



Nederlandse
Zorgautoriteit

Thematisch onderzoek

Zorgplicht

*Hoe geven zorgverzekeraars invulling
aan hun zorgplicht?*

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 De zorgplicht van een zorgverzekeraar	11
1.2.1 Definitie	11
1.2.2 Toezichtskader Zorgplicht	11
1.2.3 Risicoanalyse	14
1.3 Doelstelling onderzoek	14
1.4 Onderzoeksmethodiek	15
1.4.1 Zorgverzekeraars	15
1.4.2 Consumenten	15
1.4.3 Zorgaanbieders	16
1.5 Leeswijzer	16
2. Toegang tot de zorg	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Onderzoeksvragen	18
2.3 Procedures	19
2.3.1 Toestemmingsvereisten	19
2.3.2 Toestemmingsprocedures	19
2.3.3 Informatieaanlevering en -verstrekking	20
2.3.4 Overname toestemming oude verzekeraar	21
2.4 Beoordeling van de toestemmingsaanvraag	21
2.4.1 Inrichting beoordeling toestemmingsaanvraag	21
2.4.2 Deskundige beoordeling	22
2.5 Afhandeling van de toestemmingsaanvraag	22
2.5.1 Informeren van de verzekerde	22
2.5.2 Afwijzing van de toestemmingsaanvraag	23
2.6 Beperkingen in de (vergoeding van) zorg	24
2.7 Conclusies	24
3. Kwaliteit	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Onderzoeksvragen	28
3.3 Afspraken	29
3.3.1 Stand van zaken voor de stelselwijziging	29
3.3.2 Stand van zaken 2006/2007	29
3.4 Kwaliteitsbeleid LPC	31
3.5 Kwaliteitsbeleid ZBC's	32
3.6 Kwaliteitsproblemen bij zorgaanbieders	32
3.6.1 Algemene insteek van zorgverzekeraars	32
3.6.2 Kwaliteitsproblemen bij andere zorgaanbieders	32
3.7 Conclusies	33
4. Wachttijden plastische chirurgie	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Onderzoeksvragen	36
4.3 Wachttijden en productieafspraken	36
4.3.1 Wachttijden	36
4.3.2 Productieafspraken	37
4.3.3 Crossindex	38
4.4 Inspanningen zorgverzekeraars	39
4.4.1 Inspanningen zorgverzekeraars	39

4.4.2	LPC	39
4.5	Conclusies	40
5.	Persoonsgebonden Budget	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Vraagstelling	43
5.3	Bevindingen	43
5.4	Conclusies	45

Vooraf

Zorgverzekeraars hebben volgens de Zorgverzekeringswet een zorgplicht. Maar hoe geven zij daar invulling aan? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daar onderzoek naar gedaan. In het rapport dat voor u ligt, staan de bevindingen.

Het rapport gaat in op vragen met betrekking tot de invulling van de zorgplicht als: Hoe beoordelen zorgverzekeraars of iemand recht heeft op zorg? En als vooraf toestemming nodig is, hoe verloopt dat proces dan? Hoe wegen de verzekeraars de kwaliteit van de zorg mee bij het invullen van hun zorgplicht?

Op verzoek van het ministerie van VWS besteedde de NZa tevens speciale aandacht aan de hardnekkige wachtlijsten voor plastische chirurgie en de recente invoering van het Persoonsgebonden Budget voor hulpmiddelen bij een visuele beperking.

Naar aanleiding van de uitkomsten doet de NZa aanbevelingen en geeft ook aan op welke punten ze zelf in actie zal komen. De uitkomsten van dit onderzoek zal de NZa ook gebruiken bij haar verdere toezicht op de invulling van de zorgplicht.

Voor dit onderzoek maakte de NZa intensief gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. Voor een belangrijk deel uit al beschikbare informatie, aangevuld met een enquête onder zorgverzekeraars, gesprekken met de NPCF en Consumentenbond en vragen aan huisartsen. Ook de eigen database van de NZa met klachten en signalen zijn voor dit onderzoek gebruikt.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Verzekeraars

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt in dit thematisch onderzoek verstaan: *“De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg¹, of vergoeding van de kosten van de zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.”*

De zorgplicht van de verzekeraar maakt onderdeel uit van de belangrijkste publieke randvoorwaarden die de positie van de consument moeten waarborgen.

Op grond van dit belang heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een thematisch onderzoek verricht naar de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Bij het onderzoek betreft de NZa een aantal verhoogde risico's uit haar risicoanalysemodel (RAM), wat de NZa gebruikt om haar toezicht te richten en doseren. Het gaat in dit onderzoek om enkele risico's met betrekking tot de toegang tot de zorg en de kwaliteit van zorg.

Ook gaat de NZa in op enkele specifieke punten waarvoor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aandacht heeft gevraagd. Het gaat daarbij om het hardnekkige bestaan van lange wachttijden voor plastische chirurgie en de uitvoering van het Persoonsgebonden Budget (PGB)-experiment in de Zvw (voor bepaalde hulpmiddelen).

Voor haar onderzoek maakte de NZa gebruik van gegevens die de NZa al had, gesprekken met consumenten- en aanbiedersorganisaties, een enquête onder huisartsen en van een vragenlijst onder zorgverzekeraars.

Toegang tot de zorg

Bij de beoordeling of een verzekerde recht heeft op (vergoeding van) een bepaalde verzekerde prestatie, stellen zorgverzekeraars toestemmingseisen. Deze eisen betreffen grotendeels dezelfde vormen van zorg: farmaceutische zorg, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelenzorg, mondzorg, medisch-specialistische zorg (zogenoemde oranje dbc's) en in wat mindere mate paramedische zorg. Na bestudering van de procedures die verzekeraars hanteren bij het beoordelen van de toestemmingsaanvragen constateert de NZa dat deze weinig verschillen en dat zorgverzekeraars op redelijke wijze toestemmingsvereisten stellen.

De inrichting van de organisatie rondom de beoordeling van de toestemmingsaanvraag lijkt degelijk vormgegeven. De zorgverzekeraars betrekken daarbij over het algemeen in voldoende mate zorginhoudelijke deskundigheid.

Er zit wel een opvallend verschil tussen het relatief aantal afwijzingen per zorgverzekeraar. De NZa heeft echter geen aanwijzingen dat bepaalde zorgverzekeraars onterecht streng zijn. Verder geldt dat een verzekerde bezwaar kan maken als hij vindt dat een zorgverzekeraar te streng omgaat met het verstrekkingenbeleid. Dat kan eerst bij de zorgverzekeraar zelf, vervolgens bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en/of de rechter. De NZa vindt het wenselijk

¹ Met zorg wordt in dit rapport steeds zowel zorg als diensten bedoeld.

dat zorgverzekeraars hun verzekerden hier zelf op wijzen als ze een toestemmingsaanvraag afwijzen.

Zorgverzekeraars met relatief hoge afwijzingspercentages krijgen verhoogde aandacht binnen het signaaltoezicht van de NZa. Ten aanzien van mogelijke coulancebetalingen controleert de NZa – als daar aanleiding voor is – bij het onderzoek naar de verantwoordingsdocumenten of deze niet ingebracht worden in de verevening.

De NZa benadrukt dat zorgverzekeraars de toestemmingsprocedures korter en minder ingewikkeld kunnen maken door goede afspraken te maken met zorgverleners en verzekerden vooraf heldere informatie te geven. Daardoor kunnen administratieve lasten voor alle betrokken partijen verminderen en kan het aantal afwijzingen dalen omdat vooraf duidelijk is waarop de zorgverzekeraar toetst.

Tenslotte constateert de NZa dat een aantal zorgverzekeraars het recht op een verstrekking opnieuw beoordeelt nadat een verzekerde is overgestapt. De NZa zal de zorgverzekeraars erop wijzen dat dit in strijd is met de regelgeving en zonodig toezichtsmaatregelen treffen.

Kwaliteit

Afspraken over kwaliteit van zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bestaan vooral nog uit het transparant maken van de kwaliteit van het zorgaanbod, door de invulling van kwaliteitsindicatoren. Ook maken zorgverzekeraars veelal op projectbasis kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen. Zorgverzekeraars geven verder invulling aan het kwaliteitsbeleid bij de invulling van de Locale Productie Component (LPC) die ruimte biedt voor de financiering van kwaliteitsverbeteringen. Bij ZBC's geldt dat zorgverzekeraars de kwaliteit controleren als zij deze contracteren. Maar ook hier geldt dat de prijs een dominante rol speelt. Kwaliteitsafspraken met ZBC's worden nauwelijks gemaakt.

Zorgverzekeraars moeten bij de inkoop van de verzekerde zorg beter letten op de structurele borging van de kwaliteit als onderdeel van de zorgplicht. Dit wil niet zeggen dat verzekerden op structurele basis geen goede zorg krijgen. De IGZ bewaakt immers de kwaliteit van het zorgaanbod en de zorgaanbieders zijn gehouden aan de wettelijke bepalingen over de kwaliteit van zorg. Wanneer zich kwaliteitsproblemen voordoen bij zorgaanbieders, laten de verzekeraars zich op de hoogte stellen van de voortgang van verbeteringen die de IGZ eist. Uit onderzoek van de NZa naar kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer blijkt dat meerdere zorgverzekeraars de problemen herkennen en dat zij maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit van zorg weer voldoende te waarborgen. De NZa ziet momenteel geen reden voor ingrijpen bij de zorgverzekeraars, maar ze zal de situatie nauwlettend in de gaten houden.

De NZa heeft verschillende keren aangegeven welke verbeteringen nodig zijn om zorgverzekeraars meer aandacht te laten geven aan de kwaliteit van zorg. Zo dringt de NZa bij marktpartijen aan op het transparant maken van kwaliteit. Wanneer nadere invullingen hiervan beschikbaar komen (zoals bijvoorbeeld de CQ-index) stelt de NZa aan de hand van een eigen normenkader vast of de consument over voldoende handvatten beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie in een specifieke zorgmarkt of sector onvoldoende blijkt of wanneer te weinig gebruik gemaakt wordt van reeds beschikbare handvatten zoals indicatoren, zal de NZa marktpartijen hierop aanspreken en zonodig dwingende maatregelen nemen.

Wachttijden plastische chirurgie

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa aandacht besteed aan de gemaakte productieafspraken door zorgverzekeraars in verhouding tot de wachttijden voor plastische chirurgie.

De wachttijden voor plastische chirurgie bij algemene ziekenhuizen blijken zich positief te ontwikkelen. De wachttijden voor dagbehandeling en klinische zorg zijn in 2006 nog wel hoger dan de Treek-normen. Een analyse op macro-niveau van de verhouding tussen de ontwikkeling van wachttijden en van productieafspraken geeft echter geen reden te veronderstellen dat zorgverzekeraars structureel te lage productieafspraken maken voor plastische chirurgie. Op meer individueel niveau is te zien dat er ziekenhuizen zijn waar wachttijden en productieafspraken nog wel uiteenlopen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven in die gevallen op andere manieren aan hun zorgplicht te voldoen.

Zorgverzekeraars gebruiken de LPC steeds minder om oplossingen voor wachttijdproblemen te financieren. Zij geven aan dat wachttijdproblemen minder urgent zijn geworden.

Persoonsgebonden Budget

VWS heeft de NZa ook om speciale aandacht gevraagd voor de invoering van het PGB voor hulpmiddelen bij een visuele beperking: Is er sprake van een meerwaarde in vergelijking met restitutie? Daar blijkt op dit moment nog moeilijk iets over te zeggen. Zorgverzekeraars zijn in de eerste helft van 2007 vooral bezig geweest om duidelijkheid te krijgen over wat allemaal mogelijk en/of wenselijk is.

Het Ministerie van VWS en het CVZ hebben inmiddels in de "Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel gehandicapten" aangegeven welke mogelijkheden de PGB-regeling biedt. De NZa zal zorgverzekeraars er op attent maken dat ze deze mogelijkheden zo snel mogelijk onder de aandacht brengen van verzekerden. Gezien het specifieke karakter van de doelgroep – mensen met ernstige visuele beperkingen – moeten ze daarbij goed nadenken over hoe ze dat doen. Tot nu toe hebben nog maar enkele verzekerden een PGB verstrekt gekregen.

Procedureel hebben zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden en reglementen de voorwaarden geschapen voor een ruime invulling van het PGB. Zij werken met voorschotten en de verantwoordingsplichten zijn niet disproportioneel. Wel werken enkele zorgverzekeraars met een voorschotregeling in termijnen. Dat maakt het PGB minder aantrekkelijk omdat verzekerden bedragen gedeeltelijk voor moeten schieten. Wanneer een het om een verstrekking gaat via een naturapolis of om een bruikleenhulpmiddel is het PGB ook financieel minder aantrekkelijk voor verzekerden. Zij moeten dan namelijk rekening houden met een lager budget dan de marktprijs.

Verder stelt de NZa vast dat zorgverzekeraars niet afwijken van de limitatieve lijst van hulpmiddelen en de indicatiestelling moet hier veelal nauw op aansluiten. Een productgerichte benadering overheerst dus nog.

Tenslotte constateert de NZa dat enkele zorgverzekeraars verkeerde informatie geven over de mogelijkheden van de PGB-regeling. De NZa corrigeert deze zorgverzekeraars en besteedt nauwgezet aandacht aan de reglementen hulpmiddelen bij de beoordeling van de modelovereenkomsten 2008.

Duidelijkheid over de formele regeling is maar één van de noodzakelijke randvoorwaarden voor een goede invulling van het PGB. Vanwege het proeftuinkarakter van de PGB-regeling en de invoering van een PGB voor de geestelijke gezondheidszorg in de Zvw vindt de NZa een bredere evaluatie van het PGB wenselijk. Daarbij moet er aandacht zijn voor andere randvoorwaarden zoals de omvang van het PGB en de kwaliteitsborging. De NZa is van plan om die bredere evaluatie zelf op te pakken in 2008, gezien het belang voor de consument van een goedwerkende PGB-regeling en de wettelijke taken van de NZa binnen de Wmg. Na die evaluatie zullen ook beter onderbouwde lessen te trekken zijn voor verbetering van de invoering van een PGB onder de Zvw.

Aanbevelingen en acties NZa

De NZa:

- wijst de zorgverzekeraars op het belang dat verzekerden bij afwijzing van de toestemmingsaanvraag attent gemaakt worden op de mogelijkheid bezwaar te maken;
- benadrukt dat zorgverzekeraars de toestemmingsprocedures minder ingewikkeldheid en korter kunnen maken door goede afspraken te maken met zorgverleners en verzekerden vooraf heldere informatie te verschaffen;
- wijst de zorgverzekeraars erop dat een verzoek aan verzekerden om nogmaals een aanvraag, verwijzing of recept in te dienen of een negatief verstrekingsbesluit in strijd is met de regelgeving en treft zonodig toezichtsmaatregelen;
- dringt bij marktpartijen aan op het transparant maken van kwaliteit;
- wijst zorgverzekeraars erop dat ze de mogelijkheden die de PGB-regeling biedt zo snel mogelijk duidelijk moeten maken aan verzekerden;
- corrigeert zorgverzekeraars die onjuiste informatie over de PGB-regeling verschaffen. Ze besteedt nauwgezet aandacht aan de reglementen hulpmiddelen bij de beoordeling van de modelovereenkomsten 2008;
- is van plan een bredere evaluatie van het PGB Zvw uit te voeren in 2008.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben.² Deze zorgplicht moet borgen dat consumenten (vergoeding van) benodigde zorg in voorkomend geval daadwerkelijk kunnen verkrijgen. De zorgplicht van de verzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden die de positie van de consument moeten waarborgen, samen met verzekerdeninvloed, de acceptatieplicht, en het verbod op premiedifferentiatie.

De NZa heeft een thematisch onderzoek verricht naar de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars, waarin een aantal risico's uit haar risicoanalysemodel (RAM) betrokken zijn. Daarnaast heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa verzocht aandacht te besteden aan enkele specifieke punten. Het gaat daarbij om het hardnekkige bestaan van lange wachttijden voor plastische chirurgie en de uitvoering van het Persoonsgebonden Budget (PGB)-experiment in de Zvw (voor bepaalde hulpmiddelen). Deze onderwerpen worden daarom ook behandeld in dit onderzoek.

Het onderzoek past binnen een aantal onderzoeken naar de werking van bovengenoemde voorwaarden die de positie van de consument moeten waarborgen, zoals een thematisch onderzoek naar de invloed van verzekerden.³

1.2 De zorgplicht van een zorgverzekeraar

1.2.1 Definitie

Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt in dit thematisch onderzoek verstaan:

De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg,⁴ of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

Dit onderzoek richt zich op de zorgplicht met betrekking tot de basisverzekering. De aanvullende verzekering en de AWBZ vallen dus niet onder het bereik van dit onderzoek.

1.2.2 Toezichtskader Zorgplicht

Als het om de invulling van de zorgplicht gaat, zijn diverse normen af te leiden uit relevante wetgeving. De zorgverzekeraar behoudt daarbij een redelijke mate van vrijheid om deze in te vullen. De normen volgen voornamelijk uit de Zvw, maar ook uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en het Addendum Zorgverzekeraars.

² Zorgverzekeringswet, artikel 11.

³ NZa, thematisch onderzoek Verzekerdeninvloed (2007).

⁴ Met zorg wordt in dit rapport steeds zowel zorg als diensten bedoeld.

Voor dit onderzoek zijn deze normen ondergebracht in het onderstaande toezichtskader.⁵ Hierbij is onderscheid gemaakt tussen relatief concrete en open normen. De laatste categorie is waar nodig nog verder ingevuld met behulp van bevindingen uit de praktijk, zoals casuïstiek en jurisprudentie. De NZa vindt nadere invulling van het kader van belang voor het toezicht op de zorgplicht. De NZa heeft echter niet de intentie om de open normen rond tijdigheid en kwaliteit in te vullen. Als het om kwaliteit gaat, dringt de NZa eerst bij marktpartijen aan op het transparant maken van kwaliteit. Voor tijdigheid gelden de Treeknormen als streefnormen.

Opname van verschillende normen in onderstaand kader betekent niet dat de NZa ook op elk aspect integraal toetst. Het RAM blijft immers het belangrijkste uitgangspunt voor het toezicht op de invulling van de zorgplicht. Pas wanneer op basis hiervan en/of van ontvangen signalen aanleiding is voor verdiepend onderzoek, zal de NZa dat doen.

Toezichtskader Zorgplicht
De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht om de in de Zvw geregelde prestaties te leveren dan wel te vergoeden, alsmede desgevraagd activiteiten te ontplooiën gericht op het verkrijgen van deze prestaties.
Toegang tot de zorg
<p>Een zorgverzekeraar kan een vorm van toetsing eisen voor een bepaalde verzekerde prestatie om te bepalen of verzekerde hier aanspraak op maakt. Wel gelden ten aanzien hiervan de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toetsing moet conform geldende wet- en regelgeving zijn. - Als toetsing geëist wordt, moet dit zijn opgenomen in de modelovereenkomst. - Bij (niet-acute) medisch-specialistische zorg moet altijd verwijzing geëist worden door de in de modelovereenkomst aangewezen groep zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. - Wanneer een overstappende verzekerde al in het bezit is van door de vorige zorgverzekeraar verleende toestemming en/of een verwijzing of recept voor de betreffende zorg, blijven deze voor de toegekende periode geldig. De nieuwe zorgverzekeraar is dus verplicht lopende machtigingen over te nemen en mag niet verlangen dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of een verwijzing of recept wordt overlegd. - Een toestemmingsprocedure mag uitsluitend informatie verlangen die van rechtstreeks belang is voor onderwerp waarvoor de procedure geldt. - Verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid, welke worden verkregen in verband met een verzoek om toestemming valt onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt niet het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens. - Toetsing mag slechts plaatsvinden op basis van zorginhoudelijke criteria. - Zorgverzekeraar dient verzekeringsartsen of andere zorginhoudelijke deskundigen in dienst te nemen of anderszins voor hem te laten werken, om een toestemmingsverzoek op deskundige wijze te beoordelen. <ul style="list-style-type: none"> - Open norm: voldoende deskundigheid. Zorgverzekeraars zijn (behoudens geldende wet-en regelgeving) vrij in hoe zij zorginhoudelijke deskundigheid van de beoordeling invullen. Dit kan gedaan worden door voldoende artsen en tandartsen als medisch en tandheelkundig adviseurs in dienst te hebben, zorginhoudelijk ondersteunend personeel bij de beoordeling te betrekken en/of zorgaanbieders de beoordeling uit te laten voeren. Ook speelt mee in hoeverre medewerkers voldoende medische achtergrond hebben en hoe verzekeraars borgen dat zij op de hoogte blijven van wijzigingen.
Kwaliteit
Voor het kader met betrekking tot kwaliteit is het van belang of het gaat om een polis met gecontracteerde zorg of één zonder gecontracteerde zorg.

⁵ Een meer uitgebreide uitwerking per norm staat in het betreffende hoofdstuk.

- In geval van een polis met gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar in gevolge de Zvw zekerstellen dat de zorg die verzekerden krijgen als goed kan worden gekwalificeerd. Dit moet gebeuren bij het inkopen van zorg.
- Zorgverzekeraars moeten zich er bij contractering van vergewissen of een te contracteren zorgaanbieder het minimale kwaliteitsniveau kan (blijven) garanderen.
 - **Open norm:** de manier waarop zorgverzekeraars aandacht besteden aan goede kwaliteit bij de contractering van zorgaanbieders. In hoeverre de zorgverzekeraar hier aandacht aan kan besteden is in sterke mate afhankelijk van de mogelijkheden die een verstrekking biedt. Bij ziekenhuiszorg hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om afspraken te maken aan de hand van beschikbare kwaliteitsindicatoren met ziekenhuizen en ZBC's en het inzetten van de financiële middelen van de LPC. De NZa betreft bij de beoordeling van de zorgplicht ten aanzien van kwaliteit in hoeverre zorgverzekeraars de beschikbare mogelijkheden (in samenhang) benutten en proberen te verruimen.
- Bij een polis zonder gecontracteerde zorg bestaat er vanuit de zorg bezien, alleen een relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde. De zorgverzekeraar staat hier buiten. Bij de levering van zorg wordt er vanuit gegaan dat de verzekerde er zelf op let dat hij naar een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar of instelling gaat. Voor de zorgverzekeraar geldt wel de verplichting dat hij de verzekerde in geval van zorgbemiddeling niet stuurt naar een hulpverlener die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. Als een zorgverzekeraar in dit opzicht in de fout gaat, kan de verzekerde naar de rechter stappen.

Tijdigheid

- Voor het kader met betrekking tot tijdigheid is het ook van belang of het gaat om een polis met gecontracteerde zorg of een polis zonder gecontracteerde zorg.
- De zorgverzekeraar heeft bij een polis met gecontracteerde zorg een resultaatsverplichting. Hij moet voldoende zorg contracteren zodat aan zijn verzekerden tijdig zorg geleverd kan worden op redelijke afstand van zijn woonplaats. Als de verzekerde niet tijdig terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet de verzekeraars bemiddelen zodat de verzekerde elders terecht kan.
 - Bij een polis zonder gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar een inspanningsverplichting om zijn verzekerden desgevraagd naar tijdige zorg te bemiddelen.
 - Als de zorgverzekeraar niet voldoende zorg kan contracteren zal hij desgevraagd toch in actie moeten komen om voor verzekerde te bemiddelen, naar bijvoorbeeld een ZBC of een buitenlands ziekenhuis. Ook kan de verzekeraar besluiten om zelf zorg te leveren of de LPC in te zetten.
 - De zorgverzekeraar is verplicht in voorkomend geval aan te tonen dat het onmogelijk is zorg te organiseren voor zijn verzekerde (overmacht).
 - **Open normen:** tijdige zorg en redelijke afstand van woonplaats verzekerde.
 - In plaats van wettelijke normen voor tijdigheid bestaan de zogeheten Treeknormen die als streefnormen gelden. Voor die zorg waar de Treeknormen niet gehaald worden, moet een zorgverzekeraar meer invulling geven aan de bovengenoemde activiteiten dan voor zorg waarvan de wachttijden onder de Treeknormen blijven.
 - Ten aanzien van een redelijke afstand geldt dat dit sterk afhankelijk is van de betreffende zorgsoort en de individuele situatie van de verzekerde. Wel is de NZa van mening dat het transparant moet zijn voor verzekerde op welke reisafstand aanbieders gecontracteerd zijn.
 - De beoordeling van de invulling van de zorgplicht met betrekking tot een tijdige levering van zorg binnen een redelijke afstand van de woonplaats is casuïstisch. Dat betekent dat de NZa per ziekenhuis per specialisme de specifieke omstandigheden in het oordeel meeneemt.

1.2.3 Risicoanalyse

Met betrekking tot de naleving van de zorgplicht door een zorgverzekeraar heeft de NZa in het risicoanalysemodel (RAM) onderstaande risico's vastgesteld:

1. Zorgverzekeraar stelt niet-geoorloofde eisen aan het verkrijgen van zorg of vergoeding van zorg.
2. Verzekerde krijgt minder zorg/vergoeding van zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft.
3. Onjuiste berekening van eigen risico/no-claim.
4. Verzekerde krijgt niet tijdig benodigde zorg (zorgplicht en zorgbemiddeling).
5. De vergoeding, die een verzekerde krijgt bij keuze voor niet-gecontracteerde zorg, is niet in overeenstemming met de vergoedingsbepaling in de modelovereenkomst.⁶
6. De kwaliteit van gecontracteerde of bemiddelde zorg wordt onvoldoende gewaarborgd.

De impact van het derde, vierde en vijfde risico is vanuit het RAM beperkt omdat er checks en balances die de kans op deze risico's verkleinen.⁷ De NZa verricht bij deze risico's vooral signaaltoezicht. VWS heeft echter verzocht ook het vierde risico te betrekken in het onderzoek. Het ministerie heeft namelijk signalen gekregen dat zorgverzekeraars onvoldoende invulling geven aan hun verantwoordelijkheid om verzekerden tijdig plastische chirurgische zorg te kunnen leveren.

De overige risico's zijn in het RAM aangemerkt als risico's met een verhoogde impact. Deze risico's en het risico met betrekking tot tijdigheid van de zorg zijn daarom vertaald naar onderzoeksvragen. Die zijn te vinden in de betreffende hoofdstukken.

1.3 Doelstelling onderzoek

Het thematisch onderzoek kent de volgende doelstellingen:

1. Inventariseren hoe zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht. Dit geeft een beeld op macro-niveau van de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel.
2. Krijgen van een eerste beeld van de invulling van de zorgplicht per individuele zorgverzekeraar. Over het algemeen is het nog te vroeg om verregaande conclusies aan de invulling van de zorgplicht te verbinden. De zorgplicht kent namelijk weinig concrete formele normen, wat het moeilijk maakt een oordeel te vellen of wel of niet voldoende invulling gegeven wordt aan de zorgplicht (zie paragraaf 1.2.2). Als een zorgverzekeraar echter duidelijk het minimumniveau niet haalt, is er reden tot toezichtsacties.
3. Gebruiken van de uitkomsten van dit onderzoek voor de nadere invulling van het toezichtskader met betrekking tot de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars.
4. Gebruiken van de bevindingen voor het signaaltoezicht van de NZa. Op deze wijze kan de NZa vervolgens beter reageren op ad-hoc signalen vanuit de samenleving.

⁶ In dit rapport is dit risico aangepast aan de laatste inzichten en wijkt daarmee af van de omschrijving zoals opgenomen in de brochure 'Toelichting RisicoAnalyseModel Zorgverzekeringswet 2007'.

⁷ Voor meer informatie over het RAM zie de brochure "Toelichting RisicoAnalysemodel Zorgverzekeringswet 2007".

Verder betreft de NZa de resultaten in de herijking van het RAM en in haar samenvattend rapport Zvw 2006. Tenslotte leiden de bevindingen tot aanbevelingen aan zorgverzekeraars.

1.4 Onderzoeksmethodiek

Bij de keuze voor een bepaalde onderzoeksmethodiek heeft de NZa het volgende uitgangspunt gehanteerd. De NZa wil een zo volledig mogelijk beeld van de invulling van de zorgplicht geven, maar wil de administratieve lasten voor zorgverzekeraars zoveel mogelijk beperken.

Voor een zo volledig mogelijk beeld is er voor gekozen het onderzoek onder alle drie belangrijke partijen binnen het zorgstelsel uit te voeren. In onderstaande paragrafen is beschreven hoe informatie van deze partijen (zorgverzekeraars, consumenten en zorgaanbieders) in het onderzoek betrokken is. Om tegelijkertijd de lastendruk te beperken is gekozen voor het zoveel mogelijk gebruiken van bestaande bronnen. Ook heeft om deze reden geen onderzoek ter plaatse plaatsgevonden.

Voor het onderzoek naar het maken van kwaliteitsafspraken heeft de NZa zich beperkt tot de ziekenhuiszorg.

1.4.1 Zorgverzekeraars

Voor informatie over zorgverzekeraars is gebruik gemaakt van bronnen waar de NZa reeds over beschikt⁸ en van onderzoek onder de zorgverzekeraars. Het onderzoek onder de zorgverzekeraars heeft plaatsgevonden door middel van een beknopte enquête.⁹ Waar nodig is vervolgens nog aanvullende informatie of een toelichting opgevraagd. In een enkel geval is een interview ter plaatse gehouden.¹⁰ Ook heeft de NZa gebruik gemaakt van de informatie over hoe zorgverzekeraars vóór de stelselwijziging invulling gaven aan de zorgplicht, wat betreft kwaliteit. De NZa gaat er daarbij niet vanuit dat er bij zorgverzekeraars niets is veranderd, maar veronderstelt wel enige mate van continuïteit in de invulling van de zorgplicht.

1.4.2 Consumenten

Om te achterhalen welke knelpunten consumenten met betrekking tot de zorgplicht ervaren, zijn gesprekken gevoerd met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond. Ook is de database van de NZa met klachten en signalen van consumenten geraadpleegd. Voor meer informatie over de invoering van het PGB is een gesprek gevoerd met Per Saldo, de belangenvereniging van persoonsgebonden budgethouders. De bevindingen, die uit de informatiebronnen naar voren kwamen, zijn in deze rapportage verwerkt en ook gebruikt als aandachtspunten bij het onderzoek onder de zorgverzekeraars, zoals het opstellen van de enquête.

⁸ Dit zijn onder andere de polisvoorwaarden en reglementen, de invulling van de Locale Productie Component (LPC), gegevens over wachtlijsten en productieafspraken, ontvangen signalen en onderzoeksrapportages van de NZa.

⁹ Alle zorgverzekeraars zijn betrokken in het onderzoek, behoudens dat zorgverzekeraars die uit meerdere rechtspersonen bestonden als één rechtspersoon behandeld zijn. Tenzij anders vermeld, wordt uitgegaan van 30 verzekeraars.

¹⁰ Zorgverzekeraars moeten zich door middel van een maatschappelijk verslag ook verantwoorden over hun zorgplicht, maar deze verslagen waren nog niet beschikbaar in het eerste halfjaar van 2007.

1.4.3 Zorgaanbieders

Vanwege hun poortwachtersfunctie is onderzocht wat de ervaringen zijn van huisartsen met de toestemmingsprocedures van zorgverzekeraars. Hiertoe heeft de NZa vragen gesteld aan een groep huisartsen die ook voor de Monitor Huisartsenzorg van de NZa zijn geënquêteerd. Verder heeft de NZa de eigen database met klachten en signalen van zorgaanbieders geraadpleegd. Deze informatiebron, met onder andere signalen over machtigingsprocedures voor plastische chirurgie, is tevens betrokken bij een gesprek met de Orde van Medisch Specialisten. Voor het onderdeel kwaliteit van de zorgplicht heeft de NZa ook de bevindingen van de monitors B-segment en ZBC's gehanteerd om inzicht te krijgen in de zorginkoop van zorgverzekeraars.¹¹

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk twee behandelt de bevindingen over de toegang tot de (vergoeding van) zorg. In het derde hoofdstuk staat de kwaliteit van zorg centraal. Vervolgens komt in hoofdstuk vier de ontwikkeling van productieafspraken en wachttijdontwikkeling bij plastische chirurgie aan de orde. Hoofdstuk 5 beschrijft de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan het PGB.

¹¹ NZa, Monitorspecial ZBC's, januari 2007; NZa, Monitor B-segment, juni 2007

2. Toegang tot de zorg

Bevindingen en acties NZa

- Zorgverzekeraars stellen toestemmingseisen aan grotendeels dezelfde vormen van zorg.
- De procedures van zorgverzekeraars voor de beoordeling van toestemmingsverzoeken verschillen weinig.
- De zorgverzekeraars betrekken daarbij over het algemeen in voldoende mate zorginhoudelijke kennis.
- Het relatief aantal afwijzingen verschilt per zorgverzekeraar. De NZa heeft geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars onterecht streng zijn.
- Zorgverzekeraars moeten de complexiteit en duur van toestemmingsprocedures beperken door goede afspraken met zorgverleners te maken en verzekerden vooraf heldere informatie te verschaffen.
- Een aantal zorgverzekeraars beoordeelt opnieuw het recht op een verstrekking na een overstap. De NZa spreekt deze zorgverzekeraars daarop aan en neemt desgewenst toezichtmaatregelen.

2.1 Inleiding

De zorgplicht geeft zorgverzekeraars de verplichting (vergoeding van) zorg, zoals bepaald in de Zvw, te verstrekken. De Zvw geeft de zorgverzekeraar een redelijke mate van vrijheid om deze verplichting in te vullen. Uit de relevante wetgeving is ook een aantal normen en uitgangspunten af te leiden met betrekking tot de toegang tot de zorg.¹²

Normen

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij die zorg leveren of vergoeden die tot de verzekerde (Zvw) prestaties behoort. Om te beoordelen of een verzekerde recht heeft op (vergoeding van) een bepaalde verzekerde prestatie, kan de zorgverzekeraar een verwijzing van een arts of voorafgaande toestemming eisen. Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomsten op te nemen voor welke zorgvormen hij een vorm van toetsing wenst. Dit moet uiteraard wel conform de geldende wet -en regelgeving gebeuren. Voor niet-acute medisch-specialistische zorg geldt dat verwijzing verplicht is door in de modelovereenkomst aangewezen categorie zorgaanbieders. De huisarts moet daar in ieder geval als verwijzer in staan.

Een belangrijke voorwaarde in de Zvw is dat de toetsing alleen mag plaatsvinden op basis van zorginhoudelijke criteria. Het is dus niet toegestaan verzekerden (vergoeding van) zorg te weigeren op basis van andere criteria, bijvoorbeeld algemene verzekerdenkenmerken of financiële overwegingen.

De vraag of aanspraak bestaat op (vergoeding van) zorg moet op deskundige wijze beoordeeld worden. Dit impliceert dat een zorgverzekeraar verzekeringsartsen of andere zorginhoudelijk deskundigen in dienst moet nemen of op andere wijze voor hem moet laten werken. Een zorgverzekeraar kan op verschillende manieren

¹² (Memorie van toelichting) Zorgverzekeringswet, artikel 14, pp.110-111, Wet marktordening gezondheidszorg, artikel 23 en 34 en ZN, Addendum Zorgverzekeraars artikel 3.0.3.

invulling geven aan deze verplichting. Deskundigheid van de beoordeling kan geborgd worden door voldoende artsen en tandartsen als medisch en tandheelkundig adviseurs in dienst te hebben voor de behandeling van toestemmingsaanvragen. Verder kan een verzekeraar gebruik maken van ondersteuning van de medisch adviseurs door medewerkers met een zorginhoudelijke achtergrond, zoals paramedici of verpleegkundigen. Bovendien kan een zorgverzekeraar de deskundige beoordeling van het recht op een bepaalde vorm van zorg ook voor hem laten uitvoeren door de behandelend arts.

Met betrekking tot een deskundige beoordeling is het tevens van belang dat op de afdeling die de toestemmingsaanvraag behandelt voldoende personeel met medische achtergrond aanwezig is. Ook bij duidelijk geprotocolleerde toestemmingsaanvragen moet immers geborgd zijn dat de beoordeling plaatsvindt op basis van enkel zorginhoudelijke criteria. Hoewel deze protocollen doorgaans opgesteld zijn door of met nauwe betrokkenheid van medisch adviseurs, moeten de medewerkers op de afdeling voldoende deskundig zijn om deze juist toe te passen. Tenslotte is belangrijk dat alle betrokken medewerkers op de hoogte blijven van de voorwaarden en criteria ten aanzien het geven of weigeren van toestemming.

Een andere voorwaarde volgend uit de Zvw is dat eerder gegeven toestemming van kracht blijft bij een overstap naar een nieuwe verzekeraar. Het is dus niet de bedoeling dat een nieuwe zorgverzekeraar opnieuw een toestemmingsaanvraag eist of een verwijzing of recept. Eind 2006 is namelijk via amendering een vijfde lid aan artikel 14 Zvw toegevoegd om de overstap naar een nieuwe zorgverzekeraar makkelijker te maken. Zo'n bepaling bestond al langer voor hulpmiddelen op grond van een door ZN opgesteld protocol. Eén van de uitgangspunten was dat verzekerden niet zonder hulpmiddel komen te zitten bij de overgang van de ene naar de andere zorgverzekeraar.¹³

Verder geldt dat een zorgverzekeraar uitsluitend informatie mag verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarop die procedure betrekking heeft. Met de inwerkingtreding van de Wmg bestaat er voor consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om bij de NZa beklag in te dienen over onbegrijpelijke, ingewikkelde of overbodige formulieren of procedures. Verwerking van gegevens welke verkregen worden in verband met een verzoek om toestemming, valt onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt echter niet het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens.

2.2 Onderzoeksvragen

Het risico dat zorgverzekeraars ongeoorloofde eisen stellen aan het verkrijgen of vergoeden van zorg is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- In welke mate stellen verzekeraars eisen aan het verkrijgen van zorg of vergoeding van zorg?
- Hanteert de verzekeraar vaste procedures t.a.v. het geven/weigeren van toestemming?
- Is advisering door medisch adviseurs opgenomen in deze procedures en hoe wordt deskundigheid van de beoordeling verder geborgd?

¹³ Zorgverzekeraars Nederland (2006) "Protocol overgang hulpmiddelen bij wisselen van verzekeraar."

- Worden bepaalde aanvragen relatief vaak geweigerd?

Bij het risico dat verzekerden minder zorg of een lagere vergoeding voor zorgkosten krijgen dan waar zij recht op hebben, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

- Zijn er (terechte) klachten of signalen ontvangen dat verzekeraars verzekerden niet de (vergoeding van) zorg toekennen waar ze recht op hebben?

2.3 Procedures

2.3.1 Toestemmingsvereisten

Uit de inventarisatie blijkt dat er weinig verschil zit in de mate waarin zorgverzekeraars toestemming eisen voor bepaalde vormen van zorg. Deze eisen betreffen grotendeels dezelfde verzekerde prestaties. Alle zorgverzekeraars eisen toestemming vooraf bij (bepaalde vormen van) farmaceutische zorg¹⁴, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelenzorg, mondzorg en medisch-specialistische zorg. Bij de laatste verstrekking betreft de toestemmingseis alleen de zogeheten oranje DBC's.¹⁵ Het gaat daarbij voor een belangrijk deel om plastische chirurgie, maar ook om vormen van medisch-specialistische zorg zoals orgaantransplantatie, revalidatie, dialyse en fertiliteitsbevordering. Er zit wel enig onderscheid in de mate waarin een machtiging vooraf geëist wordt voor paramedische zorg. 40% eist toestemming vooraf bij fysiotherapie en 30% bij oefentherapie. Voor dieetadvisering, logopedie en ergotherapie vraagt slechts 7% van de zorgverzekeraars een machtiging.

2.3.2 Toestemmingsprocedures

Alle zorgverzekeraars geven aan dat ze vastgestelde procedures hanteren bij de behandeling van de aanvragen voor vormen van zorg waarvoor toestemming geëist wordt. Deze procedures zijn algemeen bekend in de organisatie. De meeste zorgverzekeraars hebben hier ook kwaliteitsborging in opgenomen.

Dit geeft echter niets weer over de bekendheid van de gehanteerde toestemmingsprocedures bij verzekerden en zorgaanbieders en hoe zij deze ervaren. Daarom kreeg een groep huisartsen de vraag welk beeld zij hebben van de toestemmingsprocedures van zorgverzekeraars. Hieruit blijkt dat 51% van de ondervraagde huisartsen de toestemmingsprocedures redelijk ingewikkeld vindt en 12% zelfs zeer ingewikkeld. Daarnaast heeft 21% van de huisartsen de indruk dat de afhandeling van de toestemmingsaanvraag vier tot zes weken duurt en 5% geeft aan dat dit zelfs meer dan zes weken is.

Kanttekening bij deze bevindingen is dat het hier gaat om hoe huisartsen de procedure en afhandelingstermijnen ervaren. Of een bepaalde termijn onredelijk is of niet hangt van een aantal factoren af. Zo is het voor een snelle afhandeling van belang dat de zorgaanbieder of verzekerde de aanvraag tijdig en volledig indient. Verder is de redelijkheid van een

¹⁴ Over farmaceutische zorg moet nog wel opgemerkt worden dat voor de meeste geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering met ingang van 1 april 2007 de toetsing vooraf via een machtigingsprocedure afgeschaft is. In plaats van een machtigingsprocedure vooraf is een controle door de apotheek gekomen, waarvan de zorgverzekeraar achteraf toetst of deze op juiste wijze uitgevoerd is (Bron: Nieuwsbericht van ZN, d.d. 29 maart 2007).

¹⁵ In geval van oranje DBC's moet door de zorgverzekeraar beoordeeld worden of deze tot het verzekerde pakket behoort. Dit spreekt niet zodanig voor zich, als bij groene DBC's (altijd verzekerde zorg) of rode DBC's (altijd onverzekerde zorg) .

afhandelingstermijn afhankelijk van de complexiteit en acuitheid van de verstrekking. Wanneer een verstrekking vrij acuut nodig is, moet de zorgverzekeraar de toestemmingsaanvraag snel afhandelen. Toetsing vooraf mag immers niet tot onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.

De NZa heeft enkele signalen ontvangen over mogelijk onverantwoorde vertraging van plastisch chirurgische behandelingen. Bij plastische chirurgie doet zich geregeld de vraag voor of een behandeling al dan niet tot het verzekerde pakket behoort. Daarom hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) in februari 2007 gezamenlijk een oplossing ontwikkeld. Deze oplossing bestaat uit het splitsen van (oranje) DBC's in DBC's voor cosmetische ingrepen die niet tot de verzekerde prestaties behoren en voor medisch noodzakelijke ingrepen, die wel tot de verzekerde prestaties behoren. Plastisch chirurgen kunnen deze laatste categorie DBC's dan zonder toestemmingsaanvraag vooraf uitvoeren. Deze oplossing is ontwikkeld met actieve betrokkenheid van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en met instemming van de NZa. De NZa houdt door middel van signaaltoezicht een vinger aan de pols om te kijken of deze oplossing afdoende is.

Voor het beeld van de toestemmingsprocedures onder verzekerden is gesproken met de consumentenbond en de NPCF. Zij hebben opgemerkt dat machtigingsprocedures vaak onduidelijk zijn voor de verzekerden en dat de callcenters van de zorgverzekeraars hier regelmatig onvolledige of onjuiste informatie over verstrekken. Uit het transparantieonderzoek 2006-2007 van de NZa is bovendien gebleken dat ziektekostenverzekeraars onvoldoende tot geen informatie verstrekken over machtigingsprocedures. Ook geven verzekerden aan dat ze de verstrekte informatie weinig transparant vinden. In het richtsnoer Informatieverstrekking geeft de NZa daarom aan toe te zien op volledige, juiste en begrijpelijke informatie over machtigingen.¹⁶

2.3.3 Informatieaanlevering en -verstrekking

Uit de enquête blijkt dat zorgverzekeraars vooral om een verklaring van de arts/medische indicatie en verzekerdegegevens in de toestemmingsaanvraag vragen. In een aantal gevallen vragen zij ook een prijsopgave of kostenraming, aanvullende gegevens of foto's. Wat betreft de verantwoordelijkheid voor de verwerking van deze gegevens plaatst de NZa op basis van de bevindingen uit de enquête vraagtekens bij de scheiding tussen personeel wat bij advisering en wat bij besluitvorming rondom het toestemmingsverzoek betrokken is. Dit aspect neemt de NZa mee in een onderzoek naar de bescherming van persoonsgegevens door zorgverzekeraars.

De toestemmingsaanvraag en daarmee tevens de aanlevering van informatie verloopt bij de helft van de zorgverzekeraars via de zorgaanbieders. Ook het informeren van de verzekerde over de toestemmingsvereisten verloopt bij de helft via de zorgaanbieder. Daarnaast verwijst de verzekeraar de verzekerde naar de polisvoorwaarden en reglementen van de zorgverzekeraar. Andere veelgenoemde informatiebronnen voor verzekerden zijn de website en het callcenter.

¹⁶ NZa, Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007.

2.3.4 Overname toestemming oude verzekeraar

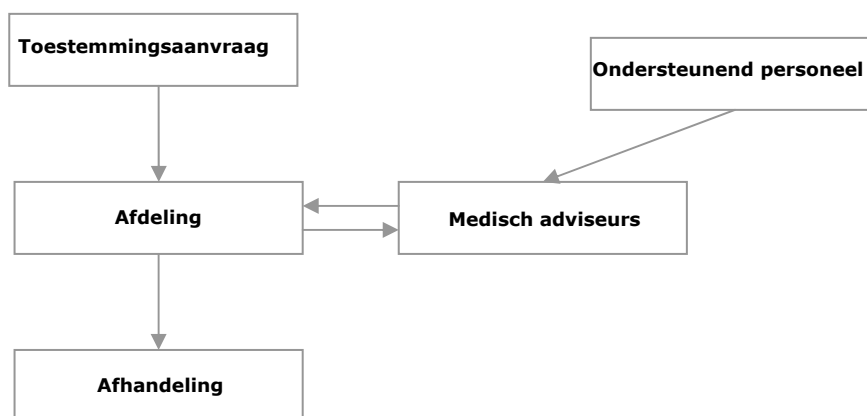
Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat de meeste verzekeraars de toestemming van de oude zorgverzekeraar van de overstappende verzekerde overnemen. Twaalf zorgverzekeraars beoordelen echter opnieuw of aanspraak bestaat op de verstrekking. Als een zorgverzekeraar ervoor kiest opnieuw te beoordelen, zal de verzekerde hier op geen wijze hinder van mogen ondervinden. Dit betreft niet alleen hinder in de vorm van het niet overnemen van reeds gegeven toestemming, maar ook het nogmaals moeten overleggen van een verwijzing of recept. De NZa zal de zorgverzekeraars hierop wijzen bij de aanbieding van dit rapport.

2.4 Beoordeling van de toestemmingsaanvraag

2.4.1 Inrichting beoordeling toestemmingsaanvraag

Onderstaande figuur geeft in grote lijnen weer hoe zorgverzekeraars de organisatie inrichten om deze procedures uit te voeren.¹⁷

Figuur 2.3. Inrichting van de organisatie rondom beoordeling toestemmingsaanvraag.



Bron: enquête onder zorgverzekeraars

De toestemmingsaanvraag komt in het merendeel van de organisaties binnen op een afdeling, die de aanvraag primair in behandeling neemt. Dit kan bijvoorbeeld een afdeling Zorgadministratie, Declaratieverwerking of Machtigingsaanvragen zijn. Voor de afhandeling van deze aanvragen hanteert de zorgverzekeraar een protocol. Bij eenvoudige aanvragen houdt dit in dat de afdeling zelf de aanvraag beoordeelt en afhandelt. Wanneer de aanvraag dusdanig afwijkend of complex is wordt deze voorgelegd aan de medisch of tandheelkundig adviseur(s). Deze geeft advies aan de afdeling, waarna de laatste de aanvraag afhandelt. Definitieve besluitvorming ligt in de meeste gevallen ook bij de betreffende afdeling, maar bij een aantal zorgverzekeraars ook bij de directie.

¹⁷ Er treden wel enige verschillen op met betrekking tot de grootte van de zorgverzekeraar. Bij verzekeraars met een relatief klein verzekerdenaantal kan bijvoorbeeld meer op ad-hoc basis gewerkt worden en ligt het grootste gedeelte van de behandeling bij één afdeling. Bij verzekeraars met een relatief groot aantal verzekerden wordt daarentegen vaker met verdergaande standaardisering en meerdere afdelingen gewerkt.

2.4.2 Deskundige beoordeling

In paragraaf 2.1 is aangegeven dat verzekeraars de verplichting om de toestemmingsaanvraag op deskundige wijze te laten beoordelen op verschillende manieren kunnen invullen. Om inzicht te krijgen in de manier waarop zorgverzekeraars dit doen is eerst geïnventariseerd hoeveel medisch adviseurs betrokken zijn bij de beoordeling. Na correctie voor verschil in het aantal verzekerden, blijken hier aanzienlijke verschillen in op te treden. Hoewel hier geen oorzakelijk verband aangetoond kan worden, valt op dat een paar kleinere zorgverzekeraars (<400.000 verzekerden) relatief veel medisch adviseurs in dienst hebben, waar een aantal grotere concerns (>1.000.000 verzekerden) relatief weinig adviseurs in dienst heeft.

Daar staat tegenover dat grotere zorgverzekeraars in het algemeen relatief veel gebruik maken van ondersteuning van de medisch adviseurs door medewerkers met een zorginhoudelijke achtergrond. Het meest genoemd worden fysiotherapeuten, apothekers, ergotherapeuten en technisch adviseurs (in verband met hulpmiddelen).

Een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven duidelijke afspraken te maken met zorgaanbieders. Binnen deze afspraken is geheel geprotocolleerd hoe om te gaan met machtigingsaanvragen, met inachtneming van de landelijke beoordelingscriteria. De behandelend arts voert op deze manier de deskundige beoordeling uit.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars komt een wisselend beeld naar voren wat betreft de medische achtergrond van de medewerkers. Er zijn afdelingen waar alle medewerkers een medische achtergrond hebben, maar ook afdelingen met een beperkte aanwezigheid van medische kennis. Een kanttekening bij deze bevindingen is dat onduidelijk is wat een zorgverzekeraar onder een medische achtergrond verstaat. Een enkele zorgverzekeraar meent dat een medische achtergrond geborgd is door een cursus "Medische Terminologie" voor de medewerkers. Wanneer dit echter de enige vorm van deskundigheid is, is dit voor de NZa te mager.

Zorgverzekeraars komen wel grotendeels overeen in de mate waarin zij borgen dat alle betrokken medewerkers op de hoogte blijven van de voorwaarden en criteria voor het geven of weigeren van toestemming. Ze maken dan voornamelijk gebruik van een interne database, regelmatig werkoverleg tussen de betrokkenen en bijscholing, bijvoorbeeld door de medisch adviseurs.

Wanneer alle aspecten met betrekking tot de deskundige beoordeling in samenhang bekeken worden, lijken de meeste zorgverzekeraars hier in redelijke mate invulling aan te geven. Een aantal zorgverzekeraars betreft relatief weinig zorginhoudelijke deskundigheid bij de beoordeling. De NZa zal deze zorgverzekeraars nader onderzoeken bij signalen dat dit tot onjuiste beslissingen of onnodige uitvraag van medische gegevens leidt.

2.5 Afhandeling van de toestemmingsaanvraag

2.5.1 Informeren van de verzekerde

De zorgverzekeraar moet de verzekerde op de hoogte brengen van de uitkomst van de beoordeling van de aanvraag. Dit gebeurt in principe altijd schriftelijk. De brief bestaat meestal uit een onderbouwing op individueel niveau, een algemeen gedeelte wat gebruikt wordt in

overeenkomende gevallen en een verwijzing naar het betreffende artikel in de polisvoorwaarden of een combinatie hiervan.

De mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen tegen een beslissing staat in ieder geval altijd vermeld in de polisvoorwaarden. Ruim de helft van de zorgverzekeraars maakt de verzekerde echter ook attent op de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen de beslissing. Dit is niet verplicht, maar wel wenselijk vanuit het oogpunt van verzekerdeninvloed. Voor het behandelen van klachten over de beslissing hanteren zorgverzekeraars standaardprocedure. Meestal zijn die onderdeel van de algemene klachtenprocedure van de zorgverzekeraar.

2.5.2 Afwijzing van de toestemmingsaanvraag

De zorgverzekeringswet biedt ruimte voor de zorgverzekeraars om op verschillende wijze om te gaan met het verstrekkingenbeleid. Uit de gegevens van de zorgverzekeraars over het aantal afwijzingen in 2006 blijkt dat er een behoorlijke spreiding zit in de afwijzingspercentages. Ongeveer de helft van de verzekeraars heeft een afwijzingspercentage rondom het gemiddelde van 13%, maar een aantal zit hier ook ver onder of boven. Het laagste percentage is 0,5% tegen een maximum van 32%.¹⁸

De NZa heeft ter verklaring van deze uiteenlopende percentages gezocht naar verbanden met andere factoren, zoals de solvabiliteitspositie van de zorgverzekeraar en het aantal toegekende klachten en geschillen bij de SKGZ. Ook heeft de NZa ontvangen signalen met betrekking tot dit onderwerp bestudeerd. Met deze gegevens kon ze echter geen directe relatie aantonen tussen deze factoren en het hebben van relatief hoge en lage afwijzingspercentages.

Eén zorgverzekeraar gaf bij nadere uitvraag aan het afwijzingspercentage laag te houden door veel met verzekerden en aanbieders te communiceren. Als deze partijen goed op de hoogte zijn van het toestemmingsbeleid van de zorgverzekeraar, kan dit het aantal afwijzingen beperken. Bij de zorgverzekeraar komen dan vooral toestemmingsaanvragen die hij ook goedkeurt.

Hoewel er dus een aanzienlijke variatie zit tussen de percentages afwijzingen van de toestemmingsaanvraag, zit er weinig variatie in de verstrekkingen waarop deze afwijzingen vooral betrekking hebben volgens de zorgverzekeraars. De verstrekkingen, waar relatief het meest toestemming voor geweigerd wordt, zijn:

- hulpmiddelenzorg;
- fysiotherapie;
- medisch-specialistische zorg, vooral plastische chirurgie.

De door zorgverzekeraars genoemde verstrekkingen komen overeen met de door huisartsen genoemde verstrekkingen met hoge afwijzingspercentages. Bovendien geldt voor alle genoemde verstrekkingen dat hier ook machtigingsprocedures voor gelden.

Een voor de hand liggende verklaring voor de verstrekkingen is dat niet altijd eenvoudig vast te stellen is of de zorg tot het wettelijk pakket behoort. In geval van deze verstrekkingen is dit vaak niet zwart-wit en is toetsing noodzakelijk.

De meeste genoemde redenen voor het afwijzen van een toestemmingsaanvraag zijn:

1. Medische indicatie of noodzakelijkheid ontbreekt.
2. Aanvraag betreft geen verzekerde prestatie.

¹⁸ Bij deze gegevens moet wel opgemerkt worden dat van 23 zorgverzekeraars gegevens over weigeringen zijn ontvangen. Andere zorgverzekeraars gaven aan dat deze gegevens niet of alleen in tekstvelden geregistreerd worden. Ook zouden de zorgverzekeraars verschillende definities ten aanzien van afwijzingen kunnen hanteren.

3. Aanvraag voldoet niet aan de gestelde criteria, bijvoorbeeld het bijvoegen van een medische verklaring.

Er is geen relatie te ontdekken tussen de lijst met bovengenoemde verstrekkingen en groepen van verzekerden met voorspelbare verliezen.¹⁹

Hoewel een zorgverzekeraar niet mag afwijzen op grond van financiële overwegingen, zou het verliesgevend zijn van bepaalde groepen in het risicovereveningssysteem kunnen aanzetten tot het strenger beoordelen van de toestemmingsaanvraag betreffende deze groepen. Dit lijkt dus niet het geval te zijn.

2.6 Beperkingen in de (vergoeding van) zorg

Of verzekerden minder zorg of een lagere vergoeding voor zorgkosten krijgen dan waar zij recht op hebben, is onderzocht op basis van door de NZa ontvangen klachten en signalen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er weinig klachten en signalen met betrekking tot dit onderwerp ontvangen zijn. Ook heeft dit risico de aandacht bij de jaarlijkse controle van de NZa van de vereveningsopgave van zorgverzekeraar. De uitkomsten daarvan komen later in 2007 beschikbaar.

2.7 Conclusies

De zorgplicht geeft zorgverzekeraars de verplichting (vergoeding van) zorg, zoals bepaald in de Zvw, te verstrekken wanneer verzekerde hier aanspraak op maakt. In procedurele zin verschillen de zorgverzekeraars weinig.

Zij stellen toestemmingseisen aan grotendeels dezelfde verzekerde prestaties, waarop ook de afwijzingen van de toestemmingsaanvraag voornamelijk betrekking hebben. Deze behoren niet standaard tot verzekerde of onverzekerde zorg. De zorgverzekeraars moeten dus individuele verzoeken tot toestemming van verzekerden beoordelen. Het beoordelen van aanvragen van verzekerden gebeurt met behulp van vastgestelde en algemeen bekende procedures. Door bestudering van deze procedures constateert de NZa dat zorgverzekeraars op redelijke wijze toestemmingsvereisten stellen.

De inrichting van de organisatie rondom het beoordelen van de toestemmingsaanvraag komt in grote lijnen overeen en verzekeraars lijken die op degelijke wijze vorm te geven. Met betrekking tot het geven van invulling aan de verplichting tot beoordeling op deskundige wijze, komt een wisselend beeld naar voren op de verschillende aspecten (aantal medisch adviseurs, zorginhoudelijke ondersteuning e.d.). De meeste zorgverzekeraars blijken alles bij elkaar bekeken op hun eigen manier in redelijke mate invulling te geven aan de verplichting.

Vergeleken met de overeenkomsten bij beoordeling van de toestemmingsaanvraag, vallen de uiteenlopende afwijzingspercentages van zorgverzekeraars op. De zorgverzekeringwet biedt ruimte voor de zorgverzekeraars om coulant of juist streng om te gaan met het verstrekkingenbeleid. Uitgangspunt moet echter altijd zijn dat een verzekerde recht heeft op prestaties volgens de Zvw als dat medisch noodzakelijk is.

¹⁹ Stam, P.J.A. en Van de Ven, W.P.M.M. (2005) Risicoverevening in de zorgverzekering, een evaluatie en oplossingen voor verbetering, uitgevoerd in opdracht van de NPCF.

De NZa heeft voornamelijk geen aanwijzingen dat de zorgverzekeraars onterecht streng omgaan met het verstrekkingenbeleid. Wanneer een verzekeraar dit wel doet in de ogen van verzekerde, kan hij bezwaar maken via het indienen van een klacht en vervolgens via de SKGZ en rechter. De NZa vindt het wenselijk dat verzekerden bij afwijzing van de toestemmingsaanvraag attent gemaakt worden op de mogelijkheid bezwaar te maken.

Bovendien krijgen de zorgverzekeraars met relatief hoge afwijzingspercentages verhoogde aandacht binnen het signaaltoezicht van de NZa. Als daar aanleiding voor is, controleert de NZa bij het onderzoek van de verantwoordingsdocumenten Zvw of de zorgverzekeraars geen coulancebetalingen inbrengen in de verevening.

Hoe degelijk de gehanteerde procedures ook zijn, geëquëerde huisartsen ervaren deze veelal als redelijk tot zeer ingewikkeld. Ook bestaat onder een deel van de huisartsen de indruk dat de afhandeling van de toestemmingsaanvraag vier tot zes weken of langer nodig heeft. De NZa geeft op basis van deze percepties geen oordeel over de complexiteit of afhandelingstermijn van de gehanteerde procedures. Wel benadrukt de NZa het volgende:

- Ten eerste zijn duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over toestemmingsprocedures van belang. Het aantal afwijzingen kan daardoor dalen omdat vooraf duidelijk is waarop de zorgverzekeraar toetst.
- Ten tweede vraagt de NZa zorgverzekeraars hun toestemmingsprocedures zo eenvoudig mogelijk te houden. Zo kunnen administratieve lasten voor alle betrokken partijen verminderen en dat kan de afhandelingstermijnen verkorten. De NZa benadrukt dat toetsing vooraf niet tot onverantwoorde vertraging van een medisch noodzakelijke behandeling mag leiden.
- Tenslotte verplicht de NZa de zorgverzekeraars juiste, volledige en begrijpelijke informatie aan verzekerden te verstrekken over machtigingsprocedures.

Een aantal zorgverzekeraars beoordeelt opnieuw het recht op een verstrekking nadat een verzekerde is overgestapt. De NZa zal de zorgverzekeraars er op wijzen dat dit in strijd is met de regelgeving en ze zal zondig toezichtsmaatregelen nemen.

3. Kwaliteit

Bevindingen en acties NZa

- De structurele borging van de kwaliteit van gecontracteerde zorg door zorgverzekeraars moet verbeteren. De NZa heeft verschillende suggesties gedaan om kwaliteit van zorg prominenter op de agenda van zorgverzekeraars te krijgen.
- Afspraken over kwaliteit van ziekenhuiszorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan vooral over kwaliteitsindicatoren.
- Zorgverzekeraars hebben een kwaliteitsbeleid voor de benutting van de lokale productiegebonden component (LPC).
- Zorgverzekeraars controleren de kwaliteit van ZBC's.
- Uit onderzoek van de NZa naar kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer blijkt dat meerdere zorgverzekeraars de problemen herkennen. Zij hebben inmiddels maatregelen getroffen om de kwaliteit van zorg weer voldoende te waarborgen.

3.1 Inleiding

Zorgverzekeraars moeten er voor zorgen dat hun verzekerden goede zorg krijgen. Bij de contractering van zorgaanbieders moeten zorgverzekeraars dan ook niet alleen afspraken maken over de prijs van de zorg, maar ook over de kwaliteit.

Normen

Voor de kwaliteit van zorg draagt primair de zorgaanbieder verantwoordelijkheid. Voor het normenkader met betrekking tot kwaliteit is het van belang of het gaat om een situatie met een polis met gecontracteerde zorg of één zonder gecontracteerde zorg.

Bij een polis met gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar in gevolge de Zvw zekerstellen dat de zorg die verzekerden krijgen als goed kan worden gekwalificeerd. Niet alleen de prijs maar ook het kwaliteitsaspect moeten dus een belangrijke rol spelen bij het inkopen van zorg.

Voor de manier waarop zorgverzekeraars aandacht besteden aan kwaliteit bij de contractering van zorgaanbieders bestaan geen specifieke wettelijke normen. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) heeft tot aan de invoering van de Zvw de prestaties van zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg gerangschikt aan de hand van een set van aandachtspunten. Deze zijn gedeeltelijk ook voor dit onderzoek gebruikt. Het gaat daarbij met name om het maken van afspraken over kwaliteit van zorg, het gebruik van de LPC²⁰ en het kwaliteitsbeleid voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's)²¹.

²⁰ De LPC betreft de (maximaal) 5% van het variabele budget waarover zorgverzekeraars en ziekenhuizen extra afspraken op het overeengekomen budget maken. De LPC kan worden aangewend voor projecten en initiatieven waarvoor geen dekking wordt gekregen via de parameters van het FB-budget (NZa, Beleidsregel I-613). Door het vrije karakter is de LPC bij uitstek geschikt voor extra investeringen in kwaliteit. Vanwege veranderingen in de financiering van ziekenhuizen per 1 januari 2009 kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de LPC geen extra afspraken op het overeengekomen budget meer maken.

²¹ ZBC's vormen in toenemende mate een alternatief voor algemene ziekenhuizen. Bij bemiddeling vormen ZBC's voor zorgverzekeraars een aantrekkelijke optie. De NZa heeft eerder op basis van IGZ-rapporten gemeld dat de kwaliteit van ZBC's op enkele aspecten nog achterblijft bij ziekenhuizen (NZa, Monitor special De rol van zbc's in de ziekenhuiszorg, 2007). De brancheorganisatie ZKN heeft inmiddels een

Als het gaat om een polis zonder gecontracteerde zorg zijn de verplichtingen voor de zorgverzekeraar anders. De Zvw bepaalt dat bij een polis met niet-gecontracteerde zorg er vanuit de verzekering gezien alleen een relatie tussen verzekerde en zijn zorgverzekeraar is. Vanuit de zorg gezien is er alleen een relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde. De zorgverzekeraar staat daarbuiten. De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren en voldoen aan de wettelijke eisen voor kwaliteit van zorg (Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen). Vanuit kwaliteitsbewaking speelt alleen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een rol. Bij de levering van zorg moet ervan worden uitgegaan dat de verzekerde er ook zelf op let dat hij zich voor zijn zorg wendt tot een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar of instelling.

Voor de zorgverzekeraar geldt wel de verplichting dat hij de verzekerde bij zorgbemiddeling niet naar een hulpverlener stuurt die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. Als een zorgverzekeraar in dit opzicht in de fout gaat en een verzekerde zich benadeeld voelt, kan de verzekerde naar de rechter stappen.

In 2007 heeft ongeveer 85% van de verzekerden een polis met gecontracteerde zorg.²² In deze rapportage beperkt de NZa zich dan ook tot activiteiten van zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg. De NZa heeft geen signalen van verzekerden ontvangen die ontevreden waren over de kwaliteit van zorgaanbieders na bemiddeling door de zorgverzekeraar.

De verhouding IGZ-NZa

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. De bevoegdheden van de IGZ zijn in de Kwaliteitswet Zorginstellingen neergelegd. Het toezicht van de IGZ focust vooral op het bewaken van de grens van de minimaal noodzakelijke kwaliteit van de zorg.

De NZa volgt het oordeel over de kwaliteit van zorg van de IGZ. De NZa heeft als marktmeester de taak om toe te zien op de aanwezigheid van voldoende marktprikkels die partijen motiveren tot het leveren en afnemen van zorg met een optimale prijs/kwaliteit verhouding. Eén van die prikkels is voldoende transparantie. De NZa heeft over de aanwezigheid van transparantie in verschillende monitors gepubliceerd.²³ De NZa heeft als toezichthouder op de rechtmatige uitvoering van de Zvw ook de taak om na te gaan of zorgverzekeraars voldoende invulling geven aan hun wettelijke plicht om kwaliteit bij de inkoop van zorg te betrekken als onderdeel van hun zorgplicht.

3.2 Onderzoeksvragen

Het risico met betrekking tot kwaliteit is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- Welke afspraken maken zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de kwaliteit van de te leveren zorg?
- Sturen zorgverzekeraars in hun contracteerbeleid bij de afspraken over de LPC aan op kwaliteit van zorg?
- Wat is het kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars bij de contractering van ZBC's?

kwaliteitskeurmerk ontwikkeld. Gezien deze situatie moeten zorgverzekeraars ten eerste een kwaliteitscontrole uitvoeren bij het contracteren om vast te stellen of ZBC's een minimaal gewenste kwaliteit leveren. Ten tweede moeten verzekeraars afspraken maken om goede zorg aan verzekerden te kunnen borgen.

²² NZa, De balans 2007. Monitor zorgverzekeringmarkt, juni 2007

²³ Monitors Zorgverzekeringmarkt, B-segment, fysiotherapie etc

- Hebben zorgverzekeraars een beleid hoe ze moeten omgaan met kwaliteitsproblemen bij een gecontracteerde zorgaanbieder?

3.3 Afspraken

3.3.1 Stand van zaken voor de stelselwijziging

In de jaren voorafgaand aan de stelselwijziging heeft het CTZ ruim aandacht besteed aan het maken van kwaliteitsafspraken door de toenmalige ziekenfondsen. De stand van zaken in 2002 was dat zorgverzekeraars projectmatig betrokken waren bij kwaliteitsbevordering. Zij hadden deze activiteiten echter niet ingebed in een aanpak die garandeerde dat verzekerden kwalitatief goede zorg ontvangen.²⁴ Het CTZ eiste daarop dat zorgverzekeraars zelf verbeteringen door moesten voeren door:

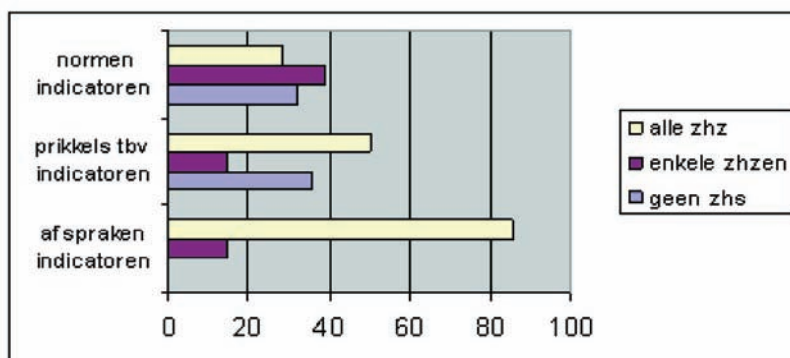
- kwaliteitsbeleid strategisch te prioriteren;
- te investeren in expertise;
- eigen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen;
- de inzichten van patiënten- en consumentenorganisaties beter te benutten.

Vervolgens zijn zorgverzekeraars aan de slag gegaan met plannen van aanpak voor het maken van kwaliteitsafspraken. Dat zorgde voor vooruitgang, maar het daadwerkelijk maken van kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders bleef daarbij achter.²⁵ Onderzoek naar de prestaties van zorgverzekeraars bij de kwaliteit van ziekenhuiszorg toonde aan dat het merendeel van de zorgverzekeraars in zeer beperkte mate kwaliteitsafspraken maakte met ziekenhuizen over innovatieve projecten, ketenzorg en servicegerichtheid. Over effectiviteit en veiligheid van de zorg maakten ze geen afspraken.²⁶

3.3.2 Stand van zaken 2006/2007

Na de stelselwijziging maken zorgverzekeraars vooral afspraken over de invulling van kwaliteitsindicatoren. In mindere mate verbinden zorgverzekeraars prikkels aan het aanleveren van kwaliteitsindicatoren en hanteren zij minimum- en/of maximumnormen (zie figuur 3.1). Daar waar verzekeraars aangeven dat zij bij enkele ziekenhuizen normen voor indicatoren hanteren gaat het meestal om ziekenhuizen waarvoor zij van oudsher marktleider zijn.

Figuur 3.1. Aantal zorgverzekeraars met afspraken over kwaliteitsindicatoren in 2006 (in %)



Bron: opgave verzekeraars aan NZa

²⁴ CTZ, De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg, juli 2003

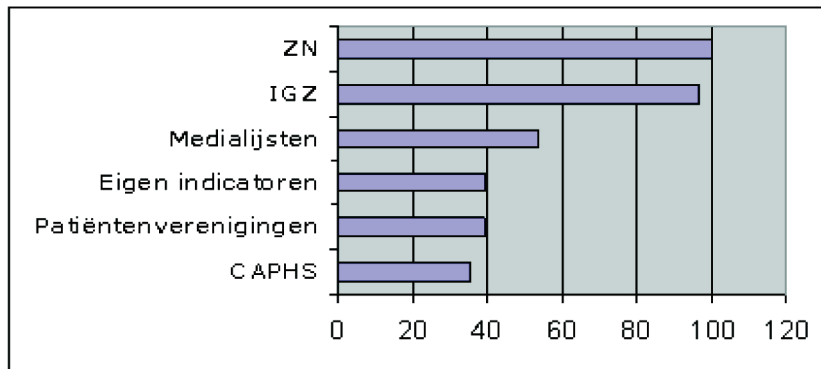
²⁵ CTZ, Algemeen rapport uitvoering Ziekenfondswet 2003, oktober 2004

²⁶ CTZ, Prestaties zorgverzekeraars bij inkoop ziekenhuiszorg, november 2004

Een verzekeraar hanteert positieve prikkels om de kwaliteitsindicatoren door de zorgaanbieder te laten vullen. Ziekenhuizen met een puntenaantal boven een bepaalde grens komen in aanmerking voor het predikaat voorkeursaanbieder.

De NZa heeft zorgverzekeraars gevraagd welke indicatoren zij gebruiken bij de inkoop van ziekenhuiszorg (zie figuur 3.2). Zij gebruiken vooral de indicatoren van ZN en de IGZ, maar zij vormen ook een oordeel op basis van informatie uit de media, eigen indicatoren en indicatoren van patiëntenverenigingen. Het minst gebruiken zij de informatie uit CAHP's (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Deze informatie is pas sinds kort beschikbaar, hoewel de ontwikkeling ervan wel de aandacht heeft van verschillende partijen. Hiervoor is in april 2007 officieel een gestandaardiseerde systematiek geïntroduceerd, de CQ-index.^{27 28}

Figuur 3.2. Het gebruik van prestatie-indicatoren door zorgverzekeraars in 2006 (in %)²⁹



Bron: opgave verzekeraars aan NZa

Naast afspraken over de aanlevering van kwaliteitsindicatoren geven zorgverzekeraars aan dat ze ook afspraken over kwaliteitsverbeteringen en aanpassingen van zorgprofielen in DBC's maken.³⁰

De NZa heeft verzekeraars niet gevraagd de kwaliteitsafspraken verder te specificeren. De NZa gaat er vanuit dat zorgverzekeraars ook de kwaliteitsafspraken die zij in het kader van de LPC maken bedoelen. Deze afspraken blijven grotendeels beperkt tot enkele ziekenhuizen, namelijk die waarmee de zorgverzekeraar van oudsher als marktleider mee te maken heeft. Op andere LPC-afspraken liften zorgverzekeraars mee via het systeem van regiovertegenwoordiging. De afspraken over kwaliteitsverbeteringen kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld Sneller Beter- initiatieven. Voorbeelden in het B-segment zijn het meten van patiënttevredenheid en service aan de patiënt.

De NZa schat dat het aantal afspraken over zorgprofielen beperkt is. Uit de monitor B-segment van de NZa blijkt dat partijen de zorgprofielen

²⁷ CAHPS is uit de VS afkomstige meettechniek, net zoals de Quote. In Nederland is voor het meten van patiëntenervaringen gekozen om aspecten van zowel de CAHPS als de QUOTE te bundelen. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van de landelijke Consumer Quote (CQ)-index meetstandaard.

²⁸ De indicatoren geven zorgverzekeraars vooral inzicht in de kwaliteit van ziekenhuizen. De NZa heeft gepleit voor verbreding naar ZBC's. NZa, Monitorspecial ZBC's, januari 2007

²⁹ De indicatoren van ZN en IGZ zijn grotendeels gelijk aan elkaar. Het verschil is dat ZN indicatoren toespitst op het zogeheten B-segment.

³⁰ Een zorgprofiel is het specifieke geheel van activiteiten waaruit de DBC bestaat.

vaak te complex vinden om over te onderhandelen. Tijdens de onderhandelingen bestond zowel in 2006 als 2007 weinig aandacht voor zorgprofielen. Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat ze het zorgprofiel zelf bepalen en dat er geen verschillen tussen zorgverzekeraars mogelijk zijn.³¹

Zorgverzekeraars maken over het algemeen afspraken over controle op de naleving van kwaliteitsafspraken. Ongeveer de helft verbindt prikkels aan het nakomen van kwaliteitsafspraken door de zorgaanbieder. Uit de monitor B-segment blijkt echter dat daadwerkelijke controle op naleving voor wat betreft het B-segment beperkt blijft.³¹

De stand van zaken anno 2006 geeft aan dat de aandacht voor kwaliteit van zorg bij zorgverzekeraars moet verbeteren. De NZa heeft al verschillende keren vastgesteld dat verzekeraars hun rol als kritische inkoper onvoldoende waarmaken, deels als gevolg van belemmeringen in de geldende wet- en regelgeving. Om voordelen te kunnen bedingen bij zorgaanbieders, is het voor verzekeraars belangrijk dat zij consumenten kunnen stimuleren naar bepaalde gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders te gaan. Dit wordt door de NZa keuzeondersteuning genoemd. De NZa vindt keuzeondersteuning essentieel om de kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen te kunnen behalen die het nieuwe zorgstelsel beoogt. De NZa wil de randvoorwaarden voor keuzeondersteuning verbeteren. Daarom zet de NZa zelf vervolgstappen:

- De NZa onderzoekt zelf systematisch op welke zorginkoopmarkten meer onderhandelingsvrijheid mogelijk is. Ook stelt de NZa een normenkader op om vast te stellen of de consument over voldoende informatie over kwaliteit beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie in een specifieke zorgmarkt/sector onvoldoende blijkt, zal de NZa marktpartijen hierop aanspreken. Als de transparantie ook dan onvoldoende blijft, zal de NZa dwingende maatregelen nemen.
- De NZa adviseert VWS om te bekijken op welke markten liberalisering en deregulering mogelijk is. Ook adviseert de NZa een verdere afbouw van vereveningsmechanismen om zorgverzekeraars te prikkelen goede zorg in te kopen.³²
- De NZa adviseert zorgverzekeraars om verzekerden de verschillen in inhoud van polissen goed duidelijk te maken en meer differentiatie in het aanbod van polissen aan te brengen.
- De NZa adviseert verzekeraars om huisartsen beter te informeren over het beschikbare zorgaanbod en hen te betrekken bij hun inkoopbeleid. De NZa wil hiervoor een experiment opstarten.

3.4 Kwaliteitsbeleid LPC

De zorgverzekeraars hebben een beleid geformuleerd voor de invulling van de LPC. Daarin speelt kwaliteitsverbetering een belangrijke rol, in verschillende vormen. Niet alleen gaat het om afspraken over de financiering van kwaliteitsprojecten. In een aantal gevallen besteden de verzekeraars ook aandacht aan de verspreiding van zogeheten 'best practices'.

De uitgangspunten van verschillende zorgverzekeraars voor de invulling van de LPC lijken vaak sterk op elkaar. De algemene lijn is dat zorgverzekeraars vanaf 2006 meer prioriteit willen geven aan kwaliteit en innovatie en minder aan wachttijdvermindering. De problemen met wachttijden zijn namelijk minder urgent geworden. Soms kiest een zorgverzekeraar voor een geheel eigen invulling. Eén zorgverzekeraar

³¹ NZa, Monitor B-segment, juni 2007

³² Zie NZa, Richting geven aan keuzes, 2007.

houdt bijvoorbeeld alle lopende projecten tegen het licht en laat zorgaanbieders weten dat ze de nieuwe voorstellen voor de LPC beoordeelt met behulp van een aantal nieuwe kwaliteitscriteria.

Uit een analyse van de daadwerkelijke invulling van de lokale productiegebonden component blijkt dat ongeveer 40% van de LPC besteed wordt aan initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.³³

3.5 Kwaliteitsbeleid ZBC's

Zorgverzekeraars kunnen de kwaliteit van ZBC's controleren door zich op de hoogte te stellen van aspecten als deskundigheid van personeel, infectiepreventie, klachtenprocedures, achterwacht voor de zorgcontinuïteit, en informatieverstrekking aan patiënten. Alle zorgverzekeraars bevestigen dat zij de kwaliteit van ZBC's controleren als zij hen contracteren. Daarbij maken zij gebruik van eigen vragenlijsten, beoordelingen door de eigen medisch adviseurs en rapporten van de IGZ. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat niet tot contractering over zijn gegaan vanwege kwaliteitsproblemen.

Deze controle op de kwaliteit van ZBC's is iets anders dan het onderhandelen over de kwaliteit van de zorg die ZBC's leveren. In de Monitorspecial ZBC's concludeert de NZa dat de rol van kwaliteit in de contractonderhandelingen 2006 met ZBC's niet veel groter is geworden dan in 2005. Zorgverzekeraars zijn echter wel geïnteresseerd in kwaliteit. Met het ontstaan van kwaliteitsindicatoren is het gemakkelijker de kwaliteit van zorg te betrekken in de onderhandelingen.³⁴

3.6 Kwaliteitsproblemen bij zorgaanbieders

3.6.1 Algemene insteek van zorgverzekeraars

Ongeveer 75% van de zorgverzekeraars heeft te maken met een zorgaanbieder met toezichtsmaatregelen van de IGZ zoals verscherpt toezicht. Hoe de zorgverzekeraars hiermee omgaan in hun contracteerbeleid is afhankelijk van het type zorgaanbieder. Bij contractering van de ziekenhuizen in de regio staan de kwaliteitsproblemen op de agenda van de zorgverzekeraar die marktleider is. Over het algemeen verzoekt de zorgverzekeraar om terugkoppeling in reguliere overleggen over het plan van aanpak of andere verbeterafspraken voor de opheffing van het verscherpt toezicht van de IGZ. Zorgaanbieder en verzekeraar staan stil bij de gevolgen voor de productie. Buiten de 'eigen' regio laten de zorgverzekeraars dit over aan de andere marktleiders en ZN- regiovertegenwoordigers.

3.6.2 Kwaliteitsproblemen bij andere zorgaanbieders

De NZa heeft in 2007 nader onderzoek gedaan naar problemen bij zittend ziekenvervoer. Vervoersbedrijven die door zorgverzekeraars zijn gecontracteerd zouden patiënten te lang laten wachten. Deze problemen deden zich voor bij Connexxion, dat voor het vervoer van verzekerden door een aantal zorgverzekeraars gecontracteerd is. De NZa heeft

³³ Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens is nodig. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen vullen de formulieren voor de lpc-projecten niet altijd eenduidig en volledig in.

³⁴ NZa, Monitorspecial ZBC's, januari 2007. Daarin staat ook aangegeven dat de koepel van ZBC's een kwaliteitskeurmerk heeft ontwikkeld dat uitgaat van het kwaliteitsniveau van algemene ziekenhuizen.

daarop onderzocht hoe wijdverspreid de problematiek is en hoe de verschillende zorgverzekeraars hiermee omgaan.

Uit het onderzoek blijkt dat meerdere zorgverzekeraars de geschetste problematiek herkennen en dat zij maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit van zorg weer voldoende te waarborgen. Naar aanleiding van dit onderzoek ziet de NZa momenteel geen reden voor ingrijpen bij de zorgverzekeraars, maar ze zal de situatie nauwlettend in de gaten houden.

3.7 Conclusies

Afspraken over kwaliteit van zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bevinden zich nog vooral in de fase van het transparant maken van de kwaliteit van het zorgaanbod. Ook maken zorgverzekeraars meestal op projectbasis kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen. Zorgverzekeraars geven verder invulling aan kwaliteitsbeleid bij de invulling van de LPC die ruimte biedt voor de financiering van kwaliteitsverbeteringen. In geval van ZBC's controleren zorgverzekeraars de kwaliteit als zij deze contracteren. Maar ook met ZBC's maken zij nauwelijks kwaliteitsafspraken; de prijs speelt een dominante rol.

Zorgverzekeraars moeten bij de inkoop van de verzekerde zorg beter letten op de structurele borging van de kwaliteit als onderdeel van de zorgplicht. Dit wil niet zeggen dat verzekerden op structurele basis geen goede zorg krijgen. De IGZ bewaakt immers de kwaliteit van het zorgaanbod en de zorgaanbieders zijn gehouden aan de wettelijke bepalingen over de kwaliteit van zorg.

De NZa heeft verschillende keren aangegeven welke verbeteringen nodig zijn om zorgverzekeraars meer aandacht te laten geven aan de kwaliteit van zorg. De NZa volgt de effecten van de voorgestelde veranderingen op de invulling van de zorgplicht.

Bij kwaliteitsproblemen bij zorgaanbieders laten de verzekeraars zich op de hoogte stellen van de voortgang van verbeteringen die de IGZ eist. Uit onderzoek van de NZa naar kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer blijkt dat meerdere zorgverzekeraars de problemen herkennen en dat zij maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit van zorg weer voldoende te waarborgen.

4. Wachttijden plastische chirurgie

Bevindingen en acties NZa

- De wachttijden voor plastische chirurgie bij algemene ziekenhuizen ontwikkelen zich positief, maar zijn in 2006 nog wel hoger dan de Treek-normen.
- De meerjarige ontwikkeling van wachttijden en productieafspraken duidt niet op structureel te lage productieafspraken.
- Zorgverzekeraars geven aan dat ze andere manieren hebben om aan hun zorgplicht te voldoen als dit niet lukt via productieafspraken.
- Zorgverzekeraars hanteren in afnemende mate de LPC voor wachttijdproblemen omdat deze minder urgent worden.

4.1 Inleiding

In de laatste maanden van 2005 discussieerde de Tweede Kamer over pakketmaatregelen voor plastische chirurgie en problemen rondom toestemmingsvereisten. De Minister stuurde de Tweede Kamer een reactie met daarbij een onderzoek naar de bredere stand van zaken rondom verzekerde plastische chirurgie. De Minister concludeert dat verzekeraars ondanks de hoge wachttijden geen extra productie voor plastische chirurgie inkopen. Hij heeft de Tweede Kamer vervolgens toegezegd dit onder aandacht van de NZa te brengen.

VWS geeft aan dat navraag bij zorgverzekeraars leert dat patiënten regelmatig wachtlijstbemiddeling aanvragen voor plastisch chirurgische zorg. Ten opzichte van andere specialismen binnen het ziekenhuis ligt het aantal aanvragen voor wachtlijstbemiddeling voor plastische chirurgie boven het gemiddelde. Toch zijn er weinig officiële klachten over te lange wachttijden voor plastische chirurgie volgens zorgverzekeraars. Verzekeraar kunnen in de meeste gevallen een alternatief voor behandeling bieden in een particuliere kliniek of het buitenland.³⁵ De NZa zelf heeft evenmin signalen over tekortschietende bemiddeling ontvangen.

Normen

De zorgverzekeraar heeft bij een polis met gecontracteerde zorg een resultaatsverplichting. Hij moet voldoende zorg contracteren zodat zijn verzekerden tijdig zorg kunnen krijgen en hij moet bemiddelen als dat niet tijdig lukt bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij een polis zonder gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar een inspanningsverplichting om zijn verzekerden desgevraagd naar tijdige zorg te bemiddelen.

In wet-en regelgeving is niet vastgelegd hoeveel zorg een verzekeraar per zorgvorm moet contracteren om aan de zorgplicht te voldoen. Zorg contracteren is een van de middelen die een verzekeraar heeft om aan de zorgplicht te voldoen. Als de zorgverzekeraar door bijvoorbeeld een tekort aan capaciteit bij de reguliere ziekenhuizen niet voldoende zorg kan contracteren, staan voor hem andere wegen open. Hij kan dan

³⁵ De IGZ houdt toezicht op de toegankelijkheid van zorg en dus op het ontstaan van te lange wachttijden. Bij de IGZ zijn geen signalen binnengekomen dat er een toename van wachtlijsten voor plastische chirurgie is. De IGZ heeft ook geen signaal van patiënten of ziekenhuizen gekregen. De IGZ heeft dus ook geen onderzoek gedaan naar problemen over de toegankelijkheid bij plastisch chirurgische zorg.

bemiddelen naar een ZBC of een buitenlands ziekenhuis. Ook kan de verzekeraar de LPC inzetten om wachtlijstproblemen op te lossen. Een andere mogelijkheid voor de zorgverzekeraar is om zelf zorg te leveren.

Er zijn ook geen wettelijke normen voor tijdige zorg. In plaats daarvan bestaan de zogeheten Treeknormen die zorgaanbieders en verzekeraars zien als de streefnormen voor de snelheid waarmee verzekerden zorg moeten krijgen. Er zijn twee typen normen: de maximaal aanvaardbare wachttijd voor iedereen en de aanvaardbare wachttijd waarbinnen 80% van de patiënten toegang moet hebben gekregen. De normen voor ziekenhuiszorg zijn:

- toegangstijd eerste polikliniekbezoek: 80% van de patiënten moet binnen drie weken terechtkunnen voor een eerste polikliniekbezoek. De maximale toegangstijd voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt vier weken;
- wachttijd dagbehandeling: 80% van de patiënten moet binnen vijf weken terechtkunnen voor een dagbehandeling. De maximale wachttijd voor een dagbehandeling is zes weken;
- wachttijd ziekenhuisopname: 80% van de patiënten moet binnen vijf weken terechtkunnen voor een ziekenhuisopname. De maximale wachttijd voor een ziekenhuisopname is zeven weken.³⁶

4.2 Onderzoeksvragen

De NZa heeft nader onderzocht hoe het staat met de verhouding tussen de ontwikkeling van de wachttijd voor plastische chirurgie en de productieafspraken. Ook heeft de NZa navraag gedaan bij zorgverzekeraars naar de gevallen waarin gecontracteerde ziekenhuizen lange wachtlijsten kennen zonder dat zorgverzekeraars hun productieafspraken daarop afstemmen. De onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe ontwikkelt de verhouding tussen wachttijden en productieafspraken voor de plastische chirurgie zich in de afgelopen jaren?
2. Zijn er daarbij verschillen tussen zorgverzekeraars?

4.3 Wachttijden en productieafspraken

De NZa heeft op macroniveau de ontwikkeling van wachttijden en productieafspraken voor plastische chirurgie van algemene ziekenhuizen voor het zogeheten A-segment tegen elkaar afgezet.

4.3.1 Wachttijden

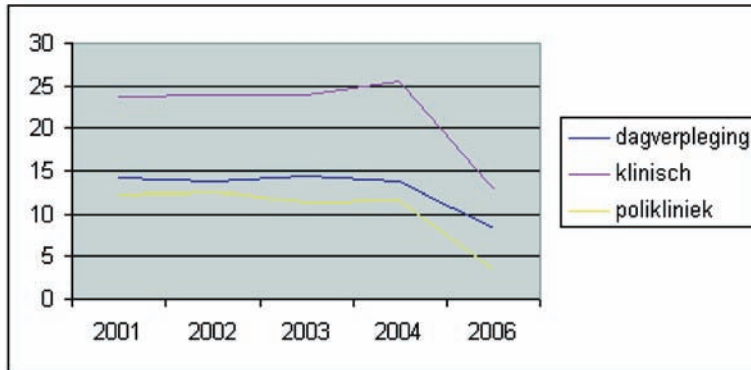
Als eerste wordt gekeken naar de ontwikkeling van wachttijden voor poliklinische hulp, klinische zorg en dagbehandeling bij plastische chirurgie (figuur 4.1). De NZa maakt hiervoor gebruik van de database van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM heeft deze gegevens gebruikt voor de zogeheten Zorgatlas. Het jaar 2005 ontbreekt; ziekenhuizen leverden voor dat jaar geen wachtlijstgegevens aan.

Het zijn gewogen wachtlijstgegevens. Dat betekent dat de wachttijden van een ziekenhuis gewogen zijn naar de omvang van zijn productie. Hierdoor telt een ziekenhuis met een lange wachttijd, maar met slechts enkele wachtenden, niet even zwaar mee als een ziekenhuis met een veel groter aantal wachtenden.

³⁶ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid (website)

Niet voor elk jaar is sprake van dezelfde groep van onderzochte ziekenhuizen. In bepaalde jaren ontbraken de data voor sommige ziekenhuizen. Desondanks kan een representatief beeld geschetst worden.

Figuur 4.1. De ontwikkeling van de wachttijden (in weken) voor plastische chirurgie tussen 2001 en 2006



Bron: RIVM

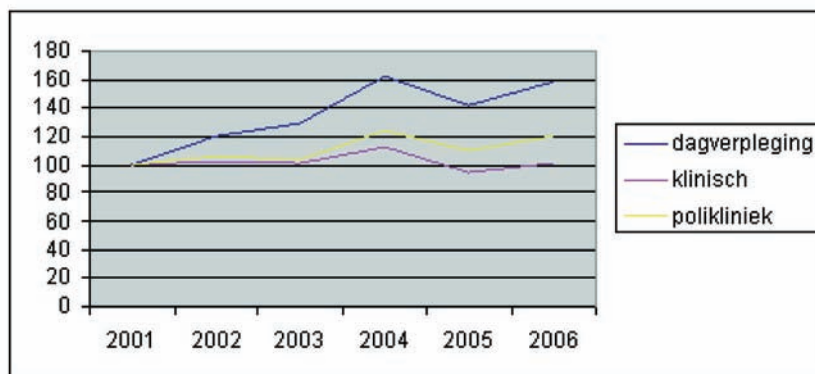
Uit figuur 4.1 valt een scherpe daling van de wachttijden voor plastische chirurgie na 2004 af te lezen. De trend is ook waarneembaar bij andere specialismen. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij ervaren dat door de pakketverkleining begin 2006 de wachtlijsten voor plastische chirurgie kleiner zijn geworden. Zij laten ook weten dat relatief weinig verzekerden zich melden voor zorgbemiddeling.

De Treeknormen zijn wat betreft de klinische zorg en dagbehandeling in 2006 nog niet gehaald, maar wel bij de poliklinische zorg voor zover het gaat om de maximale wachttijd. Overigens is het zo dat het toevoegen van data uit het jaar 2005 (waarschijnlijk) een minder abrupte daling van de lijn in de grafiek zou laten zien.

4.3.2 Productieafspraken

Ten tweede volgt een analyse van de productieafspraken voor plastische chirurgie.

Figuur 4.2. De ontwikkeling van productieafspraken (aantal opnamen/behandelingen) voor plastische chirurgie tussen 2001 en 2006 (2001=100)



Bron: NZa

Uit figuur 4.2 blijkt een licht stijgende trend in de productieafspraken voor plastische chirurgie. Voor de interpretatie van deze gegevens is het belangrijk op te merken dat in 2005 10% van de ziekenhuisproductie is

vrijgegeven voor vrije onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Hierdoor is de productie in het A-segment lager. Dit verklaart voor een belangrijk deel de daling van de afspraken voor 2005. Na 2005 is weer sprake van afspraken over toenemende productie tot op het niveau van 2004.

4.3.3 Crossindex

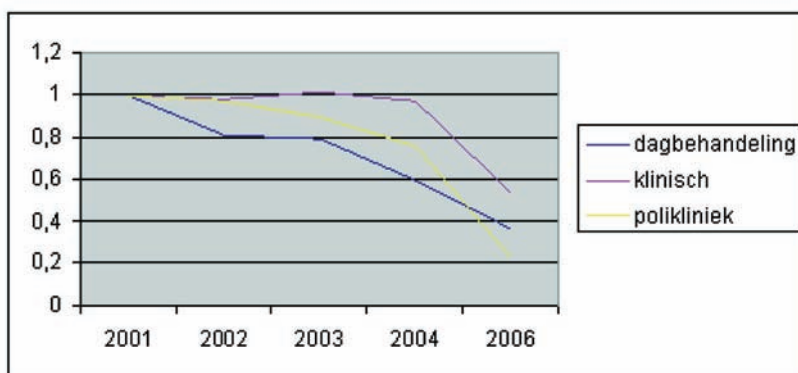
De productieafspraken en wachttijden zijn gekoppeld door middel van een crossindex. Dat wil zeggen dat de mutatie van de wachttijden gedeeld wordt door de mutatie in productieafspraken.

Uitleg crossindex

Het doel van de crossindex is een indicatie te geven van de verhouding tussen de ontwikkeling van wachttijden en productieafspraken. De crossindex nadert de waarde 1 als de jaarlijkse mutaties minder afwijken. Stel echter dat de wachttijden stijgen met 1% en de productieafspraken met 0,5%. In dit geval heeft de crossindex een waarde van 2. Als de crossindex lager dan 1 is, is de groei in productieafspraken groter dan de groei van wachttijden (onder de aanname dat de productieafspraken niet krimpen). De NZa geeft met de crossindex niet een normatieve verhouding weer tussen mutaties van wachttijden en van productieafspraken. Evenmin geeft de crossindex inzicht in de doelmatigheid van de productieafspraken.

Tussen 2001 en 2006 is de crossindex voor plastische chirurgie scherp gedaald (zie figuur 4.3). Dat wil zeggen dat de jaarlijkse relatieve aanpassing van productieafspraken groter is dan de groei van de wachttijden voor plastische chirurgie. Hoewel de NZa dit niet nader heeft onderzocht duidt de daling van de crossindex onder 1 op voortgaande investeringen in het terugdringen van te lange wachttijden voor plastische chirurgie.

Figuur 4.3. De ontwikkeling van de crossindex voor plastische chirurgie tussen 2001 en 2006 (2001 = 1)



Bron: RIVM/NZa

Uit een vergelijking met andere specialismen die ook wachtlijstproblemen hebben, blijkt dat ook zij een dergelijke positieve ontwikkeling kennen. De productieafspraken lopen niet achter bij de ontwikkeling van wachttijden.³⁷

³⁷ Alleen oogheelkunde, en in mindere mate KNO, lopen uit de pas. De NZa besteedt hieraan aandacht in een volgend onderzoek naar de zorgplicht.

4.4 Inspanningen zorgverzekeraars

Het macrobeeld geeft geen inzicht in verschillen per zorgverzekeraar/ziekenhuis. De NZa is daarom per zorgverzekeraar voor een aantal ziekenhuizen nagegaan of de ontwikkeling van wachttijden en productieafspraken uiteenlopen, wat daar de achtergronden van zijn en welke actie de zorgverzekeraar onderneemt. Bovendien is bekeken hoe verzekeraars en ziekenhuizen invulling geven aan de LPC.

4.4.1 Inspanningen zorgverzekeraars

Hoewel het macrobeeld positief is, lopen wachttijden en productieafspraken voor plastische chirurgie bij enkele ziekenhuizen nog uiteen. Zorgverzekeraars blijken verschillende activiteiten te ontplooiën om verzekerden alsnog tijdige zorg te laten krijgen:

- Bemiddeling naar andere ziekenhuizen, ZBC's of het buitenland.
- Afspraken met de eerste lijn om door te verwijzen naar ziekenhuizen met kortere wachttijden.
- Alsnog pogingen om extra productie af te spreken. De zorgverzekeraar legt daarbij zo mogelijk een relatie met de productiviteit van het ziekenhuis zoals uit benchmarks naar voren komt. Een verhoging van de productieafpraak voor een bepaald specialisme ligt bijvoorbeeld niet voor de hand als uit de benchmark blijkt dat de productiviteit voor dat specialisme relatief laag is.
- Kortingen op het ziekenhuisbudget als het ziekenhuis afspraken over maximale wachttijden niet nakomt.

Enkele zorgverzekeraars verhogen wel hun productieafspraken, terwijl toch de wachttijden voor plastische chirurgie bij enkele zorgaanbieders te hoog blijven. Het continueren van te lange wachttijden kan te maken hebben met specifieke situaties die door de verzekeraar niet zijn op te lossen. Het gaat dan met name om capaciteitsproblemen op de afdeling van een ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat het een ziekenhuis niet lukt de vacature voor een plastisch chirurg in te vullen.

4.4.2 LPC

Aan zorgverzekeraars is gevraagd welk beleid zij hanteren voor de inzet van de LPC. Zoals in vorig hoofdstuk reeds aangegeven is, hebben zorgverzekeraars in het algemeen hun inzet met ingang van 2005 veranderd. Vanaf dat jaar zijn wachttijdproblemen steeds minder urgent geworden. Tot 2005 zagen zorgverzekeraars de LPC als een mogelijkheid om wachtlijstprojecten te financieren. Inmiddels dient de LPC voor de financiering van kwaliteitsprojecten, innovatie en substitutie.

Een inventarisatie van 50% van de totaal in te dienen voorstellen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen uit 2005 voor de LPC geeft het volgende beeld.³⁸

³⁸ Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens is nodig. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen vullen de formulieren voor de lpc-projecten niet altijd eenduidig en volledig in.

Tabel 4.1. Het gebruik van de lokale productiegebonden component voor wachtlijstproblemen (2005)

	Wachtlijstinvesteringen				Totaal LPC
	plastische chirurgie	oogartsen	orthopeden	MRI	
Inzet in miljoen €	1,7	0,6	3,4	1,9	63,4

Bron: NZa

De LPC wordt, in overeenstemming met het beleid van zorgverzekeraars, over het algemeen niet op grote schaal ingezet voor wachttijdproblemen, ook niet voor plastische chirurgie. Het gaat om relatief gezien geringe bedragen per verzekeraar en/of per specialisme. De projecten hebben met name betrekking op bijzondere ingrepen voor de "wachttijstspecialismen" en voor situaties waarin de reguliere financiering tekortschiet. Een voorbeeld daarvan zijn kunst- en hulpmiddelen en ingrepen waarbij sprake is van overgangsfinitanciering in afwachting van een nieuwe budgetparameter, bijvoorbeeld botgroei stimulators. De MRI is een uitzondering; hier gaat het echt om het inkopen van extra productie. Maar het is zeer begrijpelijk dat dit gebeurt via de LPC omdat voor de MRI geen afzonderlijke budgetparameter bestaat.

4.5 Conclusies

De wachttijden voor plastische chirurgie bij algemene ziekenhuizen ontwikkelen zich positief. De wachttijden voor dagbehandeling en klinische zorg zijn in 2006 nog wel hoger dan de Treek-normen.

Een macro-analyse van de verhouding tussen de ontwikkeling van wachttijden en van productieafspraken geeft geen reden te veronderstellen dat zorgverzekeraars structureel te lage productieafspraken maken voor plastische chirurgie.

Er zijn ziekenhuizen waar wachttijden en productieafspraken nog uiteen lopen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven in die gevallen op andere manieren aan hun zorgplicht te voldoen.

Zorgverzekeraars hanteren in afnemende mate de LPC om oplossingen voor wachttijdproblemen te financieren. Zij geven aan dat wachttijdproblemen minder urgent zijn geworden.

5. Persoonsgebonden Budget

Bevindingen en acties NZa

- Het is op dit moment nog onduidelijk of het PGB meerwaarde heeft omdat zorgverzekeraars nog in de implementatiefase zitten met verschillende onduidelijkheden over de formele mogelijkheden van het PGB.
- Het ministerie van VWS en het CVZ hebben meer duidelijkheid over de formele mogelijkheden van het PGB gegeven. Deze informatie moeten zorgverzekeraars zo snel mogelijk doorgeven aan verzekerden.
- Vooral nog overheerst een productgerichte benadering bij zorgverzekeraars in plaats van een functionele benadering
- Procedureel hebben zorgverzekeraars in het algemeen de voorwaarden geschapen voor een ruime invulling van het PGB. Wel werken enkele zorgverzekeraars met een voorschotregeling. Het PGB wordt daardoor minder aantrekkelijk omdat verzekerden bedragen gedeeltelijk voor moeten schieten.
- Het PGB is voor verzekerden financieel minder aantrekkelijk dan verstrekking via een naturapolis en in geval van bruikleen.
- De NZa corrigeert onjuiste informatie over de PGB-regeling bij zorgverzekeraars en ziet nauw toe op het PGB bij de beoordeling van de modelovereenkomsten 2008.
- Vanwege het proeftuinkarakter van de PGB-regeling vindt de NZa een bredere evaluatie wenselijk.

5.1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 2007 is het voor verzekerden mogelijk om voor het gebruik van visuele hulpmiddelen een PGB bij de zorgverzekeraar aan te vragen.³⁹ Deze mogelijkheid heeft vooral nog het karakter van een experiment. Als proeftuin voor andere vormen van chronische zorg kan het gebruik van het PGB bij het kopen van visuele hulpmiddelen grote waarde hebben. Met ingang van 1 januari 2008 zal ook voor dat deel van de geestelijke gezondheidszorg dat is opgenomen in de Zvw de mogelijkheid van een PGB gaan gelden.

De besluitvorming

Het definitieve besluit om een PGB visuele hulpmiddelen in te voeren kwam in de ogen van zorgverzekeraars vrij plotseling tot stand. Bij de politieke behandeling van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet in 2005 werd een amendement aangenomen waarmee bij wijze van experiment voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de Zvw een PGB zou worden ingevoerd. Door de opname van de GGZ per 1 januari 2008 in de Zvw kon het kabinet geen PGB per 1 januari 2007 invoeren. In juni 2006 heeft de Tweede kamer opnieuw aangegeven dat er een experiment met een PGB moest komen. Daarop heeft het kabinet besloten het PGB voor visueel gehandicapten in te voeren. Het besluit is in september 2006 gepubliceerd.⁴⁰

³⁹ Staatsblad, 2006/464 (Besluit van 25 september 2006 tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het regelen van zorg waarvoor een persoonsgebonden budget kan worden verstrekt alsmede wijziging van de inhoud en omvang van de in artikel 2.4 van dat besluit geregelde prestatie en wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ)

⁴⁰ Staatsblad, 2006, nr. 464. Nota van toelichting, p. 7

Normen

Op grond van artikel 2.16a van het Besluit zorgverzekering staat in de Regeling zorgverzekering aangegeven dat verzekerden met een ernstige visuele beperking een PGB voor hulpmiddelen kunnen aanvragen. Het betreft oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden.

De minister heeft de zorgverzekeraars nadrukkelijk ruimte gelaten om zelf invulling te geven aan het PGB. De zorgverzekeraars moeten daarbij wel aan de volgende voorwaarden voldoen:

- De zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst duidelijk maken hoe hij vaststelt dat de verzekerde behoefte heeft aan hulpmiddelen;
- Het PGB wordt verstrekt voor de aanschaf van een bepaald hulpmiddel waarvoor de indicatie geldt. Een PGB voor een geleidehond mag bijvoorbeeld niet besteed worden aan computerapparatuur;
- De verzekerde mag een andere uitvoering van een hulpmiddel met dezelfde functie kopen;
- De verzekerde mag substitueren binnen het hem toegekende budget als de indicatie geldt voor een mix van hulpmiddelen. Hij mag dus een dure taststok kopen en dan een wat goedkopere beeldschermloep;
- Als de verzekerde een zorgverzekering waarbij hij het hulpmiddel in principe dient te betrekken van een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier, dan heeft hij recht op een voorschot. Dat voorschot is dan gelijk aan het bedrag dat hij gekregen had als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder zou zijn gegaan. Wanneer de verzekerde met een PGB vervolgens naar een gecontracteerde leverancier gaat, dan krijgt hij alsnog het resterende bedrag vergoed;
- Bij een zorgverzekering zonder achterliggende contracten is de hoogte van het PGB gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten;⁴¹
- Als de verzekerde meer uitgeeft dan het budget toelaat, is het verschil voor eigen rekening van de verzekerde.

Bij de uitvoering van het PGB-experiment zijn vragen ontstaan bij de zorgverzekeraars en andere belanghebbende partijen over de reikwijdte van dit PGB. Daarom hebben het Ministerie van VWS en CVZ een toelichting gegeven op de mogelijkheden.⁴²

In deze toelichting wordt aangegeven dat het niet alleen mogelijk is een PGB aan te vragen voor een combinatie van hulpmiddelen, maar ook voor één enkel hulpmiddel. Een zorgverzekeraar blijkt ook een PGB te mogen verstrekken voor een hulpmiddel dat niet in de Regeling zorgverzekering is genoemd. De voorwaarde is dan wel dat het hulpmiddel dezelfde functie vervult als een wel genoemd hulpmiddel. Zo kan een verzekerde, die geïndiceerd is voor een blindengeleidehond, ervoor kiezen het PGB aan te wenden voor andere hulpmiddelen die zijn mobiliteit- en oriënteringsbeperking oplossen. Er wordt dus voor een meer functiegerichte dan productgerichte benadering van het PGB gekozen.

Tenslotte bestond enige discussie over het toekennen van het PGB in termijnen. Bij een overstappende verzekerde ondervindt een zorgverzekeraar nadeel van toekenning in één keer. Verstrekking in termijnen maakt het aanvragen van een PGB echter minder aantrekkelijk omdat de verzekerde dan mogelijk een gedeelte moet voorschieten. Het Ministerie van VWS en CVZ hebben dan ook voorgesteld dat de

⁴¹ De beschreven hoogte van het budget is behoudens wettelijke bijdragen die voor rekening van de verzekerde komen, ongeacht het type zorgverzekering.

⁴² Naar aanleiding van overleg tussen verschillende betrokken partijen, waaronder VWS, CVZ, ZN en Per Saldo, is een concept-notitie opgesteld. Het CVZ heeft vervolgens op 19 juli 2007 de "Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel gehandicapten" gepubliceerd.

zorgverzekeraars onderling afspraken maken rondom het overstappen als verzekerden een PGB hebben, analoog aan het 'Protocol overgang bij wisselen van verzekeraar'.

5.2 Vraagstelling

VWS heeft de NZa gevraagd de invoering van het PGB te volgen en na te gaan of zorgverzekeraars er zodanig invulling aan geven dat sprake is van meerwaarde boven restitutie. Er moet dus meer verschil zijn dan alleen de manier van betalen.

In de Tweede Kamer heeft de minister aangegeven dat de genoemde meerwaarde inhoudt dat zorgverzekeraars de regeling niet te beperkt mogen uitleggen. Het PGB moet immers innovatie mogelijk maken.⁴³ Deze toelichting biedt echter nog te weinig houvast voor een evaluatie. De vereniging van PGB-budgethouders Per Saldo heeft de meerwaarde van het PGB boven restitutie preciezer gedefinieerd:

- Het PGB gaat uit van vraagsturing, waar restitutie van het reguliere zorgaanbod uitgaat. Met het PGB kan de individuele hulpvraag beter ingevuld worden dan bij restitutie. Een budgethouder kan bijvoorbeeld op basis van zijn indicatie een ander hulpmiddel kiezen dan in het Reglement hulpmiddelen van de verzekeraar staat. Het PGB draagt op deze manier bij aan het innovatieve vermogen van het aanbod van hulpmiddelen.
 - Met het PGB krijgt de verzekerde vooraf een geldbedrag waarmee hij zorg kan inkopen, bij restitutie moet hij geld voorschieten.
 - Met het PGB kan de verzekerde zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders benaderen. Bij zorgverzekeringen moet een verzekerde de keuze maken voor een polis met of zonder gecontracteerde zorgaanbieders.⁴⁴
 - Met het PGB is de verzekerde zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die hij gebruikt.

De NZa kan nog geen compleet beeld van de feitelijke uitvoering van het PGB, daarvoor is de periode sinds de invoering te kort. Dit hoofdstuk schetst een eerste beeld van de situatie. Het beperkt zich nu nog tot de vraag in hoeverre de voorwaarden die de zorgverzekeraars in hun Reglementen hulpmiddelen vermelden het mogelijk maken dat het PGB meerwaarde biedt boven restitutie. In een later stadium zal een evaluatie met een bredere insteek volgen.

5.3 Bevindingen

De NZa constateert dat zorgverzekeraars nauwelijks tijd hebben gehad om hun invulling van het PGB en de inhoud van hun reglement hulpmiddelen met elkaar in overeenstemming te brengen. De praktijk is dat zorgverzekeraars volstaan met een globale beschrijving van de mogelijkheid een PGB aan te vragen. Dat gebeurt veelal in de algemene polisvoorwaarden met een verwijzing naar het Reglement hulpmiddelen. Dit reglement is echter doorspekt met allerlei rechten, plichten en voorwaarden van de zorgverzekeraar. Daarbij is niet duidelijk of zij ook betrekking hebben op de aanvraag van een PGB. Zo geeft een

⁴³ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Eerste en Tweede Kamer dd. 18 september 2006 ('Ontwikkelingen voortgang Zorgverzekeringswet')

⁴⁴ Per Saldo stelt restitutie in publicaties vaak gelijk aan de vergoeding van het gebruik van niet-gecontracteerde zorg maar zorgverzekeraars bieden ook verzekeringen aan met restitutie voor gecontracteerde zorg.

zorgverzekeraar aan dat het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of gecompliceerd moet zijn, één en ander ter beoordeling door de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar deze bepaling gaat toepassen op de verstrekking van PGB's blijft er weinig over van de meerwaarde. De verzekerde heeft met een PGB immers ook de mogelijkheid een kostbaarder hulpmiddel aan te schaffen als hij bereid is om de kosten boven het budget zelf te betalen.

De NZa heeft begrepen dat verschillende zorgverzekeraars in gesprek zijn met Per Saldo om de invulling op de rails te krijgen. Dit is een goede zaak, maar het mogelijke resultaat komt aan de late kant. Het gevaar bestaat nu dat 2007 voor het opdoen van ervaring met PGB's door verzekerden een verloren jaar wordt. Tot nu toe is nog maar aan enkele verzekerden een PGB verstrekt.

De NZa heeft de polisvoorwaarden en reglementen hulpmiddelen gebruikt om te inventariseren hoe de PGB-regeling vormgegeven is door de zorgverzekeraars. Waar nodig is aanvullende informatie opgevraagd. Dit betrof vooral de onduidelijkheid rondom het al dan niet van toepassing zijn op het PGB van in de reglementen genoemde rechten, plichten en voorwaarden. Bij de meeste zorgverzekeraars bleek deze aanvullende navraag nodig. Veel verzekerden zullen mogelijk met dezelfde onduidelijkheid als de NZa te maken hebben.

Uit de inventarisatie is het volgende gebleken:

- Alle zorgverzekeraars hanteren de lijst van hulpmiddelen waarvoor een PGB kan worden aangevraagd zoals vermeld in het Besluit PGB van 25 september 2006.
- Een enkele zorgverzekeraar beperkt op zijn website en/of in zijn Reglement hulpmiddelen de verstrekking van het PGB tot die verzekerden voor wie een combinatie van hulpmiddelen is geïndiceerd.
- Vrijwel alle zorgverzekeraars stellen toestemming door de zorgverzekeraar op basis van een indicatiestelling door een AWBZ-instelling voor blinden en slechtzienden (veelal onderdeel van Visio, Sensus of Bartimeus) als voorwaarde voor verstrekking. Een enkele zorgverzekeraar vraagt om een offerte. Drie verzekeraars eisen daarnaast ook nog een machtiging voor de aanschaf van het hulpmiddel zelf, waarvoor een PGB is aangevraagd.
- De meerderheid van de zorgverzekeraars verstrekt het PGB in één keer, maar 40% verstrekt het PGB ook voor bepaalde hulpmiddelen in termijnen. Bij een aantal zorgverzekeraars wordt bijvoorbeeld in geval van een blindengeleidehond het PGB in termijnen verstrekt en anderen passen een jaarlijkse vergoeding toe bij hulpmiddelen die normaliter in bruikleen verstrekt worden.
- De hoogte van het budget is niet alleen afhankelijk van de indicatie maar ook van de polis en of het een hulpmiddel betreft wat normaliter in bruikleen wordt verstrekt. Verzekerden met een naturapolis krijgen meestal een budget dat overeenkomt met de vergoeding die ze ook zouden krijgen als ze een hulpmiddel zouden aanschaffen bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Die vergoeding ligt meestal in de buurt van 80-90% van de marktconforme prijs. De eigen bijdrage wordt in een paar gevallen wel beperkt tot een bepaald bedrag en geldt niet als een verzekerde alsnog het hulpmiddel van een gecontracteerde leverancier betreft. Verzekerden met een restitutiepolis krijgen maximaal de marktconforme prijs. Bij bruikleen gaan verschillende zorgverzekeraars (3,8 miljoen verzekerden) uit van de gemiddelde jaarlijkse kosten van een gebruiker van een bruikleenhulpmiddel (bij een naturapolis een percentage hiervan). Twee zorgverzekeraars verstrekken een PGB ter hoogte van 50% van de aanschafkosten van

- de goedkoopte adequate uitvoering, als het om bruikleenhulpmiddel gaat.
- Voor de verantwoording met facturen hanteren zorgverzekeraars uiteenlopende periodes. Deze verschillen van acht weken na ontvangst van het hulpmiddel bij een enkele zorgverzekeraar tot zes maanden bij diverse andere zorgverzekeraars. Sommige verzekeraars geven aan dat ze op elk moment om informatie kunnen vragen.

5.4 Conclusies

Het is op dit moment voor de NZa moeilijk vast te stellen of zorgverzekeraars door middel van hun invulling meerwaarde verlenen aan het PGB in de Zvw. Dit komt vooral doordat zorgverzekeraars in de eerste helft 2007 vooral duidelijk hebben proberen te krijgen wat allemaal mogelijk en/of wenselijk is. Het Ministerie van VWS en het CVZ hebben inmiddels aangegeven welke mogelijkheden de PGB-regeling biedt.

De formele mogelijkheden van het PGB moeten zorgverzekeraars zo snel mogelijk duidelijk maken aan verzekerden. Gezien het specifieke karakter van de doelgroep – mensen met ernstige visuele beperkingen – is het belangrijk goed na te denken hóe dat gebeurt.

Naast deze meer algemene conclusie trekt de NZa de volgende voorlopige conclusies:

1. Procedureel hebben zorgverzekeraars in het algemeen de voorwaarden geschapen voor een ruime invulling van het PGB. Zij werken met voorschotten en de verantwoordingsplichten zijn niet disproportioneel. Een aantal zorgverzekeraars verstrekt de voorschotten echter in termijnen. Dit is weliswaar toegestaan is op grond van de Zvw, maar zal verzekerden niet aanzetten tot het aanvragen van een PGB, omdat zij dan waarschijnlijk bedragen gedeeltelijk voor moeten schieten.
2. De zorgverzekeraars wijken niet af van de limitatieve lijst van hulpmiddelen en de indicatiestelling moet hier veelal nauw op aansluiten.⁴⁵ Geen enkele zorgverzekeraar kiest voor een functionele benadering, een productgerichte benadering overheerst dus nog.
3. Bij een naturapolis moet de verzekerde rekening houden met een lager budget dan de marktprijs. Verzekeraars zijn er de afgelopen jaren in geslaagd via hun inkoop de prijs van hulpmiddelen te beheersen.⁴⁶ De kans is dan ook aanwezig dat in veel gevallen de verzekerde zelf zal moeten bijbetalen als hij een hulpmiddel naar eigen keuze wil aanschaffen. Hoewel een dergelijke beperking van de vergoeding mag als het om niet-gecontracteerde zorg gaat, zal dit verzekerden niet aanzetten tot het aanvragen van een PGB. Ook bij bruikleenhulpmiddelen is de vergoeding lager dan wanneer de verzekerde geen PGB heeft.
4. De NZa heeft bij enkele zorgverzekeraars onjuiste informatie over de mogelijkheden van de PGB-regeling geconstateerd. De NZa corrigeert deze zorgverzekeraars en besteedt nauwgezet aandacht aan de reglementen hulpmiddelen bij de beoordeling van de modelovereenkomsten 2008.

⁴⁵ Het is de NZa niet bekend in hoeverre de indicatiestellers bij de regionale instellingen op de hoogte zijn van de mogelijkheid van een PGB Zvw.

⁴⁶ CVZ, Monitor hulpmiddelen 2006

5. Duidelijkheid over de formele regeling is maar één van de noodzakelijke randvoorwaarden voor een goede invulling van het PGB. Vanwege het proeftuinkarakter van de PGB-regeling en de invoering van een PGB voor de geestelijke gezondheidszorg in de Zvw, vindt de NZa een bredere evaluatie wenselijk. Daarbij moet er aandacht zijn voor andere randvoorwaarden zoals de omvang van het PGB en de kwaliteitsborging. De NZa is van plan om die bredere evaluatie zelf op te pakken in 2008, gezien het belang voor de consument van een goedwerkende PGB-regeling en de wettelijke taken van de NZa binnen de Wmg. Na die evaluatie zullen beter onderbouwde lessen te trekken zijn voor verbetering van de invoering van een PGB onder de Zvw.

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl