2016 kwartaal 3

Uw melding, ons toezicht

Deze uitgave laat ieder kwartaal zien welke meldingen bij de Nederlandse Zorgautoriteit binnenkomen en wat wij ermee doen. Heeft u zelf een melding? Meld het ons!

Nederlandse Zorgautoriteit

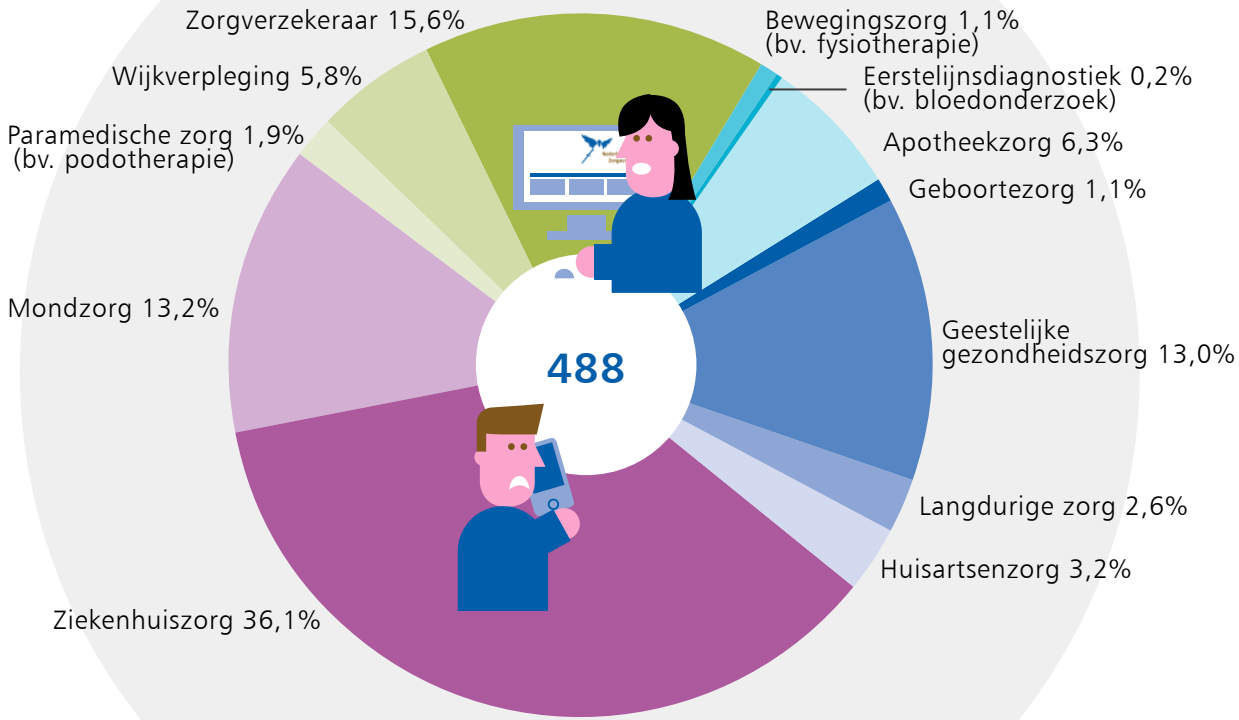
Klik hier

Klik hier

Klik hier

Waarover heeft u gemeld?

Percentage meldingen per zorgsector (2016 - kwartaal 3)



Klik hier

Klik hier

Zelf iets melden?

Melding doen

Vragen of opmerkingen over deze uitgave?

Reageer

Meldingen uitgelicht

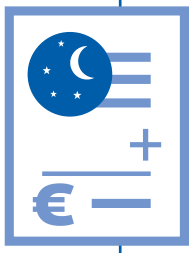
Begeleidingsgesprek apotheek

We krijgen nog steeds meldingen van burgers dat ze niet het idee hebben dat er een gesprek is gevoerd over het gebruik van hun medicijn. Maar ze zien dit wel op de rekening terug. Apotheken waar we meldingen over krijgen, vragen we om hun afspraken over het begeleidingsgesprek nog eens onder de loep te nemen: kan het duidelijker? Ook melders krijgen van ons bericht, zodat zij bij een volgend apotheekbezoek weten wat ze kunnen verwachten. Krijgt u geen uitleg over uw nieuwe medicijn, maar betaalt u hier wel voor? Meld het ons!

Voorschieten rekening zorgverlener

Krijgt u zorg van een zorgverlener waar uw zorgverzekeraar geen contract mee heeft? Dan bestaat de kans dat u zelf de rekening krijgt. Stel, uw rekening is € 1200, dan betaalt u dit bedrag aan uw zorgverlener. Vervolgens dient u deze rekening in bij uw zorgverzekeraar, die bijvoorbeeld een bedrag van € 800 vergoed. Wilt u liever niet het hele bedrag zelf voorschieten, dan kunt u bij uw zorgverzekeraar een zogenoemde akte van cessie aanvragen. Of dit kan, verschilt per verzekeraar. Wilt u zo'n regeling? Neem dan contact op met uw verzekeraar.

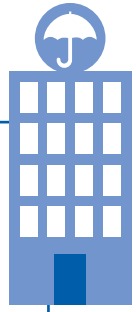
Huisarts rekent onterecht avond-, nacht- en weekendtarieven



Als een huisarts is aangesloten bij een huisartsenpost mag hij geen hogere tarieven rekenen voor avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW). Bij een huisartsenpraktijk in Lelystad is dit toch geconstateerd. Ook bleek de administratie niet op orde te zijn. Daardoor was niet duidelijk welke zorg de huisarts had geleverd en of de zorg juist en terecht in rekening is gebracht bij cliënten. De huisarts heeft aangegeven hiermee te stoppen en een boete gekregen.

Huisarts wijst internetapotheek af

Een huisarts plaatste op de praktijkwebsite dat hij geen recepten meer uitschrijft voor internetapotheken. Daardoor kan het zo zijn dat patiënten zelf hun medicijnrekening moeten betalen. Dit kan als je een zorgpolis hebt waarin staat dat je medicijnen alleen via internet mag bestellen. De NZa vindt dat je zelf moet kunnen kiezen waar je je medicijnen bestelt. Dit kan bij zowel een reguliere als internetapotheek. Daarom hebben we de huisarts aangesproken. Inmiddels is de website van de huisarts aangepast.



Voorwaarden vergoeding gewijzigd

De NZa heeft ook dit kwartaal weer meldingen van burgers aan zorgverzekeraars voorgelegd. Bijvoorbeeld een burger die in 2015 van zijn zorgverzekeraar hoorde dat zijn behandeling in 2016 wordt vergoed. Maar wat blijkt, in 2016 wordt zijn behandeling toch niet vergoed. De NZa heeft contact gezocht met de verzekeraar in kwestie. De verzekeraar heeft aangegeven soepel om te gaan met deze situatie. De behandeling wordt alsnog vergoed.

Begindatum dbc opvraagbaar

In de ggz en ziekenhuiszorg is het soms handig om de begin- en einddatum van je diagnose-behandelcombinatie (dbc) te weten, bijvoorbeeld als je wilt weten over welk jaar je je eigen risico moet betalen. De begindatum bepaalt namelijk welk eigen risico wordt aangesproken. Niet alle verzekeraars geven die datum, terwijl dat wel zo hoort. Zorgverzekeraars waar dit niet gebeurde, hebben hun werkwijze hierop aangescherpt.

Vals alarm

Alle meldingen bekijken we zorgvuldig. Soms lijkt iets mis, maar blijkt een rekening wel te kloppen. Een aantal gevallen van vals alarm:

Meer betalen dan maximum tarief

Burgers meldden verbaasd dan ze 10% meer moesten betalen dan het regulier NZa-maximumtarief: bijvoorbeeld € 1100 in plaats van € 1000. Toch is dit mogelijk. Een zorgaanbieder mag namelijk een zogenoemd max-max tarief in rekening brengen wanneer hierover een afspraak met de zorgverzekeraar is gemaakt. Bijvoorbeeld afspraken over de verbetering van de kwaliteit en innovaties die de zorg beter of efficiënter maken. We verwachten van de zorgaanbieder dat hij u hier vooraf over informeert. Wilt u weten of u niet te veel heeft betaald? Vraag het na bij uw zorgverzekeraar.

Polisvoorwaarden vorige zorgverzekeraar gelden nog

Heeft u in 2016 al een behandeling lopen in de ggz of in het ziekenhuis? En wilt u in 2017 een nieuwe zorgverzekeraar? Uw nieuwe polisvoorwaarden gelden pas als een nieuwe dbc wordt geopend. Stel: u gaat naar het ziekenhuis in 2016. Uw huidige polisvoorwaarden gelden dan nog (zorgverzekeraar A). In januari 2017 stapt u over naar zorgverzekeraar B. Als u begin 2017 weer naar het ziekenhuis moet, dan verwacht u dat de polisvoorwaarden van zorgverzekeraar B zijn ingegaan. Maar let op, de voorwaarden van verzekeraar A gelden hier nog. Klik hier om te zien hoe dit werkt.

Vragen die u ons stelde

Vraag
Ik moet van mijn zorgverzekeraar het eigen risico betalen voor een rekening uit 2015. Mag dat?

Antwoord
Ja, dit mag. Uw zorgverzekeraar mag deze rekening nog met uw eigen risico van 2015 verrekenen als de rekening vóór 31 december 2016 bij uw zorgverzekeraar is binnengekomen.

reageren melden

Vraag
Ik ben door mijn GGD-arts verwezen naar het ziekenhuis. Nu stuurt het ziekenhuis mij een hoge rekening die mijn zorgverzekeraar niet wil vergoeden. Moet ik nu zelf betalen?

Antwoord
Dat ligt eraan. De NZa heeft zorgverzekeraars recent geïnformeerd dat zij zelf mogen bepalen wie zij naast de huisarts als geldige verwijzer erkennen. Vraag uw zorgverzekeraar tijdig of zij uw rekening ook vergoeden als u wordt verwezen door een GGD-arts.

reageren melden

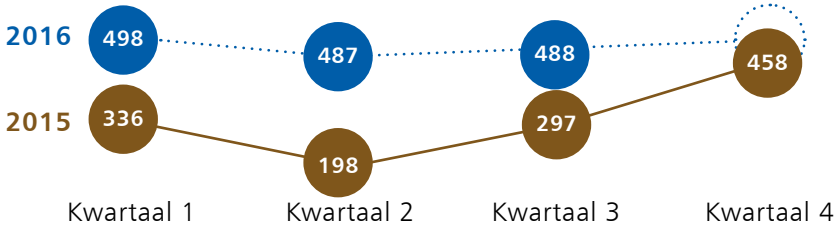
Totaalbeeld meldingen

Dit kwartaal hebben we bijna evenveel meldingen binnengekregen als het vorige kwartaal. Het aantal meldingen over zorgverzekeraars en de geestelijke gezondheidszorg is afgenomen, maar meldingen over de ziekenhuiszorg zijn verder toegenomen.

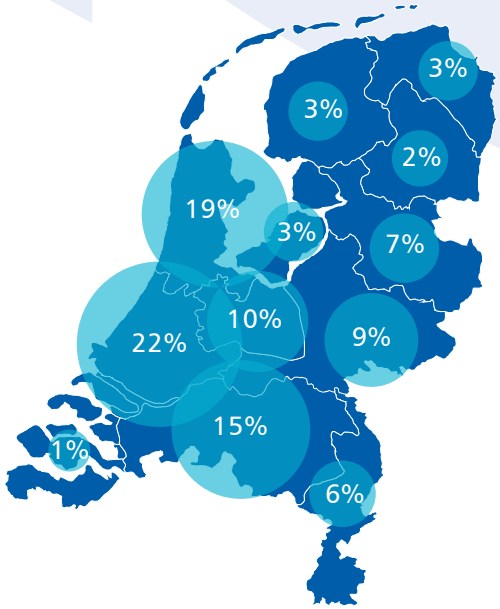
Waar gingen de meldingen over?

Trending topic dit kwartaal zijn meldingen waar melders zorg hebben gekregen, maar een veel hogere rekening kregen dan verwacht. Bijvoorbeeld 350 euro voor het aanstippen van een wrat. Of melders die toch een rekening krijgen opgestuurd na een behandeling, terwijl ze dachten dat alle kosten uit de zorgverzekering werden vergoed. Goede voorlichting door aanbieder en verzekeraar blijft essentieel. Verder: tandartsen die geen offerte geven en ook blijven er veel vragen binnenkomen over het eigen risico en hoe dit over de jaren wordt verrekend.

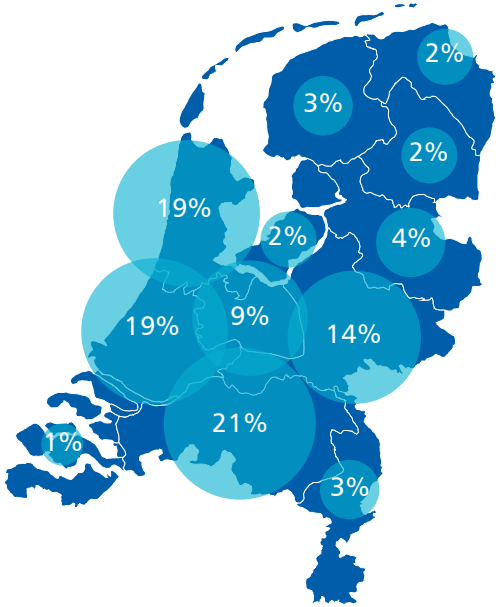
Meldingen vorig jaar en nu



Waar komen de meldingen vandaan per provincie (in %)?



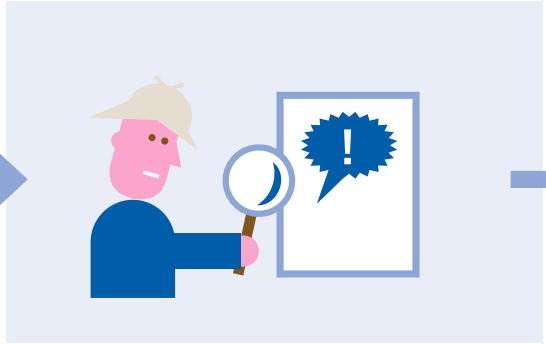
Waar zitten de zorgaanbieders waarover u meldde per provincie (in %)?



Wat wij doen met uw melding

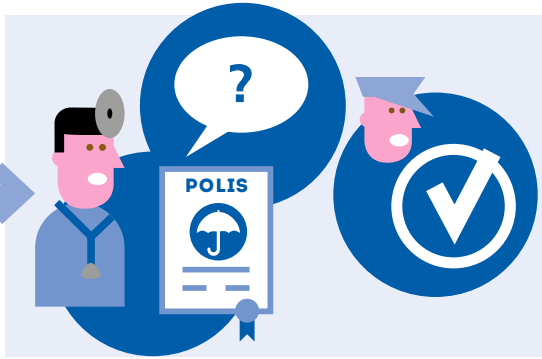
We bespreken de melding met u

Binnen vijf werkdagen neemt een medewerker van de NZa contact met u op over uw melding. Soms kunnen we u meteen een antwoord geven. Soms blijkt dat er aanvullende informatie nodig is.



We bekijken of er een probleem is dat we kunnen oplossen

Zodra we uw melding ontvangen, starten we ons onderzoek. Eerst gaan we na of er sprake is van een probleem. 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

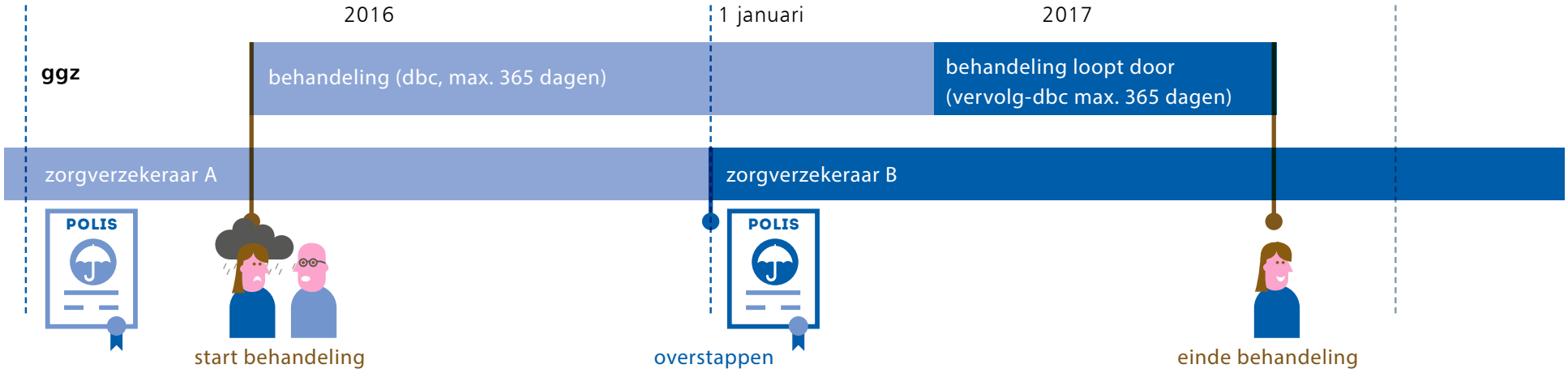
Waar we kunnen, komen we snel in actie. Bijvoorbeeld door opheldering te vragen bij uw zorgaanbieder. Of door uw zorgverzekeraar te vragen zijn website aan te passen. Soms duurt het langer voor we iets met uw melding kunnen doen. Sommige onderzoeken kosten nu eenmaal meer tijd. Waar mogelijk vertellen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

Liever anoniem melden?

Dat is ook mogelijk. Dit kan telefonisch via onze Informatielijn op 088 - 770 8 770. Een deskundige voorlichter staat u te woord. We bespreken de mogelijkheden en overleggen met u hoe u uw melding wenst te delen met ons. Uw anonieme melding schriftelijk doen kan via ons meldingsformulier. Als u hiervoor kiest, kunnen wij helaas geen contact met u opnemen en is het lastiger om uw probleem op te lossen.

Overstappen van zorgverzekeraar tijdens uw behandeling

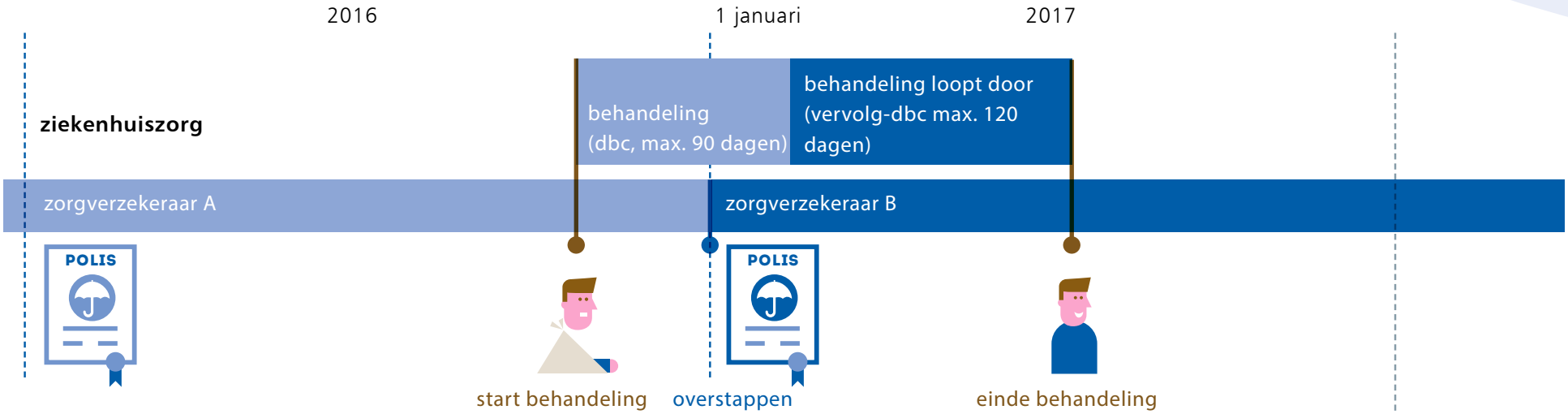
Heeft u in 2016 al een behandeling lopen in de ggz of in het ziekenhuis? En wilt u in 2017 een nieuwe zorgverzekeraar? Uw nieuwe polisvoorwaarden gelden dan pas als er een nieuwe diagnose-behandelcombinatie (dbc) wordt geopend. Hoe dit werkt? We brengen het voor u in beeld met twee fictieve voorbeelden.



Anna heeft in 2016 haar eerste afspraak bij de psycholoog voor haar depressie. Anna is dan verzekerd bij zorgverzekeraar A. De psycholoog opent een dbc (max. 365 dagen) in 2016.

In 2017 wil Anna overstappen naar zorgverzekeraar B. Anna's dbc staat dan nog open en loopt door in 2017. Omdat de begindatum van de dbc in 2016 ligt, gelden de polisvoorwaarden nog van zorgverzekeraar A.

Na 365 dagen is Anna's behandeling bij de psycholoog nog niet klaar. Daarom wordt een nieuwe dbc geopend. De begindatum van deze zogenoemde vervolg-dbc ligt nu in 2017. Vanaf nu gelden dan ook de polisvoorwaarden van zorgverzekeraar B. Als Anna niet meer naar de psycholoog hoeft, wordt de dbc meteen gesloten.



Tom moet in 2016 naar het ziekenhuis voor zijn gebroken pols. Tom is dan verzekerd bij zorgverzekeraar A. Het ziekenhuis opent een dbc in 2016.

In 2017 wil Tom overstappen naar zorgverzekeraar B. Toms dbc staat dan nog open en loopt door in 2017. Omdat de begindatum in 2016 ligt, gelden de polisvoorwaarden nog van zorgverzekeraar A.

Na 90 dagen is Toms behandeling in het ziekenhuis nog niet klaar. Daarom wordt een nieuwe dbc geopend. De begindatum van deze zogenoemde vervolg-dbc (max.120 dagen) ligt nu in 2017. Vanaf nu gelden dan ook de polisvoorwaarden van zorgverzekeraar B.
Als Tom niet meer naar het ziekenhuis hoeft, wordt de dbc na 120 dagen gesloten.

Vragen?
U kunt uw **zorgaanbieder** vragen naar de begindatum van een dbc.
Vragen over uw polisvoorwaarden kunt u uw **zorgverzekeraar** stellen.