Bijlage

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Datum** 24 augustus 2010 | **Ons kenmerk** Bij25082010SA |
| **Onderwerp** Richtsnoer NZa informatieverstrekking zorgaanbieders | **contact** mw. mr. T.H.C. (Tineke) Donga |
|  |  |
|  |  |

**Reactie op concept richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders**

Onderstaand geven wij eerst een algemene reactie en daar volgt deze specifiek op onderdelen.

**Algemeen**

Uw NZa wil met dit richtsnoer een handvat geven aan zorgaanbieders om aan hun wettelijke informatieverplichtingen jegens hun cliënten te voldoen. Met name de open normen van artikel 38 en 39 van de Wet marktordening gezondheidszorg wil uw NZa concretiseren. Voor aanbieders van gehandicaptenzorg zijn er geen nadere regels opgesteld, zodat dit richtsnoer voor hen bepalend is voor de gestelde transparantie-eisen.

Allereerst willen wij opmerken dat het richtsnoer geldt voor alle zorgaanbieders, waarbij wij geen expliciet onderscheid zien naar de diverse sectoren, noch naar het transitieproces waarin de sectoren zich bevinden. Bij de concretisering speelt dit naar onze mening wel een rol. Sommige sectoren kennen vrije prijzen en hebben cliënten geheel de vrije keuze. In de gehandicaptenzorg is dit geheel anders. De keuzevrijheid van cliënten van aanbieders van gehandicaptenzorg is zeer beperkt. Dit komt omdat de zorginkoop gebeurt door de zorgkantoren die een monopsonistische marktmacht hebben. De zorgkantoren dicteren via ‘pseudo’-aanbestedingen hun diverse kwaliteitseisen en het tarief aan aanbieders van gehandicaptenzorg. Dit alles onder een regime van regulering van de tarieven door uw NZa. Wij vinden dat onder deze ‘marktomstandigheden’ deze verplichtingen van het richtsnoer voor de gehandicaptensector buiten werking moeten blijven. Wij bepleiten dat uw NZa dan ook op maat toezicht houdt.

Het richtsnoer veronderstelt handvaten te geven aan alle aanbieders, maar is inhoudelijk wat mager. Wij vinden dat, mogelijk als gevolg van die algemene strekking, niet alle helderheid geboden wordt voor aanbieders van gehandicaptenzorg.

Het verstrekken van juiste informatie is voor zorgaanbieders van gehandicaptenzorg een lastige opgave, als het gaat over de omvang van de AWBZ-verzekerde zorg.

De ‘AWBZ-polis’ is niet altijd glashelder. Daarbij speelt bijvoorbeeld dat er tijdens het onderhoudsproces van de zorgzwaartebekostiging beleidswijzigingen door het ministerie van VWS worden doorgevoerd, die onduidelijkheid opwerpen bij cliënten van aanbieders van gehandicaptenzorg[[1]](#footnote-1). De verantwoordelijkheid voor het informeren van de cliënt over

wat tot de inhoud van de ‘AWBZ polis’ behoort, ligt naar onze mening niet bij de zorgaanbieder. Wij vinden het dan ook van belang dat de het richtsnoer evenwichtig moet zijn met betrekking tot wie voor welke informatieverstrekking verantwoordelijk is.

Wij zijn het eens met de in het richtsnoer opgenomen lijn dat de NZa initiatieven die partijen ontplooien op het gebied van de transparantie van de (inhoudelijke) kwaliteit van de zorg volgt. Het proces dat hiermee gemoeid is, is complex en langdurend. De VGN en andere partijen die betrokken zijn bij dit traject hechten zeer veel waarde aan transparantie van de kwaliteit van de zorg. Wij zien echter geen rol voor de NZa om op termijn, via aanpassing van dit richtsnoer, dit ontwikkelproces in de gehandicaptenzorg te ondersteunen.

Tenslotte willen wij nog opmerken dat aanbieders te kampen gaan krijgen met de praktische uitvoerbaarheid van de verplichtingen. Wij menen namelijk dat de verplichtingen nauwelijks in te passen zijn in de onder tabel 1 genoemde wettelijke zorgplansystematiek. De cliënt krijgt volgens die systematiek op microniveau informatie over de zorg die de aanbieder hem kan leveren. Dergelijk maatwerkinformatie kan niet simpelweg omgezet of geaggregeerd worden in gegevens die gemakkelijk vergelijkbaar zijn zoals gesteld in het richtsnoer..

Nog afgezien van deze praktische problematiek, zullen de administratieve lasten en daarmee de onkosten voor aanbieders van gehandicaptenzorg weer toenemen, wat het primair zorgverleningproces niet ten goede komt.

**Specifiek op onderdelen:**

*Basisinformatie*

Wij zien op pagina 10 en 11 in hoofdzaak voorbeelden uit de curatieve sector. Daarin vinden wij steun voor ons standpunt dat deze eisen niet passend zijn voor de gehandicaptensector en dat ‘op maat’ toezicht nodig is.

*Voorbeelden in de tabellen*

Tabel 1: basisinformatie

Bij product: hier geeft uw NZa bij concretisering aan dat zorgaanbieders vooraf actief moeten aangeven welke NZa-prestaties geleverd gaan worden. De NZa toetst hiermee naar onze mening op de eerste plaats alleen haar eigen prestatiebeschrijvingen. Wij vragen ons af wat de relevantie van deze informatie-eis is die hier door uw NZa wordt gesteld voor de cliënt. Dit in het licht van het feit dat op de gehandicaptenzorg onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen, het Besluit zorgplanbespreking AWBZ van toepassing is. Hierin is geregeld dat zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een zorgplanbespreking met de cliënt gehouden moet worden. Naast tijdsaspecten kent dit Besluit inhoudelijke eisen. Met het zorgplan geeft de zorgaanbieder concreet en op maat invulling aan de te leveren zorg. De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de vereisten uit dit Besluit. Wij vinden dat stapeling van toezicht moet worden voorkomen.

De eis van de prestatiebeschrijving lost naar onze mening niet de onduidelijkheden op die er zijn over de ‘dekking’ van het verzekerde pakket. Bijvoorbeeld bij de zorgzwaartepaketten met en zonder behandeling en de daarmee samenhangende omvang van de verzekerde zorg ex artikel 15 van de AWBZ, levert onduidelijkheden op. Het gebrek aan een glasheldere AWBZ-polis wordt naar onze mening niet opgelost met deze NZa eis heeft. Op dit punt komen wij nog terug bij tabel 2 vormen van misleidende informatie.

Tenslotte merken wij op dat in de gehandicaptenzorg niet alleen individuele zorg geleverd wordt maar vaak ook in groepsverband. Enige mate van solidariteit zal voor de goede en efficiënte organisatie van de zorg ook nodig zijn. Wij maken ons zorgen dat het op zich positieve element van het verstrekken van informatie over de individuele NZa-zorgprestaties, de gewenste mate van solidariteit te niet kan doen of mogelijk claimgedrag oproept.

Wij vragen u daarom:

* de relevantie van deze informatie-eis toe te lichten.
* duidelijker aan te geven waar liggen de grenzen voor deze informatie-eis gelet op de benodigde solidariteit.
* helder aan te geven dat de overheid, respectievelijk zorgverzekeraar/zorgkantoor verantwoordelijk zijn voor de informatie over de dekking van het verzekerde pakket.
* Hoe stapeling van toezicht wordt voorkomen

Bij het onderwerp prijs (bladzijde 13):

Voorbeelden.

Wij willen graag dat dit onderdeel verhelderd wordt. Wij stellen daarom voor om in de derde kolom toe te voegen:

“dit geldt niet bij zorg in natura op grond van de AWBZ”.

Toelichting:

Het zorgkantoor koopt de zorg in bij de aanbieders van gehandicaptenzorg. De zorgaanbieder brengt hiervoor geen tarief in rekening aan de cliënt.

Wij menen dat de met het zorgkantoor afgesproken prijs niet door de zorgaanbieder aan de cliënt bekend gemaakt hoeft te worden.

Bij het onderwerp prijs (bladzijde 14):

Wij zijn het niet eens met de informatieplicht van de zorgaanbieder voor de wettelijke eigen bijdrage op grond van de AWBZ. Wij vinden dat deze verplichting bij het zorgkantoor en het CAK thuis hoort. Het ligt volgens ons in de rede dat het zorgkantoor bij de zorgtoewijzing de AWBZ verzekerde informeert dat een eigen bijdrage is verschuldigd en deze hiervoor verwijst naar het CAK. Temeer omdat de eigen bijdrage regels aan veranderingen onderhevig zijn.

Bij het voorbeeld worden instellingsspecifiek eigen bijdrage genoemd voor Pluszorg of aanvullende zorg. De term eigen bijdrage is in dit verband verwarrend, gezien de wettelijke eigen bijdrage. Het gaat volgens de VGN vaak niet zozeer om een bijdrage, maar om de kostprijs en dus betaling van een dienst. Ook de aanduiding aanvullende diensten of Pluspaketten vinden wij niet helder. Wat verstaat uw NZa hieronder?

Als zorgaanbieders aanvullende diensten leveren en die diensten niet kwalificeren als zorg omschreven in artikel 1 sub b. 1˚en 2˚ is het voor ons zeer de vraag of de voorschriften van uw NZa hierop betrekking kunnen hebben. Bijvoorbeeld de waskosten die niet tot de AWBZ aanspraak behoren of het beheren van cliëntgelden. Behoren deze volgens uw NZa tot uw toezicht en op grond waarvan of een andere toezichthouder (Consumentenautoriteit of Autoriteit Financiële markten? Wij vragen uw NZa om dit te verduidelijken.

Bij het onderwerp toegankelijkheid

De voorbeelden zijn vooral toegespitst op de curatieve sector. De wachttijd binnen de gehandicaptensector is bijvoorbeeld bij tracheastomale ademhalingsondersteuning, een vorm van langdurig specialistisch verblijf, vooraf niet goed te bepalen. Dit omdat deze zorg vaak levenlang geboden wordt, waardoor nauwelijks een tijdsaanduiding voor een vrijkomende verblijfplaats gegeven kan worden.

Wij vinden dat in ieder geval voorkomen moet worden dat verschillende definities voor wachttijden gehanteerd gaan worden. De VGN pleit hier allereerst voor uitstel van de verplichting voor wachttijdinformatie voor aanbieders van gehandicaptenzorg. Dit ook om een kort onderzoek te doen naar de mogelijkheid om de definitie van wachttijd aan te laten sluiten bij die in de AZR en bij publicatie gebruik te maken van die gegevens. In AZR3 worden statussen van wachten geïntroduceerd.

Wat het tijdspad betreft: AZR3 wordt geïmplementeerd voorjaar 2011, is in gebruik vanaf juli 2011, dan moeten wachtlijststatussen worden ingevoerd, dus beschikbaar vanaf januari 2012.

Wat betreft de mogelijkheid om op een later moment de richtlijn voor wachttijden uniformer te formuleren geeft uw NZa geen duidelijkheid over de criteria waaronder zij

beslist, en welk tijdspad daarbij past. Als een aanbieder van gehandicaptenzorg nu investeert in het presenteren van wachtlijstgegevens, inclusief een heldere definitie en

verantwoording en uw NZa zou in 2012 met een eigen (andere) definitie, dan gaat hier een negatieve prikkel vanuit. Wij vinden het van belang dat de NZa duidelijk aangeeft of

en zo ja onder welke voorwaarden zij zal overgaan tot het zelf stellen van richtlijnen voor wachttijden.

*Tabel 2: vormen van misleidende informatie*

In kolom 2 tweede voorbeeld geeft uw NZa aan dat als de zorgaanbieder informatie geeft, deze juist moet zijn. Als een zorgaanbieder informeert zal hij proberen dit goed te doen. En beslist geen afbreuk willen doen aan de Zorgverzekeringswet of de AWBZ.

Wij vinden daarom het uitgangspunt van misleiding, in geval de zorgaanbieder informatie verstrekt erg vergaand. Wij vinden dat hieraan voorafgaand duidelijk moet zijn dat de zorgaanbieder niet verplicht is om informatie te verstrekken over de dekking van het verzekerde pakket.

Bijvoorbeeld dat voor vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ de verzekerde een indicatie nodig heeft, hoort thuis bij zijn zorgkantoor. Met name bij grensgevallen ontstaan problemen. Wij hebben eerder aangehaald de problematiek van de aanvullende zorg ex artikel 15 AWBZ, zoals hulpmiddelen. Zo is ook onduidelijk of in geval van opname van een gehandicapte verblijfscliënt in het ziekenhuis of de benodigde begeleiding tijdens diens opname in het ziekenhuis onder de dekking van de Zorgverzekeringswet valt of de AWBZ. Ook de beide bekostigingsregimes voor de zorgaanbieders zijn voor die laatste situatie niet helder.

In de praktijk zal de cliënt vaak de zorgaanbieder voor informatie benaderen. Als uw NZa dan vanuit het uitgangspunt van misleiding oordeelt, zal de zorgaanbieder terughoudend zijn om informatie te verstrekken.

*3. Status van de beleidsregel.*

Het richtsnoer kan worden gezien als en beleidsregel. Het woord kan is verwarrend. Wij vragen uw NZa om helder aan te geven of dit richtsnoer een beleidsregel is als bedoeld in artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht.

*4. Wettelijk kader*

Uw NZa geeft aan dat de artikelen 38 en 39 Wmg de grondslag vormen voor dit richtsnoer. Voor helderheid over de competenties van uw NZa en die van de consumentenautoriteit en de Autoriteit Financiële markten, stellen wij u voor om hier nog de reikwijdte van uw competentie toe te lichten als bepaald in artikel 1 van de Wmg.

1. Op 3 mei 2010 schrijft het ministerie van VWS aan de NZa over besluitvorming ZZP-onderhoud:

   Cliënten met een ZZP LG 1 en 2, VG 1 en 2, ZG visueel 1 en 2 die verblijven in een instelling die volgens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten voor de AWBZ functies Verblijf en Behandeling hebben geen recht op artikel 8 Behandeling en dientengevolge ook geen recht op de daaraan gekoppelde ‘aanvullende zorg’ ex artikel 15 van het BZa. Deze kosten kunnen door instellingen niet gedeclareerd worden ten laste van de AWBZ.

   Toelichting VGN: met deze besluitvorming wijkt VWS af van het tot dan gevoerde beleid als omschreven in de brief van 29 april 2008 aan de Tweede Kamer [↑](#footnote-ref-1)