mijn stelling: dé manier om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren is de autonomie van de artsen inperken via strakke protocollering.*
- Tot slot: Ik heb altijd gezegd dat het onzin is dat verzekeraars de regie gaan voeren, maar het is ook niet goed als de zorgaanbieders alleen de regie voeren. Een goede gezondheidszorg kan alleen maar tot stand komen als de verhoudingen in balans zijn.*

1) Thema: Machtsmisbruik verzekeraars bij contractonderhandelingen

Een vrijkomende huisarts praktijk in Schiedam heeft een opvolger, die in het pand wil blijven. DSW (regionale zorgverzekeraar) zegt dat de opvolger alleen een contract krijgt, als hij de praktijk vestigt in een pand van DSW. Daarvoor moet hij dan aan DSW huur betalen. Als hij in het oude pand blijft, krijgt hij geen contract. (Huisarts in opleiding)

Reactie DSW

In deze casus wordt een sfeer van machtsmisbruik door een verzekeraar opgeroepen terwijl uit het achterliggende verhaal blijkt dat eerder van het tegendeel sprake is. Om het huisartsentekort in de regio Schiedam op te lossen heeft DSW in samenspraak met de gemeente, ziekenhuizen en een aantal huisartsen een facilitaire stichting opgericht die een vijftal "hoeden" heeft opgericht (gezondheidscentra waarbinnen huisartsen, fysio's en apothekers integrale eerstelijnszorg aanbieden). De huisartsen die hier aan meedoen krijgen huisvesting aangeboden voor een vierkante meterprijs die royaal onder de marktprijs ligt. Als er dan een nog solo-opererende huisarts stopt en er is in één van de "hoeden" een plek over dan wil DSW de opvolger niet weer solo laten werken maar deel laten nemen in het gezondheidscentrum. Terzijde: de casus is eigenlijk geen casus meer want de opvolger-huisarts heeft inmiddels de vrije plek in de "hoed" geaccepteerd.

2) Thema: Bureaucratie

Bejaarde vrouw krijgt afwijzing van hulpmiddelaanvragen van verzekeraar DSW met de redenen: de dokter heeft het formulier niet goed ingevuld. (Dochter patiënt)

Reactie DSW

Hier kan DSW niets mee. Er is een aantal basisspelregels dat in acht moeten worden

genomen voor een juiste vergoeding van de zorgverlening en soms is dat een goed ingevuld formulier. Als een dochter van een verzekerde zegt dat de dokter een formulier niet goed heeft ingevuld kan men dat als een illustratie van bureaucratie zien

3) Thema: Bureaucratie

Ik verwijz een patiënt naar de diëtiste i.v.m. overgewicht. Patiënt krijgt brief van zorgverzekeraar DSW retour i.v.m. onvoldoende omschreven motivering van de verwijzer. Machtiging wordt niet verleend. *(Huisarts)*

Reactie DSW

Diëtetiek wordt voor een deel verkregen goed via het ziekenhuis, voor een deel via de huisarts en voor een deel uit de AWBZ. Om U-bocht constructies te vermijden moeten verzekeraars de diëtische zorg monitoren. Dat doet DSW. Maar bij DSW geldt ook: als de verwijzende huisarts als motivering opgeeft "overgewicht" dan wordt de machtiging zonder meer verleend.

Agis

Algemene reactie Agis

Onderstaand de reactie van onze afdeling farmacie. Daar voegen we aan toe dat wij er bij Agis juist aan werken om een groot deel van de bestaande aanvraagprocedures voor machtigingen van medicijnen en hulpmiddelen af te schaffen. Ook wij zijn gebaat bij vereenvoudiging van administratieve procedures en wij willen het voor onze klant zo makkelijk mogelijk maken. In sommige gevallen echter is het om bepaalde redenen gewenst, en ook door de overheid voorgeschreven, om de tussenstap voor het vragen van toestemming bij de zorgverzekeraar er in te houden. Als we met z'n allen de zorg betaalbaar willen houden, het uiteindelijke doel van de nieuwe wet, dan zullen dit soort maatregelen soms nodig zijn.

Thema: Zorgverzekeraar op stoel van arts/professional

Mijn dochter, die een autistische stoornis heeft, kreeg vorig jaar melatonine voorgeschreven door een neuroloog. Dit werd vergoed door **Agis**, maar nu door een wijziging wordt het niet meer vergoed. Pas als de betreffende arts een machtiging voorschrijft, gaat Agis zich beraden over de vergoeding. Gelukkig werkt onze arts hier aan mee, maar het kost natuurlijk weer extra geld en tijd. *(Moeder patiënt)*

Reactie Agis:

In het SP-rapport treffen we de redenering aan: als de dokter een middel nodig vindt, moet de verzekeraar het vergoeden. Het schijnt bijzonder weinig bekend te zijn dat niet de verzekeraar maar de minister bepaalt welke middelen onder welke voorwaarden worden vergoed uit de algemene middelen. Integendeel, het door de verzekeraar niet vergoeden op grond van de regelgeving wordt, nota bene, opgevoerd als voorbeeld van de macht van de verzekeraar. Ook in de melatonine-casus gaat het om regelgeving. Melatonine als handelspreparaat is geen verstrekking (niet door de minister aangewezen). Als magistrale bereiding in principe wel, maar dan geldt de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft (Regeling farmaceutische hulp). Inderdaad vergoedde Agis melatonine in het verleden zonder voorafgaande toestemming. Intussen zijn er echter adviezen van CVZ over de toepassing van melatonine bij verscheidene indicaties. Bij o.a. DSPPS, Gilles de la Tourette en Ritalin-gebruikende kinderen acht CVZ melatonine geen rationele farmacotherapie. Uit jurisprudentie blijkt dat er (zelfs voor de minister) zwaarwegende argumenten moeten zijn om een advies van CVZ niet te volgen. Nu melatonine dus niet voor alle indicaties kan worden vergoed, is een machtiging vereist. Dit is overigens geen besluit van Agis alleen. In de software die alle apothekers in Nederland gebruiken voor het declareren van geneesmiddelen is ook aangegeven dat voor melatonine een machtiging nodig is.

Menzis/Amicon/Géové/NVS

1) Thema: Zorgverzekeraar op stoel van arts/professional

Verzekeraar **Amicon** wilde zij voor een patiënte, die recent de longtransplantatie heeft ondergaan, de medicatie niet vergoeden. Het gebruikte medicatieschema wordt door alle longtransplantatiecentra in Nederland gebruikt, dus wild is het niet. Ik, de longarts, moet gaan aantonen dat dit het beste schema is. De verzekeraar is dan bereid dit op de agenda te zetten van het College voor de Zorgverzekering. Inmiddels kan deze patiënt de medicatie niet meer betalen en moeten wij overgaan op een inferieur schema. Als dit onder het nieuwe zorgstelsel normaal wordt, dan staat ons nog wat te wachten. *(Longarts)*

Reactie Menzis

Amicon heeft niet alleen de gevraagde behandeling wel degelijk vergoed, ze heeft dit gedaan zonder dat de behandeling formeel is geïndiceerd voor deze aandoening en in afwachting van een formeel advies van het CVZ. Juist om die reden heeft Amicon het onderwerp aan de orde gesteld bij het CVZ, opdat hierover spoedig een advies uitgebracht zou worden. Dat Amicon eerst een machtiging (en dus medische onderbouwing) voor dit middel wil, is een wettelijk vereiste in dit geval.

2) Thema: Zorgverzekeraar op stoel van arts/professional

Een aantal maanden geleden heb ik een volledig ingevuld aanvraagformulier t.b.v. een borstverkleining naar Menzis gestuurd. De patiënte heeft maar liefst een "H-cup" BH maat en daarvan "mechanische bezwaren" (nek- rug en schouderklachten). Ook is vermeld dat Mw. een voor haar lengte, 1.60 m, een keurig gewicht heeft (60 kg). Via patiënte krijg ik maar liefst twee A4 invuloefeningen terug. Of Mw. op eigen initiatief gekomen is, of door de huisarts verwezen (dat laatste, maar wat is de relevantie van die vraag?). Waaruit haar klachten dan precies bestaan (dat had ik toch al vermeld?). Of er al wat anders aan gedaan is dan de verwijzing aan mij (wat dan?). Of er een medische noodzakelijkheid is voor de ingreep (anders vraag ik het toch niet aan?). Of ik even precies lengte, gewicht (had ik al gedaan) wil vermelden en ook nog tailleomtrek, borstomvang etc.etc. Een H-cup is nog nooit een "twijfel-geval" geweest, maar nu ben ik er al weer een half uur extra aan kwijt, en de patiënte (en ik) raken lekker in de stress. *(Huisarts)*

Reactie Menzis

Afgelopen zomer zijn gedurende drie maanden onterecht machtigingen voor plastisch chirurgische ingrepen uit de groene DBC-tabel verstuurd. Dit werd veroorzaakt door een onjuiste geautomatiseerde verwerking. Begin oktober is dit euvel met terugwerkende kracht verholpen en sindsdien wordt er weer gewerkt volgens de richtlijnen van de ZN-indicatie tabel (met de groene, oranje, en rode tabellen). Met betrokken medisch specialisten is contact opgenomen om de fout te herstellen. Eventuele nog niet ingediende of afgewezen declaraties kunnen alsnog worden ingediend en zullen alsnog vergoed worden. Aanvragen worden normaal gesproken door de plastisch chirurg gedaan en ook via hem afgehandeld. De aanwezige gegevens zoals hier gemeld (cupmaat H, BMI 23, mechanische bezwaren) komen volgens afspraak altijd voor vergoeding in aanmerking en worden administratief afgehandeld en niet voorgelegd aan een Adviserend Geneeskundige (AG). Vragen over tailleomtrek en borstomvang kunnen wij ons moeilijk voorstellen. Het zegt wel iets over de cupmaat en wordt als methode gebruikt in de confectie-industrie. Wij gaan uit van de cupmaat zoals die wordt aangegeven door de plastische chirurg.

3) Thema: Machtsmisbruik verzekeraars bij contractonderhandelingen

In maart 2005 nog steeds geen contractvoorstel voor 2005 van **Menzis**. Volgens eigen zeggen omdat organisatie ontbreekt. Zou binnen 4 weken komen. Is nu juni, nog steeds niets. *(Huisarts)*

Reactie Menzis

De voorgenomen planning voor verzending van de contracten aan de huisartsen is inderdaad niet gehaald. Dit kwam door een juridische toets van een aantal nieuwe modules aan de

landelijk gemaakte afspraken die meer tijd in beslag heeft genomen. Het contract is uiteindelijk in juni aan de huisartsen aangeboden.

Overigens: hier is geen sprake van een knelpunt, want in de praktijk ondertekent ieder jaar slechts een deel van de huisartsen de contracten van zorgverzekeraars, in de verwachting dat de verzekeraar desondanks zal vergoeden. Dat gebeurt in de praktijk ook, waardoor dit nooit tot problemen leidt.

4) Thema: Machtsmisbruik verzekeraars bij contractonderhandelingen

Ik krijg van o.a. Achmea en Amicon geen enkel antwoord op brieven die ik stuur in het kader contracten of vergoedingen. Als ik vervolgens bel naar Achmea is het enige antwoord wat ik krijg dat zij het nu eenmaal zo regelen, dus slikken of stikken. *(Huisarts)*

Reactie Menzis

Zie reactie op casus 3

5) Thema: Machtsmisbruik verzekeraars bij contractonderhandelingen

In Enschede wordt een gezondheidscentrum opgezet. Een medewerkster van ROSET (Regionale Ondersteuning Structuur Huisartsen) begeleidt met succes gezondheidscentra. Zij vraagt voor dit gezondheidscentrum subsidie aan bij Amicon. Amicon zegt, dat ze alleen subsidie geven als een eigen projectleider het gaat overnemen. *(Huisarts in opleiding)*

Reactie Menzis

Wij hebben in ons kernwerkgebied vijf Regionale Ondersteunings Structuren gecontracteerd, conform de eisen van het ministerie van VWS, om de disciplines Huisartsen, Fysiotherapie, Verloskunde en Logopedie te ondersteunen. Daartoe zijn vier reguliere ROS-sen gecontracteerd en één speciale ROS, Menzis Eerstelijns Zorg (MEZ), om geïntegreerde eerstelijns gezondheidscentra te ondersteunen en mede helpen op te zetten. MEZ stelt geld en middelen beschikbaar voor het ontwikkelen en opzetten van een bedrijfsplan om geïntegreerde eerstelijnsgezondheidscentra van de grond te krijgen. Na voltooiing van het bedrijfsplan trekt MEZ zich terug en kunnen de zorgverleners zelf uitvoering geven aan het bedrijfsplan of kan in overleg een verdere ondersteuning worden aangeboden. De benodigde expertise heeft MEZ voor een deel zelf in huis, maar koopt enkele diensten ook extern in. Via ROSET kunnen en worden eveneens diensten ingekocht om projecten te ondersteunen en te leiden. De eindverantwoordelijkheid, in verband met de verantwoording van gelden, ligt echter wel bij MEZ, conform de contractuele afspraken met Menzis.

6) Thema: Bureaucratie

Voor medisch niet noodzakelijke behandelingen door de plastisch chirurg bestaan landelijke regels inzake vergoeding, hiervoor wordt altijd een machtiging vooraf aangevraagd. Voor medisch wél noodzakelijke behandelingen is het niet nodig om vooraf een machtiging aan te vragen. Deze behandelingen zijn immers noodzakelijk en worden ook altijd vergoed. Verzekeraar Geové trekt zich van deze afspraken niets aan en eist ook voor medisch noodzakelijke behandelingen (zelfs bij kanker) een machtiging en/of behandelplan. Hier werkt mijn instellingen niet aan mee. Dit soort onzinnige regelgeving jaagt de kosten van de bureaucratie op ten koste van de zorg. Indien we een machtiging vooraf moeten aanvragen, zijn wij niet meer in staat om tijdens uw eerste polikliniekbezoek met u een afspraak voor een operatie te maken. De patiënt moet dan minstens 4 tot 6 weken extra wachten tot een machtiging is ontvangen en dan terugkomen. Door dit onnodig uitstel lijden patiënten medische schade, stijgen de kosten wegens arbeidsverzuim en is er sprake van onnodige psychische belasting, zeker bij patiënten met ernstige ziekten als kanker. Helaas is de verzekeraar tot nu toe ongevoelig gebleken voor elk argument. *(Plastisch chirurg)*

Reactie Menzis

Wij werken volgens de lijst van ZN. Voor de codes op deze lijst is een machtiging noodzakelijk. Is er geen machtiging dan volgt (automatisch) een afwijzing. Voor medisch noodzakelijke zorg zoals bij kanker is geen machtiging noodzakelijk en zal dan ook nooit worden afgewezen.

In de praktijk blijkt dat sommige centra overal een machtiging voor insturen, ook voor de diagnoses waarvoor geen machtiging noodzakelijk is. Deze aanvragen worden goedgekeurd, maar dit veroorzaakt onnodige vertraging in de afhandeling. Op dit moment werken wij aan een manier om plastisch chirurgen nogmaals onder de aandacht te brengen waar wél en géén machtiging voor nodig is. Medisch noodzakelijke behandelingen zoals kanker en een carpaal tunnel syndroom worden niet aan een Adviserend Geneeskundige (AG) voorgelegd, maar worden administratief afgehandeld omdat er geen discussie is over vergoeding. Als er voor medisch noodzakelijke zorg geen machtiging wordt ingevuld, worden deze machtigingen door de systemen geaccepteerd (en vergoed). Dit komt omdat ze op 'groen' staan in de DBC- systematiek. Hier treden dus ook geen problemen op in de afhandeling van de aanvraag.

Tenslotte: Afgelopen zomer zijn gedurende drie maanden onterecht machtigingen voor plastisch chirurgische ingrepen uit de groene DBC-tabel verstuurd. Dit werd veroorzaakt door een onjuiste geautomatiseerde verwerking. Begin oktober is dit euvel met terugwerkende kracht verholpen en sindsdien wordt er weer gewerkt volgens de richtlijnen van de ZN-indicatie tabel (met de groene, oranje, en rode tabellen). Met betrokken medisch specialisten is contact opgenomen om de fout te herstellen. Eventuele nog niet ingediende of afgewezen declaraties kunnen alsnog worden ingediend en zullen alsnog vergoed worden.

Vanuit Geové is inmiddels contact gelegd met de specialist die deze casus heeft aangedragen. Dit contact zal mede de basis vormen om heldere afspraken te maken voor de toekomst.

7) Thema: Bureaucratie

Onze zoon (gehandicapt) gaat nu al 4 schooljaren naar een speciale tandarts in Rev. Centr. Groot Klimmendaal te Arnhem. Maar van de verzekeraar **NVS** krijgen we ieder jaar weer het verzoek een medische verklaring in te sturen. Ik belde op en legde uit dat we nog 2 schooljaren hebben te gaan en dat mijn zoon ook dan nog steeds net zo gehandicapt zou zijn als 7 jaar geleden en de komende ...tig jaren tot zijn dood. *(Moeder van patiënt)*

Reactie Menzis

De stelregel bij NVS/Menzis is: als er sprake is van langdurig terugkerende klachten, dan vallen we onze klanten niet meer lastig met medische verklaringen.

Bij het bepalen van de vraag of een verzekerde wél of niet naar een speciale tandarts moet, speelt de tandheelkundige handicap, in combinatie met angst, een (meervoudige) handicap of gedragsstoornis een grote rol. Dit betekent bijvoorbeeld dat kinderen met een meervoudige handicap, die voor een gewone tandarts onbehandelbaar zijn, gebruik kunnen maken van een speciale tandarts.

Kinderen bij wie angst een rol speelt, kunnen tijdelijk een speciale tandarts bezoeken, waarbij het uitgangspunt blijft dat na verloop van tijd de gewone tandarts weer bezocht wordt. Dat deze casus desondanks heeft kunnen gebeuren, hangt samen met het feit dat NVS op dit onderwerp pas onlangs volgens de Menzis-standaarden is gaan werken. Nu deze processen uniform zijn georganiseerd, zal een verzekerde in dergelijke gevallen normaal gesproken nog slechts eens in de vijf jaar een medische verklaring moeten afgeven.

Univé

Thema: Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Een patiënt is verzekerd bij Univé. Ze had daar toestemming gevraagd en verkregen voor de aanschaf van een Therapeutisch Elastische Kous. Ze kreeg bericht dat deze alleen vergoed werd als ze hem aanschafte via een leverancier van een bijgeleverde lijst. De dichtstbijzijnde leverancier bleek in Noord Brabant te zitten en ze moest de kous ook nog ter plekke afhalen. Bij levering door een andere zaak gold het restitutie systeem, dan moet ze bijna 30 euro zelf betalen. Hoe moet dit met oudere mensen die slecht ter been zijn? *(Fysiotherapeut)*

Reactie Univé

Univé heeft voor 2005 ruim 15 contractanten op het gebied van Therapeutisch Elastische Kousen. Het merendeel van de leveranciers is regionaal georiënteerd. Daarnaast heeft Univé ook een contract met een landelijke aanbieder, Doove Venocare, die overal in Nederland aanmeet en levert. Met het laatstgenoemde bedrijf zijn goede afspraken gemaakt betreffende aanmeetlocaties en frequentie zodat dat altijd dichtbij de verzekerde kan plaatsvinden. In het geval van een medische indicatie, zoals de mevrouw uit de casus die slecht ter been was, ook aan huis. Dit wordt ook duidelijk aangegeven op de lijst met leveranciers die de verzekerden ontvangen. In de bovenstaande casus wordt een situatie beschreven die dus niet nodig is geweest. Wellicht had een telefoontje van deze verzekerde naar Univé verder ongemak kunnen voorkomen.