


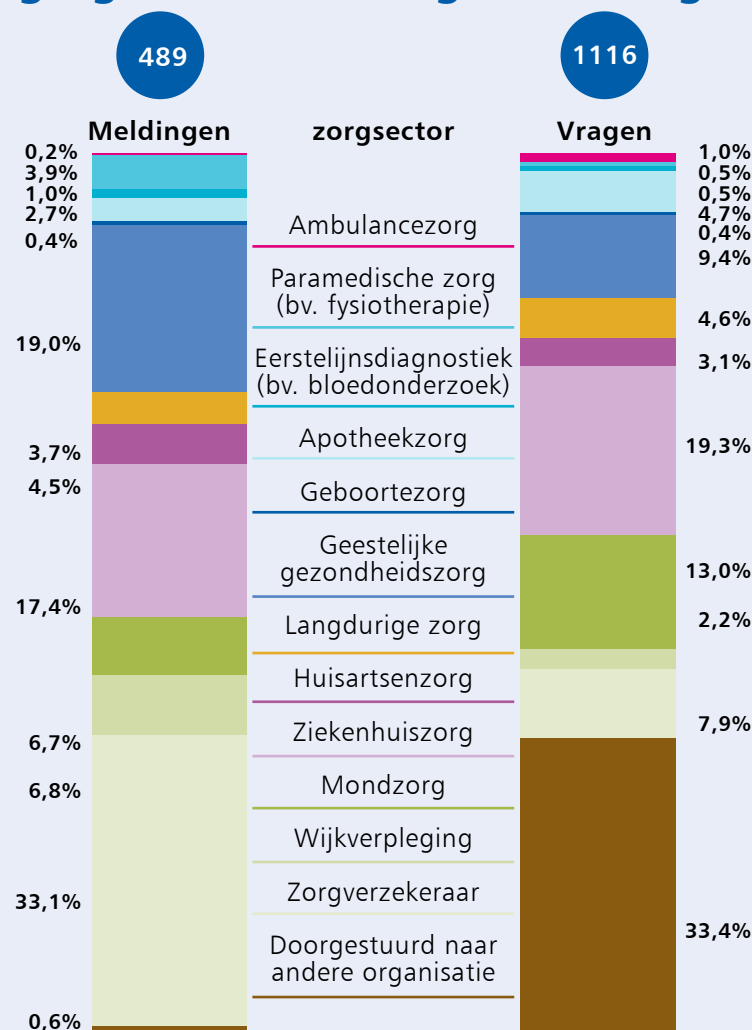
In dit overzicht vindt u ieder kwartaal de vragen en meldingen die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gekregen. Ook leest u wat wij met uw vragen en meldingen doen.



Waar gingen uw meldingen en vragen over?



33,1% van de meldingen gaan over zorgverzekeraars. Bijna alle meldingen hiervan komen van verloskundigen. Zij geven aan dat zorgverzekeraars te lage tarieven bieden voor het doen van hun werk. De NZa stelt zogenoemde maximumtarieven vast. De zorgverzekeraar mag een lagere prijs (onder het maximumtarief) aanbieden. Op deze manier kunnen zij afspraken maken met verloskundigen, over geld maar ook over de kwaliteit van zorg. De NZa helpt aanbieders en verzekeraars door het stellen van een kader voor het contracteerproces. Als aanbieders en verzekeraars buiten dit kader (dreigen te) gaan of als burgers niet op tijd de benodigde zorg (dreigen te) krijgen, dan grijpt de NZa in.



Zelf iets melden?

Melding doen

Vragen of opmerkingen?

Reageer

Hoge rekeningen jaarlijkse controle slaapapneu

Patiënten met de diagnose slaapapneu betalen soms een hoge rekening voor hun jaarlijkse controleconsult bij de longarts. Sommige patiënten moeten elk jaar voor een gehele behandeling betalen. Dit terwijl zij alleen een controleconsult hebben waarbij het zogenoemde SD-kaartje van het CPAP- of BiPAP-apparaat wordt uitgelezen. Deze manier van registreren is ongewenst. Wij ondernemen daarom actie en zijn in gesprek met zorgaanbieders hierover. Heeft u een hoge rekening, maar alleen een controleconsult gehad? Leg dit dan voor aan uw zorgverlener of zorgverzekeraar. Ook kunt u een [melding](#) indienen bij de NZa.

Eigen bijdrage betalen in de thuiszorg

Meer dan 600 euro eigen bijdrage betalen voor in totaal 4 uur zorg uit het zogenoemde 'modulair pakket thuis'. Het overkwam een patiënt de afgelopen periode. Hij betaalde dit hoge bedrag voor de zorg die hij kreeg terwijl hij wachtte op een plek in een zorginstelling. De NZa heeft het Centraal Administratie Kantoor (CAK) om uitleg gevraagd. Wat blijkt? Het CAK heeft een automatisch systeem dat controleert of burgers 20 uur of minder aan zorg uit het modulair pakket thuis ontvangen. Wanneer dit het geval is, wordt de eigen bijdrage automatisch bijgesteld naar beneden. Dat is ook gebeurd bij deze patiënt waardoor een eigen bijdrage van 23 euro overbleef. Denkt u dat u een te hoge eigen bijdrage betaalt? Neem dan contact op met het [CAK](#). Zij helpen u graag verder.

Betalen voor shockwavetherapie

Een patiënt meldt dat hij moet (bij)betalen voor shockwavetherapie bij de fysiotherapeut. Hij betaalde voor shockwavetherapie én een normale fysiotherapiebehandeling terwijl deze op dezelfde dag plaatsvonden. Dit mag niet. Voor shockwavetherapie betaalt u gewoon voor één normale fysiotherapiebehandeling. De shockwavetherapie zit hier namelijk al bij in. Wij hebben gesproken met de branchevereniging van shockwavetherapie. Zij hebben hun leden via een brief op de hoogte gebracht van de regels. Moet u toch extra betalen voor shockwavetherapie? Meld dit dan bij de NZa. Meer informatie? Bekijk de [factsheet](#).

Lang wachten op casemanager dementie

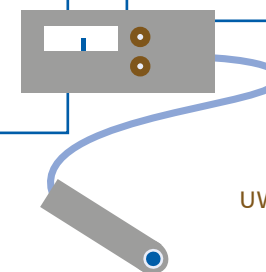
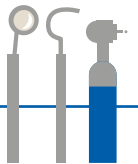
In verschillende regio's moeten mensen lang wachten op een casemanager dementie. Een casemanager regelt zorg voor patiënten met dementie. Daarnaast adviseert, helpt en denkt hij mee met de familie van de patiënt. Moet u of uw familielid langer dan 6 weken wachten op een casemanager dementie? Meld dit dan bij de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan helpen bij het vinden van een casemanager. Lukt dit niet, dan kunt u dit melden bij de NZa. Alzheimer Nederland roept mensen ook op om zich te melden bij de NZa.

Meldingen uitgelicht



Controleweek bij tandartsen

Patiënten begrijpen niet waarom ze moeten betalen voor het invullen van een routinevragenlijst bij de tandarts. Wat blijkt? Ze betalen voor een aanvullende schriftelijke anamnese (code C22), die een tandarts alleen in rekening mag brengen wanneer uit een routine vragenlijst blijkt dat dit nodig is en de tandarts deze ook echt uitvoert. Op basis van data-analyse naar de code C22 controleerden we in september in twee weken achttien tandartspraktijken. Vier praktijken konden een reden geven voor de afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. Veertien praktijken hadden geen goede reden. Van deze veertien zijn acht praktijken zelf direct aan de slag gegaan met verbeteringen en toonden er zes geen inzet om hun gedrag aan te passen. Deze zes praktijken hebben een waarschuwing gekregen. Wij verwachten dat ook zij hun gedrag aanpassen, en gaan dit controleren.



Vragen die u ons stelde



Vraag

Ik heb een rekening gekregen van mijn ggz-aanbieder. Op mijn rekening zie ik twee dingen staan: een aantal minuten en de omschrijving 'basis-ggz middel'. Hoe moet ik deze informatie lezen?

Antwoord

Aan het begin van uw behandeling wordt bepaald wat voor een soort basis-ggz zorg u krijgt. U wordt dan ingedeeld in één van de vier zorgpakketten: basis-ggz kort, middel, intensief of chronisch. Het zorgpakket bepaalt hoeveel u uiteindelijk moet betalen. Het aantal minuten dat ook op uw rekening staat zegt hoeveel tijd uw behandelaar aan u heeft besteed. Het bepaalt niet hoeveel u moet betalen.

Vraag

Ik heb een rekening van de tandarts gekregen met hierop twee geldbedragen. Zo betaal ik ook voor materiaal- en techniekkosten. Ik wil graag weten wat dit inhoudt, maar mijn tandarts wil hierover geen informatie geven. Kan ik dit eisen van mijn tandarts?

Antwoord

Ja, u kunt uw tandarts om een specificatie vragen. Als uw tandarts bijvoorbeeld zelf een kroon maakt, dan moet uw tandarts aan kunnen geven welke codes hij heeft gebruikt uit de tariefbeschikking 'Tandtechniek in eigen beheer'. Heeft uw tandarts de kroon laten maken door een tandtechnicus of tandtechnisch laboratorium? Dan moet hij een kopie van de rekening kunnen laten zien van de tandtechnicus of tandtechnisch laboratorium. De tandarts mag dit 1-op-1 aan u doorberekenen.

Vraag

Ik moet naar de keuringsarts voor een rijbewijskeuring. Hoeveel gaat me dat kosten?

Antwoord

Dat hangt er vanaf, de kosten van een rijbewijskeuring kunnen namelijk variëren. Voor iedere keuring geldt een basistarief van € 81,94. Daarnaast betaalt u soms één of meer toeslagen van € 40,96 als uw keuring langer duurt. Over het hele bedrag betaalt u ook nog 21% btw. Lees meer hierover in onze [factsheet over rijbewijskeuringen](#).

Vraag

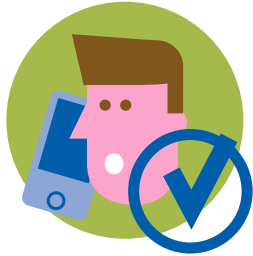
Mijn zorgverzekeraar heeft geen contract met de zorgaanbieder waar ik heen wil. Kan ik hier toch heen als ik dat wil?

Antwoord

Ja, maar dan moet u waarschijnlijk een deel van de rekening zelf betalen. Dit kunt u navragen bij uw zorgverzekeraar. Heeft uw zorgverzekeraar geen contract met de zorgaanbieder van uw keuze? Dan kunt u aan het einde van het jaar bijvoorbeeld overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Of u kunt kiezen voor een restitutiepólis. Met deze polís kunt u voor alle zorgaanbieders kiezen die u wilt. Daarnaast krijgt u uw zorg meestal volledig vergoed. Alleen als uw zorgaanbieder een heel hoog (excessief) tarief rekent, betaalt u mogelijk een deel zelf. Vraag uw verzekeraar vooraf of u dit risico loopt bij de zorgaanbieder waar u graag naar toe wilt.



Vals alarm



Samenwerking tussen het ziekenhuis en zorghotel

Een van onze medewerkers stuitte op een artikel op de website van een zorghotel. Hierin stond dat een ziekenhuis ging samenwerken met het zorghotel. We vroegen ons af hoe zij dit hebben geregeld en betaald, en belden daarom met het ziekenhuis. Het ziekenhuis werkt samen met het zorghotel om de wachtlijsten terug te dringen door mensen snel naar het zorghotel door te laten stromen. De extra kosten voor het zorghotel betaalde het ziekenhuis niet uit hun zorgbudget, maar uit hun organisatiekosten. Het ziekenhuis wilde zich op deze manier houden aan zijn afspraken met de zorgverzekeraar.

Abonnementkosten voor ketenzorg

Een melder zag in de 'online omgeving' van zijn zorgverzekeraar dat hij elk kwartaal € 38 abonnementskosten betaalt voor ketenzorg. Dit kan voorkomen. Heeft u een chronische ziekte zoals diabetes, COPD of een hart- of vaatziekte? Uw huisarts of praktijkondersteuner kan u dan opnemen in een ketenzorgprogramma. U krijgt dan bijvoorbeeld hulp van de huisarts, diëtist, fysio- of podotherapeut. Hierdoor krijgt u regelmatig een controleoproep of moet u bloed prikken. Uw zorgverzekeraar vergoedt dit programma en betaalt de zorgaanbieder hiervoor elk kwartaal. Heeft u geen chronische ziekte? Overleg dan met uw huisarts of praktijkondersteuner. Zij kunnen uw abonnement stoppen waardoor uw verzekeraar geen kosten meer betaalt.

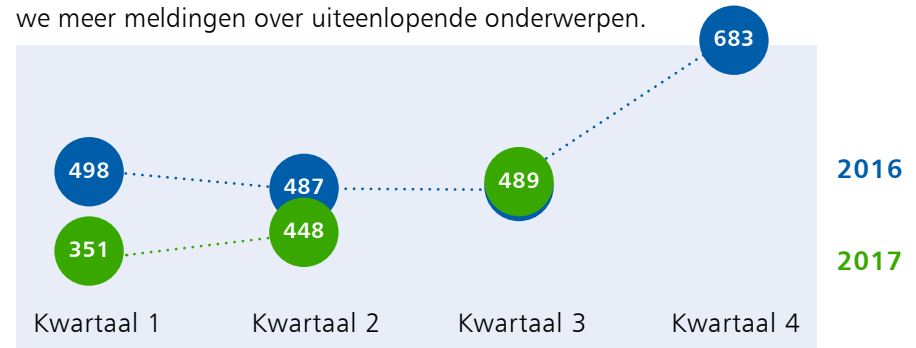


Statistieken



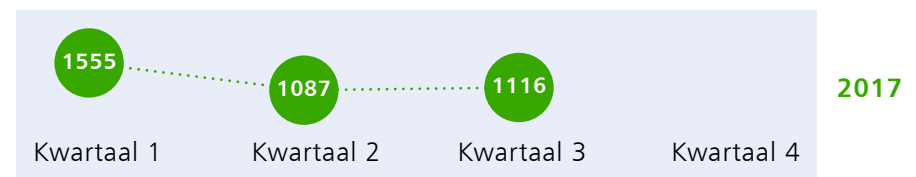
Uw melding

Het derde kwartaal van 2017 zien we een lichte stijging in het aantal meldingen. Over zorgverzekeraars en de huisartsenzorg kregen we dit kwartaal zichtbaar meer meldingen. Veel verloskundigen deden een melding over hun prijsafspraken met verzekeraars. Voor de huisartsenzorg kregen we meer meldingen over uiteenlopende onderwerpen.



Uw vragen

In het derde kwartaal kwamen er 1116 vragen binnen. Veel vragen gingen over de zorgrekening. Burgers vragen bijvoorbeeld of het bedrag op hun ziekenhuis- of tandartsrekening wel klopt. Daarnaast willen burgers graag uitleg over de verschillende onderdelen die op hun ggz-rekening worden getoond.



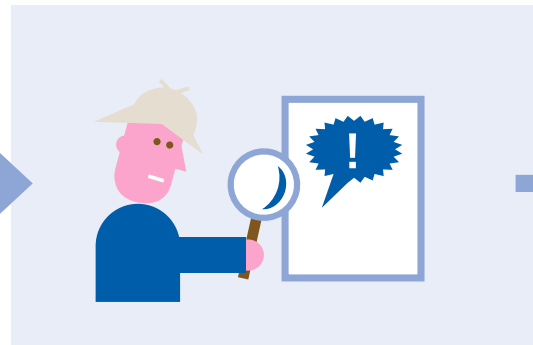


Wat wij doen met uw melding of vraag



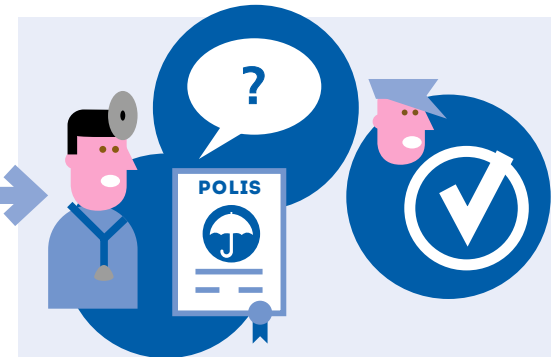
Melding

Wanneer u meldt bij ons, neemt een medewerker van de NZa binnen vijf werkdagen contact met u op. De medewerker spreekt de melding met u door. Soms hebben we meer informatie van u nodig, zoals een rekening. De medewerker vertelt u hoe u deze informatie kunt opsturen.



We bekijken of er een probleem is dat we kunnen oplossen

Wanneer we uw melding ontvangen, gaan we na of er een probleem is. Zo ja, dan onderzoeken we of het probleem vaker voorkomt, de regels worden overtreden en hoe ernstig het is. Dan bekijken we hoe we het probleem kunnen oplossen. Als blijkt dat u het probleem niet zelf kunt oplossen, gaan wij voor u aan de slag.



Wanneer nodig, grijpen we in

Waar we kunnen, komen we snel in actie. Bijvoorbeeld door uitleg te vragen bij uw zorgaanbieder. Of door uw zorgverzekeraar te vragen zijn website aan te passen. Soms duurt het langer voor we iets met uw melding kunnen doen. Sommige onderzoeken kosten nu eenmaal meer tijd. Waar kan, vertellen we u wat we met uw melding hebben gedaan nadat we actie hebben ondernomen.

Blijft u liever onbekend?

U kunt ook anoniem melden bij ons. Dit kan op telefoonnummer 088 - 770 8 770. Een medewerker vertelt u dan wat de mogelijkheden zijn. U kunt ook anoniem melden via het [meldingsformulier op onze website](#). Als u hiervoor kiest, kunnen wij helaas geen contact met u opnemen.

Vraag

U krijgt binnen vijf werkdagen een reactie van een van onze medewerkers op uw e-mail. Kan uw vraag niet wachten? Bel dan met ons Informatie- en Contactcentrum op nummer 088 – 770 8 770.

