

Thematisch onderzoek

Zorgplicht – verkrijgen en vergoeden van zorg

maart 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Toezichtactiviteiten NZa	12
1.3 Toezichtkader zorgplicht	12
1.4 Definitie zorgplicht	12
1.5 Doelstelling onderzoek	13
1.6 Onderzoeksmethodiek	13
1.7 Leeswijzer	13
2. Verkrijgen van zorg	15
2.1 Machtigingsprocedures	15
2.1.1 Machtigingsformulieren	15
2.1.2 Doorlooptijden machtigingen	16
2.2 Weigeringen tot het verkrijgen van zorg	17
2.2.1 Motivatie voor afwijzingen	18
2.3 Borging medische deskundigheid	19
2.4 Overnemen reeds verleende toestemming	20
2.5 Conclusie	20
3. Vergoeden van zorg	23
3.1 Vergoedingsprocedures	23
3.1.1 Doorlooptijden declaraties	23
3.2 Afwijzing van vergoeding van zorg	25
3.2.1 Borging en toetsing juistheid afwijzingsgronden	26
3.3 Zorggaranties	26
3.4 Conclusie	27
4. Klachten en geschillen	29
4.1 Afhandelingstermijnen	29
4.2 Bezwaarmogelijkheden bij klachten	29
4.3 Klachten en geschillen zorgplicht	30
4.3.1 Klachten informatieverstrekking zorgplicht	30
4.4 Conclusie	31
5. Bereikbaarheid	33
5.1 Telefoon, email, brieven	33
5.2 Conclusie	33

Vooraf

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

Hoe krijgt de zorgplicht invulling in de praktijk? Het voorliggende rapport gaat in op de wijze waarop zorgverzekeraars de zorgplicht naleven met betrekking tot het verkrijgen van zorg en het vergoeden van zorg. Welke toestemmingseisen (machtigingsprocedures) stellen zorgverzekeraars voor het verkrijgen van zorg? Krijgt de verzekerde de (vergoeding van) zorg waar hij recht op heeft? Om hier zicht op te krijgen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2011 onderzoek gedaan middels een vragenlijst, uitgezet onder alle zorgverzekeraars. Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn besproken tijdens een bijeenkomst met de zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa op 1 december 2011. Naar aanleiding van de bevindingen van het onderzoek is de NZa voornemens formele maatregelen te nemen jegens een aantal zorgverzekeringsconcerns ten aanzien van bepaalde punten.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben¹. Dat is de verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waaraan hij behoefte en wettelijk aanspraak op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg. Het voorliggende rapport gaat in op de (belemmeringen bij) de toestemmingsvereisten voor het verkrijgen van zorg en het vergoeden van zorg door zorgverzekeraars. Daarbij draait het om de vraag of zorgverzekeraars hun procedures zodanig hebben ingericht dat de verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft.

Voor de NZa staat de zorgconsument centraal. Het onderzoek is dan ook ingestoken vanuit het perspectief van de individuele verzekerde. Hoewel de financiële omvang van de verstrekkingen voor zorgverzekeraars beperkt kan zijn, is het voor de individuele verzekerde van belang dat hij zijn (vergoeding van) zorg krijgt. Daarbij is ook relevant dat zorgverzekeraars transparant zijn zodat de verzekerde van tevoren weet wat hij van zijn zorgverzekeraar kan verwachten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan normtijden om tijdige levering van zorg te waarborgen.

Het onderzoek is een vervolg op de nulmeting zorgplicht die de NZa in 2007 heeft verricht. Bij deze opvolging is ervoor gekozen om dieper in te gaan op de verschillende aspecten van de zorgplicht en daarom twee deelonderzoeken uit te voeren. Het eerste deelonderzoek had betrekking op zorginkoop en is reeds in 2010 gepubliceerd². Het voorliggende deelonderzoek over het verkrijgen van zorg en het vergoeden van zorg door zorgverzekeraars vormt het tweede deel van de follow-up. Hiervoor is medio 2011 een vragenlijst uitgezet onder alle zorgverzekeraars. De vragenlijst is ingevuld op concernniveau door in totaal elf concerns. Tijdens een discussiebijeenkomst op 1 december 2011 zijn de onderzoeksresultaten gepresenteerd aan de zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Naast dit onderzoek heeft de NZa in 2011 de 'Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)' gepubliceerd³. Dit kader geeft een nadere concretisering van de zorgplicht en duidelijkheid over de begrippen die gerelateerd zijn aan de zorgplicht.

Verkrijgen van zorg

In de polisvoorwaarden is vastgelegd voor welke vormen van zorg van tevoren toestemming nodig is van de zorgverzekeraar (machtiging). Alle zorgverzekeringsconcerns hanteren machtigingen voor (een deel van) de volgende verstrekkingen: mondzorg, farmacie, medisch specialistische hulp, vormen van vervoer en hulpmiddelen. Voor huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en paramedische zorg – met uitzondering van fysiotherapie en oefentherapie – is bij de meeste concerns geen machtiging vereist.

Alle concerns hanteren nagenoeg dezelfde procedure voor machtigingsaanvragen. De aanvraag moet schriftelijk worden ingediend

¹ Zvw, artikel 11.

² NZa, Thematisch onderzoek zorgplicht, Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop, februari 2010 op www.nza.nl.

³ Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-001), NZa, mei 2011, op www.nza.nl

door de zorgverlener en onder andere een medische onderbouwing bevatten. Bij de beoordeling van machtigingsaanvragen betrekken concerns in het algemeen voldoende medische deskundigheid. Dit gebeurt door inschakeling van een medisch adviseur of door protocollering van de afhandeling door medewerkers.

De doorlooptijd voor de afhandeling van een machtigingsaanvraag varieert sterk per concern en per type verstrekking. Vijf concerns hanteren in het algemeen een standaarddoorlooptijd van ongeveer 5 werkdagen, de overige zes van ongeveer 10 werkdagen.

De meest voorkomende reden waarom zorgverzekeringsconcerns een aanvraag voor zorg afwijzen is het ontbreken van een medische indicatie/noodzaak. De verstrekkingen met de relatief hoogste afwijzingspercentages zijn medisch specialistische zorg, fysiotherapie en farmacie. De afwijzingspercentages verschillen sterk per concern.

Uit artikel 14, lid 6 van de Zvw volgt dat een eerder gegeven toestemming voor zorg van kracht blijft als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeraars moet dus in dat geval de reeds verleende toestemming van de oude zorgverzekeraar overnemen. De verplichting voor het overnemen van de toestemming geldt voor de termijn waarvoor de toestemming is afgegeven. Als de toestemmingstermijn is verlopen mag de verzekeraar een herbeoordeling doen.

Enkele concerns beoordelen echter onterecht opnieuw het recht op een verstrekking nadat een verzekerde is overgestapt. Reeds naar aanleiding van de nulmeting zorgplicht in 2007 heeft de NZa de zorgverzekeraars er op gewezen dat dit in strijd is met de regelgeving. De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de concerns die momenteel een onterechte herbeoordeling doen.

Met uitzondering van de herbeoordeling nadat een verzekerde is overgestapt, blijkt niet uit het onderzoek dat concerns onnodige drempels opwerpen voor het verkrijgen van zorg door hun machtigingsbeleid of machtigingsprocedures.

Vergoeden van zorg

Alle concerns hanteren vrijwel dezelfde procedure voor het indienen van declaraties. De doorlooptijd voor de afhandeling van declaraties verschilt aanzienlijk per concern en per type verstrekking. In het algemeen hanteert het merendeel van de concerns een standaarddoorlooptijd van ongeveer 10 werkdagen.

De belangrijkste reden om een machtigingsaanvraag of vergoeding van zorg af te wijzen is dat het zorg betreft die niet tot de verzekerde prestaties uit de Zvw behoort. Dat een aanvraag op de juiste gronden wordt afgewezen is geborgd via onder andere procesbeschrijvingen en werkinstructies voor medewerkers. Verzekerden ontvangen schriftelijk bericht van de afwijzing. Het is belangrijk dat uit deze afwijzingsbrief voor de verzekerde duidelijk is waarom zijn aanvraag voor vergoeding van zorg is afgewezen. Om de toegang tot (vergoeding van) zorg zo laagdrempelig mogelijk te maken is een adequate motivatie van de afwijzing van belang. Dit geeft aan dat transparantie ook een rol speelt bij de zorgplicht. Op grond van de 'Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten'⁴ moet in de afwijzingsbrief onder andere worden verwezen naar de regel of voorwaarde(n) uit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt. Slechts drie concerns doen dit. De

⁴ Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, oktober 2011, op www.nza.nl.

NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de concerns die in hun afwijzingsbrief niet verwijzen naar de relevante regel of artikel uit de polisvoorwaarden waarom de afwijzing plaatsvindt en daarmee niet voldoen aan de beleidsregel, waarmee de NZa invulling heeft gegeven aan artikel 40 lid 1 t/m 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Het geven van zorggaranties die boven de zorgplicht uitgaan, bijvoorbeeld garanties op gebitsprothesen, komt weinig voor. In gevallen waarin dit wel gebeurt, controleren concerns of zorgaanbieders de afgesproken garanties nakomen door middel van enquêtes onder verzekerden en via materiële controles. Aanbieders die de zorggaranties niet nakomen krijgen sancties opgelegd, variërend van verbeterafspraken tot beëindiging van het contract.

Klachten en geschillen

Concerns hanteren ieder hun eigen definitie van 'klacht' en 'geschil'. Klachten op het gebied van de zorgplicht gaan met name over beperking van de vergoeding – zoals geen volledige vergoeding op grond van de polisvoorwaarden – en over de informatie over het recht op vergoeding, bijvoorbeeld onduidelijkheden in de polisvoorwaarden.

De afhandeltermijn van per email of per brief ingediende klachten verschilt sterk per concern. Een aantal concerns geeft aan verbetermaatregelen te treffen om de doorlooptijden van de afhandeling te verkorten en de informatievoorziening aan verzekerden te verbeteren.

Bereikbaarheid

Veel concerns streven voor telefonische bereikbaarheid naar telefoonopname binnen 30 seconden. De afhandeling van emails (niet zijnde klachten, bijvoorbeeld vragen of verzoeken om brochures) verloopt in het algemeen binnen 2 werkdagen; de afhandeling van brieven (niet zijnde klachten, bijvoorbeeld vragen of verzoeken om brochures) vergt 5 tot 14 werkdagen.

Acties en aanbevelingen NZa

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten onderneemt de NZa de volgende acties:

- De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen die concerns die onterecht het recht op een verstrekking opnieuw beoordelen nadat een verzekerde is overgestapt. Dit is in strijd met artikel 14 lid 6 Zvw.
- De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de concerns die in hun afwijzingsbrieven van (vergoeding van) zorg niet verwijzen naar de regel of voorwaarde(n) uit de polis waarop de afwijzing is gebaseerd.
- De NZa stuurt alle concerns een brief waarin zij hen dringend verzoekt om uiterlijk in het derde kwartaal 2012 de eigen standaarddoorlooptijden voor de afhandeling van machtigingsaanvragen en voor de vergoeding van declaraties, inzichtelijk te maken voor verzekerden.

Daarnaast doet de NZa de volgende aanbevelingen:

- Zorgverzekeringsconcerns moeten vooraf duidelijk zijn over de voorwaarden voor het indienen van buitenlandse nota's.
- Zorgverzekeringsconcerns moeten bij genomen besluiten op klachten standaard aangeven waar de verzekerde bezwaar kan maken en in welke vorm.
- Zorgverzekeringsconcerns moeten nadere invulling geven aan de zorgplicht door concrete normen op te stellen voor kwaliteit, tijdigheid

en bereikbaarheid, zoals hiertoe opgeroepen in de beleidsregel
toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)⁵

De NZa zal de opvolging van deze aanbevelingen volgen.

⁵ Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-001), NZa, mei 2011, op www.nza.nl.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorgplicht is de verplichting van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waaraan hij behoefte en wettelijk aanspraak op heeft.⁶ Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg. De zorgplicht van de zorgverzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden die de positie van de verzekerde moeten waarborgen, samen met de invloed van verzekerden, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

In 2007 heeft de NZa een nulmeting naar de naleving van de zorgplicht verricht. In 2009 is gestart met een vervolgonderzoek. De centrale vraag bij dit vervolgonderzoek is of de verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft. Voor de beantwoording van deze vraag is het follow-up onderzoek uitgewerkt in drie hoofdrichtingen:

- Zorginkoop: zorgplicht bij en door zorginkoop.
- Verkrijgen van zorg: toestemmingsvereisten.
- Vergoeding van zorg: de juiste hoeveelheid conform afspraken, niet meer en niet minder.

Over het eerste deel van de follow-up (zorginkoop) heeft de NZa in februari 2010 een thematisch onderzoeksrapport gepubliceerd⁷. Uit dit onderzoek blijkt dat de zorgverzekeraars steeds meer werk maken van belangrijke aspecten rond de zorgplicht. Zo stimuleren zorgverzekeraars inmiddels in de overeenkomsten met zorgaanbieders kwaliteitsverbetering, en controleren ook de nakoming van de gemaakte afspraken. Het zelfde geldt voor afspraken rond de tijdigheid van zorg. Er zijn echter nog belangrijke verbeterpunten. Zorgverzekeraars moeten bepalen wat zij voldoende (gecontracteerde) zorg vinden voor de verzekerdenpopulatie, niet alleen qua inhoud en omvang, maar ook dat de zorg kwalitatief goed en tijdig beschikbaar op een redelijke reisafstand is⁸.

Voorliggend onderzoek vormt het tweede deel van de follow-up waarbij wordt ingegaan op (belemmeringen bij) het verkrijgen van zorg en het vergoeden van (de juiste hoeveelheid) zorg. De aanleiding voor dit deel van de follow-up is tweeledig:

- De NZa heeft een wettelijke taak om toe te zien op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, waaronder de zorgplicht.
- De risico's ten aanzien van de zorgplicht in het Risicoanalysemodel⁹ (RAM) zijn minimaal als middelhoog ingeschat.

⁶ De zorgplicht van de zorgverzekeraar is vastgelegd in artikel 11 van de Zvw.

⁷ NZa, Thematisch onderzoek zorgplicht, Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop, februari 2010 op www.nza.nl.

⁸ Hiertoe moeten zorgverzekeraars hun normen en definities voor bereikbare en tijdige zorg helder hebben. Het thematisch onderzoek concludeerde verder dat verzekeraars de ontwikkeling van kwaliteitsnormen actiever kan oppakken, en zij ook bij ontbreken van indicatoren de kwaliteit bij het contracteren moeten waarborgen. Ook kan actiever gebruik worden gemaakt van kwaliteitsinformatie van de IGZ, en moet de zorgverzekeraar naar alternatieven zoeken als onvoldoende kwalitatief goed zorgaanbod voorhanden is.

⁹ Het RAM brengt risico's op de zorgmarkt(en) in kaart. Met risico's worden hier de ongewenste effecten bedoeld die nadelig kunnen zijn voor personen of organisaties die gebruik maken van/werken met de Zvw, AWBZ of Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

1.2 Toezichtactiviteiten NZa

Bij het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw ziet de NZa er op verschillende manieren op toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen. Zo leggen zorgverzekeraars in een uitvoeringsverslag jaarlijks verantwoording af aan de NZa over de naleving van de publieke randvoorwaarden, waaronder de zorgplicht. Daarnaast houdt de NZa toezicht op basis van signalen. Dit kunnen bijvoorbeeld klachten of vragen zijn die op mogelijke overtredingen wijzen. Ook voert de NZa thematische onderzoeken uit om inzicht te krijgen in manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan bepaalde wettelijke taken. Het uitgevoerde onderzoek is hier een voorbeeld van.

Het toezicht op het marktgedrag van zorgverzekeraars heeft onder andere betrekking op de transparantie van informatieverstrekking aan verzekerden. Met de 'Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten'¹⁰ geeft de NZa invulling aan artikel 40 lid 1 t/m 3 Wmg. Dit artikel geeft aan op welke punten de NZa toezicht houdt op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars.

1.3 Toezichtkader zorgplicht

In 2011 heeft de NZa de 'Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)' gepubliceerd¹¹. Dit kader geeft een nadere concretisering van de zorgplicht, waarbij de publieke belangen (het belang van de cliënt) centraal staan. Het Toezichtkader geeft tevens duidelijkheid over begrippen die gerelateerd zijn aan de zorgplicht. De NZa heeft zich hierbij onder andere gebaseerd op eerdere onderzoeken en normen die in het veld ontwikkeld zijn.

In het Toezichtkader heeft de NZa aangegeven dat er ruimte is voor veldpartijen om zelf een nadere invulling te geven aan de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid als belangrijke aspecten van de zorgplicht. De NZa heeft daarbij expliciet zorgverzekeraars opgeroepen om – eventueel samen met andere veldpartijen – concrete normen te bepalen en uit te werken. Met dit rapport brengt de NZa deze oproep nogmaals onder de aandacht van zorgverzekeraars. De NZa zal nauwgezet volgen welke resultaten zorgverzekeraars hierbij halen en zonodig actie ondernemen om zorgverzekeraars aan te sporen.

1.4 Definitie zorgplicht

De NZa hanteert in dit onderzoeksrapport de volgende definitie van zorgplicht:

De zorgplicht is de verplichting van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waaraan hij behoefte en wettelijk aanspraak op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

¹⁰ Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, oktober 2011, op www.nza.nl.

¹¹ Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-001), NZa, mei 2011, op www.nza.nl.

Het uitgevoerde onderzoek is gericht op de invulling van de zorgplicht uit de Zvw. De aanvullende verzekeringen en de AWBZ vallen buiten het bereik van dit onderzoek.

1.5 Doelstelling onderzoek

Het onderzoek is kwalitatief van aard en heeft als doelstelling het identificeren van tekortkomingen in de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars bij het verkrijgen van zorg (toestemmingsvereisten) en het vergoeden van zorg.

1.6 Onderzoeksmethodiek

Dit onderzoek is uitgevoerd op grond van artikel 61 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Voor het onderzoek is een vragenlijst uitgezet onder alle zorgverzekeraars. De vragenlijst is ingevuld op concernniveau door in totaal elf concerns. Daarom wordt in dit rapport gesproken over (zorgverzekerings-)concerns en niet over zorgverzekeraars. De vragenlijst bevat verdiepende vragen die aansluiten bij de informatie-uitvraag zoals opgenomen in het Informatiemodel uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2010. Dat houdt in dat ten opzichte van het informatiemodel op een aantal punten met betrekking tot de zorgplicht nadere detaillering en aanvullende informatie is gevraagd. De vragen over machtigings- en vergoedingsprocedures en de communicatie daarover, sluiten inhoudelijk aan op de vragen uit de nulmeting 2007. Door aan te sluiten bij zowel de informatie die in de uitvoeringsverslagen verstrekt moet worden als bij de datum van aanlevering (1 juli 2011), is de administratieve belasting van de zorgverzekeraars zoveel mogelijk beperkt. De vragenlijst is vooraf afgestemd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en heeft betrekking op de situatie in 2010. De onderzoeksresultaten zijn besproken tijdens de discussiebijeenkomst met de zorgverzekeraars, ZN en de NZa op 1 december 2011.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk twee gaat in op het verkrijgen van zorg. Welke toestemmingsvereisten stellen zorgverzekeringsconcerns hiervoor? Het vergoeden van zorg komt aan bod in hoofdstuk drie. Klachten en geschillen komen aan de orde in hoofdstuk vier. Het rapport sluit af met een hoofdstuk over de bereikbaarheid van zorgverzekeringsconcerns voor verzekerden.

2. Verkrijgen van zorg

2.1 Machtigingsprocedures

Voor bepaalde vormen van zorg is van tevoren toestemming van de zorgverzekeraar nodig (machtiging). In de polisvoorwaarden is opgenomen voor welke vormen van zorg dit geldt. Alle zorgverzekeringsconcerns hanteren een schriftelijke procedure voor machtigingen: de zorgverlener moet namens de verzekerde schriftelijk een aanvraag indienen. Soms ligt het primaat bij de verzekerde, maar dan moet de zorgverlener mede ondertekenen.

De aanvraag voor zorg moet een aantal gegevens bevatten: de NAW-gegevens van de verzekerde, de diagnose, de voorgestelde behandeling, en een omschrijving van de gevraagde verstrekking. Tevens moet de zorgverlener een medische onderbouwing geven (bijv. medische indicatie, foto's). Als het primaat bij de verzekerde ligt, verifieert de zorgverlener deze gegevens of vult deze in. De verzekerde en de zorgverlener ontvangen schriftelijk bericht van de goedkeuring of afwijzing van de aanvraag.

Het type verstrekkingen waarvoor concerns machtigingen hanteren is hetzelfde als in 2007 bij de nulmeting zorgplicht. Vier concerns hanteren machtigingsprocedures voor alle verstrekkingen. De overige concerns hanteren machtigingsprocedures voor een beperkt aantal verstrekkingen.

Alle zorgverzekeringsconcerns hanteren machtigingen voor (een deel van) de verstrekkingen mondzorg (bijzondere vormen van tandheelkunde, angststoornissen, orthodontie, implantaten), farmacie (dure geneesmiddelen), en medisch specialistische hulp (plastische chirurgie). Ook zijn machtigingen vereist voor vrijwel alle hulpmiddelen en voor vormen van vervoer (zittend ziekenvervoer). Voor de verstrekkingen huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en de paramedische beroepen – met uitzondering van fysiotherapie en oefentherapie – hanteren de meeste concerns daarentegen geen machtiging.

Het is de eigen keuze van een zorgverzekeringsconcern om voor bepaalde vormen van zorg machtigingsprocedures te hanteren, uiteraard met inachtneming van geldende wet- en regelgeving.

Als een concern machtigingsprocedures hanteert stelt de NZa zich op het standpunt dat het voor de verzekerde helder moet zijn voor welke verstrekkingen dit geldt en wat de voorwaarden zijn.

2.1.1 Machtigingsformulieren

Twee concerns geven aan dat zij bij geen enkele verstrekking gebruik maken van standaardformulieren voor (een deel van) de machtigingsaanvragen. Bij de overige concerns is het beeld gemengd; voor sommige verstrekkingen waarvoor zij machtiging vereisen gebruiken zij standaard formulieren en voor andere niet. Vooral bij de verstrekkingen mondzorg, fysiotherapie, oefentherapie, hulpmiddelen en vervoer gebruiken concerns standaardformulieren voor (een deel van) de machtigingsaanvragen. Dat geldt ook voor grensoverschrijdende zorg.

Als een zorgverzekeringsconcern machtigingsprocedures en machtigingsformulieren gebruikt, is de NZa van mening dat dit voor de verzekerde duidelijk en gemakkelijk bruikbaar moet zijn. Procedures en formulieren mogen geen onnodige toetredingsdrempels opwerpen voor het verkrijgen van zorg.

2.1.2 Doorlooptijden machtigingen

In de enquête is gevraagd naar de standaarddoorlooptijd en de werkelijke doorlooptijd voor machtigingen. Standaarddoorlooptijden zijn de streefnormen die elk individueel concern hanteert. De meeste concerns hanteren in het algemeen een standaarddoorlooptijd van 5 of 10 werkdagen voor het afhandelen van machtigingen.

Tabel 1 – Aantal concerns afgezet tegen de werkelijke doorlooptijden in werkdagen per vertrekking voor de afhandeling van machtigingsaanvragen¹²

Werkelijke doorlooptijd in werkdagen	Mondzorg	Farmaceutische zorg	Verloskundige zorg	GGZ	Medisch spec. zorg	Kraamzorg	Fysiotherapie	Paramedische zorg ¹³	Hulpmiddelen	Vervoer
5 dagen of minder	5	5	4	3	4	3	3	3	5	7
Tussen 5 en 10 dagen	2	4	1	3	3		1	1	3	1
10 dagen of meer	4	2			4	1	3	1	3	2
TOTAAL ¹⁴	11	11	5	6	11	4	7	5	11	10

Bron: NZa

Veel concerns konden de uitsplitsing naar type verstrekking niet geven en melden overal dezelfde werkelijke doorlooptijd of geen doorlooptijd. Bij de meeste concerns ligt de werkelijke doorlooptijd binnen de standaarddoorlooptijd. Twee concerns hanteren relatief lange werkelijke doorlooptijden van 10 werkdagen of meer voor alle verstrekkingen waarvoor zij machtigingsprocedures hanteren. De variatie in werkelijke doorlooptijd tussen concerns en tussen verstrekkingen is groot. Zo loopt de werkelijke doorlooptijd voor een machtiging voor mondzorg uiteen van 3 tot 13 werkdagen.

Verstrekkingen waarbij tenminste drie concerns een werkelijke doorlooptijd aangeven van 10 werkdagen of meer zijn mondzorg, medisch specialistische zorg, fysiotherapie en hulpmiddelen. Uit recent

¹² De opgegeven doorlooptijden zijn zowel in werkdagen (5 dagen per week) als in weekdagen (7 dagen per week) opgegeven. Voor de vergelijkbaarheid zijn alle opgegeven doorlooptijden in weekdagen omgezet naar werkdagen (5/7).

¹³ Dit betreft de overige paramedische beroepen naast fysiotherapie: oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadviesing. Zorgverzekeraars vullen deze steeds voor alle betreffende beroepsgroepen uniform in.

¹⁴ Omdat niet alle concerns voor alle verstrekkingen doorlooptijden hebben opgegeven of doorlooptijden hebben gesplitst per verstrekking, is het aantal concerns per verstrekking niet in alle gevallen gelijk aan het totale aantal concerns dat de vragenlijst heeft ingevuld (11).

onderzoek van het Nivel¹⁵ blijkt dat bijna driekwart van de verzekerden waarbij de medische zorg is uitgesteld vanwege het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, dit als problematisch ervaart.

Voor verzekerden is het van belang dat zij de benodigde zorg binnen een redelijke termijn kunnen verkrijgen en dat zij van tevoren weten hoe lang deze termijn ongeveer is¹⁶. Hiervoor is het noodzakelijk dat er minimum-/maximumnormen zijn vastgesteld en dat deze inzichtelijk zijn voor verzekerden.

Zorgverzekeringsconcerns dienen machtigingsaanvragen binnen een redelijke termijn af te handelen. De werkelijke doorlooptijd dient in ieder geval binnen de door het concern gehanteerde standaarddoorlooptijd te liggen. Bovendien dienen normtijden transparant te zijn voor verzekerden zodat zij van tevoren weten waar zij aan toe zijn. In het belang van transparante keuze-informatie stuurt de NZa alle concerns een brief waarin zij hen dringend verzoekt om uiterlijk in het derde kwartaal 2012 de eigen standaarddoorlooptijden voor de afhandeling van machtigingsaanvragen en voor de vergoeding van declaraties (zie hoofdstuk 3), inzichtelijk te maken voor verzekerden.

2.2 Weigeringen tot het verkrijgen van zorg

Zeven van de elf concerns zijn in staat om per verstrekking informatie te verschaffen over het aantal toestemmingsaanvragen en weigeringen. De overige concerns kunnen deze informatie niet of niet per verstrekking geven.

Toestemmingsaanvragen spelen met name een rol in de mondzorg, farmacie, medisch specialistische zorg, hulpmiddelenzorg en vervoer. Daarnaast hanteren twee concerns veel toestemmingsaanvragen voor paramedische zorg, vooral fysiotherapie.

Tabel 2 geeft per verstrekking aan wat de variatie van afwijzingspercentages tussen concerns is en wat het gemiddelde afwijzingspercentage is.

¹⁵ Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, Nivel, november 2011.

¹⁶ Beleidsregel TH/BR-001 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), verplichting nr. 18.

Tabel 2 - Afwijzingspercentages

Verstrekking	Variatie afwijzingspercentages	Gemiddeld afwijzingspercentage
Mondzorg	5%-15%	9%
Farmacie	20%-30%	24%
Medisch specialistische zorg	25%-40%	33%
Fysiotherapie	15%-25%	24%
Hulpmiddelen	5%-20%	12%
Vervoer	10%-20%	14%
Overig (o.a. declaraties buitenland)	10%-20%	13%

Bron: NZa

Uit de tabel komt geen eenduidig beeld naar voren. Opvallend zijn de grote verschillen in afwijzingspercentages tussen concerns. Zo loopt het afwijzingspercentage voor de verstrekking medisch specialistische zorg in het algemeen uiteen van gemiddeld 25% bij het ene concern tot gemiddeld 40% bij een ander concern. Een oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk in verschillen tussen concerns, voor welke deelverstrekingen zij binnen een bepaalde verstrekking een machtigingsprocedure hanteren. De verstrekkingen met de relatief hoogste afwijzingspercentages zijn medisch specialistische zorg, fysiotherapie en farmacie. Dit was ten tijde van de nulmeting in 2007 ook zo, met uitzondering van farmacie.

Het gewogen¹⁷ gemiddelde afwijzingspercentage voor alle verstrekkingen per concern laat ook een uiteenlopend beeld zien. Dit afwijzingspercentage varieert van 7% bij concern A tot 23% bij concern B. Ook binnen één concern zijn er grote verschillen. Zo heeft een concern X bij mondzorg het laagste afwijzingspercentage en bij medisch specialistische zorg een van de hoogste. Een oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk ook hier in grote verschillen tussen zorgverzekeraars, voor welke deelverstrekingen zij binnen een bepaalde verstrekking een machtigingsprocedure hanteren.

2.2.1 Motivatie voor afwijzingen

De meest genoemde reden om geen toestemming voor zorg te verlenen is het ontbreken van de medische indicatie. Andere genoemde afwijzingsgronden zijn:

- de aanvraag betreft geen verzekerde prestatie;
- de aanvraag voldoet niet aan de gestelde criteria in de polisvoorwaarden (bijvoorbeeld bijvoegen medische verklaring).

Het ontbreken van de medische indicatie, het feit dat de aanvraag geen verzekerde prestatie uit de Zvw is en het niet voldoen aan de vereisten die de verzekeraar zelf aan de aanvraag stelt, zijn basale afwijzingsgronden voor machtigingsaanvragen. De NZa vindt dat concerns deze redenen beschikbaar moeten hebben. Als zij een machtigingsaanvraag afwijzen moeten zij immers op grond van artikel 40, lid 1 t/m3 van de Wmg, zoals uitgewerkt in de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, duidelijk aan de verzekerde motiveren wat de reden van afwijzing is.

¹⁷ Gewogen naar aantallen machtigingen en aantallen afwijzingen per verstrekking.

2.3 Borging medische deskundigheid

De Zvw stelt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria dient te worden beantwoord¹⁸. Daarom is het van belang dat bij de beoordeling van machtigingsaanvragen de medische deskundigheid is geborgd.

De meeste concerns geven aan dat bij alle of een deel van de aanvragen wordt geadviseerd door een zorginhoudelijk deskundige of medisch adviseur. Waar de medisch adviseur in eerste instantie niet wordt ingeschakeld worden de aanvragen in het algemeen afgehandeld door medewerkers die bekend zijn met de meest recente voorwaarden en criteria voor toestemming. Dat medewerkers over deze kennis beschikken wordt geborgd door onder andere actuele werkinstructies in het centrale informatiesysteem, standaard protocollen, werkoverleg met adviserend geneeskundigen en scholing van de betrokken medewerkers. Slechts in twijfelgevallen wordt alsnog de medisch adviseur geraadpleegd. Eén respectievelijk twee concerns geven aan dat zij bij alle cq een deel van de verstrekkingen bij de machtigingsaanvraag standaard de medisch adviseur inschakelen.

Het algemene beeld is dat de medische deskundigheid per verstrekking geborgd is, hetzij door inschakeling van de medisch adviseur bij een machtigingsaanvraag, hetzij door protocollering van de afhandeling door medewerkers voor (een groot deel van) de overige machtigingsaanvragen. Dit beeld kwam ook naar voren uit de nulmeting in 2007. Tijdens de bijeenkomst met de zorgverzekeraars kwam echter naar voren dat zij de vraag uit de enquête anders hebben geïnterpreteerd dan was bedoeld. Daarom heeft de NZa bij vier concerns slechts de 'indruk' dat de medische deskundigheid bij één of meerdere verstrekkingen niet geborgd is, noch door inschakeling van de medisch adviseur, noch door protocollering van de afhandeling door medewerkers.

De zorgverzekeraar borgt de medische deskundigheid bij de afhandeling van alle machtigingsaanvragen, waarin in eerste aanleg geen medisch adviseur wordt ingeschakeld, door ervoor te zorgen dat de betrokken medewerkers bekend zijn met de meest recente voorwaarden en criteria voor toestemming. Dit doen zij door

- actuele werkinstructies in het centrale informatiesysteem
- actualiseren van de protocollen
- werkoverleg met adviserend geneeskundigen
- maandelijks afstemming tussen zorginkoop en adviserend geneeskundigen
- scholing van de betrokken medewerkers

¹⁸ Zvw, artikel 14. Dit is tevens opgenomen als verplichting 5 in de Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht.

2.4 Overnemen reeds verleende toestemming

Als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar, is de nieuwe zorgverzekeraar op grond van artikel 14 lid 6 Zvw verplicht om de reeds verleende toestemming voor zorg van de oude zorgverzekeraar over te nemen. Deze verplichting voor het overnemen van de toestemming geldt voor de termijn waarvoor de toestemming is afgegeven. Als de toestemmingstermijn is verlopen mag de verzekeraar een herbeoordeling doen.

Vijf concerns nemen standaard een reeds verleende toestemming van de vorige verzekeraar over. Ook de overige concerns doen dit meestal, behoudens de volgende uitzonderingen:

- Twee concerns doen een herbeoordeling bij farmaceutische zorg, en incidenteel ook bij medisch specialistische zorg.
- Eén concern doet in een aantal gevallen een herbeoordeling bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie, maar geeft aan zich hierop in 2011 te heroriënteren.
- Eén concern doet een herbeoordeling bij vervoer.

De hulpmiddelenzorg neemt een bijzondere plaats in. Drie concerns geven aan bij bruikleenartikelen een herbeoordeling te doen, omdat het artikel eigendom blijft van de vorige verzekeraar. De overname van het bruikleenartikel van de vorige verzekeraar speelt hier een rol. De overige concerns melden geen herbeoordeling bij bruikleenartikelen. De NZa gaat ervan uit dat deze concerns zonder herbeoordeling de verzekerde van een nieuw bruikleenartikel voorzien.

Tijdens de bijeenkomst op 1 december hebben enkele zorgverzekeraars aangegeven dat er soms een einddatum op machtigingen ontbreekt. Dit kan aanleiding zijn om een herbeoordeling te doen. De NZa adviseert concerns om machtigingen te voorzien van een reële einddatum om daarmee onnodige herbeoordeling te voorkomen.

Zonder dat dit automatisch tot een herbeoordeling leidt, vragen tot slot drie concerns soms aanvullende informatie op bij mondzorg/orthodontie bij de verzekerde, respectievelijk bij overschrijdende zorg en bij plastische chirurgie bij de behandelaar.

Ook bij het in 2007 uitgevoerde onderzoek bleek een aantal zorgverzekeraars het recht op een verstrekking opnieuw te beoordelen nadat een verzekerde is overgestapt. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars er destijds op gewezen dat dit in strijd is met de regelgeving. Uit de huidige enquête blijkt een aantal concerns nog steeds een herbeoordeling te doen. De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen die concerns die momenteel een onnodige herbeoordeling doen.

2.5 Conclusie

Alle zorgverzekeringconcerns hanteren machtigingen voor (een deel van) de verstrekkingen mondzorg, farmacie, medisch specialistische hulp, vormen van vervoer en vrijwel alle hulpmiddelen. Voor de verstrekkingen huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en de paramedische beroepen – met uitzondering van fysiotherapie en oefentherapie – is bij de meeste concerns geen machtiging vereist.

De procedures die concerns hanteren voor machtigingsaanvragen verschillen weinig. Bij de beoordeling van machtigingsaanvragen betrekken concerns in het algemeen voldoende medische deskundigheid. Dit gebeurt door inschakeling van een medisch adviseur of door protocollering van de afhandeling door medewerkers. Bij enkele concerns heeft de NZa echter de indruk dat de medische deskundigheid bij één of enkele verstrekkingen niet geborgd is. De doorlooptijd waarbinnen een machtigingsaanvraag wordt afgehandeld varieert sterk per concern en per type verstrekking. De NZa stuurt alle verzekeraars een brief waarin zij hen dringend verzoekt om uiterlijk in het derde kwartaal 2012 de eigen standaarddoorlooptijden voor de afhandeling van machtigingsaanvragen en voor de vergoeding van declaraties (zie hoofdstuk 3), inzichtelijk te maken voor verzekerden.

De meest voorkomende reden om een aanvraag voor zorg af te wijzen is het ontbreken van medische indicatie of noodzaak. De verstrekkingen met de relatief hoogste afwijzingspercentages zijn medisch specialistische zorg, fysiotherapie en farmacie. De afwijzingspercentages verschillen sterk per concern.

Enkele concerns beoordelen opnieuw het recht op een verstrekking nadat een verzekerde is overgestapt. In 2007 heeft de NZa de zorgverzekeraars er al op gewezen dat dit in strijd is met de regelgeving. De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de concerns die momenteel nog steeds een onterechte herbeoordeling doen.

Met uitzondering van de herbeoordeling, nadat een verzekerde is overgestapt, blijkt uit de onderzoeksresultaten niet dat concerns in hun machtigingsbeleid of machtigingsprocedures onnodige drempels opwerpen voor het verkrijgen van zorg.

3. Vergoeden van zorg

3.1 Vergoedingsprocedures

Om declaraties vergoed te krijgen hanteren alle concerns de procedure dat de originele nota, gesteld op de naam van de verzekerde, moet worden ingediend. De declaratie moet verder gegevens bevatten als: NAW-gegevens verzekerde, naam zorgverlener, behandeldatum, soort behandeling en het gedeclareerde bedrag. Bij internetverzekeringen mogen digitale nota's worden gebruikt.

Vier concerns stellen als voorwaarde dat de nota voorzien moet zijn van een notabegeleidingsformulier. Twee concerns geven aan dat de nota binnen 12 maanden na de behandeldatum moet worden ingediend.

Alle concerns geven aan gebruik te maken van standaard declaratieformulieren. Verzekerden ontvangen schriftelijk bericht van de uitkering of afwijzing; in het laatste geval met reden van afwijzing.

De voorwaarden die concerns stellen voor het indienen van buitenlandse nota's zijn verschillend. Eén concern stelt als eis dat buitenlandse nota's moeten worden toegelicht in het Engels, terwijl een ander aangeeft dat nota's uit veel voorkomende vakantielanden zonder vertaling in behandeling worden genomen. Twee concerns geven aan dat de nota mag luiden in enkele andere talen zoals Duits, Engels en Frans en dat bij andere talen een vertaling van een beëdigd vertaler moet worden meegestuurd. Enkele andere concerns hanteren voor buitenlandse nota's een speciaal begeleidingsformulier waarop extra vragen worden gesteld (bijv is er sprake van spoedeisende hulp of niet).

De NZa vindt het voor verzekerden van belang dat zorgverzekeringsconcerns vooraf transparant zijn over de voorwaarden voor het indienen van buitenlandse nota's. Helderheid vooraf voorkomt onnodige afwijzingen en teleurstellingen bij verzekerden achteraf.

3.1.1 Doorlooptijden declaraties

In de enquête is gevraagd naar de standaarddoorlooptijd en de werkelijke doorlooptijd voor de afhandeling van declaraties. De standaarddoorlooptijd is de streefnorm die elk individueel concern hanteert. Het merendeel van de concerns (zeven) hanteert in het algemeen een standaarddoorlooptijd van gemiddeld 10 á 11 werkdagen voor het afhandelen van declaraties. Drie concerns hanteren een richttijd van 5 á 6 werkdagen en één concern hanteert 30 werkdagen.

Tabel 3 vermeldt de werkelijke doorlooptijd per verstrekking. De meerderheid van de concerns is in staat om de werkelijke doorlooptijd uit te splitsen naar type verstrekking. Dit in tegenstelling tot de werkelijke doorlooptijden bij machtigingen, waarbij slechts vijf concerns deze uitsplitsing konden geven. De reden waarom concerns dit wel kunnen bij declaraties en niet bij machtigingen (zie 2.1.2) is niet duidelijk.

Tabel 3 - Aantal concerns afgezet tegen de werkelijke doorlooptijden in werkdagen per vertrekking voor de afhandeling van declaraties¹⁹

Werkelijke doorlooptijd in werkdagen	Huisartsenzorg	Mondzorg	Farmaceutische zorg	Verloskundige zorg	GGZ	Medisch spec. zorg	Kraamzorg	Fysiotherapie	Paramedische zorg ²⁰	Hulpmiddelen	Vervoer
5 dagen of minder	5	6	5	4	5	5	5	5	5	3	3
Tussen 5 en 10 dagen	3	2	3	4	3	3	3	3	3	5	4
10 dagen of meer	1	1	1		1	1				1	1
TOTAAL ²¹	9	9	9	8	9	9	8	8	8	9	8

Bron: NZa

Bij de meeste concerns is de werkelijke doorlooptijd korter dan de standaard doorlooptijd. Slechts bij één concern ligt de werkelijke doorlooptijd op een aantal verstrekkingen fors boven zijn eigen standaard doorlooptijden.

Een concern heeft relatief lange werkelijke doorlooptijden van 10 werkdagen of meer bij de meeste verstrekkingen. De variatie in de werkelijke doorlooptijd tussen verstrekkingen is binnen één concern soms groot. Zo loopt deze doorlooptijd uiteen van ruim 5 werkdagen voor de afhandeling van een declaratie voor paramedische zorg tot ruim 17 dagen voor een declaratie van medisch specialistische zorg door hetzelfde concern. Ter indicatie voor de variatie tussen concerns binnen één verstrekking: de werkelijke doorlooptijd voor de afhandeling van een declaratie voor medisch specialistische zorg ligt bij het snelste concern op 2,9 werkdagen en bij het traagste concern op 17,4 werkdagen.

Verstrekkingen waarbij tenminste twee concerns een doorlooptijd aangeven van meer dan 6 werkdagen zijn GGZ en vervoer. Omdat alle concerns met gemiddelde werkelijke doorlooptijden werken zijn de data in het algemeen goed met elkaar vergelijkbaar.

Voor verzekerden is het van belang dat hun declaratie binnen een acceptabele termijn wordt afgehandeld²². Concerns dienen transparant te zijn over de afhandelingstermijnen zodat de consument weet waar hij aan toe is.

¹⁹ De opgegeven doorlooptijden zijn zowel in werkdagen (5 dagen per week) als in wekdagen (7 dagen per week) opgegeven. Voor de vergelijkbaarheid zijn alle opgegeven doorlooptijden in wekdagen omgezet naar werkdagen (5/7).

²⁰ Dit betreft de overige paramedische beroepen naast fysiotherapie: oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadviesing. Zorgverzekeraars vullen deze steeds voor alle betreffende beroepsgroepen uniform in.

²¹ Omdat niet alle concerns voor alle verstrekkingen doorlooptijden hebben opgegeven of doorlooptijden hebben gesplitst per verstrekking, is het aantal concerns per verstrekking niet in alle gevallen gelijk aan het totale aantal concerns dat de vragenlijst heeft ingevuld (11).

²² Beleidsregel TH/BR-001, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), verplichting nr. 19.

De NZa stuurt een brief aan alle verzekeraars waarin zij hen dringend verzoekt om uiterlijk in het derde kwartaal 2012 de eigen standaarddoorlooptijden voor de afhandeling van machtigingsaanvragen en voor de vergoeding van declaraties, inzichtelijk te maken voor verzekerden.

3.2 Afwijzing van vergoeding van zorg

De NZa constateert dat als een zorgverzekeringsconcern een aanvraag voor vergoeding van zorg of een machtigingsaanvraag afwijst, hij de verzekerde hiervan schriftelijk op de hoogte stelt.

De belangrijkste reden die concerns noemen om vergoeding van zorg af te wijzen is dat het zorg betreft die niet tot de verzekerde prestaties uit de Zvw behoort. Daarbij gaat het onder andere om niet verzekerde cosmetische prestaties, zorg genoten in het buitenland die niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en bedragen die binnen het eigen risico vallen. De informatie over de afwijzing van vergoedingen (aantallen en bedragen per verstrekking) die concerns geven is, evenals de informatie over de afwijzing van toestemmingsaanvragen, zeer divers.

Twee concerns geven in hun afwijzingsbrief zowel een omschrijving van de reden van afwijzing als een verwijzing naar het relevante artikel of regel uit de polisvoorwaarden. Eén concern verwijst wel naar het artikel of regel uit de polisvoorwaarden, maar geeft geen nadere omschrijving van de reden van afwijzing. Vijf concerns geven in hun afwijzingsbrief wel een omschrijving van de reden van afwijzing maar verwijzen niet naar het relevante artikel of regel uit de polisvoorwaarden. De drie overige concerns geven in hun afwijzingsbrief geen omschrijving van de reden van afwijzing, noch een verwijzing naar het relevante artikel of regel uit de polisvoorwaarden.

Enkele concerns geven aan verbeteracties te ondernemen om de afwijzingsgrond te verduidelijken. Zo geeft één concern aan in de afwijzingsbrief te gaan verwijzen naar het betreffende artikel uit de polisvoorwaarden; melden twee concerns eenvoudigere taal te gaan gebruiken en meldt één concern de verzekerde vóór toezending van de afwijzingsbrief telefonisch uitleg te gaan geven (experiment).

Als een concern de aanvraag voor (vergoeding van) zorg afwijst, is het voor de verzekerde belangrijk te weten waarom zijn aanvraag is afgewezen. De NZa vindt dat een afwijzing van (vergoeding van) zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk dient te zijn onderbouwd in de afwijzingsbrief. In de "Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten" heeft de NZa opgenomen dat in een afwijzingsbrief de volgende punten moeten zijn vermeld:

- De afwijzing moet duidelijk onderbouwd zijn. De reden voor afwijzing moet voor de verzekerde begrijpelijk zijn. Er moet worden verwezen naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt. Er moet dusdanige informatie worden verschaft dat de verzekerde zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.
- De verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden.
- De verzekerde moet erop gewezen worden dat hij tegen de afwijzing in beroep kan gaan.

De concerns die in hun afwijzingsbrief niet verwijzen naar het relevante artikel of regel waarop de afwijzing is gebaseerd, voldoen daarmee niet

aan artikel 40 lid 1 t/m 3, zoals uitgewerkt in de Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten. De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de desbetreffende concerns.

3.2.1 Borging en toetsing juistheid afwijzingsgronden

Om te borgen dat afwijzing van (vergoeding van) zorg op de juiste gronden plaatsvindt, hanteren zorgverzekeraars procesbeschrijvingen, werkinstructies en beslisbomen.

Deze borging kan in grote lijnen op twee manieren plaatsvinden:

- Borging vooraf: procesbeschrijvingen en werkinstructies voor medewerkers, interne kennisbank, maximale automatisering van brieven ter voorkoming van handmatige fouten.
- Borging achteraf: beoordeling of afwijzingsbrieven eenduidig zijn en aan de interne eisen voldoen, periodieke steekproefsgewijze toetsing door medisch adviseurs op de opvolging van de instructies door de medewerkers.

Alle concerns die de vraag hebben beantwoord, borgen de juistheid van de afwijzingsgronden in de brieven vooraf. Vier concerns geven expliciet aan dit tevens achteraf te borgen. Drie concerns geven aan acties te ondernemen om de borging vooraf verder te verbeteren, bijvoorbeeld door verdere automatisering van brieven. Eén concern meldt de borging achteraf te verbeteren door verfijning van de toetsing op de verwerking.

Het is van belang dat concerns borgen dat afwijzing van (vergoeding van) zorg op de juiste gronden plaatsvindt en begrijpelijk aan de verzekerde wordt gecommuniceerd. Het verdient aanbeveling om dit zowel vooraf (procesmatig) als achteraf (periodieke steekproefsgewijze toetsing van de uitgaande afwijzingsbrieven) te doen.

3.3 Zorggaranties

Het geven van zorggaranties die verder gaan dan de zorgplicht kan een marketinginstrument zijn voor zorgverzekeringsconcerns. Drie concerns vermelden expliciet zorggaranties die boven de zorgplicht uitstijgen. Voorbeelden hiervan zijn snelle inschrijving bij de tandarts, 12 maanden garantie op gebitprothesen en implantaten en een gegarandeerd aantal uren kraamzorg.

Om te controleren of zorgaanbieders voldoen aan de afgesproken zorggaranties houden deze concerns enquêtes onder verzekerden, verrichten zij materiële controles, en monitoren zij klachten van verzekerden en ervaringen van de eigen afdeling zorgbemiddeling. De drie betreffende concerns hanteren onderling en per verstrekking verschillende sancties indien de zorgaanbieder de zorggarantie niet nakomt. Genoemd worden: verbeterafspraken, transparant maken van de (non)-performance op een vergelijkingssite, terugdraaien tariefopslag, bemiddeling naar andere zorgaanbieders die beter presteren of niet langer contracteren.

Redenen waarom een zorggarantie niet kan worden waargemaakt zijn onder andere landelijke schaarste aan het betreffende zorgaanbod, capaciteitstekort of beëindiging van de praktijk waarmee het concern de zorggarantie had afgesproken. Twee van de drie betreffende concerns leggen de verzekerde uit waarom zij onverhoopt de zorggarantie niet kunnen waarmaken en bespreken alternatieven. Het andere concern

zoekt samen met de betreffende zorgaanbieders naar een oplossing die voor de verzekerde aanvaardbaar is.

Als een zorgverzekeringsconcern zorggaranties afgeeft is het van belang dat nakoming van deze garanties wordt geborgd en dat bij niet-naleving actie wordt ondernomen. De NZa vindt het positief dat concerns controleren of garanties worden nagekomen en dat zij zonodig maatregelen treffen.

3.4 Conclusie

Alle concerns hanteren nagenoeg dezelfde procedure voor het indienen van declaraties en gebruiken daarvoor standaard declaratieformulieren. De doorlooptijd voor de afhandeling van declaraties verschilt aanzienlijk per concern en per type verstrekking. De NZa stuurt alle concerns een brief waarin zij hen dringend verzoekt om uiterlijk in het derde kwartaal 2012 de eigen standaarddoorlooptijden voor de afhandeling van machtigingsaanvragen en voor de vergoeding van declaraties, inzichtelijk te maken voor verzekerden.

De belangrijkste reden om een vergoeding van zorg af te wijzen is dat het zorg betreft die niet tot de verzekerde prestaties uit de Zvw behoort. Dat een aanvraag op de juiste gronden wordt afgewezen is geborgd via onder andere procesbeschrijvingen en werkinstructies voor medewerkers. Verzekerden ontvangen schriftelijk bericht van de afwijzing. Daarbij is het belangrijk dat het voor de verzekerde duidelijk is waarom zijn aanvraag voor vergoeding van zorg is afgewezen. Op grond van artikel 40, lid 1 t/m 3 van de Wmg, zoals uitgewerkt in de "Beleidsregelinformatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten" moet in de afwijzingsbrief worden verwezen naar de regel of voorwaarde uit de polis waarop de afwijzing is gebaseerd. Slechts drie concerns doen dit. De NZa is voornemens formele maatregelen te nemen tegen de concerns die in hun afwijzingsbrief niet verwijzen naar de relevante regel of artikel uit de polisvoorwaarden en daarmee niet voldoen aan artikel 40, lid 1 t/m 3 van de Wmg zoals uitgewerkt in de beleidsregel.

Het geven van zorggaranties die boven de zorgplicht uitgaan, komt weinig voor. In gevallen waarin dit wel gebeurt, controleren concerns of zorgaanbieders de afgesproken garanties nakomen door middel van enquêtes onder verzekerden en materiele controles. Aanbieders die de zorggaranties niet nakomen krijgen sancties opgelegd, variërend van verbeterafspraken tot beëindiging van het contract.

4. Klachten en geschillen

4.1 Afhandelingstermijnen

Concerns hanteren ieder hun eigen definitie van 'klacht' en 'geschil'. Een voorbeeld van een heldere omschrijving die één concern geeft is:

Klacht: "elke vraag, opmerking, melding of reactie van een klant waaruit blijkt dat aan zijn verwachting niet is voldaan door de organisatie. Klachten kunnen zowel telefonisch, schriftelijk, via e-mail of via de website ingediend worden".

Geschil: "een situatie waarbij de verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een genomen beslissing door de verzekeraar op grond van de basisverzekering, of met de wijze waarop die beslissing tot stand is gekomen. Geschillen dienen per brief te worden ingediend, echter ook per e-mail worden ontvangen geschillen in behandeling genomen".

De termijnen voor de afhandeling van klachten hangen af van de wijze waarop de klacht is ingediend (telefoon, email, brief) en lopen sterk uiteen tussen concerns. Door het ontbreken van eenduidige definities van klacht en geschil is een objectieve vergelijking van termijnen tussen verschillende concerns niet goed mogelijk. Onderstaande bevindingen moeten in deze context worden gelezen.

Normen voor afhandeling van telefonische klachten zijn zeer divers en door slechts enkele concerns aangegeven. Waarschijnlijk komt dit doordat veel concerns telefonisch ingediende klachten niet als klacht beschouwen.

Normen voor afhandeling van klachten per email variëren van 1 tot 42 werkdagen. Drie concerns melden relatief korte afhandeltijden van klachten van 5 werkdagen of minder. Vermoedelijk gaat het hier om een eerste reactie dan wel bericht dat de klacht in behandeling is genomen, en niet de daadwerkelijke afhandeling van de klacht.

Normen voor de afhandeling van klachten per brief lopen eveneens sterk uiteen. De kortste afhandeltijd is 5 werkdagen, de langste 42 werkdagen. Vijf concerns hanteren normtijden van 10 werkdagen of meer waarbinnen de klacht moet zijn afgehandeld; drie concerns hebben een norm van minder dan 10 werkdagen en drie concerns geven geen tijdnorm voor de afhandeling van klachten per brief.

4.2 Bezwaarmogelijkheden bij klachten

Zeven concerns hebben aangegeven bij genomen besluiten op klachten standaard aan te geven waar de verzekerde bezwaar kan maken en in welke vorm. Twee concerns doen dit ten dele en twee concerns hebben hierover geen informatie aangeleverd.

De NZa vindt het belangrijk dat concerns bij genomen besluiten op klachten standaard aangeven waar de verzekerde bezwaar kan maken en in welke vorm. Daarmee worden verzekerden in staat gesteld hun recht te halen.

4.3 Klachten en geschillen zorgplicht

Op het gebied van de zorgplicht melden concerns voornamelijk klachten over de beperking van de vergoeding. Daarbij gaat het om een niet volledige vergoeding, voortvloeiend uit de polisvoorwaarden, de verrekening van het eigen risico of anderszins. Dat er bij verzekerden onduidelijkheid bestaat over vergoedingsbeperkingen oftewel bijbetaling voor zorg, blijkt ook uit recent onderzoek van het Nivel²³. Daaruit blijkt dat de helft van de verzekerden nooit of soms vooraf duidelijkheid heeft over het moeten bijbetalen voor zorg. Tevens blijkt dat 30% van de verzekerden achteraf nooit of soms informatie over bijbetalen te hebben ontvangen. Drie van de zes concerns die dergelijke klachten melden noemen tevens klachten over onvolkomenheden in de afhandeling, zoals een onjuiste berekening van de vergoeding of een te late vergoeding. De drie overige concerns die de enquête hebben ingevuld geven aan geen klachten te krijgen over de vergoeding van zorg.

Slechts twee concerns melden klachten over de machtigingsaanvragen. Dit betreft zowel onvolkomenheden in de afhandeling (te late verwerking of fouten in de afhandeling) als de afwijzing zelf. Twee andere concerns melden klachten te ontvangen over de zorgbemiddeling; zowel over te late bemiddeling als over de uitkomsten van de bemiddeling. De overige concerns die de enquête hebben ingevuld geven aan geen klachten te krijgen over machtigingsaanvragen of zorgbemiddeling.

Zes concerns noemen de volgende verbeteracties:

- vergoeding: verruiming van de polisvoorwaarden;
- vergoeding en machtiging: verbetering van de brieven, voorkomen van fouten, verbetering werkproces en instructies
- zorgbemiddeling: bij de zorgaanbieder benoemen van een directe contactpersoon voor de verzekeraar

4.3.1 Klachten informatieverstrekking zorgplicht

Vier concerns melden klachten over de informatie op het recht op vergoeding. Het betreft onduidelijkheden of fouten in de polisvoorwaarden en het feit dat de informatiemedewerkers niet altijd voldoende vertrouwd zijn met de inhoud van de polisvoorwaarden, of de afbakening van basisverzekering en de aanvullende verzekering. Twee van deze concerns geven tevens aan dat de klachten ook betrekking hebben op informatie over het recht op zorg.

Twee concerns melden klachten over de informatie over de reden van afwijzing. Het betreft onduidelijkheden in de toelichting op de polisvoorwaarden respectievelijk de vergoedingsoverzichten.

Zes concerns noemen de volgende verbeteracties ter voorkoming van onvolkomenheden in de informatie over vergoeding, machtiging of zorgbemiddeling:

- Informatie over recht op zorg: leren van klantervaringen op basis waarvan de omschrijvingen van de polisvoorwaarden voor de cliënt kunnen worden verbeterd.

Informatie over vergoeding en afwijzing: verbetering van de brieven, pilot voor een telefonische toelichting aan de cliënt op de afwijzing van een machtigingsaanvraag of vergoeding, verbetering werkproces, instructies voor de medewerkers en een interne kennisbank voor medewerkers.

²³ Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, Nivel, november 2011.

4.4 Conclusie

Er is geen eenheid in het gebruik van definities van 'klacht' en 'geschil'. Concerns gebruiken hiervoor ieder hun eigen definitie. De termijnen voor de afhandeling van klachten hangen af van de wijze waarop de klacht is ingediend (telefoon, email, brief) en lopen sterk uiteen tussen concerns. Zo varieert de afhandelingstermijn voor een per email ingediende klacht van 1 tot 42 werkdagen en voor een brief ingediende klacht van 5 tot 42 werkdagen. Positief is dat het merendeel van de concerns bij genomen besluiten op klachten standaard aangeeft waar de verzekerde bezwaar kan maken en in welke vorm.

Klachten op het gebied van de zorgplicht gaan met name over beperking van de vergoeding, bijvoorbeeld geen volledige vergoeding op grond van de polisvoorwaarden. Daarnaast komen er klachten binnen over de informatie over het recht op vergoeding (bijvoorbeeld onduidelijkheden in de polisvoorwaarden). Diverse concerns geven aan dat zij verbetermaatregelen nemen om klachten te verminderen. Over machtigingsaanvragen en zorgbemiddeling worden nauwelijks klachten ontvangen.

5. Bereikbaarheid

5.1 Telefoon, email, brieven

Op één na alle concerns hebben een norm voor telefonische bereikbaarheid aangegeven in seconden. Veel concerns streven naar telefoonopname binnen 30 seconden. Dit strookt met de bevindingen uit recent onderzoek van het Nivel²⁴. Daaruit blijkt dat de overgrote meerderheid van de verzekerden weinig tot geen problemen ondervindt wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice. Opvallend is dat slechts twee concerns een duidelijke normtijd aangeven voor de afhandeling van een telefonisch verzoek om zorgbemiddeling. Eén concern spant zich in om het telefonisch verzoek om zorgbemiddeling binnen een dag te beantwoorden, het andere probeert de zorgbemiddeling binnen 5 werkdagen te regelen.

Negen concerns hebben een norm voor de afhandeling van emails aangegeven van twee werkdagen of minder. Twee verzekeraars hanteren daarentegen normen van 10 werkdagen of meer.

Vijf concerns hebben een norm aangegeven voor de afhandeling van standaardbrieven (niet zijnde klachten) variërend van 5 tot 14 werkdagen. De overige concerns hebben geen algemene norm gegeven voor de afhandeling van brieven.

Zes concerns melden verbeteracties te ondernemen bij de afhandeling van email en brieven. Daarbij gaat het om:

- Maatregelen op ICT-gebied voor procesverbetering: digitalisering poststroom, verbetering email- applicatie, volgsysteem van het behandelproces van brieven.
- Overige maatregelen voor procesverbetering: verbetering van de instructies voor de medewerkers.
- Informatieverstrekking aan de cliënt: uitbrengen van brochures over klachten en geschillen.

Vier concerns geven verbeteracties aan voor de afhandeling van telefonische vragen. Dit betreft maatregelen voor procesverbetering, zoals het realiseren van een rechtstreeks contact tussen zorgvrager en de afdeling zorgbemiddeling, de klant de mogelijkheid bieden na 2 wachtminuten te worden teruggebeld, en effectievere personeelsinzet. De betreffende concerns beogen met deze verbeteracties lagere doorlooptijden te bereiken van de afhandeling van telefoon, emails en brieven, een betere informatievoorziening aan cliënten, en minder klachten over de onduidelijkheid van brieven.

5.2 Conclusie

Veel concerns streven voor telefonische bereikbaarheid naar telefoonopname binnen 30 seconden. De afhandeling van emails (niet zijnde klachten, bijvoorbeeld vragen) verloopt in het algemeen binnen 2 werkdagen; de afhandeling van brieven (niet zijnde klachten, bijvoorbeeld vragen) vergt 5 tot 14 werkdagen. Een aantal concerns geeft aan verbetermaatregelen te treffen om de doorlooptijden van de

²⁴ Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, Nivel, november 2011.

afhandeling te verkorten en de informatievoorziening aan verzekerden te verbeteren. De NZa vindt dit positief.