



Nederlandse
Zorgautoriteit

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------|---------------------------------|
| Behandeld door | Telefoonnummer | E-mailadres | Kenmerk 155982/249211 |
| Onderwerp Resultaten vervolgonderzoek zorgpolissen met beperkende kenmerken | | | Datum 26 april 2016 |

Mevrouw de Minister,

In juni 2015 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u het rapport 'Zeventien zorgpolissen nader bekeken' toegestuurd. Voor dat rapport is onderzocht of de contractering van zorg bij zeventien polissen met beperkende kenmerken voldoende is om aan de zorgplicht te voldoen. Op basis van dat onderzoek hebben we niet kunnen concluderen dat de beperkingen van de onderzochte polissen zo vergaand zijn dat de zorgplicht in het geding is. Wel zijn uit het onderzoek enkele aandachtspunten naar voren gekomen op het gebied van selectieve inkoop van zorg in relatie tot de zorgplicht. Wij hebben hier vervolgonderzoek naar gedaan, gericht op het jaar 2015. Met deze brief informeren wij u over de uitkomsten van dit vervolgonderzoek.

Achtergrond

Bij de zorgplicht gaat het om de plicht om zorg te leveren of te vergoeden en zo nodig activiteiten te ontplooiën gericht op het verkrijgen van deze zorg (zorgbemiddeling). Dit betekent dat zowel de hoeveelheid gecontracteerde zorg als de hoogte van de vergoeding een rol spelen bij de naleving van de zorgplicht. Daarbij zijn de kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid van de gecontracteerde zorg relevant. Specifiek bij polissen waarbij selectief is gecontracteerd, zijn er minder alternatieven voorhanden als de kwaliteit, bereikbaarheid of tijdigheid van de zorg in het geding is. De naleving van de zorgplicht kan dan eerder in het geding zijn.

Aanpak

Van de eerder onderzochte zeventien polissen was bij negen polissen sprake van specifieke aandachtspunten. Het vervolgonderzoek richt zich op deze selectie van negen polissen van in totaal vijf zorgverzekeraars van drie verschillende concerns. Wij hebben de betreffende zorgverzekeraars om informatie gevraagd over de wijze waarop de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid wordt geborgd van de selectief gecontracteerde zorg.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
2 van 7

Het gaat specifiek om:

1. de borging van een actueel medicatieoverzicht bij de verplichte afname van herhaalmedicatie via een internetapotheek (conform de richtlijn van de IGZ);¹
2. de borging van de kwaliteit van medisch specialistische zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders die onder verscherpt toezicht van de IGZ (komen te) staan;
3. de vraag of de gecontracteerde medisch specialistische zorg tijdig beschikbaar en voldoende bereikbaar is voor verzekerden.

De ontvangen informatie is getoetst aan het Toezichtkader zorgplicht Zvw.² De 'open' norm uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is op sommige onderdelen nader uitgewerkt in dit toezichtkader. Waar die nadere uitwerking nog onvoldoende concreet is, kan niet altijd expliciet worden geconstateerd dat de zorgplicht is overtreden.

Bevindingen

Onderstaand zijn de bevindingen van ons onderzoek weergegeven. Deze bevindingen zijn gebaseerd op de door de zorgverzekeraars aangeleverde informatie.

1. Kwaliteit van gecontracteerde farmaceutische zorg bij herhaalmedicatie

Vanuit de zorgplicht bezien moet de zorgverzekeraar zorg leveren die van goede kwaliteit is. Dit doet een zorgverzekeraar door zorg in te kopen waarvan hij zich ervan heeft vergewist dat deze in principe van 'goede' kwaliteit is. Om hier zeker van te zijn moet de zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over de kwaliteit van deze zorg.³

Een actueel medicatieoverzicht is een voorwaarde om verantwoorde farmaceutische zorg te kunnen leveren. Bij vier van de negen polissen zijn verzekerden verplicht om voor herhaalmedicatie gebruik te maken van een bepaalde apotheek. Als dit in de praktijk een andere apotheek is dan die voor de eerste uitgifte, kan een lacune ontstaan in het actuele medicatieoverzicht.

Om een actueel medicatieoverzicht te borgen, hebben de betreffende zorgverzekeraars in de overeenkomsten met apotheken vastgelegd dat laatstgenoemden de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten' van de IGZ moeten naleven. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars aangegeven zich, samen met andere zorgverzekeraars, in te zetten voor een breed gebruik van het Landelijk Schakelpunt (LSP).

¹ De 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten' van de IGZ.

² NZa, "Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw", Beleidsregel TH/BR-018, december 2014.

³ Toezichtkader Zorgplicht Zvw, verplichting 18: De zorgverzekeraar moet zorg aanbieden die van goede kwaliteit is.

Juist bij een polis waarbij verzekerden verplicht gebruik moeten maken van een bepaalde apotheek is het wenselijk dat de verzekeraars periodiek controleren of de betreffende apotheken de richtlijn naleven. De zorgverzekeraars hebben niet laten zien dat zij dit doen. Zij krijgen daarmee geen inzicht in hoeverre de selectief gecontracteerde apotheken het maximale hebben gedaan om een actueel medicatieoverzicht te borgen.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
3 van 7

Conclusie NZa

Bij herhaalmedicatie is een actueel medicatieoverzicht van belang om kwalitatief goede farmaceutische zorg te kunnen leveren. Wanneer voor de kwaliteit van zorg afspraken zijn gemaakt met zorgaanbieders, dan past dit binnen de kaders van het toezicht. Wel is het wenselijk dat de zorgverzekeraar ook inzicht heeft in hoeverre de gemaakte afspraken worden nageleefd. De onderzochte zorgverzekeraars hebben niet aangetoond dat zij dit inzicht hebben. Om dit inzicht te krijgen, moeten zorgverzekeraars aantoonbaar inzicht hebben in de naleving van gemaakte afspraken met zorgaanbieders.

2. Kwaliteit van gecontracteerde medisch specialistische zorg bij onder toezichtstelling door de IGZ

Wanneer zich bij een gecontracteerde zorgaanbieder risico's voordoen ten aanzien van de kwaliteit van zorg, moet de zorgverzekeraar zich vanuit zijn zorgplicht proactief opstellen om de kwaliteit van zorg voor de eigen verzekerden te borgen, bijvoorbeeld door verbeterafspraken te maken, deze actief te monitoren en eventueel consequenties te verbinden aan het niet (tijdig) opvolgen van deze afspraken.⁴

Bij zes van de negen onderzochte polissen met selectieve contractering is voor 2015 een zorgaanbieder gecontracteerd die onder verscherpt toezicht stond van de IGZ. Er was op dat moment mogelijk sprake van een verhoogd risico ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg. In een dergelijke situatie moeten zorgverzekeraars op grond van hun zorgplicht specifiek aandacht hebben voor de kwaliteit van de zorg in de contractrelatie met het ziekenhuis.

De betreffende zorgverzekeraars waren op de hoogte van de problemen bij de zorgaanbieder op het moment dat zij deze contracteerden voor het polisjaar 2015. Geen van hen heeft eigen verbeterafspraken met de zorgaanbieder gemaakt bovenop die tussen de zorgaanbieder en de IGZ. Alle zorgverzekeraars monitoren de voortgang van de verbeterplannen. De mate waarin zij hier actief zijn, verschilt.

Bij drie polissen hebben de zorgverzekeraars laten zien proactief te hebben gehandeld door zelf het initiatief te nemen voor overleg op bestuurlijk niveau met de betreffende aanbieder. Daarnaast zijn concrete afspraken gemaakt met die zorgaanbieder om de zorgverzekeraar actueel en actief te informeren over de voortgang van de aanpak van de door IGZ geconstateerde problemen.

⁴ Toezichtkader Zorgplicht Zvw, verplichting 19: "Wanneer een zorgaanbieder volgens de IGZ onvoldoende kwaliteit van zorg levert, moet de zorgverzekeraar hieraan consequenties verbinden bij het contracteren".

Er vonden periodiek gesprekken plaats en specifieke informatie werd opgevraagd en gedeeld, zoals een onderzoeksrapport, een plan van aanpak en periodieke voortgangsrapportages. Ook werd richting de zorgaanbieder aangegeven dat consequenties werden overwogen met betrekking tot het contract en de sturende werking vanuit de polisvoorwaarden, richting de verzekerden. Bij de andere polissen hebben de zorgverzekeraars zelf geen actie ondernomen om de contacten met de zorgaanbieder te intensiveren of om specifieke informatie op te vragen. Zij achtten de intensiviteit van de reguliere gesprekken voldoende en zij hebben de situatie gemonitord aan de hand van klachten van verzekerden en vanuit zorgbemiddeling.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
4 van 7

Conclusie NZa

Alle zorgverzekeraars hebben zich gebaseerd op verbeterafspraken (die zijn gemaakt door de IGZ) en hebben deze gemonitord. Geen van de verzekeraars achtte het nodig om daadwerkelijk consequenties richting de zorgaanbieder of de eigen verzekerden te verbinden aan de situatie. Dit past binnen de huidige kaders van het toezicht. De mate waarin zorgverzekeraars hierin proactief zijn geweest, varieert.

3a. Tijdige gecontracteerde medisch specialistische zorg

Bij (selectief) gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar de zorg 'tijdig' (laten) leveren aan zijn verzekerden. Dit doet een zorgverzekeraar door zorg in te kopen waarvan hij zich ervan heeft vergewist dat de zorg die hij heeft ingekocht, 'tijdig' geleverd zal worden. De vraag wat onder 'tijdig' moet worden verstaan wordt beantwoord aan de hand van de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden, zoals de Treeknormen voor medisch specialistische zorg. Per individueel geval kan tijdigheid anders worden ingevuld.⁵

Bij zes van de negen onderzochte polissen zijn meerdere instellingen gecontracteerd, waarvan de wachttijden de Treeknormen (ruimschoots) overschrijden. De wachttijdproblematiek is een sector breed probleem; de te lange wachttijden gelden voor veel aanbieders van medisch specialistische zorg. Juist bij polissen met selectief gecontracteerde medisch specialistische zorg, waarbij minder alternatieven voorhanden zijn, is het van belang dat de zorgverzekeraars borgen dat tijdige zorg wordt geleverd.

Bij twee polissen heeft de zorgverzekeraar de Treeknormen als knock-out criterium gehanteerd bij de meerjarige contractering in 2013. Bij alle onderzochte polissen zijn zorgaanbieders contractueel verplicht om het de zorgverzekeraar te melden als zij niet aan de Treeknormen voldoen. Geen enkele zorgverzekeraar heeft meldingen ontvangen van zorgaanbieders dat de Treeknormen zijn overschreden. Ook zijn er geen signalen bij de zorgverzekeraars binnengekomen dat bemiddeling naar andere aanbieders niet binnen de Treeknormen mogelijk zou zijn. Hieruit maken de zorgverzekeraars op dat er geen probleem is met de wachttijden.

⁵ Toezichtkader zorgplicht Zvw: verplichting nr.15: "De zorgverzekeraar moet zorg 'tijdig' (laten) leveren aan zijn verzekerden."

Bij geen van de zorgverzekeraars is gebleken dat zij inzicht hadden in de actuele wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders of dat actief is gecontroleerd of bovengenoemde contractuele verplichting werd nagekomen.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
5 van 7

Conclusie NZa

Uit ons onderzoek blijkt niet dat zorgverzekeraars het probleem van lange wachttijden in het vizier hebben. Zij leggen de verantwoordelijkheid van tijdige zorg via de contracten bij de zorgaanbieders. Niet is gebleken dat die afspraken worden gemonitord. Ook is niet gebleken dat de zorgverzekeraars consequenties verbinden aan het niet naleven van de contractuele afspraak over het melden van overschrijding van de Treeknormen. Daarmee hebben de zorgverzekeraars zich er gedurende het polisjaar, niet van vergewist dat de zorg die was ingekocht, 'tijdig' geleverd zou worden. Deze bevindingen geven aanleiding om te veronderstellen dat zorg mogelijk niet tijdig is geleverd, wat strijdig is met de zorgplicht die op zorgverzekeraars rust. De NZa gaat dit jaar nader in kaart brengen bij welke specifieke vormen van medisch specialistische zorg zich knelpunten in de wachttijden voordoen. Voor deze knelpunten zullen de oorzaken worden onderzocht en zal bekeken worden hoe deze kunnen worden aangepakt, waarbij ook zorgverzekeraars nadrukkelijk aan zet zijn.

3b. Bereikbaarheid van gecontracteerde medisch specialistische zorg

Bij (selectief) gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar de zorg op een 'redelijke' reisafstand of binnen een 'redelijke' reistijd van de woonplaats van de verzekerde aanbieden. Dit doet een zorgverzekeraar door zorg in te kopen waarvan hij zich ervan heeft vergewist dat de zorg die hij heeft ingekocht, 'bereikbaar' is voor zijn verzekerden. Wat een redelijke reisafstand of reistijd is, is een zorginhoudelijke afweging waarbij de zorg die de verzekerde nodig heeft en de stand der stand wetenschap en de praktijk (als bedoeld in artikel 2.1 lid 2, van het Besluit zorgverzekering), mede bepalend zijn. Voor gebieden waar zorg niet op een redelijke afstand wordt aangeboden ('witte vlekken') moet de zorgverzekeraar actief meedenken over mogelijke oplossingen.⁶

Uit de bereikbaarheidsanalyses van het vorige onderzoek ('Zeventien zorgpolissen nader bekeken') bleek dat verzekerden soms een forse toename in reistijd hebben naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (algemeen, academisch of topklinisch) in het geval dat niet alle ziekenhuizen waren gecontracteerd.⁷ In het informatieverzoek is verzekeraars gevraagd naar hun beleid/visie ten aanzien van bereikbaarheid.

⁶ Toezichtkader zorgplicht Zvw: Verplichting 14: "De zorgverzekeraar moet zorg op een 'redelijke afstand' van de woonplaats van de verzekerde aanbieden."

⁷ NZa, "Zeventien zorgpolissen nader bekeken", juni 2015.

De zorgverzekeraars kijken ieder op hun eigen manier naar bereikbaarheid. Bij drie polissen zet de zorgverzekeraar de verzekerde voorop en hanteert een maximale reisafstand van 30 minuten. Bij twee andere polissen geeft de zorgverzekeraar aan dat kwaliteit leidend is geweest bij de contractering; de bereikbaarheid was vervolgens een uitkomst. Daarbij is wel de aard van de selectief gecontracteerde zorg meegewogen (niet-spoedeisend), ging het om een beperkt aantal behandelingen en om zorg waarbij een langere reistijd geen grote ongemakken opleverde voor de verzekerde. Voor één polis is door de zorgverzekeraar de stelregel gehanteerd dat voor planbare zorg één ziekenhuis (met meerdere zorglocaties) per provincie wordt gecontracteerd waarbij ook hier de bereikbaarheid een uitkomst was. Hierbij werd uitgegaan van de bewust kiezende consument; een consument die voor een polis met selectieve contractering kiest, die weet dat daar een langere reistijd bij kan horen.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
6 van 7

Om zorg binnen een redelijke bereikbaarheid (reisafstand of reistijd) te kunnen aanbieden, ligt het voor de hand dat een zorgverzekeraar hierover een eigen visie heeft. Om actief na te kunnen denken over mogelijke oplossingen voor gebieden waar zorg niet binnen een redelijke bereikbaarheid aan de eigen verzekerden kan worden geleverd, is inzicht nodig in de feitelijke bereikbaarheid (reisafstand of reistijd) van de eigen verzekerden. Bij drie polissen blijken de betreffende zorgverzekeraars geen concreet beeld te hebben van de bereikbaarheid van de selectief gecontracteerde zorg voor hun verzekerden. Eventuele problemen kunnen achteraf worden opgelost door eventuele bemiddeling, maar dat gaat uit van een actieve houding van de verzekerde.

Voor vijf polissen herkennen de betreffende zorgverzekeraars dat er gebieden zijn waar de bereikbaarheid moeilijker is te borgen ('witte vlekken'). Zij wijzen op de mogelijkheid tot bemiddeling naar een niet-gecontracteerde aanbieder voor tijdige zorg. Voor één polis herkent de zorgverzekeraar geen 'witte vlekken'.

Uit bereikbaarheidsanalyses die wij hebben uitgevoerd, blijkt dat voor de meest vergaande polis, 95% van de verzekerden binnen 65 kilometer of 50 minuten terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder. In het meest extreme geval (met uitzondering van De Waddeneilanden) moet een verzekerde 150 kilometer of 100 minuten reizen. Als we alleen kijken naar gecontracteerde zorg die (gemiddeld over 2015) binnen de Treeknormen wordt geleverd, dan neemt de reistijd en -afstand toe, voor sommige verzekerden tot wel een uur reistijd of vele tientallen kilometers afstand.

Conclusie NZa

Er zijn geen algemeen aanvaarde normen voor de bereikbaarheid van electieve medisch specialistische zorg. Elke reistijd of -afstand kan dan door een zorgverzekeraar als 'redelijk' worden gekenmerkt, wat past binnen de kaders van het toezicht. De NZa acht het wel wenselijk dat zorgverzekeraars een visie hebben over bereikbare zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van (eigen) normen ten aanzien van 'redelijke' reistijd of -afstand én waarbij zij inzicht hebben in de feitelijke reistijd of -afstand van de eigen verzekerden.

Conclusie/uitkomsten onderzoek

Uit het onderhavige onderzoek komt een divers beeld naar voren, waarbij de zorgverzekeraars op verschillende manieren omgaan met de zorgplicht. Op onderdelen kunnen de zorgverzekeraars proactiever handelen. De NZa zal hiertoe passende maatregelen nemen richting de betreffende zorgverzekeraars. Door middel van een formeel informatieverzoek zal worden gevraagd om plannen van aanpak ten aanzien van de onderdelen waar de zorgverzekeraars beter op kunnen acteren. Daarnaast gaat de NZa dit jaar de knelpunten met betrekking tot tijdige medisch specialistische zorg in kaart brengen, waarbij ook zorgverzekeraars nadrukkelijk aan zet zullen zijn om tot oplossingen te komen. Tot slot zullen de resultaten van het onderzoek de basis vormen voor aanpassing op onderdelen van het Toezichtkader zorgplicht Zvw van de NZa.

Kenmerk
155982/249211

Pagina
7 van 7

Het toezicht op de zorgplicht is een belangrijk speerpunt van de NZa. Wij blijven de ontwikkelingen op dit gebied volgen. Dit doen we via thema-gericht toezicht, monitoring van zorgsectoren en via signalen uit het veld en van burgers. Op deze manier dragen we – samen met de uitvoerders van de zorgplicht – bij aan een goede uitvoering van de zorgplicht.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur