

Onderwerp:	Gevolgen standpunt uitvoeringspraktijk
Samenvatting:	Een standpunt van het CVZ houdt in dat een bepaalde zorgvorm kan worden aangemerkt als een te verzekeren zorgvorm en daardoor valt onder de dekking van het basispakket. Standpunten kunnen voor problemen in de uitvoeringspraktijk zorgen en daarom gaat deze notitie in op enkele gevolgen van een standpunt voor de uitvoeringspraktijk.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	14 januari 2010
Uitgebracht aan:	zorgaanbieder

Onderstaand de volledige uitspraak.

Een standpunt in de uitvoeringspraktijk

Een standpunt van het CVZ houdt in dat een bepaalde zorgvorm kan worden aangemerkt als een te verzekeren zorgvorm en daardoor valt onder de dekking van het basispakket.

Deze notitie betreft alleen de eventuele gevolgen van een standpunt dat verduidelijkt of een zorgvorm op grond van de Zorgverzekeringswet tot het *basispakket* behoort. Het staat zorgverzekeraars vrij zorgvormen die niet onder de dekking van de basisverzekering vallen¹, op te nemen in hun aanvullende verzekeringspakketten.

Ingangsdatum standpunt

Het is mogelijk dat een zorgvorm al tot het basispakket behoort. Als een duiding de bestaande praktijk bevestigt en de feitelijke situatie overeenstemt met de juridische beoordeling is de ingangsdatum van het standpunt niet van belang.

Als een standpunt een wijziging van de bestaande situatie beschrijft en de in- of uitstroom van een zorgvorm verduidelijkt door middel van een onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk van deze zorgvorm, is een ingangsdatum wel relevant. Als ingangsdatum geldt dan de publicatiedatum in een zogenaamd 'peer reviewed tijdschrift' op basis waarvan het CVZ vaststelt dat de zorgvorm voldoet of niet meer voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het CVZ is zich er van bewust dat standpunten voor problemen in de uitvoeringspraktijk kunnen zorgen. In onze werkprocessen probeert het CVZ daarom te zoeken naar mogelijkheden om hierop te anticiperen, bijvoorbeeld door in de voorbereidingsfase al contact op te nemen met betrokkenen uit de uitvoeringspraktijk. Indien in de voorbereidingsfase van een standpunt blijkt dat dit kostenconsequenties heeft, dan informeert het CVZ bijvoorbeeld het ministerie van VWS over de aard en inhoud van deze consequenties, zodat het ministerie deze informatie kan gebruiken bij de financiële ramingen.

Modelovereenkomst

Een standpunt kan gevolgen hebben voor de tekst van de verzekeringspolis. Voor zover de zorgvorm die in een standpunt is gedeut open in de polis is omschreven hoeft deze niet te worden aangepast. Indien bijvoorbeeld in de polis is vermeld dat geneeskundige zorg omvat de zorg zoals de betreffende beroepsgroep die pleegt te bieden en de zorg tevens voldoet

¹ Bijvoorbeeld omdat deze zorgvormen niet voldoen aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk of expliciet zijn uitgesloten van de basisverzekering.

aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, is alle geneeskundige zorg die hieraan voldoet, gedekt door de polis.

Naast de jaarlijkse zorgpolis die zorgverzekeraars hun verzekerden aanbieden, mogen zowel de polis als de bijbehorende reglementen door zorgverzekeraars tussentijds worden gewijzigd. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden hier schriftelijk melding van doen door hun verzekerden een erratum bij de polis te zenden of hiertoe een mededeling doen via hun websites. Een tussentijdse wijziging ten nadele van de verzekerde die niet voortvloeit uit gewijzigde wet- of regelgeving betekent een opzegmogelijkheid voor de verzekerde. Zorgverzekeraars dienen op grond van de Zorgverzekeringswet tussentijdse wijzigingen in de modelovereenkomsten aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor te leggen.

Zorgaanbieders

Als een standpunt verduidelijkt dat een bepaalde zorgvorm tot het basispakket behoort, moeten zorgverzekeraars hierover afspraken maken met zorgaanbieders. Dit geldt alleen voor zorgverzekeraars die naturapolissen aanbieden en zorgverzekeraars die restitutiepólissen aanbieden met gecontracteerde leveranciers voor de betreffende zorgvorm. Bij een zuivere restitutiepólis is dit niet aan de orde. De verzekerde rekent dan immers rechtstreeks af met de zorgaanbieder en dient de rekening in bij zijn zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht met alle zorgaanbieders die de betreffende zorgvorm leveren, contracten te sluiten. Het staat de zorgverzekeraar immers vrij te bepalen *wie* de zorg mag leveren en *waar* deze geleverd wordt. Zolang de verzekerde niet wordt belemmerd in zijn toegang tot zorg, hebben zorgverzekeraars contracteervrijheid.

Als een standpunt van het CVZ verduidelijkt dat een zorgvorm niet (meer) behoort tot het basispakket, houdt dit niet in dat deze zorg niet (meer) verleend zou mogen worden door zorgverleners. Een standpunt geeft slechts aan of de betreffende zorg al dan niet tot de basisverzekering behoort.

Tarifering

De NZa stelt tarieven en/of prestatiebeschrijvingen vast. Dit geldt voor alle zorg die onder de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg valt, bijvoorbeeld zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, maar ook de zorg die wordt gedekt door aanvullende verzekeringen.

Voor zorg die vrij onderhandelbaar is (zoals het B-segment van de DBC's en fysiotherapie) stelt de NZa alleen prestatiebeschrijvingen vast (bijvoorbeeld in de vorm van DBC's als het gaat om medisch specialistische zorg). Voor zorg die (nog) niet is geliberaliseerd (bijvoorbeeld het A-segment van de DBC's en huisartsenzorg), stelt de NZa ook de tarieven vast. Indien een standpunt van het CVZ tot gevolg heeft dat voor een bepaalde zorgvorm een tarief of prestatiebeschrijving moet worden vastgesteld omdat de NZa voor deze prestatie nog geen tarief of prestatiebeschrijving heeft vastgesteld, zal het CVZ de NZa hiervan bij de voorbereiding van het standpunt vast op de hoogte stellen. De zorgaanbieder kan verder zelf met de NZa in contact treden om e.e.a. vast te stellen. Voor innovatieve zorg die nog niet onder de dekking van de basisverzekering valt, maar waar wel afspraken over zijn gemaakt tussen verzekeraars en aanbieders en die niet op reguliere wijze kan worden bekostigd, gelden aparte beleidsregels. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen daarover afspraken maken. Voor informatie kunt u ook terecht op <http://www.zorginnovatiewijzer.nl/>.

Diagnose Behandeling Combinatie

Medisch-specialistische zorg wordt gedeclareerd op basis van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Een DBC is de declaratietitel voor een zorgtraject, passend bij medisch-specialistische zorg en bestaat vaak uit meerdere onderdelen/componenten. Om aan te geven of een DBC bestaat uit te verzekeren zorg of niet onderscheidt het CVZ drie categorieën:

- Rood: geen te verzekeren basiszorg;
- Oranje: te verzekeren basiszorg onder voorwaarden;
- Ongekleurd: voor deze categorie geldt in principe geen beperking in aanspraak.

Het CVZ kleurt een DBC oranje indien bijvoorbeeld een bepaalde verrichting alleen bij bepaalde indicaties tot de basisverzekering behoort (zoals geldt voor de plastische chirurgie). De overzichten van oranje en rode DBC's zijn beschikbaar via de website van DBC-Onderhoud (www.dbconderhoud.nl).

Als een standpunt verduidelijkt dat een bepaalde geneeskundige behandeling tot de te verzekeren prestaties behoort, moet deze gedeclareerd kunnen worden bij de zorgverzekeraar. Een dergelijk standpunt kan gevolgen hebben voor een DBC:

- als de behandeling in kwestie nog niet in een DBC is opgenomen, kan een adviesverzoek worden ingediend bij DBC Onderhoud tot aanpassing van een bestaande DBC of het toevoegen van een nieuwe DBC². Hiervoor moet de wijzigingsprocedure worden gevolgd (voor meer informatie: <http://www.dbconderhoud.nl/Rechts/Wijzigingen-en-innovaties>).
- indien de zorg wel in een DBC is opgenomen, maar nog niet voor vergoeding in aanmerking kwam omdat er tot op dat moment sprake was van onverzekerde zorg (rode of oranje DBC), dient vaak de kleurcodering te worden aangepast. Het CVZ zal dergelijke aanpassingen ook onder de aandacht brengen van DBC Onderhoud en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Voor wijzigingen in de DBC kleuring door het CVZ zijn gegevens nodig die worden aangeleverd aan DBC Onderhoud door de betrokken veldpartijen (bijvoorbeeld de zorgverlener). De NZa beoordeelt en besluit aan de hand van advies van DBC Onderhoud of aanpassing van een DBC voor de betreffende zorgvorm nodig en gewenst is. De NZa stelt een prestatiebeschrijving en een tarief vast (alleen tarief in geval van het A-segment; niet onderhandelbare zorg).

Het is belangrijk om er rekening mee te houden dat een aanpassing in het DBC-systeem tijd vergt.

Vereveningsbijdrage

Zorg die valt onder het basispakket mag door verzekeraars ten laste van de vereveningsbijdrage worden gebracht. Zorg die niet onder het basispakket valt moet door zorgverzekeraars ten laste van de winst worden gebracht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt hier toezicht op. Het CVZ brengt daarom de NZa van zijn standpunten op de hoogte zodat de NZa hier met zijn controlerende werkzaamheden rekening mee kan houden.

² Alleen WMG-partijen kunnen een dergelijk verzoek bij DBC Onderhoud indienen.