Standpunt

Aanvullende dienstverlening

Zaaknummer	2010077510
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	drs. A.M. Hopman
Doorkiesnummer	

Inhoud:

pag.

Samenvatting

1 1. Inleiding

3 1.a. Leeswijzer

4 2. Relevante wetgeving

4 2.a. AWBZ

4 2.b. Circulaire CVZ 00/021

5 2.c. Beginselenwet zorginstellingen

5 2.d. Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen

6 2.e. Kwaliteitswet zorginstellingen

6 2.f. Wet marktordening gezondheidszorg

7 2.g. Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders

7 2.h. Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

7 2.i. Burgerlijk wetboek

9 3. Rol- en taakverdeling. Waarborgen voor de uitvoering.

9 3.a. Zorgkantoor

10 3.b. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

11 3.c. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

11 3.d. Zorgaanbieders

13 3.e. Cliëntenraad

14 3.f. College voor zorgverzekeringen (CVZ)

16 3.g. Waarborgen in het systeem

16 3.g.1. Voldoende waarborg

17 3.g.2. Aandachtspunten

18 4. Standpunt

20 5. Uitvoeringsconsequenties

21 6. Vaststelling standpunt

Samenvatting

Verzekerden die in een AWBZ-instelling wonen, hebben vaak behoefte aan diensten die niet tot het verzekerde pakket horen. Aanbieders bieden die diensten tegen betaling aan.

Rond deze aanvullende diensten spelen regelmatig vragen. Wat behoort tot het verzekerde pakket en wat is aanvullend? Wie bepaalt de prijs en de inhoud van het aanvullende aanbod? Moet iedere bewoner het aanvullende pakket afnemen? Wat is de rol van zorgkantoor, aanbieder en cliëntenraad?

Het is van belang dat aanbieders en cliënten op lokaal niveau voldoende ruimte hebben om onderling afspraken te maken over de zorglevering en over het aanbod van aanvullende diensten. Daarbij moeten voldoende waarborgen zijn dat de verzekerde zorg zonder bijbetaling wordt geleverd, en de prijsstelling van het aanvullende aanbod redelijk is. Sturing moet zoveel mogelijk decentraal zijn. Een eerste voorwaarde daarvoor is dat het speelveld en de spelregels duidelijk zijn. Dat blijkt nu niet altijd het geval. Met dit rapport wil het CVZ die duidelijkheid bieden.

Het CVZ verkent de relevante regelgeving, en schetst op grond daarvan de rol- en taakverdeling van de betrokken actoren. Het komt tot de conclusie dat het systeem voldoende is ingericht om een passend aanbod van aanvullende diensten tegen een passende prijs te realiseren.

Belangrijke aspecten zijn daarbij de betrokkenheid van cliëntenraden en transparantie over hoe het aanvullend aanbod tot stand is gekomen en wat dit inhoudt.

Uit de praktijk blijkt dat de betrokken partijen nog in een leertraject zitten om hun rol goed op te pakken.

Het CVZ beschrijft de rollen die partijen zouden moeten spelen. VWS, NZa en CVZ hebben afgesproken hoe zij de uitvoeringspraktijk zullen faciliteren en aansturen. Zorgkantoren moeten in hun inkoopbeleid aandacht aan het aanvullende aanbod besteden. De NZa zal daarop toezien.

VWS, NZa en CVZ zullen voorlichting geven, best-practices verspreiden en de uitvoeringspraktijk faciliteren.

1. Inleiding

De AWBZ verzekert onder meer de zorg voor mensen die langdurig zijn aangewezen op verblijf in een AWBZ-instelling. De invulling van de zorg is sober: alleen de noodzakelijke zorg is verzekerd.

Verzekerden hebben vaak de behoefte aan diensten die niet tot de verzekerde zorg behoren, zoals het wassen van kleding, een glaasje wijn bij het eten, extra vrijetijdsbesteding of extra zorg.

Daarbij spelen veel vragen. Wie bepaalt wat tot de verzekerde zorg behoort, en hoe gaat dat? Hoe kan de instelling faciliteren dat hun bewoners gewenste aanvullende diensten kunnen krijgen?

Wie bepaalt wat de instelling wel en niet aanbiedt? Mag de instelling dat zelf bepalen, of moet die bepaalde zaken altijd aanbieden? En onder welke voorwaarden kan de aanbieder die diensten aanbieden? Mag collectieve afname verplicht worden als de cliëntenraad daarmee instemt? Wie bepaalt de prijs van de diensten? Kan de verzekerde de aanvullende diensten ook van een andere organisatie betrekken?

In de praktijk blijkt dat dit tot veel vragen, onduidelijkheid en conflicten leidt bij aanbieders en verzekerden. Het gaat dan meestal om de grens tussen verzekerde en aanvullende zorg, of om de prijs die voor het aanvullende aanbod wordt gevraagd.

Omdat het CVZ de taak heeft om de wettelijke aanspraken uit te leggen en te duiden, en de doelmatige uitvoering van de AWBZ te bevorderen, leggen partijen deze vragen bij het CVZ neer. Het gaat dan vooral om de inhoud van het verblijf, de verzorging en begeleiding. Het abstractieniveau van die vragen varieert sterk. Van de vraag of de instelling zorg tijdens vakantie moet leveren, tot de vraag hoeveel koppen koffie de instelling moet aanbieden.

Bij het uitoefenen van zijn taak om de aanspraken te verduidelijken, heeft het CVZ te maken met een aantal dilemma's en knelpunten.

De eerste is de vraag hoe abstract of concreet het CVZ de aanspraken moet uitleggen. Partijen en burgers willen weten waar ze recht op hebben, en verlangen terecht een duidelijk antwoord.

Het is onmogelijk vraaggerichte zorg te bieden als de inhoud van de zorg op centraal niveau tot in detail is vastgelegd. De concretisering van de zorg moet plaatsvinden in overleg

tussen de instelling en de cliëntenraad en (in nog meer detail) in het overleg tussen aanbieder en individuele verzekerde.

Een tweede punt is de aansluiting tussen de aanspraken en de bekostiging: de instelling moet het ervoor kunnen doen. Tegelijkertijd geldt dat het feit dat een instelling niet uitkomt met zijn bekostiging geen reden kan zijn voor extra betaling door verzekerden, of het vrijwillige karakter van aanvullende diensten geweld aan te doen.

Het CVZ ziet zich ook gesteld voor de vraag in hoeverre de aanvullende diensten tot zijn werkterrein behoort. Kan het CVZ alleen uitspraken doen over verzekerde zorg, of is het aanvullende aanbod daar onlosmakelijk mee verbonden? Wat houdt een doelmatige uitvoering van de AWBZ in?

Het derde punt dat speelt, is dat de onderhandelingsmacht van de instelling enerzijds, en de cliëntenraad en individuele bewoners anderzijds meestal ongelijk is qua kennisniveau en marktmacht. In feite heeft de instelling voor veel van de aanvullende diensten een monopoliepositie ten opzichte van de bewoner. De bewoner moet daarom handvatten hebben om zijn positie te versterken. Zijn die handvatten voldoende voorhanden?

Uit de praktijk blijkt dat er te vaak dingen mis gaan. Instellingen vragen soms een bijdrage voor verzekerde zorg, of prijzen die niet realistisch lijken te zijn. Uit de vele vragen die het CVZ over deze zaken ontvangt, maakt het op dat partijen niet altijd goed weten wat de grenzen van de verzekerde zorg zijn, en wat aanvullend kan worden aangeboden. Ook bestaat blijkbaar het idee dat die grens van bovenaf tot in detail is vastgelegd. Dat leidt er dan toe dat men die vragen eerder bij overheden als het CVZ neerlegt, dan dat de instelling en cliëntenraad een voor beide passende oplossing zoekt. Die overheden zijn ook niet altijd heel duidelijk over de mate waarin partijen de vrijheid hebben om onderling afspraken te maken. Die duidelijkheid wil het CVZ met dit rapport bieden.

Verschillende partijen hebben een rol in het geheel. Cliënten(organisaties), cliëntenraden, verzekeraars, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht van zorgaanbieders, de Nederlandse zorgautoriteit, VWS en het CVZ. Ook de Inspectie voor de Volksgezondheid speelt een rol.

In dit rapport gaat het CVZ na wat het wettelijke kader rond verzekerde zorg en aanvullende diensten is, en welke rol de verschillende partijen daarbij hebben. Daarna gaat het CVZ na wat er nodig is om tot een uitvoeringspraktijk te komen waarbij partijen voldoende vrijheid hebben om op lokaal niveau afspraken op maat te maken, zonder dat

overheidsorganen alles in detail bepalen. Daarbij moet een redelijke prijsstelling zijn gewaarborgd en de individuele bewoner niet beperkt worden in de besteding van zijn geld.

Die verkenning heeft het CVZ samen met VWS en de NZa gedaan. Dit heeft geresulteerd in een richtinggevend kader, waarbinnen partijen voldoende onderhandelingsruimte hebben, én voldoende voorwaarden zijn ingebouwd om de positie van de bewoner te waarborgen.

1.a. Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) geeft het CVZ een overzicht van de relevante regelgeving. Op grond daarvan geeft het in hoofdstuk 3 een analyse van de rol- en taakverdeling van de betrokken partijen. In dit hoofdstuk geeft het CVZ ook aan in hoeverre een goede uitvoeringspraktijk voor het aanvullende aanbod is gewaarborgd. In hoofdstuk 4 staat het standpunt dat het CVZ in overleg met VWS en de NZa inneemt. In hoofdstuk 5 gaat het na welke uitvoeringsconsequenties dit standpunt heeft. In hoofdstuk 6 stelt het CVZ dit standpunt formeel vast.

2. Relevante wetgeving

2.a. AWBZ

Zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders om de zorg te leveren waarop verzekerden aanspraak hebben (artikel 15 AWBZ).

Artikel 16 lid 1 AWBZ bepaalt dat die overeenkomst minstens bepalingen moet bevatten over een aantal in dit artikel genoemde onderwerpen. Onder andere moet de aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de te leveren zorg zijn vastgesteld. Ook moet zijn vastgelegd hoe de verzekerde van informatie wordt voorzien.

Lid 2 van dit artikel biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels over de inhoud van de overeenkomst te stellen.

Op grond van artikel 42 AWBZ legt het CVZ de aard, inhoud en omvang van de aanspraak op AWBZ-zorg uit.

Het CVZ bevordert op grond van artikel 41 AWBZ de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wet. Het kan daartoe beleidsregels stellen voor zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Artikel 58 stelt dat, als een zorgverzekeraar en een verzekerde een conflict hebben over de vraag of bepaalde zorg tot de wettelijke aanspraak behoort, de zorgverzekeraar verplicht is advies te vragen aan het CVZ, voordat hij een beslissing op bezwaar neemt. Hetzelfde geldt voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als de verzekerde bezwaar maakt tegen een indicatiebesluit.

2.b. Circulaire CVZ 00/021

In zijn circulaire 00/021[1] geeft het CVZ zijn beleid weer ten aanzien van betalingen voor aanvullende diensten. Voor verzekerde zorg mag geen bewonersbijdrage worden gevraagd. Zorgkantoren moeten daarop toezien.

De zorgkantoren moeten er ook op toezien dat een individuele bewoner de vrije keuze heeft om aanvullende diensten af te nemen of niet. Hij moet ook kunnen afzien van aanvullende diensten die hij eerder wel afnam.

Om dat toezicht uit te voeren heeft het zorgkantoor inzicht nodig in het aanvullende aanbod van de instelling en de manier waarop de cliëntenraad daarbij betrokken is.

[1] Circulaire CVZ 00/021, Bewonersbijdragen AWBZ-instellingen, 17 mei 2000, kenmerk 20027653

De instelling legt schriftelijk vast wat het aanvullende dienstenaanbod is. Verzekerden of hun belangenbehartigers moeten inzage in de in rekening gebrachte kosten hebben.

Het moet duidelijk zijn hoe de cliëntenraad bij de vaststelling en uitvoering betrokken is.

In de bijlage bij de circulaire is voor de meest voorkomende producten en diensten vastgelegd of die tot de aanspraak behoren of niet. Deze lijst is geactualiseerd opgenomen in de brochure "Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling"[2]. Dit is een publieksvriendelijke vertaling van eerdere standpunten van het CVZ.

2.c. Beginselenwet zorginstellingen

Het kabinet bereidt de Beginselenwet zorginstellingen voor. Daarin zijn een aantal basale rechten van bewoners van zorginstellingen vastgelegd. Het gaat onder andere op het recht op dagelijkse lichamelijke hygiëne, het recht op voldoende en gezonde voeding, het recht op een eigen kamer, en het recht op een zinvolle dagbesteding, beweging, en dagelijkse buitenlucht.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de naleving van de wet. De IGZ krijgt voor de handhaving van de Beginselenwet dezelfde instrumenten als voor handhaving van de Kwaliteitswet zorginstellingen (aanwijzing, bevel, boete,bestuursdwang, last onder dwangsom).

2.d. Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) regelt in artikel 2 dat de instelling een cliëntenraad instelt.

Artikel 3 WMCZ noemt een aantal onderwerpen waarover de instelling altijd advies moet vragen aan de cliëntenraad. In artikel 10 WMCZ is geregeld dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan een vertrouwenscommissie van drie personen.

In de komende Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), die het Kabinet aan de Tweede Kamer heeft aangeboden, wordt de WMCZ opgenomen. De positie van cliëntenraden wordt daarin nog versterkt. Cliëntenraden kunnen adviseren over vrijwel alle zaken die cliënten aangaan. De wet regelt ook dat de zorgaanbieder niet zonder meer een advies van de cliëntenraad naast zich neer kan leggen. De cliëntenraad kan het geschil voorleggen aan een onafhankelijke commissie van vertrouwenslieden. Die commissie kan bemiddelen, maar kan

[2] www.cvz.nl

ook bindende uitspraken doen.

2.e. Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) verplicht zorgaanbieders in artikel 2 verantwoorde zorg te bieden.

In artikel 3 Kzi staat de verplichting de organisatie zo in te richten dat er redelijkerwijs sprake moet zijn van verantwoorde zorg. In artikel 4 Kzi is bepaald dat een kwaliteitssysteem onderdeel uitmaakt van die organisatie.

Artikel 6 Kzi biedt de mogelijkheid om met een algemene maatregel van bestuur (AMVB) regels te stellen met betrekking tot de uitvoering van artikel 3 en 4 van de wet.

Van die mogelijkheid is gebruik gemaakt met de invoering van het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg. Dit besluit verplicht een AWBZ-zorgaanbieder die langer dan drie maanden zorg verleent, samen met de cliënt een zorgplan op te stellen. In dat zorgplan staan onder andere de doelen die met de zorg worden beoogd, en op welke concrete wijze die doelen worden nagestreefd.

Artikel 7 Kzi draagt het toezicht op de naleving van de wet op aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het gaat dan onder meer om de vraag of de instelling verantwoorde zorg levert. De handhavingsmaatregelen die de inspectie kan nemen variëren van advies en stimulering en corrigerende maatregelen, tot zwaardere maatregelen als het inzetten van tuchtrecht, bestuurs- of strafrechtelijke maatregelen.

2.f. Wet marktordening gezondheidszorg

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) houdt op grond van artikel 16 onderdeel d Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en zorgkantoren. De reikwijdte van de Wmg bestrijkt in principe alleen de zorg die is verzekerd op grond van de Zvw of de AWBZ.

Op grond van artikel 31 onderdeel a Wmg kan de NZa regels stellen met betrekking tot de controle van aanbieders door zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Artikel 38 Wmg verplicht zorgaanbieders om hun cliënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de prijzen en prestatiebeschrijvingen van de te leveren zorg. Dat moeten zij zo doen, dat die voor cliënten goed te vergelijken zijn. De NZa kan hierover regels stellen. die informatie mag op grond van artikel 39 Wmg niet misleidend zijn.

2.g. Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders

In de Richtsnoer informatievoorziening zorgaanbieders[3] legt de NZa de wettelijke voorschriften van artikel 38 en 39 Wmg uit. In de komende jaren zal de NZa dit richtsnoer dan ook regelmatig 'vernieuwen' aan de hand van voortschrijdende inzichten. Hierin kunnen de uitkomsten van initiatieven uit het veld en uitkomsten uit het 'programma Transparantie' meegenomen worden.

In dit document staat uitgewerkt welke informatie de zorgaanbieder verplicht moet verstrekken, en staat beschreven hoe de NZa dit richtsnoer gaat gebruiken.

2.h. Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Artikel 5 lid 2 WTZi bepaalt dat instellingen met winstoogmerk alleen een toelating voor AWBZ-zorg kunnen krijgen als ze behoren tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie. Voor AWBZ-instellingen die verblijf bieden is die uitzondering niet gemaakt. AWBZ-instellingen die verblijf bieden, is het daarom niet toegestaan een winstoogmerk te hebben.

2.i. Burgerlijk wetboek

Een overeenkomst voor het leveren van zorg is een overeenkomst volgens het burgerlijk recht. Het staat partijen vrij een dergelijke overeenkomst inhoud te geven.

De zorgaanbieder en het zorgkantoor sluiten een overeenkomst over de zorg die de aanbieder ten laste van de AWBZ levert. In die overeenkomst kunnen naast bepalingen over de onderwerpen die in artikel 16 lid 1 AWBZ staan (zie paragraaf 2.a.), ook bepalingen over andere onderwerpen staan. Bijvoorbeeld over hoe de zorgaanbieder omgaat met het aanbieden van aanvullende diensten aan bewoners.

Een overeenkomst voor het leveren van aanvullende diensten is een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de bewoner.

Bij het aanbieden van aanvullende diensten is het belangrijk te beseffen dat de relatie tussen de zorgaanbieder en de bewoner vaak niet gelijkwaardig is. De zorgaanbieder is voor bepaalde diensten en producten die de bewoner wil afnemen feitelijk de enige die een aanbod kan doen. En het gaat om zaken die veel mensen als noodzakelijk voor hun welzijn ervaren.

Artikel 6.248 BW stelt dat overeenkomsten moeten voldoen aan de eisen van redelijkheid en billijkheid.

[3] Richtsnoer informatievoorziening zorgaanbieders, NZa, september 2010. http://www.nza.nl/104107/136998/Richtsnoer_Informatieverstrekking_Zorgaanbieders.pdf

Artikel 3.12 BW eist dat bij de vaststelling van wat redelijkheid en billijkheid eisen, rekening moet worden gehouden met (onder andere) de maatschappelijke en persoonlijke belangen.

Het aangaan van een overeenkomst is niet verplicht. Een individuele bewoner kan zondermeer afzien van het afnemen van een aangeboden dienst.

De cliëntenraad kan de individuele bewoners niet binden. Ook als de cliëntenraad en de instelling afspraken maken over het aanbod en prijs van diensten, kan de individuele bewoner afzien van het afnemen van die diensten.

De aanbieder is echter niet verplicht voor die bewoner te voorzien in een alternatief aanbod.

3. Rol- en taakverdeling. Waarborgen voor de uitvoering.

In dit hoofdstuk beschrijft het CVZ de rol- en taakverdeling tussen de verschillende actoren die zijn betrokken bij de levering van aanvullende diensten. Het gaat daarbij ook in op de verhoudingen tussen die actoren. Daarna gaat het na hoe dat systeem kan leiden tot een rechtmatige en doelmatige levering van verzekerde zorg en van aanvullende diensten.

3.a. Zorgkantoor

De AWBZ is een verzekering in natura. De verzekerde heeft recht op levering van de geïndiceerde zorg ten opzichte van de zorgverzekeraar. Het zorgkantoor koopt de zorg namens de verzekeraar in.

De overeenkomst tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder bevat minstens bepalingen over de aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de zorg. Het bepalen welke zorg de instelling moet leveren ten laste van de AWBZ, is daarom in eerste instantie een zaak tussen het zorgkantoor en de instelling. Het staat partijen vrij hoe concreet zij die zorg beschrijven.

Het zorgkantoor ziet erop toe dat de instelling de verzekerde zorg zonder andere bijdrage dan de wettelijke eigen bijdrage levert. Het moet daarom duidelijk zijn welke zorg de instelling ten laste van de AWBZ moet leveren. Ook moet duidelijk zijn voor welke producten en diensten waarvoor de instelling een bewonersbijdrage vraagt.

Het ligt voor de hand dat het zorgkantoor de instelling en bewoners enige vrijheid wil bieden om de inhoud van de overeenkomst tussen zorgkantoor en instelling te concretiseren. In de overeenkomst met de instelling is het nauwelijks mogelijk in detail aan te geven welke zorg de instelling ten laste van de AWBZ moet bieden. Dat is vaak ook niet wenselijk.

De overeenkomst kan daarom ook bepalingen inhouden hoe, en onder welke voorwaarden de instelling (in overleg met de cliëntenraad) nader invulling geeft aan de zorg die de instelling ten laste van de AWBZ levert. Het zorgkantoor toetst of de cliëntenraad voldoende betrokken is, en of de afspraken redelijkerwijs waarborgen dat de instelling verzekerde zorg zonder eigen betaling levert.

Het zorgkantoor moet kwalitatief goede zorg inkopen. Kwaliteit kan ook de afstemming tussen de verzekerde zorg en aanpalend aanbod inhouden. Het zorgkantoor kan bijvoorbeeld bedingen dat de instelling zijn aanbod afstemt met andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg). Het kan ook gaan over de inhoud en manier van

aanbieden van aanvullende diensten, zeker als die complementair zijn aan het aanbod dat het zorgkantoor inkoopt. Op die manier kan het zorgkantoor ook invloed uitoefenen op de beschikbaarheid van diensten die niet tot het verzekerde pakket behoren.

Het zorgkantoor toetst of de instelling de overeenkomst naleeft.

3.b. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa ziet toe op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De NZa kan regels stellen over de totstandkoming van overeenkomsten, en kan optreden als er sprake is van aanmerkelijke marktmacht van partijen. Ook kan zij handhavingsmaatregelen nemen. De bevoegdheden van de NZa betreffen de verzekerde zorg.

Voor aanvullende diensten zijn vooral de volgende taken en bevoegdheden van belang:

- vaststellen van verplichtingen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot registratie en administratie van gegevens;
- verplichtingen met betrekkingen tot het publiek maken van gegevens;
- onderzoek doen naar transparantie;
- toezicht houden.

De taken en bevoegdheden van de NZa in het kader van transparantie zijn uitgebreid beschreven in het Visiedocument Transparantie[4].

De NZa heeft in zijn brief van 15 juli 2010[5] een aantal aandachtspunten geformuleerd. De NZa acht het van belang dat de zorgkantoren:

- van de zorginstellingen transparantie eisen over bijbetalingen voor extra diensten, zowel naar cliënten als naar de zorgkantoren zelf;
- verlangen dat de hoogte van de bijbetalingen redelijk is, en dat er geen bijbetalingen worden gevraagd voor diensten die uit de AWBZ bekostigd dienen te worden;
- vaststellen dat het beleid inzake bijbetalingen tot stand komt in overleg met cliëntenraden;
- actie nemen bij klachten van cliënten over bijbetalingen die zorgaanbieders in rekening brengen.

De NZa zal toetsen of zorgkantoren voldoende toezicht op de aanbieders houden, en zal zonodig handhaven. De NZA heeft ook de aanbieders hierover geïnformeerd[6].

[4] Viesiedocument Transparantie NZa, maart 2009, pag 19 t/m 23.
[5] Brief NZa aan zorgkantoren, 15 juli 2010, kenmerk MOUN/shot/TZ/10D0025079
[6] Brief NZa aan zorginstellingen V&V en GZ, 15 juli 2010, kenmerk MOUN/shot/TZ/10D0025081

3.c. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ is belast met het toezicht op de zorg. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen houdt de IGZ toezicht op de geleverde zorg. De instelling moet verantwoorde zorg leveren.

Het toezicht van de IGZ is reactief: ze toetst achteraf. De IGZ stelt, in het kader van het programma Zichtbare Zorg kwaliteitsindicatoren vast, die het gebruikt voor risicogestuurd toezicht. Ze stelt de kwaliteitsindicatoren op in overleg met de sectoren. De kwaliteitsindicatoren zijn ook bedoeld als keuze-instrument voor verzekerden. Voor de sector verpleging en verzorging bestaat sinds 2007 het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Ook voor de andere sectoren ontwikkelt de IGZ indicatoren.

De basiszorg moet verantwoorde zorg zijn. De levering van verantwoorde zorg mag niet afhankelijk zijn van de afname van aanvullende diensten.

3.d. Zorgaanbieders

Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren.

Richtlijnen van beroepsbeoefenaren, brancheorganisaties, normen van de IGZ en kwaliteitskaders van de sector spelen een belangrijke rol bij het bepalen wat kwalitatief verantwoorde zorg is. Het zorgkantoor heeft bij zijn zorginkoop ook de verplichting kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen.

Zorgaanbieders waarover het hier gaat (aanbieders van AWBZ-verblijf), mogen geen winstoogmerk hebben. Hun primaire doelstelling is bij te dragen aan de zorg voor hun doelgroep.

Zorginstellingen in Nederland zien zichzelf als maatschappelijk ondernemer. De brancheorganisaties hebben die visie uitgewerkt in de Zorgbrede Governancecode. Die code is niet vrijblijvend. Voor brancheorganisaties geldt de toepassing ervan als lidmaatschapsverplichting.

In artikel 2.1 van de code is de maatschappelijke oriëntatie van zorgaanbieders verwoord:

1. *De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg, die geleverd wordt door een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.*

2. *De maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie blijkt uit het hanteren van (ten*

minste) de volgende uitgangspunten:

a. De zorgorganisatie stelt de cliënt en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal;

(…)

Dat het maatschappelijk ondernemerschap centraal staat, blijkt ook uit de toelichting bij dit artikel.

"Het zijn en willen zijn van een maatschappelijke onderneming is het fundament van ondernemerschap in de zorg en daarmee het fundament van deze code. Dat is ondernemerschap met de realisatie van het maatschappelijk belang als missie. Het leveren van verantwoorde zorg, waarbij de cliënt centraal staat, is het leidmotief."

Uiteraard is de Raad van Bestuur de eerstverantwoordelijke voor de realisatie van de (maatschappelijke doelen van de organisatie:

'Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming (…).'

De code benoemt ook de taken en verantwoordelijkheden van de Raden van Toezicht (artikel4.1.)

De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op (…) de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming (…).
De Raad van Toezicht houdt toezicht op ten minste:

- *De realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie;*

(…)

- *De verhouding met belanghebbenden;*
- *Het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de organisatie.*

(….)

Op verschillende plaatsen in de code wordt aandacht besteed aan de noodzaak om belanghebbenden bij het beleid van de instelling te betrekken, en aan het belang van transparantie.

Gezien de strekking van de code ligt het voor de hand dat zorgaanbieders vanuit hun eigen doelstelling een breder aanbod aan diensten willen aanbieden dan de verzekerde AWBZ-zorg. Een volledig en passend aanbod is meestal breder dan alleen de verzekerde zorg, en omvat ook zaken die ten laste van de verzekerde zelf komen.

Het ligt ook voor de hand dat aanbieders ook voor de niet-

verzekerde zorg geen winstoogmerk hebben. Het maatschappelijke ondernemerschap begint juist waar de wettelijke verzekering stopt.

Daarbij komt, dat de verhouding tussen de aanbieder en de bewoner sterk ongelijk is. Feitelijk is de bewoner voor een groot deel afhankelijk van de aanbieder, en heeft hij geen mogelijkheid de extra diensten bij een ander af te nemen. Verhuizen naar een andere instelling is in de praktijk geen optie. Ook die omstandigheden brengen met zich mee dat de instelling terughoudend moet zijn bij zijn prijsstelling. En dat de aanbieder het aanvullende aanbod en de prijzen daarvoor in overleg met de bewoners, ic de cliëntenraad ontwikkelt. De instelling moet bevorderen dat de bewoner zich maximaal als klant op een vrije markt kan gedragen, juist omdat die vrijheid beperkt is.

De minister van VWS heeft het standpunt ingenomen dat, als instellingen kosten doorberekenen, mag worden verwacht dat dit tegen kostprijs gebeurt en dat er bij het uitbesteden van diensten meerdere offertes worden opgevraagd.[7]

De inhoud en omvang van het aanvullende aanbod is sterk afhankelijk van de context. Onder andere de aard en samenstelling van de doelgroep, de locale infrastructuur en culturele aspecten spelen daarbij een rol. De aanbieder maakt daarom met de cliëntenraad en het zorgkantoor afspraken over inhoud en prijsstelling van het aanvullende aanbod. De rol van de cliëntenraad zal daarbij meer inhoudelijk en sturend zijn dan die van het zorgkantoor, dat vooral toeziet op de gang van zaken.

Cliëntgerichte zorg vereist volledige transparantie over wat de zorgaabieder als verzekerde zorg biedt, en welke zorg aanvullend mogelijk is tegen welke prijs. Het is noodzakelijk dat de instelling dit op een eenvoudige en kenbare manier communiceert aan de huidige én toekomstige bewoners. Het moet voor bewoners ook mogelijk zijn aanvullende diensten van een andere instelling te betrekken.

3.e. Cliëntenraad

De cliëntenraad behartigt de collectieve belangen van de bewoners. De instelling moet over belangrijke zaken die bewoners aangaan, advies aan de cliëntenraad vragen. Over een aantal onderwerpen heeft de cliëntenraad instemmingsrecht. De aanbieder mag geen van het advies afwijkend standpunt innemen, dan na een bindende uitspraak van een commissie van vertrouwenslieden. De komende Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) bevat een overeenkomstige

[7] "Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging", brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 5 juli 2010, kenmerk DLZ/SFI-U-3010262

regeling, waarin de positie van de cliëntenraad nog verder versterkt wordt.

De instelling overlegt met cliëntenraad over de concretisering van de zorg die ten laste van de AWBZ wordt geleverd. Uiteraard binnen de algemene kaders die daarvoor bestaan, zoals de uitleg van de verzekerde zorg door het CVZ, normen van verantwoorde zorg en het toetsingskader van de IGZ.

De instelling overlegt ook met de cliëntenraad over de inhoud en prijsstelling van de aanvullende diensten.

De cliëntenraad kan over het aanvullende aanbod geen verplichting aangaan namens individuele bewoners. De cliëntenraad bepaalt weliswaar met de instelling het aanvullende aanbod, maar het staat de individuele bewoner vrij daar al dan niet gebruik van te maken. De instelling is verplicht dit duidelijk aan de bewoner kenbaar te maken. Het weigeren deel te nemen aan collectieve arrangementen in het aanvullende aanbod mag geen gevolg hebben voor de levering van de verzekerde zorg.

3.f. College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ heeft een coördinerende en signalerende taak binnen de AWBZ. Als er ontwikkelingen zijn die van invloed zijn op de aanspraken en/of de wijze van uitvoering daarvan, is het de taak van het CVZ om de randvoorwaarden te scheppen die de rechtmatige en doelmatige uitvoering bevorderen.

Het monitort op welke wijze zorgkantoren de AWBZ doelmatig en rechtmatig kunnen uitvoeren en streeft naar een zekere mate van eenduidigheid in de uitvoering, zodat toegang, kwaliteit en betaalbaarheid van AWBZ-zorg voor alle burgers op eenzelfde wijze in Nederland is gewaarborgd.

Het CVZ legt de aard, inhoud en omvang van de wettelijke aanspraak op AWBZ-zorg uit. Het bevordert ook de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Als een verzekeraar en verzekerde een conflict hebben over de vraag of bepaalde zorg tot de aanspraak behoort, moet de verzekeraar advies vragen aan het CVZ vóórdat hij een beslissing op bezwaar neemt. Datzelfde geldt voor het Centrum Indicatiestelling zorg voor wat betreft indicatiebesluiten.

Een uitspraak over de aard, inhoud en omvang van de aanspraak noemt het CVZ een duiding. De aanleiding om een duiding te doen kan liggen in een vraag van de minister, een adviesvraag van een verzekeraar of het CIZ, een vraag van een brancheverenigingof een eigen observatie van het CVZ.

Voor de meest voorkomende producten en diensten heeft het

CVZ vastgesteld of die tot de aanspraak behoren of niet. De actuele versie is vastgelegd in de brochure “Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling”[8]. Ook in het AWBZ-Kompas is informatie opgenomen over aanvullende dienstverlening[9]. De komende Beginselenwet zorginstellingen stelt voor een aantal zorgaspecten normen vast.

Voor sommige onderwerpen is het mogelijk om scherp te bepalen of het om verzekerde zorg gaat of niet. Dat geldt bijvoorbeeld voor de vraag wie de eigendommen van de verzekerde moet verzekeren, en wie de eigendommen van de instelling, of de vraag wie de energierekening betaalt.

Veel vragen vallen echter niet zonder meer met een zwart-wit-antwoord te beantwoorden. Het gaat dan om zaken die erg contextafhankelijk zijn. Onder andere de aard en samenstelling van de doelgroep, de lokale infrastructuur en culturele aspecten spelen daarbij een rol. Over voeding stelt het CVZ bijvoorbeeld dat het moet gaan om de gebruikelijke drie maaltijden, en dat de voeding moet voldoen aan eisen voor gezonde voeding, zoals bijvoorbeeld het Voedingscentrum die stelt. Wat er concreet op het bord komt, en hoe het wordt geserveerd, is daarmee nog niet bepaald. De preferenties van bewoners hangen van tal van zaken af, zoals culturele achtergrond, religie en mate van zelfstandigheid.

Hetzelfde geldt voor persoonlijke verzorging. Een schoon lichaam hebben behoort tot de aanspraak. Maar hoeveel keer per week douchen “normaal” is, is voor de ene bewonerspopulatie anders dan voor de andere. Een schoon lichaam is het minimum. Daarboven kan voor de extra zorg betaling worden gevraagd.

Een gedetailleerde beschrijving van de verzekerde zorg geeft weliswaar duidelijkheid, maar de andere kant van de medaille is dat op instellingsniveau elke speelruimte aan management en cliënten wordt ontnomen om op maat afspraken te maken. Dat middel is erger dan de kwaal.

Het CVZ wil zich daarom beperken tot algemene uitspraken, die in het overleg tussen zorginstelling, cliëntenraad en zorgkantoor moeten worden geconcretiseerd. Dat doet niet alleen recht aan de verscheidenheid van doelgroepen en bewonerspopulatie, maar biedt cliëntenraden en instellingen ook de mogelijkheid bepaalde preferenties uit te ruilen: geen soep, maar wel elke week een borreluurtje. Drie keer douchen per week, maar wel elke dag een ommetje.

Een dergelijke opstelling, waarbij het CVZ niet gedetailleerd en

[8] www.cvz.nl
[9] www.cvz.nl

scherp definieert wat precies de grenzen van de verzekerde zorg zijn, betekent dat het die (meer gedetailleerde) afbakening bij de instellingen neerlegt. Of dat verantwoord is, hangt af van de vraag of voldoende (procedureel) is gewaarborgd dat die afbakening op instellingsniveau op een verantwoorde en zorgvuldige manier plaatsvindt.

3.g. Waarborgen in het systeem

Waarborgt de hierboven geschetste taak- en rolverdeling voldoende dat de verzekerde goede en betaalbare zorg kan krijgen?

Het CVZ is van mening dat dit het geval is, mits de verschillende actoren hun rollen en taken goed invullen. In de huidige situatie is dat niet altijd het geval. Er is nog veel onduidelijkheid over de vraag wat ieders verantwoordelijkheid is. Partijen verkeren vaak nog in een leertraject. Het is daarom van belang te verduidelijken wat de rol van partijen is en hen te faciliteren die rol op te pakken. Het CVZ ziet daarbij een rol voor het departement, de NZa, zichzelf én voor brancheorganisaties en cliëntorganisaties.

3.g.1. Voldoende waarborg

Op systeemniveau is de levering van goede en betaalbare zorg voldoende gewaarborgd. De grenzen waarbinnen partijen afspraken kunnen maken is vastgelegd in wetgeving, duidingen van het CVZ, en kwaliteitskaders van de sector, zelfregulering van de brancheorganisaties, richtlijnen van beroepsgroepen en normen van de IGZ. De IGZ houdt er toezicht op dat de basiszorg die instellingen leveren voldoet aan de eisen voor verantwoorde zorg. De NZa heeft in de Richtsnoer Informatieverstrekking vastgelegd welke informatie zorgaanbieders moeten verstrekken, en hoe de NZA met het richtsnoer omgaat.

Binnen die kaders maken instellingen afspraken om de zorg ten laste van de AWBZ en de aanvullende diensten te concretiseren. Daarbij maken zij ook afspraken over de prijs van de aanvullende diensten. Vanuit het maatschappelijk ondernemerschap ligt het voor de hand dat die prijs meer op het niveau van de kostprijs ligt naarmate de instelling feitelijk een monopoliepositie inneemt, en de verzekerde het aanvullend aanbod niet van een ander kan afnemen.

Zorgkantoren maken afspraken met instellingen over de manier waarop die met de cliëntenraad hierover afspraken maakt, en houdt daarop toezicht. De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren. Zonodig kan de NZa handhavingsmaatregelen nemen.

Maar wellicht het belangrijkste element is de zelfregulering van de sector, zoals dat is vormgegeven in de Zorgbrede

Governancecode.

3.g.2. Aandachtspunten

De huidige praktijk toont aan dat partijen niet vanzelfsprekend hun rol goed (kunnen) invullen. Hoewel het onduidelijk is of het gaat om uitwassen of om structurele problemen, komt het voor dat instellingen een vergoeding vragen voor diensten die ze ten laste van de AWBZ moeten leveren, een te hoge vergoeding vragen voor aanvullende diensten, of alle bewoners verplichten deel te nemen aan collectieve aanvullende arrangementen. Zorgkantoren zijn niet altijd goed op de hoogte van de manier waarop instellingen omgaan met de concretisering van de verzekerde zorg en het aanvullende aanbod. En cliëntenraden zijn vaak onvoldoende uitgerust om een goede onderhandelingspartner voor de instelling te zijn.

Ook is niet duidelijk in hoeverre de uitgangspunten voor maatschappelijk ondernemerschap, zoals die in de Zorgbrede Governancecode zijn vastgelegd, daadwerkelijk 'leven' binnen de bestuurlijke praktijk van instellingen en brancheverenigingen, en of de sectoren daarbij voldoende zelfreinigend vermogen hebben.

Het is ondanks goed overleg onvermijdelijk dat zich conflicten zullen voordoen. De WMCZ voorziet in een geschillenprocedure, en dat is ook het geval in de komende Wet cliëntenrechten zorg. Het is belangrijk dat die procedures goed werken. Het moet gaan om een oplossing op casusniveau, die niet persé geldt voor alle instellingen. Want dan wordt via die weg toch allerlei detaillering aangebracht.

Om de uitvoeringspraktijk te sturen en te faciliteren heeft het CVZ met NZa en het departement afgesproken duidelijkheid te geven over wat er van partijen wordt verwacht, en best-practices te verspreiden. De NZa intensiveert het toezicht op zorgkantoren ten aanzien van dit onderwerp.

4. Standpunt

Het CVZ duidt de wettelijke aanspraken op AWBZ-zorg. Partijen kunnen desgewenst een duiding vragen. Het CVZ kan daar ook zelf toe besluiten. Het standpunt van het CVZ laat, waar nodig of wenselijk, ruimte aan partijen om zelf nadere invulling te geven aan de inhoud van de zorg.

Die ruimte is nodig om op instellingsniveau in te spelen op de wensen en behoeften van bewoners. Het CVZ ziet in de bestaande wettelijke regelingen en zelfregulering van de brancheorganisaties voldoende mogelijkheden om terughoudend te kunnen zijn met gedetailleerde duidingen. Ook ziet het CVZ geen directe aanleiding om tot verdergaande regelgeving te adviseren over de verzekerde en/of aanvullende dienstverlening.

De (zelf)regulering moet dan wel meer zijn dan mooie woorden op glad papier. Het is belangrijk dat partijen hun rol beter leren te spelen.

Hieronder vat het CVZ die rollen nog eens kort samen:

Zorgkantoren besteden bij de zorginkoop aandacht aan de manier waarop instellingen en cliëntenraden invulling geven aan de zorg die ten laste van de AWBZ komt, en over inhoud en prijsstelling van het aanvullende aanbod van de instelling. Hierbij houden ze rekening met bestaande kaders en richtlijnen over de aard en inhoud van het verzekerde pakket.

De IGZ houdt toezicht op de zorgverlening. De basiszorg die de instelling biedt, moet verantwoorde zorg zijn. De komende Beginselenwet zorginstellingen geeft daarvoor kaders aan, en geeft de IGZ nog verdere handhavingstaken. De levering van verantwoorde zorg mag niet afhankelijk zijn van de afname van aanvullende diensten.

Van de instelling mag worden verwacht dat ze zoveel mogelijk tegen kostprijs een aanvullend aanbod van diensten levert, dat in ieder geval voldoet aan de dagelijkse levensbehoeften van de bewoners[10]. Als de instelling noodzakelijke aanvullende diensten uitbesteedt, bedingt ze een behoorlijke prijs/kwaliteitsverhouding[11].

De instelling overlegt hierover met de cliëntenraad en vraagt hierover advies aan de cliëntenraad.

De instelling biedt over het aanvullende aanbod en de prijs daarvan volledige transparantie naar cliënten, het zorgkantoor

[10] Zoals het wassen van kleding, beschikbaarheid van algemene verzorgingsproducten.
[11] De instelling zal meerdere offertes moeten vragen en daarover gedegen onderhandelen.

en verdere omgeving. De instelling maakt aan cliënten duidelijk dat afname van het aanvullende aanbod niet verplicht is, en een weigering om het aanvullende aanbod af te nemen geen gevolg heeft voor de levering van de verzekerde zorg. Het moet voor verzekerden mogelijk zijn om aanvullende diensten van een andere organisatie af te nemen.

Zorgkantoren houden er toezicht op dat aanbieders:

- geen bijbetaling vragen voor verzekerde zorg;
- over het aanbod van verzekerde zorg én het aanbod en prijsstelling van aanvullende diensten afdoende overleg met de cliëntenraad voeren;
- cliënten op de hoogte stellen dat afname van het aanvullende aanbod niet verplicht is.

Verzekerden hebben aanspraak op zorg ten opzichte van het zorgkantoor. Als zij van mening zijn dat de aanbieder niet de zorg levert waarop hij recht heeft, kan hij het zorgkantoor daarop aanspreken. Bij klachten van verzekerden onderneemt het zorgkantoor de nodige actie. Als de verzekerde meent recht te hebben op zorg, en het zorgkantoor niet, kan de verzekerde in bezwaar gaan bij zijn verzekeraar. Als de verzekeraar niet tegemoet wil komen aan het bezwaar, moet hij de concept beslissing op bezwaar voor advies aan het CVZ voorleggen[12]. Tegen de definitieve beslissing kan de verzekerde op grond van de Awb beroep aantekenen.

De NZa houdt er toezicht op dat zorgkantoren en aanbieders hun verplichtingen nakomen, en neemt zonodig handhavingsmaatregelen.

VWS, CVZ en NZa verduidelijken waar nodig, en verspreiden best practices. Ze monitoren de uitvoeringspraktijk.

[12] Artikel 58 AWBZ

5. Uitvoeringsconsequenties

In afstemming met het departement van VWS en de NZa wil het CVZ met dit rapport duidelijkheid bieden over de bestaande kaders waarbinnen zorgaanbieders geacht worden aanvullende diensten te leveren.

De bedoeling daarbij is die kaders zo te formuleren dat enerzijds de rechtspositie en de belangen van verzekerden voldoende zijn gewaarborgd, maar dat voldoende ruimte bestaat voor aanbieders en bewoners om op lokaal niveau concreet inhoud te geven aan het aanvullende aanbod.

Feitelijk gaat het niet om nieuw beleid of om nieuwe taken. Wel om een herijking ervan en verduidelijking en aanscherping van de uitvoeringspraktijk.

Het is daarom vooral belangrijk met partijen af te spreken hoe zij hier zelf handen en voeten aan geven.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 24 januari 2011.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur