

Samenvattend rapport

Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013

Onderdelen acceptatieplicht, verbod op
premedifferentiatie en zorgplicht

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Conclusie	7
1. Signalen	8
2. Acceptatieplicht	8
3. Verbod premiedifferentiatie	9
4. Zorgplicht	9
5. Monitor zorginkoop	11
6. Modelovereenkomsten	11
7. Transparantie	12
1. Inleiding	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Leeswijzer	15
1.3 Doel	15
1.4 Uitvoeringsverslagen	16
1.5 Signalen	16
1.6 Focus	17
1.7 Relatiebeheer	18
2. Uitvoering Zvw	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Acceptatieplicht	21
2.3 Verbod premiedifferentiatie	23
2.4 Zorgplicht	24
2.5 Monitor zorginkoop	28
2.6 Modelovereenkomsten	30
2.7 Analyse uitvoeringsverslagen	32
2.8 Conclusie	36
3. Transparantie	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Self assessments	38
3.3 Monitor Transparantie consumenten	39
3.4 Conclusie	40
4. Ontwikkelingen 2014	41
4.1 Wet- en regelgeving	41
4.2 Zorgplicht transgenderzorg	42
4.3 Transparantie	43
4.4 Conclusie	44

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Dit is geregeld in artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bij onze toezichtactiviteiten staan de consumentenbelangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg centraal.

Wij hebben onderzocht of de zorgverzekeraars zich hebben gehouden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. In dit rapport besteden wij ook aandacht aan ons toezicht op modelovereenkomsten en transparantie. Daarnaast bespreken wij een aantal ontwikkelingen in 2014.

Zorgverzekeraars hebben ook een aantal taken in het kader van de risicoverevening. Over de uitvoering van deze taken brengen wij begin 2015 een afzonderlijk rapport uit. In dat rapport besteden wij ook aandacht aan de controle-activiteiten van zorgverzekeraars.

Op verschillende manieren controleert de NZa of zorgverzekeraars zich houden aan hun wettelijke verplichtingen. Niet alleen door het uitvoeren van eigen onderzoek maar ook door het analyseren van ontvangen signalen, meldingen en overige informatie. Het jaarlijkse uitvoeringsverslag van de individuele zorgverzekeraars is voor ons onderzoek een belangrijke informatiebron. Zorgverzekeraars verantwoorden zich hierin over de uitvoering van de Zvw.

Uit onze werkzaamheden volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars zich in 2013 (en tot de rapportdatum) niet hebben gehouden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht.

Wel zien wij dat zorgverzekeraars steeds meer proberen om verzekerdenstromen te sturen. Dit blijft tot nu toe binnen het toegestane wettelijke kader. De NZa vindt deze ontwikkeling echter wel onwenselijk want dit levert risico's op voor de toegang tot de basisverzekering en de keuzevrijheid van consumenten. Dit draagt daarmee niet bij aan de bedoeling van het zorgstelsel. Daarom zullen wij de ontwikkelingen op dit gebied nauwgezet volgen.

Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen. Dit kan leiden tot risicoselectie. Een aantal zorgverzekeraars werpt drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt bijvoorbeeld via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen op de website. Of door het beperken van de toegang tot de aanvullende verzekering.

Wij ondernemen een aantal acties om te zorgen dat de feitelijke toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft. Zo zullen wij de transparantie-eisen aanscherpen om te voorkomen dat zorgverzekeraars bepaalde doelgroepen automatisch naar een bepaalde polis sturen.

Bovendien hebben wij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal aanbevelingen gedaan om risicoselectie te voorkomen. Bijvoorbeeld door het verder ontwikkelen van het systeem voor risicoverevening.

Een zo adequaat mogelijk risicovereveningsysteem is van belang om de kans op risicoselectie te verkleinen. Daarom gaan wij nader onderzoek doen naar verliesgevende groepen en de aard van de in- en uitstroom van verzekerden per polis en per risicodragers. Ook gaan wij de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden onderzoeken.

Daarnaast volgen wij via de jaarlijkse Marktscan Zorgverzekeringsmarkt (beschikbaar via nza.nl) en de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars ook een aantal ontwikkelingen op het gebied van sturing van verzekerden via de aanvullende verzekering en doelgroepen.

Op het gebied van de zorgplicht voor verzekerden zagen wij een aantal potentiële knelpunten. Zoals de wankelende financiële situatie bij enkele zorgaanbieders en de beschikbaarheid van transgenderzorg. Wij hebben dit onderzocht en waar nodig actie ondernomen. De zorgplicht blijft een continu punt van aandacht.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Managementsamenvatting

Met dit rapport informeren wij de minister van VWS en het Zorginstituut over de uitvoering van de Zvw in 2013. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars zich (onder meer) houden aan de consumentenbelangen acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht.

Begin 2015 publiceren wij ook het Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zvw 2013 (onderdeel vereveningsonderzoek). In dat rapport gaan wij in op de controle-activiteiten van zorgverzekeraars zoals de formele en materiële controles.

Conclusie

Op het gebied van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht hebben wij geen indicaties voor onrechtmatigheden bij zorgverzekeraars. Deze conclusie baseren wij op de door ons uitgevoerde onderzoeken en de analyse van ontvangen signalen, uitvoeringsverslagen en modelovereenkomsten.

Wel signaleren wij een aantal potentiële knelpunten bij de zorgplicht. Zoals de wankelende financiële situatie bij enkele zorgaanbieders en de beschikbaarheid van transgenderzorg. Wij hebben dit onderzocht en waar nodig actie ondernomen. Wij blijven deze ontwikkelingen monitoren en ondernemen in het belang van verzekerden en consumenten zo nodig opnieuw actie richting zorgverzekeraars.

Ook zien wij een zorgelijke ontwikkeling op het gebied van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Zorgverzekeraars proberen steeds meer om verzekerdenstromen te sturen. Dit blijft tot nu toe binnen het toegestane wettelijke kader. Wij vinden het onwenselijk als dit zou leiden tot risico's voor de toegang tot de basisverzekering en de keuzevrijheid van consumenten.

Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen daarbij drempels op voor personen die niet tot deze doelgroep behoren. Dit gebeurt bijvoorbeeld via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen op de website. Of door beperking van de toegang tot aanvullende verzekeringen. Dit kan leiden tot risicoselectie.

Wij monitoren deze ontwikkelingen en zijn in 2014 inmiddels gestart met een aantal concrete acties:

- aanscherpen van de transparantie-eisen;
- nader onderzoek naar volmachten en intermediairs;
- de uitkomsten van het onderzoek meenemen in onze vervolgonderzoeken;
- doen van aanbevelingen aan het ministerie van VWS.

1. Signalen

In 2013 ontving de NZa in totaal 311 signalen over ziektekostenverzekeraars (voor basis- en aanvullende verzekering). Vergeleken met 2012 (182) is dat een stijging met ruim 70 procent. In de eerste zes maanden van 2014 ontvingen wij 183 (2013: 175) signalen over zorgverzekeraars.

In 2013 hadden de meeste signalen (92) betrekking op transparantie. Ook ontvingen wij veel signalen over onjuiste vergoedingen (79) en over toegang tot de polis (31). Verder ontvingen wij relatief veel signalen (25) over de (verzekerden)administratie van zorgverzekeraars.

Wij ondernemen actie als het algemeen consumentenbelang in het geding komt. Signalen over zorgaanbieders die ook iets zeggen over de (controle)rol van zorgverzekeraars nemen wij mee in ons toezicht op de zorgverzekeraars.

In onze Jaarrapportage Signaaltoezicht van juni 2014 (nza.nl) geven wij een concreet overzicht van de in 2013 ontvangen signalen en onze acties en interventies.

2. Acceptatieplicht

Met een verdiepend onderzoek hebben wij in 2013 de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars nader bekeken. Wij zien bepaalde ontwikkelingen die kunnen leiden tot risicoselectie. Sommige zorgverzekeraars richten zich op specifieke doelgroepen (zoals jongeren en studenten) en werpen soms drempels op voor personen buiten de doelgroep. Zoals voor ouderen zonder internettoegang of door beperking van de toegang tot de aanvullende verzekering. Dit is niet in strijd met de acceptatieplicht maar dergelijke drempels kunnen wel invloed hebben op de toegang tot de basisverzekering en de keuzevrijheid van consumenten. Dat vinden wij onwenselijk.

Wij ondernemen een aantal acties om te zorgen dat de feitelijke toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft. Zo zullen wij de transparantie-eisen aanscherpen om te voorkomen dat zorgverzekeraars bepaalde doelgroepen automatisch naar een bepaalde polis sturen. Ook zullen wij nagaan of het mogelijk is om verschillende inschrijfeisen (bijvoorbeeld via internet) voor verschillende doelgroepen te verbieden. Verder doen wij in 2014 nader onderzoek naar de sturingsmogelijkheden van volmachten en intermediairs.

In het rapport over de acceptatieplicht en de bijbehorende beleidsbrief hebben wij enkele aanbevelingen gedaan aan het ministerie van VWS. Zo hebben wij het ministerie gevraagd om te onderzoeken of het mogelijk (en wenselijk) is een explicietere wettelijke regeling te maken voor kortingen op de verschuldigde premie. Zodat het op voorhand duidelijk wordt wat wel en niet is toegestaan. De minister van VWS heeft laten weten het belangrijk te vinden dat de NZa alert blijft op de rol van premiekortingen bij het 'sturen' van groepen verzekerden. De minister heeft de NZa gevraagd om de ontwikkelingen rond premiekortingen te blijven volgen.¹

Ook hebben wij het ministerie geadviseerd om het risicovereveningsysteem verder door te ontwikkelen om te zorgen dat er

¹ Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 517.

in de toekomst geen sprake is van ongewenste vormen van risicoselectie.

Een zo adequaat mogelijk risicovereveningsysteem is van belang om de kans op risicoselectie te verkleinen. Met een goed en actueel risicovereveningsysteem zijn er geen prikkels voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen. Daarom gaan wij nader onderzoek doen naar verliesgevende groepen en de aard van de in- en uitstroom van verzekerden per polis en per risicodrager. Ook gaan wij de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden nader onderzoeken.

3. Verbod premiedifferentiatie

De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie vertonen veel raakvlakken. Zorgverzekeraars worden steeds creatiever in hun marketingbeleid. Binnen de wettelijk toegestane ruimte richten zij zich tot bepaalde doelgroepen. Bijvoorbeeld met een scherpe premie of een (voor de doelgroep interessant) welkomstgeschenk.

Tot nu toe hebben wij geen indicaties dat hierbij de wettelijke kaders worden overschreden. Wij houden dit nauwlettend in de gaten en spreken zorgverzekeraars aan op tekortkomingen. Als het nodig is dan zullen wij onze handhavingsinstrumenten inzetten.

4. Zorgplicht

Op grond van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar zorgen dat een verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Eventuele bemiddeling naar zorg is ook een onderdeel van de zorgplicht. Wij onderzoeken of zorgverzekeraars zich houden aan deze belangrijke verplichting en treden zo nodig handhavend op. Zodat wij het belang van consument en verzekerde voldoende kunnen waarborgen.

Beleidsregels zorgplicht

In 2013 hebben wij de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht en de beleidsregel Overmacht geactualiseerd. De nieuwe versie van deze beleidsregels is op 1 januari 2014 in werking getreden.

Als een zorgaanbieder failliet gaat dan kan de beschikbaarheid van zorg in gevaar komen. Dit kan grote gevolgen hebben voor de zorgconsument. Mogelijk kan hij niet (of niet tijdig) terecht voor de zorg waar hij aanspraak op heeft.

Per 1 januari 2013 is het steunbeleid afgeschaft. De zorgverzekeraar is als eerste verantwoordelijk voor continuïteit van zorg aan zijn verzekerden.

Alleen als een zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht voor 'cruciale zorg' is er (uitsluitend in overmacht situaties) nog een rol voor de overheid. Zorgverzekeraars kunnen dit melden bij de NZa. Wij toetsen deze melding van overmacht en informeren het ministerie van VWS over de uitkomst. Het ministerie kan zo nodig een vangnetstichting oprichten om de continuïteit van de cruciale zorg te borgen zodat de zorgconsument tijdig de zorg krijgt waar hij aanspraak op heeft. In 2013 is dit niet nodig geweest.

In 2014 zijn wij gestart met het opstellen van een nadere regeling die zorgverzekeraars verplicht om bij ons te melden als zij niet kunnen

voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg. Deze nadere regel treedt naar verwachting per 1 januari 2015 in werking.

Casuïstiek zorgplicht

In de loop van 2013 hebben wij op het gebied van de zorgplicht een aantal casussen over ziekenhuizen behandeld: het LangeLand ziekenhuis, het Slotervaartziekenhuis en het Ruwaard van Putten ziekenhuis. Om verschillende redenen kwamen deze ziekenhuizen in financiële problemen.

Wij hebben eigen onderzoek gedaan en gesproken met de betrokken zorgverzekeraars. Vanuit het perspectief van de zorgplicht is onderzocht:

- wat de alternatieven in de regio zijn voor de geleverde zorg;
- of de normen voor acute zorg kunnen worden gehaald na wegvallen van het ziekenhuis;
- of de zorg voor de huidige patiënten kan worden voortgezet.

Zorgverzekeraars hebben in de drie genoemde casussen gezorgd dat geen problemen zijn ontstaan met de zorgplicht voor hun verzekerden. Wij blijven de ontwikkelingen bij deze en andere zorgaanbieders nauwgezet volgen. Ook voor de beschikbaarheid van acute zorg zoals spoedeisende hulp.

Zorgplicht farmacie

In 2013 hebben wij de naleving van de zorgplicht voor farmacie onderzocht. Aan dit onderzoek hebben zowel zorgverzekeraars als apothekers meegewerkt. De conclusie is dat zorgverzekeraars de zorgplicht voor farmacie over het algemeen voldoende naleven. In 2014 hebben wij ons onderzoek vervolgd.

Een aantal casussen gaan wij nader onderzoeken in het kader van ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Als blijkt dat zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven dan nemen wij maatregelen.

Zorgplicht transgenderzorg

Eind 2013 kondigde het VUmc een patiëntenstop af voor transgenderzorg. Onduidelijk was op dat moment of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht konden voldoen. Het VUmc stelde dat meer geld nodig was omdat zich steeds meer patiënten aanmelden voor deze vorm van zorg. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij voor 2014 voldoende geld hadden geboden.

Het VUmc is voor deze vorm van zorg de grootste aanbieder in Nederland. Daardoor was het voor zorgverzekeraars lastig om op een andere manier aan hun zorgplicht te voldoen dan door inkoop bij het VUmc. We hebben daarom niet alleen onderzocht of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldeden maar ook of het VUmc een positie had van aanmerkelijke marktmacht (AMM). Betrokken partijen hebben aan beide onderzoeken meegewerkt en zelf een overeenkomst gesloten op grond waarvan het VUmc de patiëntenstop heeft opgeheven. Wij hebben toen geconcludeerd dat de zorgverzekeraars op dat moment voldeden aan hun zorgplicht voor transgenderzorg en de zorgverzekeraars hierover geïnformeerd.

De NZa zal de ontwikkelingen rond transgenderzorg de komende maanden monitoren. Dit zal zowel vanuit zorgplicht als vanuit markttoezicht gebeuren. Wij zullen hierbij ook vanuit een breder perspectief kijken naar eventueel problematische marktconcentraties.

5. Monitor zorginkoop

In 2013 hebben wij de zorginkoop voor het jaar 2014 onderzocht. De uitkomsten zijn februari 2014 openbaar gemaakt in de Monitor en beleidsbrief Zorginkoop (zie nza.nl).

Zorgverzekeraars kopen voldoende zorg in voor hun verzekerden. Dit gebeurt steeds meer selectief en tegen een scherpe prijs zonder de zorgplicht voor verzekerden uit het oog te verliezen.

Bij de zorginkoop maken zorgverzekeraars vooral afspraken over financiële aspecten. Niet-financiële aspecten (zoals afspraken over kwaliteit) kosten meer tijd en krijgen hierdoor soms minder prioriteit. Wel geven zorgverzekeraars in hun uitvoeringsverslagen aan dat zij zich in toenemende mate richten op selectieve inkoop en de kwaliteit van zorg.

Selectief inkopen door zorgverzekeraars kan voor de consument leiden tot lagere tarieven en premies bij een goede kwaliteit van zorg. Het is van belang dat zorgverzekeraars de inkoopvoordelen inderdaad doorgeven aan hun verzekerden.

Een aantal (vooral eerstelijns) zorgaanbieders is van mening dat de inkoopmacht van zorgverzekeraars te groot is. Sommige aanbieders spreken daarom van een 'slikken-of-stikken-contract' of 'tekenen bij het kruisje'. Zorgverzekeraars geven aan dat zij door het grote aantal zorgaanbieders veel met standaardcontracten werken. De NZa mengt zich niet in de contracteervrijheid van partijen. Een inperking van deze vrijheid is niet gewenst zolang de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en (transparantie over) kwaliteit van zorg niet in gevaar komen. Het transparant maken van deze kwaliteit vergt nog acties van alle partijen.

In 2013 hebben wij voor eerstelijns zorg (zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren) de Good Contracting Practices (GCP's) uit 2010 geëvalueerd. Dit document is bedoeld als ondersteuning bij het contracteerproces.

Na een uitgebreide consultatie van partijen zijn de GCP's inhoudelijk aangepast en zijn vier Practices toegevoegd.

Voor het jaar 2014 hebben zorgverzekeraars de zorginkoop sterk vervroegd. Partijen hebben afgesproken de inkoopcyclus jaarlijks vóór 19 november af te sluiten. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden dan op die datum informeren over het voor het volgende polisjaar gecontracteerde zorgaanbod. De consument kan deze informatie dan betrekken bij zijn keuze voor een zorgverzekering.

6. Modelovereenkomsten

Zorgverzekeraars kunnen de NZa vragen om hun modelovereenkomsten te toetsen. Wij geven een bestuurlijk rechtsoordeel over de voorgelegde wijzigingen. In 2013 ontvingen wij van zorgverzekeraars minder van deze verzoeken dan in 2012.

Jaarlijks voeren wij via een steekproef onderzoek uit naar modelpolissen die dat jaar op de markt zijn gebracht. Voor polisjaar 2013 hebben wij vijf modelovereenkomsten getoetst. Dit heeft geleid tot een beperkt aantal kleine opmerkingen. Wij hebben de betreffende zorgverzekeraars verzocht om deze opmerkingen te verwerken in de modelovereenkomsten voor 2014.

Uit het beperkte aantal voorgelegde modelpolissen en de bevindingen uit de uitgevoerde steekproeven blijkt dat zorgverzekeraars steeds meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor de juistheid van de polissen. Wij vinden dit een positieve ontwikkeling.

Meerjarige zorgpolissen

Op verzoek van de minister van VWS hebben wij de voor- en nadelen onderzocht van meerjarige zorgpolissen. Vergeleken met de huidige situatie (zorgpolissen met een looptijd van één jaar) zien wij geen belangrijke voordelen en veranderingen.

Meerjarige zorgpolissen maken het voor zorgverzekeraars niet eenvoudiger om meerjarige contracten met zorgaanbieders te sluiten. Ook zien wij geen voordelen op het gebied van preventie. Wel besparen meerjarige polissen wervingskosten wat kan leiden tot een lagere premie. Maar minder overstappers kan ook leiden tot minder concurrentie en een hogere premie. De minister ziet daarom geen aanleiding om de huidige situatie aan te passen.²

Artikel 13 Zvw

In juli 2014 heeft de Hoge Raad zich uitgesproken over uitleg van het huidige artikel 13 Zvw. Zorgverzekeraars mogen de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo ver beperken dat dit een belemmering vormt voor verzekerden om deze zorg in te roepen.

Wij hebben naar aanleiding hiervan besloten om ons beleid op deze uitspraak aan te passen. Voor het modelovereenkomstenproces hebben wij zorgverzekeraars hierover geïnformeerd. Onze beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zullen wij ook aanpassen op de uitspraak.

Het wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 Zvw treedt naar verwachting per 1 januari 2015 (gefaseerd) in werking. Als dit wetsvoorstel wordt aangenomen dan krijgen zorgverzekeraars vanaf 2016 de mogelijkheid om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg volledig zelf te bepalen of zelfs geheel uit te sluiten. Dit geldt (behalve bij een aantal uitzonderingen) voor naturapolissen waarbij sprake is van voldoende gecontracteerd zorgaanbod. Een aantal andere wijzigingen (zoals op het gebied van transparantie) treedt naar verwachting per 2015 in werking.

7. Transparantie

Jaarlijks doen wij onderzoek naar de self assessments van zorgverzekeraars. In 2013 hebben wij een steekproef uitgevoerd op de volgende vier toetspunten:

1. vergoedingsoverzicht
2. gecontracteerd zorgaanbod
3. preferentiebeleid
4. eigen risico

Uit de self assessments en de signalen over transparantie bleek dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars niet altijd op orde was. Wij hebben maatregelen getroffen richting zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben hun informatieverstrekking op deze punten aangepast zodat deze voldoet aan de gestelde eisen.

² Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 517.

Monitor Transparantie consumenten

In 2013 hebben wij ook de informatiebehoefte van consumenten onderzocht. Begin 2014 zijn de uitkomsten van dit onderzoek gepubliceerd in de Monitor en beleidsbrief *Transparantie voor consumenten*. Uit het onderzoek blijkt dat consumenten duidelijke informatie willen over de kosten van de zorg maar hier zelf nog niet altijd actief naar zoeken omdat zij erop vertrouwen 'dat het wel goed zit'.

In 2014 hebben wij ons toezicht op transparantie verder aangescherpt met onder meer de onderstaande activiteiten:

Beleidsregel Informatieverstrekking

Met ingang van september 2014 is de nieuwe NZa Beleidsregel *Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)* in werking getreden.

Wij hebben drie nieuwe punten in de beleidsregel opgenomen:

1. Zorgverzekeraars worden uitdrukkelijk gewezen op hun verantwoordelijkheid voor de juistheid van de informatie op vergelijkingssites;
2. Zorgverzekeraars moeten duidelijk zijn over volumeafspraken (zoals omzetplafonds) met eventuele gevolgen voor verzekerden;
3. Zorgverzekeraars moeten verzekerden op verzoek voorafgaand aan de behandeling informeren over de gevolgen voor het eigen risico.

Transparantie vergelijkingssites

In 2014 doen wij onderzoek naar vergelijkingssites voor zorgverzekeringen. Consumenten moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie op de sites betrouwbaar en transparant is. De NZa onderzoekt hoe de relaties tussen de verzekeraars en de vergelijkingssites eruit zien en hoe de informatieverstrekking tussen deze partijen verloopt. In dit onderzoek werken wij samen met andere toezichthouders zoals de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Het streven is om de uitkomsten van het onderzoek in november 2014 (voor de start van de overstapperiode) te publiceren.

Transparantie zorgkosten en zorgnota's

De rekening voor zorgkosten moet duidelijk en begrijpelijk zijn voor verzekerden. Met ingang van 2014 moeten zorgaanbieders meer informatie vermelden op de declaraties voor de zorgverzekeraars. Per 1 juni 2014 moeten zorgaanbieders zorgactiviteiten vermelden op de nota voor medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars kunnen deze informatie dan via declaratieoverzichten doorgeven aan hun verzekerden die zo kunnen helpen om de nota te controleren. Zo nodig zal de NZa een nadere regel opstellen om te garanderen dat alle zorgverzekeraars deze informatie inderdaad aan hun verzekerden leveren. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat eerst de Wmg wordt aangepast zodat de NZa bevoegd wordt om dit soort nadere regels op te stellen.³

³ De wettelijke grondslag van deze regelgevingsbevoegdheid is opgenomen in het Voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (Kamerstukken II, 2013-14, 33 980, nr. 2).

1. Inleiding

1.1 Inleiding

De NZa maakt elk jaar een samenvattend rapport over de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Met als wettelijke basis artikel 24 Wmg. Dit rapport wordt voor 1 november toegestuurd aan de minister van VWS en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut).

Begin 2015 publiceren wij ook het Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zvw 2013 (onderdeel vereveningsonderzoek). In dat rapport gaan wij in op de controle-activiteiten van zorgverzekeraars, zoals de formele en materiële controles en controles op gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik.

Beide rapporten zijn openbaar en komen te staan op nza.nl.

Alle beleidsregels en overige publicaties van de NZa waarnaar wij in dit rapport verwijzen zijn ook te vinden op nza.nl.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bespreekt het doel van dit rapport. Daarnaast schenken wij aandacht aan de uitvoeringsverslagen, signalen, de focus van onze toezichtactiviteiten en relatiebeheer.

Hoofdstuk 2 gaat over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars voor de onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht. Ook bespreken wij de Monitor zorginkoop, ons toezicht op de modelovereenkomsten en onze analyse van de uitvoeringsverslagen. Wij sluiten het hoofdstuk af met onze conclusie.

Hoofdstuk 3 heeft als onderwerp transparantie en geeft informatie over de uitgevoerde self assessments en de Monitor Transparantie voor consumenten. Ook dit hoofdstuk sluiten wij af met een conclusie.

Hoofdstuk 4 bespreekt de belangrijkste ontwikkelingen in 2014. Zoals nieuwe wet- en regelgeving, de zorgplicht voor transgenderzorg en het toezicht op transparantie. Met aan het eind een korte conclusie.

1.3 Doel

Met dit rapport informeren wij de minister van VWS en het Zorginstituut over de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. De NZa heeft als taak om hier toezicht op te houden. Wij gaan onder meer na of zorgverzekeraars zich houden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht.

Het rapport concentreert zich op verslagjaar 2013. Ontwikkelingen in 2014 nemen wij mee als deze van invloed zijn op het beeld over 2013.

1.4 Uitvoeringsverslagen

In het uitvoeringsverslag (of maatschappelijk verslag) verantwoorden zorgverzekeraars zich over de uitvoering van de Zvw. De accountant van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag en legt zijn bevindingen vast in een rapport. Zorgverzekeraars moeten ons elk jaar (voor 1 juli) een uitvoeringsverslag (met ondertekende bestuursverklaring en accountantsrapport) toesturen over het voorgaande jaar. Zorgverzekeraars maken het maatschappelijk jaarverslag meestal ook openbaar via de eigen website.

De NZa toetst deze uitvoeringsverslagen onder meer op naleving van de zorg- en acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Ons totaaloordeel over de naleving van deze wettelijke verplichtingen is niet alleen gebaseerd op de uitvoeringsverslagen maar ook op ontvangen signalen, uitgevoerde eigen onderzoeken en de beoordeling van modelovereenkomsten.

Wij verwijzen naar paragraaf 2.7 voor onze analyse van de uitvoeringsverslagen.

1.5 Signalen

De NZa ontvangt op diverse manieren vragen, meldingen en klachten. Niet alleen van consumenten(organisaties), zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook van andere zorgprofessionals, toezichthouders, politieke partijen en de media. Deze meldingen kunnen een signaal zijn over een ongewenste situatie in de zorg. De meeste meldingen komen binnen via ons digitale meldpunt op nza.nl.

Signalen zijn belangrijk voor ons toezicht omdat deze een indicatie geven over mogelijke problemen en risico's. Wij gebruiken signalen als één van de bronnen voor het bepalen van onze prioriteiten. In sommige gevallen leveren signalen ook concreet bewijs voor problemen die we willen aanpakken.

Bij het behandelen van signalen werken wij samen met het Openbaar Ministerie en met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Inspectie SZW en de FIOD.

Jaarrapportage Signaaltoezicht

In de Jaarrapportage Signaaltoezicht van juni 2014 (nza.nl) geven wij een concreet en gedetailleerd overzicht van de in 2013 ontvangen signalen en onze acties en interventies. Niet alleen om het belang van de signalen te laten zien, maar ook om het bewustzijn van onwenselijk gedrag te vergroten. Met als doel om normconform gedrag te stimuleren.

Wij ondernemen actie als het algemeen consumentenbelang in het geding dreigt te komen. Voor specifieke klachten van individuele consumenten zijn andere instanties aangewezen, zoals de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Signalen over zorgaanbieders die ook iets zeggen over de (controle)rol van zorgverzekeraars nemen wij mee in ons toezicht op de zorgverzekeraars. In toenemende mate leggen wij dergelijke signalen terug bij zorgverzekeraars.

Aantal signalen 2013

In 2013 is het aantal signalen over ziektekostenverzekeraars opnieuw sterk gestegen. Voor deze toename is een aantal redenen. De laatste

jaren krijgt de zorg steeds meer aandacht in de media (fraude, kosten, herziening zorgstelsel). Ook weten steeds meer mensen de NZa te vinden voor het melden van mogelijke misstanden. Door de verhoging van het eigen risico en de eigen bijdragen hebben verzekerden bovendien een steeds groter financieel belang bij het gebruik van zorg en de zorgkosten. Daarnaast hebben wij vanaf 2012 een andere manier van registreren waarbij wij elke melding als signaal aanmerken. De verwachting is dat het aantal signalen daarom de komende jaren blijft stijgen.

In onderstaand overzicht staan de aantallen over 2007 tot en met 2013.

Totaal aantal signalen over ziektekostenverzekeraars

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ziektekostenverzekeraars	82	52	70	69	35	182	311

Bron: NZa Database signalen, peildatum: januari 2014

In 2013 ontving de NZa in totaal 311 signalen over ziektekostenverzekeraars (voor basis- en aanvullende verzekering). Vergeleken met 2012 (182) is dat een stijging met ruim 70 procent. In de eerste zes maanden van 2014 ontvingen wij 183 (2013: 175) signalen over zorgverzekeraars.

Bijna de helft (145) van de 311 ontvangen signalen ging over de zorgverzekeraars en de zorgverzekeringen zelf. De overige signalen hadden onder meer betrekking op medisch-specialistische zorg (45), farmaceutische zorg (31) en psychologische zorg (22).

Van de 311 signalen hebben de meeste signalen betrekking op een beperkt aantal onderwerpen: transparantie (92), onjuiste vergoeding door de zorgverzekeraar (79) en toegang tot de polis (31). Verder ontvingen wij signalen en klachten over de (verzekerden)administratie van zorgverzekeraars (25). Ook ontvingen wij signalen van zorgaanbieders over het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Sommige signalen betreffen meerdere onderwerpen. Hierdoor is het niet eenvoudig om eenduidige aantallen weer te geven.

De belangrijkste signalen over de uitvoering van de Zvw zijn opgenomen in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport.

1.6 Focus

De toezicht- en handhavingsactiviteiten van de NZa zijn risico gebaseerd en probleemgericht. Aan de hand van een risicoanalyse stellen wij prioriteiten en richten wij ons op de belangrijkste problemen in de zorg. Dit is een dynamisch proces: door actuele ontwikkelingen kunnen de prioriteiten veranderen.

Onze doelstelling is het oplossen van de belangrijkste problemen in de zorg met effectief en doelmatig toezicht. Wij grijpen in waar daadwerkelijk belangrijke problemen bestaan en de algemene belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in het geding zijn.

De NZa wil hiermee bereiken dat het zorgstelsel goed werkt en dat de verschillende partijen hun rol goed vervullen. Het streven is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich uit zichzelf (intrinsiek gemotiveerd) aan de regels houden. Als een zorgverzekeraar zijn

verplichtingen niet of onvoldoende nakomt, dan hebben wij een aantal handhavinginstrumenten om naleving af te dwingen.

In de eerste jaren na de invoering van de Zvw heeft de NZa intensief aandacht besteed aan alle verschillende aspecten van deze wet. Op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren focussen wij onze activiteiten nu meer op bepaalde doelen of problemen. Dit zijn vooral onderwerpen waarover wij relatief veel signalen ontvangen, die eruit springen in onze risico analyses en met de grootste risico's voor de consument. Dit heeft geleid tot proactief toezicht op de acceptatieplicht, zorgplicht, transparantie en modelovereenkomsten en reactief toezicht op het verbod op premiedifferentiatie. Bij proactief toezicht doen wij zelf actief onderzoek. Bij reactief toezicht reageren wij op ontvangen signalen.

1.7 Relatiebeheer

In het kader van relatiebeheer spreekt de NZa ten minste jaarlijks alle zorgverzekeraars (gespreksronde). Dit is naast de contacten gedurende ons reguliere onderzoek. Bovendien is er regelmatig overleg met andere toezichthouders zoals met De Nederlandsche Bank (DNB).

Gespreksronde zorgverzekeraars

De NZa vindt het belangrijk om goed contact te onderhouden met de onder toezicht staande zorgverzekeraars. Daarom spreekt zij jaarlijks apart met het bestuur of de directie van alle zorgverzekeraars. Zowel over sector brede ontwikkelingen als over specifieke aangelegenheden bij de individuele zorgverzekeraar. De gesprekken geven een beeld hoe zorgverzekeraars inspelen op nieuwe ontwikkelingen en veranderingen in wet- en regelgeving. Ook wordt duidelijk tegen welke knelpunten zij ervaren en wat de NZa daar wel en niet aan kan doen.

Bij de gespreksronde 2013 zijn onder meer de onderwerpen contractering, controle-activiteiten en veranderingen in de langdurige zorg aan de orde geweest. Zorgverzekeraars hebben in juli 2013 met de minister van VWS afgesproken⁴ om de contractering van zorgaanbieders zes weken voor de start van het nieuwe polisjaar af te ronden. Dit is vooruitlopend op de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw. Tijdens de gespreksronde gaven zorgverzekeraars aan dat zij forse inspanningen hebben geleverd om de contracteercyclus te versnellen en dat dit voor het overgrote deel van de contracten is gelukt. Voor kleinere zorgverzekeraars was dit moeilijker dan voor grote zorgverzekeraars. Dit komt doordat zorgaanbieders eerst onderhandelen met de grote verzekeraars en daarna pas met de kleinere.

Verder zijn zorgverzekeraars bezig om hun controle-activiteiten te intensiveren. Hierover rapporteert de NZa uitgebreid in het Samenvattend rapport Zvw, onderdeel verevening. Dat rapport publiceren wij begin 2015.

Ter voorbereiding op de veranderingen in de AWBZ en Zvw passen zorgverzekeraars hun IT-systemen aan. Bovendien heeft een aantal zorgverzekeraars projectgroepen opgericht om de consequenties van de veranderingen voor hun organisatie in beeld te brengen. Volgens veel zorgverzekeraars is de politieke onzekerheid over de veranderingen hierbij een probleem.

⁴ Zie 'Kamerbrief over Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg' van 16 juli 2013 (rijksoverheid.nl).

Overleg NZa-DNB

Het toezicht van DNB en het toezicht van de NZa raken elkaar op het gebied van de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. DNB houdt toezicht op de beheerste en integere bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Dit heeft raakvlakken met ons toezicht op de specifieke bedrijfsvoering van zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zvw. Daarom is er periodiek overleg met DNB. Daarbij gaat het onder meer om controle-activiteiten en financiële verantwoordingen. Daar waar mogelijk trekken wij hierbij samen op met DNB. Doelstelling is om elkaars optreden – ieder vanuit de eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheid – te versterken.

2. Uitvoering Zvw

2.1 Inleiding

Zorgverzekeraars moeten zich houden aan bepalingen uit de Zvw zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Centraal bij ons toezicht staat het algemeen consumentenbelang: de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

2.2 Acceptatieplicht

Artikel 3 Zvw verplicht zorgverzekeraars om iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering af wil sluiten te accepteren. Deze verplichting geldt alleen voor de basisverzekering. Aanvullende verzekeringen kennen geen acceptatieplicht. Hiervoor mogen zorgverzekeraars wél een acceptatiebeleid voeren en (medische) selectie toepassen.

Signalen acceptatieplicht

In 2013 ontvingen wij 31 signalen over toegang tot de basisverzekering. Hiervan had slechts één signaal betrekking op de acceptatieplicht. De zorgverzekeraar hanteerde een inschrijving bij de gemeentelijke basisadministratie (gba) als voorwaarde voor inschrijving. Dat is nog niet verplicht. Een wetsvoorstel voor aanpassing van de Zvw op dit punt is nog in behandeling.⁵

Verder ontvingen wij signalen van verzekerden die niet konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Reden hiervoor was een achterstand in premiebetaling (soms onterecht volgens melder) of het inzetten van de wanbetalersregeling. Uit onderzoek van de signalen bleek dat geen sprake was van overtreding van de acceptatieplicht. De signalen gaven ons daarom geen aanleiding tot verdere actie richting zorgverzekeraars. In bepaalde gevallen is afwijken van de acceptatieplicht wettelijk toegestaan. Verzekerden kunnen in die gevallen dan niet altijd overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Ook uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en de overige werkzaamheden van de NZa volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars zich niet zouden houden aan de acceptatieplicht.

Onderzoek acceptatieplicht

In 2013 hebben wij aanvullend onderzoek gedaan naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars (zie: Verdiepend onderzoek naleving acceptatieplicht zorgverzekeraars, mei 2014, op nza.nl). De conclusie van het onderzoek is dat er geen indicaties zijn dat de acceptatieplicht in 2012 en 2013 is overtreden. Iedere Nederlander werd in 2012 en 2013 geaccepteerd voor iedere basisverzekering, ongeacht gezondheidskenmerken, ziektehistorie of leefstijl.

Het onderzoek signaleert wel een aantal mogelijke risico's op het gebied van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich via risicoselectie op specifieke doelgroepen (zoals jongeren en studenten) en werpen zij soms drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Zoals ouderen zonder

⁵ Kamerstukken II 2012/13, 33 683, nr. 2.

internettoegang of door beperking van de toegang tot de aanvullende verzekering.

Dit gebeurt bijvoorbeeld via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen op de website. De wijze waarop dit gebeurt is niet in strijd met de acceptatieplicht maar deze drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegang tot de basisverzekering en de keuzevrijheid van consumenten. Dat vinden wij onwenselijk.

De feitelijke toegang tot de basisverzekering moet voor alle verzekerden gelijk blijven. Daarom ondernemen wij een aantal concrete acties zoals:

- Aanscherpen van de transparantie-eisen voor zorgverzekeraars om te voorkomen dat bepaalde doelgroepen op de website van de zorgverzekeraar automatisch naar een bepaalde polis kunnen worden geleid.
- Onderzoeken of wij verschillende inschrijvingseisen voor verschillende groepen verzekerden kunnen verbieden. Bijvoorbeeld door te verbieden dat de primaire doelgroep zich via de website kan inschrijven en andere (niet tot de doelgroep behorende) verzekerden zich alleen schriftelijk kunnen aanmelden.
- Sommige zorgverzekeraars maken het voor consumenten die niet tot de doelgroep behoren niet mogelijk om een aanvullende verzekering (zoals voor de tandarts) bij hen af te sluiten. Hierdoor is de betreffende basisverzekering voor die verzekerden minder interessant. Wij volgen de ontwikkelingen rond de aanvullende verzekeringen als sturingsinstrument.
- Volmachten (en intermediairs) hebben veel vrijheid in hun marketing en acceptatiebeleid, ondanks dat de zorgverzekeraars daar eindverantwoordelijk voor zijn. In ons toezicht blijven wij de sturingsmogelijkheden van volmachten volgen. In 2014 doen wij nader onderzoek bij een zorgverzekeraar die actief met volmachten werkt.
- Enkele zorgverzekeraars hebben de naleving van de acceptatieplicht niet structureel geborgd in hun processen. Wij zullen zorgverzekeraars hier op wijzen en hen verzoeken om een periodieke beoordeling van het acceptatiebeleid.

In het rapport over de acceptatieplicht en de bijbehorende beleidsbrief⁶ hebben wij enkele aanbevelingen gedaan aan het ministerie van VWS. Zo hebben wij het ministerie gevraagd om te onderzoeken of het mogelijk (en wenselijk) is een explicietere wettelijke regeling te maken voor kortingen op de verschuldigde premie. Zodat het op voorhand duidelijk wordt wat wel en niet is toegestaan. De minister van VWS heeft laten weten het belangrijk te vinden dat de NZa alert blijft op de rol van premiekortingen bij het 'sturen' van groepen verzekerden. De minister heeft de NZa gevraagd om de ontwikkelingen rond premiekortingen te blijven volgen.⁷

Ook hebben wij het ministerie geadviseerd om het risicovereveningsysteem de komende jaren verder door te ontwikkelen. Dit is nodig om te zorgen dat er in de toekomst geen sprake is van ongewenste vormen van risicoselectie. Met een goed en actueel risicovereveningsysteem zijn er geen prikkels voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen.

⁶ Zie brief NZa van 25 april 2014 aan de minister van VWS (kenmerk 79264/110654).

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 517.

De NZa heeft in 2014 extra aandacht besteed aan de acceptatieplicht. Onder meer door de hierboven genoemde vervolgacties op het gebied van transparantie en volmachten. Bovendien volgen wij via de jaarlijkse Marktscan Zorgverzekeringsmarkt (beschikbaar via nza.nl) en de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars een aantal ontwikkelingen op het gebied van sturing van verzekerden. Zoals over de verhouding tot de aanvullende verzekering en over doelgroepen.

Een zo adequaat mogelijk risicovereveningsstelsel is van belang om de kans op risicoselectie te verkleinen. Daarom gaan wij nader onderzoek doen naar verliesgevendende groepen en de aard van de in- en uitstroom van verzekerden per polis en per risicodrager. Ook gaan wij de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden nader onderzoeken.

Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Jong, oud, gezond en minder gezond, rijk of minder rijk. De acceptatieplicht is hiermee een van de 'kroonjuwelen' van ons zorgstelsel.

2.3 Verbod premiedifferentiatie

Artikel 17 Zvw verplicht zorgverzekeraars om voor elke variant van de basisverzekering (polis) voor alle verzekerden dezelfde premie te hanteren. Alleen als de verzekerde kiest voor een vrijwillig (hoger) eigen risico of een collectieve verzekering dan mag de zorgverzekeraar een korting geven op de *premiegrondslag*. Het vrijwillig eigen risico is voor een verzekerde van achttien jaar of ouder maximaal 500 euro. De maximaal toegestane korting voor een collectiviteit is tien procent.

Daarnaast mogen zorgverzekeraars korting geven op de *verschuldigde* premie. De premiegrondslag blijft dan gelijk maar het te betalen bedrag kan lager uitvallen. Veel zorgverzekeraars geven bijvoorbeeld een korting op de verschuldigde premie als verzekerden de premie jaarlijks vooraf betalen. Zie over dit onderwerp ook paragraaf 2.2.

Signalen verbod premiedifferentiatie

In 2013 ontvingen wij geen signalen dat het verbod op premiedifferentiatie zou zijn overtreden. Ook uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en de overige werkzaamheden van de NZa volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars dit verbod zouden overtreden.

Wel geven verzekerden aan dat het voor hen vaak niet duidelijk is wat bijvoorbeeld is toegestaan bij collectieve contracten en (betalings)kortingen op de premie.

Ook blijkt in toenemende mate dat zorgverzekeraars creatief zijn in hun marketingbeleid. Binnen de wettelijk toegestane ruimte richten zij zich tot bepaalde doelgroepen. Bijvoorbeeld met een scherpe premie of met een voor de doelgroep interessant welkomstgeschenk. Een nieuwe zorgverzekeraar komt met ledencertificaten. Tot nu toe zijn er geen indicaties dat de wettelijke kaders worden overschreden. Wij houden dit nauwlettend in de gaten en zullen zorgverzekeraars aanspreken op tekortkomingen. Zo nodig zullen wij onze handhavingsinstrumenten inzetten.

Iedere verzekerde betaalt voor dezelfde basisverzekering dezelfde premie. Het maakt niet uit hoe gezond (of minder gezond) hij of zij is. Wij zien erop toe dat zorgverzekeraars zich hier ook aan houden.

2.4 Zorgplicht

Artikel 11 Zvw regelt de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Op grond van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar zorgen dat een verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Eventuele bemiddeling naar zorg is ook een onderdeel van de zorgplicht.

Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen welke zorgaanbieders zij hiervoor contracteren. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle zorgaanbieders een overeenkomst te sluiten. Zolang zij voldoen aan de zorgplicht, mogen zorgverzekeraars naar eigen inzicht selectief contracteren. Hierbij kunnen zij de nadruk leggen op bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg en inzetten op een optimale prijs/kwaliteit verhouding.

In hun jaarlijkse uitvoeringsverslag verantwoorden zorgverzekeraars zich over naleving van de zorgplicht. Voor meer informatie verwijzen wij naar paragraaf 2.7. De NZa doet zelf ook actief onderzoek naar naleving van de zorgplicht en behandelt de over dit onderwerp ontvangen signalen.

Zo nodig treedt de NZa handhavend op om het belang van consument en verzekerde voldoende kunnen waarborgen.

Signalen zorgplicht

In 2013 ontvingen wij een beperkt aantal signalen over zorgplicht. Eind 2013 ontvingen wij signalen over de zorgplicht voor transgenderzorg. Voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen wij naar paragraaf 4.2.

Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht

De NZa heeft de zorgplicht uitgewerkt in de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-006). Hierna afgekort als Toezichtkader zorgplicht. In 2013 is deze beleidsregel geactualiseerd (TH/BR-009). Via een formele bijeenkomst zijn veldpartijen geconsulteerd over de aanpassingen. De nieuwe versie van de beleidsregel is per 1 januari 2014 in werking getreden. Alle geldende en voorgaande beleidsregels publiceren wij op nza.nl.

Voor een aanpassing van het Toezichtkader zorgplicht was een aantal redenen:

1. Nieuwe ontwikkelingen in de zorgmarkten en wet- en regelgeving. Zo wordt door zorgverzekeraars meer selectief gecontracteerd. Dit brengt veranderingen voor de zorgplicht met zich mee. In augustus 2012 is het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in werking getreden. Hierin wordt cruciale zorg gedefinieerd. Per 1 januari 2013 is het steunbeleid afgeschaft. Deze wijzigingen zijn verwerkt in de nieuwe versie van de beleidsregel.
2. De NZa heeft van verschillende zorgverzekeraars vragen gekregen over de uitleg van bepaalde verplichtingen. Zoals over het bepalen van een marktconforme vergoeding. Naar aanleiding

van deze vragen zijn sommige verplichtingen in de beleidsregel aanvullend toegelicht.

3. De structuur en indeling van de beleidsregel hadden aanpassing nodig. Het onderscheid tussen de naturapolis en restitutiepolis is nu leidend.

Beleidsregel Overmacht continuïteit van cruciale zorg

Zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk voor de beschikbaarheid (of vergoeding) van zorg. Als een zorgaanbieder failliet gaat dan kan de beschikbaarheid van zorg in gevaar komen. Dit kan grote gevolgen hebben voor de zorgconsument. Mogelijk kan hij in zijn directe omgeving niet (of niet tijdig) terecht voor de zorg waar hij aanspraak op heeft.

Per 1 januari 2013 heeft de NZa geen steunbeleid meer. De zorgverzekeraar (en niet de overheid) is als eerste verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg. Als de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht dan kan de NZa handhavinginstrumenten inzetten.

Uitsluitend in overmachtsituaties borgt de overheid de continuïteit van 'cruciale zorg'. Voor de Zvw is dit ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alleen in het uiterste geval kan de zorgverzekeraar zich bij de NZa beroepen op overmacht. Wij toetsen dit beroep en informeren het ministerie van VWS over de uitkomst. De minister kan beslissen om een vangnetstichting op te richten om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Zodat de zorgconsument tijdig en binnen een redelijke afstand de zorg krijgt waar hij aanspraak op heeft.

De NZa heeft hiervoor de beleidsregel Overmacht continuïteit van zorg (TH/BR-008) opgesteld. Deze beleidsregel is alleen van toepassing op cruciale zorg. De beleidsregel geeft aan hoe zorgverzekeraars een situatie van overmacht bij de NZa kunnen melden en hoe wij dit toetsen.

In 2013 is deze beleidsregel geactualiseerd (TH/BR-011). De belangrijkste wijziging is de toevoeging van een concreet toetsingskader. Veldpartijen zijn over de aanpassingen geconsulteerd. De nieuwe versie is per 1 januari 2014 in werking getreden. Alle geldende en voorgaande beleidsregels publiceren wij op nza.nl.

In 2013 hebben wij voor de Zvw geen overmachtmeldingen van zorgverzekeraars ontvangen.

Casuïstiek zorgplicht

De beleidsregels Toezichtkader zorgplicht en de beleidsregel Overmacht Continuïteit van Zorg vormen het kader waarbinnen wij concrete casuïstiek op het gebied van de zorgplicht beoordelen.

Op het gebied van de zorgplicht hebben wij in 2013 onder meer de volgende drie casussen behandeld:

1. Het LangeLand ziekenhuis Zoetermeer;
2. Het Slotervaartziekenhuis Amsterdam;
3. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis Spijkenisse.

Deze casuïstiek lichten wij kort toe in onderstaande tekstboxen. Zorgverzekeraars hebben in deze casussen gezorgd dat geen problemen zijn ontstaan met de zorgplicht voor hun verzekerden. Wij blijven de ontwikkelingen bij deze en andere zorgaanbieders nauwgezet volgen. Ook voor de beschikbaarheid van acute zorg zoals spoedeisende hulp.

1. LangeLand ziekenhuis Zoetermeer

Het LangeLand ziekenhuis in Zoetermeer is een zelfstandig basisziekenhuis. Eind 2012 waren er signalen dat het LangeLand ziekenhuis in financiële problemen verkeerde. De toegang tot het rekening courant krediet dreigde stopgezet te worden en een faillissement leek onvermijdelijk. Pogingen van zorgaanbieders om het ziekenhuis over te nemen waren mislukt.

Zorgverzekeraars zijn als eerste verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg voor hun verzekerden. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars hierin actief voldoende verantwoordelijkheid nemen.

Wij hebben deze casus onderzocht vanuit het perspectief van de zorgplicht. Het onderzoek bestond grofweg uit twee onderdelen: wat zijn de alternatieven in de regio voor de zorg die LangeLand levert en worden de normen voor acute zorg gehaald als dit ziekenhuis wegvalt.

Wij hebben een eigen onderzoek gedaan naar de acute zorg zoals de spoedeisende hulp. Ook hebben wij met zorgverzekeraars gesproken over hoe zij aan hun zorgplicht voldoen als het LangeLand zou wegvallen.

Door de aanwezigheid van andere ziekenhuizen in de regio bleek de bereikbaarheid van acute zorg binnen de normtijd van 45 minuten geen probleem. Ook zijn de omringende ziekenhuizen in staat om zo nodig ook overige zorg van het LangeLand over te nemen.

Wij hebben geconcludeerd dat het mogelijk wegvallen van het LangeLand ziekenhuis niet tot problemen met de zorgplicht zou leiden. In geval van faillissement zouden zorgverzekeraars wel op kortere termijn maatregelen moeten nemen om de zorg voor de huidige patiënten te continueren. Tot nu toe is het LangeLand ziekenhuis niet failliet gegaan of overgenomen door andere zorgaanbieders. Een overname door een regionale AWBZ-zorgaanbieder is niet doorggegaan.

Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij de financiële situatie van het LangeLand ziekenhuis nauwgezet blijven volgen en dat zij hierin actief hun verantwoordelijkheid nemen. Het LangeLand werkt samen met de ziekenhuizen van de Reinier Haga Groep en kan na toestemming van NZa en ACM toetreden tot deze groep. De NZa heeft inmiddels toegestemd. Het LangeLand blijft ook na eventuele toetreding een zelfstandig basisziekenhuis met spoedeisende hulp.

2. Slotervaartziekenhuis Amsterdam

Begin 2013 bleek dat een grote zorgverzekeraar geen contract had gesloten met het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. Vanwege het grote aandeel patiënten dat deze zorgverzekeraar in het ziekenhuis had, heeft de NZa de gevolgen voor de continuïteit van zorg onderzocht. Wij hebben de zorgverzekeraar om nadere informatie gevraagd. Zoals hoe deze zorgverzekeraar elders aan de zorgvraag van haar verzekerden kon voldoen, wat de gevolgen waren voor verzekerden die in behandeling waren bij het Slotervaart en hoe de zorgverzekeraar naar haar verzekerden communiceerde over de beëindiging van het contract.

Uit de reactie van de zorgverzekeraar bleek dat er voldoende alternatieve zorgaanbieders in de regio aanwezig waren voor de zorgvraag. Ook voor acute zorg (zoals spoedeisende hulp) was het dan nog mogelijk om de normtijden te halen. Verzekerden die al een behandeling bij het Slotervaart hadden lopen, kregen deze vergoed. De zorgverzekeraar heeft alle verzekerden in de regio schriftelijk geïnformeerd over de gevolgen van de beëindiging van het contract. Wij hebben geconstateerd dat er geen negatieve gevolgen waren voor de zorgplicht.

Later in het jaar heeft deze zorgverzekeraar alsnog een overeenkomst gesloten met het Slotervaartziekenhuis.

3. Ruwaard van Putten ziekenhuis Spijkenisse

In 2013 verkeerde het Ruwaard van Putten ziekenhuis in financiële problemen. Bovendien speelden bij bepaalde specialismen problemen met de kwaliteit van zorg. De NZa heeft deze casus op dezelfde wijze onderzocht als bij het LangeLand ziekenhuis. Wij hebben gekeken naar de bereikbaarheid van acute zorg in de regio binnen 45 minuten en de mogelijkheid tot het overnemen van zorg door omringende ziekenhuizen. Ook zijn gesprekken gevoerd met de betrokken zorgverzekeraars over hoe zij aan de zorgvraag van hun verzekerden dachten te voldoen en wat de gevolgen waren voor verzekerden die in behandeling waren. Wij hebben hierbij nauw contact gehad met de IGZ.

Uit ons onderzoek bleek dat het Ruwaard van Putten ziekenhuis niet noodzakelijk was om binnen 45 minuten de bereikbaarheid van acute zorg (zoals spoedeisende hulp) te garanderen. Ook bleek dat andere ziekenhuizen zo nodig de zorg van Ruwaard van Putten konden overnemen.

Het Ruwaard van Putten ziekenhuis kon een faillissement niet vermijden. Hieraan voorafgaand hebben wij de zorgverzekeraars gevraagd om ons te informeren hoe zij op korte termijn de zorg voor de huidige patiënten zouden continueren. In reactie hierop hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk een plan van aanpak opgesteld. Bovendien hebben zij voor de noodzakelijke uitgaven een boedekrediet gefaciliteerd. Na het faillissement is het Ruwaard van Putten ziekenhuis overgenomen door enkele omringende ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen hebben de zorg voor de betrokken patiënten overgenomen.

Onderzoek zorgplicht farmacie

Naar aanleiding van verschillende signalen hebben wij in 2013 onderzoek gedaan naar naleving van de zorgplicht farmacie door zorgverzekeraars. Dit onderzoek is uitgevoerd met inbreng van individuele zorgverzekeraars en de branche-organisatie van openbare apothekers (KNMP). De uitkomsten van het onderzoek zijn in oktober 2013 openbaar gemaakt via een brief aan de KNMP: 'Onderzoek zorgplicht farmaceutische zorg' (beschikbaar op nza.nl).

De conclusie van het onderzoek is dat zorgverzekeraars de zorgplicht voldoende naleven voor de beschikbaarheid van preferente geneesmiddelen, dienstapotheken en medicatiebeoordeling. Bij de medicatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn constateerden wij dat géén van de zorgverzekeraars bepaalde geneesmiddelen expliciet bij zowel eerste als tweedelijns apotheken inkoopt. Wij hebben echter niet kunnen vaststellen dat verzekerden onvoldoende zorg hebben ontvangen of dat er een incident heeft plaatsgevonden.

Wel moeten zorgverzekeraars ook zorgen voor een goede en duidelijke inkoop van prestaties voor de basisverzekering. Wij ondernemen actie als dat niet gebeurt. Ons onderzoek heeft in 2014 een vervolg gekregen.

In oktober 2014 hebben wij de Marktscan en Beleidsbrief Extramurale Farmaceutische zorg openbaar gemaakt (beschikbaar op nza.nl). Een aantal van de hierin genoemde casussen gaan wij nader onderzoeken in het kader van ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Als blijkt dat zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven dan nemen wij maatregelen.

De vergoeding van kosten voor farmacie krijgt veel aandacht in de media en raakt rechtstreeks het consumentenbelang. Door de hoogte van het eigen risico moeten steeds meer verzekerden de (eerste) kosten voor hun geneesmiddelen zelf betalen. Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars krijgen verzekerden doorgaans alleen de preferente geneesmiddelen vergoed.

2.5 Monitor zorginkoop

In 2013 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de zorginkoop door zorgverzekeraars. In februari 2014 zijn de uitkomsten van dit onderzoek openbaar gemaakt in de Monitor en beleidsbrief Zorginkoop (zie nza.nl).

Zorgverzekeraars kopen voldoende zorg in voor hun verzekerden. Dit gebeurt steeds meer selectief en tegen een scherpe prijs. Zorgverzekeraars letten goed op kosten en omzetten zonder de zorgplicht voor hun verzekerden uit het oog te verliezen. Bovendien onderhandelen zij meer met zorgaanbieders en contracteren steeds vaker onder de maximumtarieven die de NZa vaststelt.

Selectief inkopen door zorgverzekeraars kan voor de consument leiden tot lagere tarieven en premies bij een goede kwaliteit van zorg. Het is van belang dat zorgverzekeraars de inkoopvoordelen inderdaad doorgeven aan hun verzekerden.

De toename van selectieve inkoop wijst op een regierol van de zorgverzekeraars. Het aanbod van gecontracteerde zorg mag door selectieve zorginkoop echter niet dusdanig verschromelen dat de zorgplicht

in gevaar komt. Een zorgverzekeraar moet altijd voldoende zorgaanbieders contracteren voor zijn verzekerden. De zorgplicht biedt hiermee een tegenwicht tegen het selectief contracteren door zorgverzekeraars.

Bij de zorginkoop maken zorgverzekeraars vooral afspraken over financiële aspecten. Niet-financiële aspecten (zoals afspraken over kwaliteit) kosten meer tijd en krijgen hierdoor soms minder prioriteit. Wel geven zorgverzekeraars in hun uitvoeringsverslagen aan dat zij zich in toenemende mate richten op selectieve inkoop en de kwaliteit van zorg. Voor meer informatie over de uitvoeringsverslagen verwijzen wij naar paragraaf 2.7.

Wij ontvingen in 2013 geen signalen over aantasting van de zorgplicht doordat zorgverzekeraars onvoldoende (kwalitatief goede) zorg zouden inkopen. In 2014 ontvingen wij wel signalen over de zorgplicht voor transgenderzorg. Voor meer informatie verwijzen wij naar paragraaf 4.2.

Voor het jaar 2014 hebben zorgverzekeraars de zorginkoop over de gehele linie sterk vervroegd. In november 2013 was de contracteergraad fors hoger dan in november 2012. Vrijwel alle betrokkenen zien dat als een positieve ontwikkeling. Voor 2015 is een verdere verbetering voorzien. Partijen hebben afgesproken de inkoopcyclus voortaan af te sluiten vóór 19 november van het jaar voorafgaand aan het nieuwe polisjaar. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden dan op die datum informeren over het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod. De consument kans deze informatie dan betrekken bij zijn keuze voor een zorgverzekering.

Uit ons onderzoek blijkt wel dat vooral bij eerstelijns zorgaanbieders onvrede bestaat over de zorginkoop door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars te veel inkoopmacht hebben. Sommige aanbieders spreken daarom van een 'slikken-of-stikken-contract' of 'tekenen bij het kruisje'. Zorgverzekeraars geven aan dat zij veel met standaardcontracten werken. Door het grote aantal zorgaanbieders zou het niet altijd haalbaar zijn om met individuele contracten te werken. De NZa mengt zich niet in de contracteervrijheid van partijen. Een inperking van de vrijheid van onderhandelen en contracteren is niet gewenst zolang de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en (transparantie over) kwaliteit van zorg niet in gevaar komen. Het transparant maken van deze kwaliteit vergt nog acties van alle partijen.

Good Contracting Practices (GCP's)

In 2013 hebben wij voor eerstelijns zorg (zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren) de GCP's uit 2010 geëvalueerd. Dit document is bedoeld als ondersteuning bij het contracteerproces.

Na een uitgebreide consultatie van partijen zijn de GCP's inhoudelijk aangepast. Een aantal verbeterpunten is verwerkt en wij hebben vier Practices (nummers 1, 3, 13 en 15) toegevoegd:

- Practice 1 (thema zorginkoop):
Communiqueer tijdens het contracteerproces expliciet welke zorg gecontracteerd wordt en leg dit duidelijk vast.
- Practice 3 (thema zorginkoop):
De zorgverzekeraar spant zich in om tijdens de periode waarin de contracten gesloten worden voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen.

- Practice 13 (thema transparantie):
Om de duidelijkheid van de contracten te vergroten kan er worden gewerkt met opleggers, waarop kort wordt aangegeven waarin het aangeboden contract verschilt met vorige jaren.
- Practice 15 (thema timing):
Stem het tijdsplan van het contracteerproces zodanig af dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen.⁸

Zorginkoop is ook van groot belang voor de zorgconsument. Kan hij terecht bij de zorgaanbieder van zijn keuze? Wat moet hij zelf betalen? Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor een goede zorginkoop. Zodat verzekerden kunnen rekenen op goede zorg en een niet te hoge premie voor hun zorgverzekering.

2.6 Modelovereenkomsten

In 2013 had de consument de keuze uit 67 verschillende zorgverzekeringen van 26 zorgverzekeraars verdeeld over negen concerns.⁹

Het aantal zorgverzekeraars en concerns is vergeleken met 2012 niet gewijzigd. Een nieuwe toetreders heeft zich in 2013 teruggetrokken en biedt per 2014 (nog) geen zorgverzekering aan. De reden hiervoor was de gedaalde premie die andere zorgverzekeraars eind 2013 bekend maakten. De nieuwe partij kon (naar eigen zeggen) tegen die premie geen zorgverzekering aanbieden zonder verliesgevend te zijn. Deze nieuwe verzekeraar wil in 2015 wel een zorgverzekering op de markt brengen. In 2014 heeft DNB een vergunning verleend. De verzekeraar heeft de NZa gevraagd om een oordeel te geven over de voorgelegde modelovereenkomst.

Het aantal op de markt gebrachte polissen voor de basisverzekering is gestegen van 60 (2012) naar 67 (2013). Van deze zorgverzekeringen is een aantal inhoudelijk identiek maar wordt aangeboden onder een andere naam of als apart label.

Signalen modelovereenkomsten

De in 2013 ontvangen signalen over modelovereenkomsten betroffen vooral vergoeding en contractering door zorgverzekeraars. Deze signalen hadden vaak ook betrekking op transparantie.

Het is verzekerden niet altijd duidelijk welk deel van de kosten van niet-gecontracteerde zorg de zorgverzekeraar op basis van de polis vergoedt. Ook ontvingen wij meldingen dat het voor verzekerden (die niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar) vaak niet duidelijk is dat een contract met een bepaalde zorgaanbieder is verbroken. In een volgend polisjaar ontvingen zij dan voor zorg bij dezelfde zorgaanbieder in plaats van de volledige vergoeding bijvoorbeeld nog maar 80 procent. Deze signalen hebben wij meegenomen bij ons transparantietoezicht. Waar nodig hebben wij zorgverzekeraars aangesproken. Voor meer informatie verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

⁸ Rapport Good Contracting Practices 2014 Zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren van maart 2014, beschikbaar op nza.nl.

⁹ Bron: Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt Weergave van de markt 2009-2013 van september 2013, beschikbaar op nza.nl.

Beoordeling modelovereenkomsten

Zorgverzekeraars moeten elk jaar hun nieuwe of gewijzigde modelovereenkomsten indienen bij de NZa. Dit is een wettelijke verplichting op grond van artikel 25 Zvw. Gewijzigde modelovereenkomsten beoordelen wij alleen op verzoek. Geheel nieuwe modelovereenkomsten beoordelen wij altijd integraal. Zoals de HEMA zorgverzekering die vanaf polisjaar 2014 verkrijgbaar is. Winkelketen HEMA biedt deze zorgverzekering aan. De risicodragers zijn grote zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars kunnen zelf nagaan of hun bestaande modelovereenkomsten voldoen aan de Zvw. In samenwerking met het Zorginstituut publiceert de NZa hiervoor jaarlijks een standpuntenlijst en toetsingskader. Zo nodig informeren wij zorgverzekeraars tussentijds via een nieuwsbrief. Deze informatie is beschikbaar op nza.nl.

Bestuurlijk rechtsoordeel

Zorgverzekeraars kunnen wijzigingen in hun modelovereenkomsten voorleggen aan de NZa. Dat is niet verplicht. Wij beoordelen dan of deze wijzigingen in overeenstemming zijn met de Zvw. Voor deze beoordeling werken wij samen met het Zorginstituut. Het Zorginstituut beoordeelt de zorgaanspraken. De NZa beoordeelt de polistechnische aspecten van de modelovereenkomst zoals het begin en einde van de zorgverzekering. Over de uitkomst van de beoordeling geven wij de zorgverzekeraar een bestuurlijk rechtsoordeel. Aan de hand van eventueel gemaakte opmerkingen kunnen zorgverzekeraars hun modelovereenkomst aanpassen. De NZa Beleidsregel Bestuurlijk rechtsoordeel modelovereenkomsten (zie nza.nl) geeft informatie over de procedure.

Voor polisjaar 2014 is het aantal verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel fors gedaald. De meeste zorgverzekeraars dienen nog maar een enkel verzoek in waarna zij de wijzigingen verwerken in de andere modelovereenkomsten die zij op de markt brengen. Ook worden per verzoek minder wijzigingen voorgelegd. Zorgverzekeraars nemen hiermee duidelijk steeds meer hun eigen verantwoordelijkheid. Wij vinden dit een positieve ontwikkeling. Voor het beoordelingsproces betekent dit dat voor zowel de NZa als het Zorginstituut de werkbelasting is afgenomen.

Het beoordelingsproces voor polisjaar 2014 is inhoudelijk gelijk gebleven aan dat voor 2013. Voor polisjaar 2014 heeft de NZa veertien verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel ontvangen. Twee van deze verzoeken hadden betrekking op enkele bepalingen van alleen een reglement. Ook heeft een aspirant toetreders een verzoek om een bestuurlijk rechtsoordeel bij de NZa neergelegd. Uiteindelijk is deze aspirant niet toegetreden tot de zorgverzekeringsmarkt en is de polis (nog) niet op de markt gebracht. Reden hiervoor was het sterk concurrerende karakter van de zorgverzekeringsmarkt in 2014. Overigens wil deze verzekeraar in 2015 alsnog een zorgverzekering op de markt brengen. DNB heeft inmiddels een vergunning verleend. De verzekeraar heeft de NZa gevraagd om een oordeel te geven over de modelovereenkomst.

Steekproeven

Via een steekproef controleert de NZa elk jaar een aantal modelovereenkomsten die dat jaar op de markt zijn gebracht. Voor polisjaar 2013 zijn vijf willekeurige modelovereenkomsten achteraf (nogmaals) beoordeeld. Twee hiervan integraal en drie alleen op wijzigingen. De steekproef heeft geleid tot een beperkt aantal kleinere opmerkingen. Wij hebben onze opmerkingen teruggekoppeld aan de betreffende zorgverzekeraars met het verzoek deze te verwerken in de modelovereenkomst(en) voor 2014.

Meerjarige zorgpolissen

Op verzoek van de minister van VWS hebben wij de voor- en nadelen onderzocht van meerjarige zorgverzekeringspolissen. Voor dit onderzoek hebben wij een consumentenpanel geraadpleegd en contact gehad met Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Wij zien bij het aanbieden van meerjarige polissen geen belangrijke voordelen en veranderingen ten opzichte van de huidige situatie (zorgpolissen met een looptijd van één jaar).

Onze conclusie is dat meerjarige polissen het voor zorgverzekeraars niet eenvoudiger maken om meerjarige contracten met zorgaanbieders te sluiten. Ook verwachten wij geen positieve invloed op investeringen in preventie door zorgverzekeraars. Relatief weinig (vooral jonge en gezonde) verzekerden stappen over. Deze groep vraagt niet veel investering in preventie. Meerjarige polissen besparen wervingskosten en kunnen zo leiden tot een lagere premie. Minder overstappers kan echter ook leiden tot minder concurrentie en juist een hogere premie. De consument heeft met een meerjarige polis misschien meer keuze maar de keuze voor een meerjarige polis kan ook leiden tot inflexibiliteit. Bovendien heeft een meerjarige polis als nadeel dat deze de concurrentiedruk kan verminderen. De minister ziet daarom geen aanleiding om de huidige situatie aan te passen.¹⁰

Goed toezicht op de modelovereenkomsten is van groot belang voor de zorgconsument. Wij controleren of zorgverzekeringen voldoen aan de wettelijke eisen. Zodat de verzekerde krijgt waar hij of zij recht op heeft en niet voor verrassingen komt te staan op het moment dat er écht zorg nodig is.

2.7 Analyse uitvoeringsverslagen

Met het uitvoeringsverslag (of maatschappelijk verslag) verantwoorden zorgverzekeraars zich over de uitvoering van de Zvw in het afgelopen jaar. Als leidraad voor de inrichting voor het uitvoeringsverslag publiceren wij jaarlijks een Informatiemodel. Het Informatiemodel UV Zvw 2013 staat op nza.nl. Nieuw is dat het Informatiemodel 2014 niet alleen op de website van de NZa, maar ook in de Staatscourant¹¹ is gepubliceerd.

Verplichtingen zorgverzekeraar

Op grond van artikel 38 Zvw moeten zorgverzekeraars elk jaar (voor 1 juli) een uitvoeringsverslag en een bijbehorend rapport van feitelijke bevindingen bij ons indienen.

Vanaf verantwoordingsjaar 2012 moeten zorgverzekeraars bovendien een door de Raad van Bestuur of directie ondertekende bestuursverklaring met het uitvoeringsverslag meesturen. Hierin verklaart het bestuur van de zorgverzekeraar dat het uitvoeringsverslag juist is en niet in strijd met andere informatie.

Bij één zorgverzekeraar was de bestuursverklaring niet op de juiste wijze ondertekend. Deze zorgverzekeraar is hier door ons op aangesproken.

¹⁰ Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 517.

¹¹ Informatiemodel UV zorgverzekeraars 2014, Staatscourant 2014, nr. 18824, 8 juli 2014.

Voor het overige hebben alle zorgverzekeraars de informatie over 2013 (uitvoeringsverslag, rapport van feitelijke bevindingen en bestuursverklaring) tijdig en op de voorgeschreven wijze bij ons aangeleverd.

Accountantscontrole

De (externe) accountant van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag en legt de uitkomsten vast in een rapport van feitelijke bevindingen. Onder voorwaarden mag ook de interne accountant het rapport van bevindingen afgeven (interne certificering).

De accountant onderzoekt het uitvoeringsverslag op de volgende punten:

- voldoet het uitvoeringsverslag aan het Informatiemodel;
- voldoet de procedurele totstandkoming van de niet-financiële verantwoordingsinformatie;
- is de eigen risico regeling uitgevoerd volgens wet- en regelgeving;
- is bij collectieve contracten de wettelijke maximale kortingsgrens van 10% niet overschreden;
- heeft de zorgverzekeraar zich gehouden aan de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering zoals opgenomen in de Zvw;
- voldoet de verantwoording in het uitvoeringsverslag over de stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen;
- voldoet de verantwoording in het uitvoeringsverslag over signalen van fraude.

Analyse uitvoeringsverslagen

Wij hebben de uitvoeringsverslagen en accountantsrapporten over 2013 beoordeeld. De NZa constateert dat zorgverzekeraars in de uitvoeringsverslagen uitgebreid rapporteren over de uitvoering van de Zvw. Het algemene beeld is dat zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht schenken aan selectieve zorginkoop en de kwaliteit van zorg.

In deze paragraaf bespreken wij onze belangrijkste bevindingen voor de onderdelen:

- rapport van bevindingen;
- acceptatieplicht;
- verbod op premiedifferentiatie;
- zorgplicht.

Rapport van bevindingen

De NZa analyseert en onderzoekt de bevindingen van de accountant van de zorgverzekeraar. Wij betrekken de uitkomsten ook bij vervolgonderzoek. Bij tekortkomingen ondernemen wij actie richting de betreffende zorgverzekeraars. Over verantwoordingsjaar 2013 was dit niet aan de orde.

Alle uitvoeringsverslagen bevatten een rapport van bevindingen van de accountant en voldoen volgens de accountant aan de verantwoordingsvoorschriften. Bij geen enkele zorgverzekeraar heeft de accountant opmerkingen over de bestuursverklaring. Bij de meerderheid van de zorgverzekeraars geeft de accountant expliciet aan dat de niet-financiële informatie verenigbaar (of niet strijdig) is met de financiële informatie. Bij één zorgverzekeraar heeft de accountant opmerkingen over de gevolgde procedure waardoor de niet-financiële informatie achteraf niet in alle gevallen reconstrueerbaar is (inzichtelijke audittrail). Waar nodig nemen wij deze bevindingen mee in onze vervolgonderzoeken.

Acceptatieplicht

Alle zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag aan dat zij de acceptatieplicht naleven. Zorgverzekeraars stellen dat zij verzekerden alleen weigeren op grond van de wettelijke uitzonderingsgronden.

Deze gronden (inclusief het aantal weigeringen) zijn:

- betalingsachterstand (12.212);
- fraude en opzettelijke misleiding (20).

Andere redenen die zorgverzekeraars opgeven zijn:

- al verzekerd bij een andere zorgverzekeraar (15.613);
- aanvraag is ingetrokken (421);
- geen rechtsgrond (zoals buitenlandse studenten) (656);
- andere ingangsdatum (1.859).

Bij de verantwoording valt op dat niet alle zorgverzekeraars de informatie op hetzelfde detailniveau invullen. Daardoor zijn vooral de aantallen bij de overige weigeringen (onder 'andere redenen') niet heel betrouwbaar. Overigens zijn deze redenen wel toegestaan om een aspirant verzekerde te weigeren. Dit komt voort uit samenwerkings- en overstapafspraken tussen zorgverzekeraars en bepalingen in de Zvw over de verzekerings- en acceptatieplicht.

Een zorgverzekeraar heeft alleen het totaal aantal weigeringen opgenomen. Dit aantal is niet uitgesplitst naar grondslag. Dat vinden wij onvoldoende transparant en daarom onwenselijk. Een andere zorgverzekeraar heeft relatief veel verzekerden geweigerd wegens wanbetaling. Reden hiervoor is dat deze zorgverzekeraar pas sinds kort deelneemt aan de wanbetalersregeling.

Net als in 2012 worden vrijwel geen verzekerden geweigerd wegens fraude. Wel geven zorgverzekeraars aan dat zij aspirant verzekerden regelmatig weigeren wegens het ontbreken van een verzekeringsgrond. Dit komt vooral voor bij buitenlandse studenten. Slechts een enkele zorgverzekeraar verantwoordt zich hier specifiek over.

Zorgverzekeraars vermelden dat zij in 2013 in totaal 370 klachten ontvingen over de acceptatieplicht. Hiervan hebben zij 207 klachten toegewezen. In voorkomende gevallen zijn aspirant verzekerden alsnog geaccepteerd voor de basisverzekering. Als zorgverzekeraars een klacht afwijzen dan kunnen verzekerden deze klacht ook voorleggen aan de SKGZ. De SKGZ geeft elk jaar in haar jaarverslag een overzicht van de ontvangen klachten. Zie voor meer informatie skgz.nl.

Verbod op premiedifferentiatie

Alle zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag aan dat zij het verbod op premiedifferentiatie naleven. Ook gebruiken alle zorgverzekeraars het vrijwillig eigen risico voor kortingen op de premie. Daarnaast werken vrijwel alle zorgverzekeraars met collectiviteitskortingen. Twee zorgverzekeraars maken hier (om principiële redenen) geen gebruik van. De collectiviteits kortingen zijn volgens de verantwoordingsinformatie en het oordeel van de accountant nooit hoger dan de toegestane 10 procent. Bijna alle zorgverzekeraars geven bij vooruitbetaling van de premie een premiekorting van maximaal drie procent.

Vrijwel geen enkele zorgverzekeraar verantwoordt zich over kortingen op de te betalen premie zoals welkomskortingen. Alleen de korting voor betaling per (half-)jaar of kwartaal wordt veel genoemd.

Eén zorgverzekeraar geeft een extra korting van één procent als de verzekerde toestemming geeft om de premie via de werkgever te innen.

De minister van VWS heeft laten weten het belangrijk te vinden dat de NZa alert blijft op de rol van premiekortingen bij het 'sturen' van groepen verzekerden. De minister heeft de NZa gevraagd om de ontwikkelingen rond premiekortingen te blijven volgen.¹² Daarom gaat de NZa de uitvraag over premiekortingen in het informatiemodel uitvoeringsverslag 2015 nader specificeren.

Slechts één zorgverzekeraar geeft aan in 2013 een klacht te hebben ontvangen over het verbod op premiedifferentiatie. Deze klacht is afgewezen.

Zorgplicht

Alle zorgverzekeraars schetsen in hun uitvoeringsverslag een positief beeld over de wijze waarop zij hun zorgplicht naleven. Vrijwel alle zorgverzekeraars verantwoorden zich uitgebreid en per zorgvorm over de zorgplicht en (het waarborgen van) de kwaliteit, tijdigheid, bereikbaarheid en continuïteit van zorg. Een aantal zorgverzekeraars geeft daarnaast ook nog expliciet aan dat zij voldoen aan de zorgplicht. Bijvoorbeeld door de hoge contracteergraad. Een restitutieverzekeraar stelt dat alle zorg van iedere aanbieder wordt vergoed. Zonder onderscheid tussen al dan niet gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgverzekeraar stelt hierdoor altijd te voldoen aan de zorgplicht voor zijn verzekerden.

Een zorgverzekeraar blijft duidelijk achter bij de verantwoording over de zorgplicht. Deze zorgverzekeraar wordt hier door ons op aangesproken. Mogelijk zetten wij handhavinginstrumenten in.

De meeste zorgverzekeraars benoemen de aanpak van mogelijke knelpunten. Vooral in dunbevolkte regio's kunnen in de toekomst problemen met de zorgplicht ontstaan. Zoals voor huisartsenzorg in Drenthe, geboortezorg in Groningen en mondzorg op de Waddeneilanden. Zorgverzekeraars nemen hierin eigen verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld door de financiering van opleidingen of extra verpleegkundigen.

Tot voor kort contracteerden zorgverzekeraars alle ziekenhuizen. Zorgverzekeraars geven echter aan dat zij steeds meer selectief gaan contracteren. In hun contracten maken zij in toenemende mate afspraken met zorgaanbieders. Niet alleen over kwaliteit en tijdigheid, maar ook over de continuïteit van zorg. Ook als zij gezamenlijk inkopen via Multizorg. Een aantal zorgverzekeraars geeft expliciet aan dat zij controleren of de afspraken daadwerkelijk worden nagekomen.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij voor betere (of mindere) kwaliteit meetbare kwaliteitsindicatoren en tariefdifferentiatie hanteren. Zoals voor borstkankerszorg en heupoperaties. Als een zorgaanbieder onvoldoende kwaliteit levert dan verbinden zorgverzekeraars hier consequenties aan. Zoals het (in het uiterste geval) niet meer contracteren van de aanbieder.

Tijdigheid wordt vooral geborgd met de Treeknormen. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij kortere wachttijden hanteren en zo nodig bemiddelen als de normen niet worden gehaald. Andere zorgverzekeraars stellen dat zij tijdigheid en bereikbaarheid garanderen door de hoge contracteergraad.

¹² Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 517.

Om de continuïteit van zorg te borgen hanteren de meeste zorgverzekeraars een Early Warning Systeem (EWS). Eén zorgverzekeraar heeft hier met alle gecontracteerde aanbieders afspraken over gemaakt. Deze zorgverzekeraar gebruikt een indeling in 3 kleuren, groen (prima), oranje (opgelet) en rood (gevaar). Op het moment dat de code oranje of rood geldt, volgt een stappenplan.

Zorgverzekeraars zijn van mening dat zij hun verzekerden voldoende informeren. Bijvoorbeeld over het gecontracteerd zorgaanbod en de kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars gebruiken hiervoor verschillende communicatiemiddelen als brief, telefoon, internet, magazines en een 'eigen' digitale omgeving voor de verzekerde. Een aantal zorgverzekeraars laat de eigen dienstverlening toetsen door de Stichting toetsing verzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij hoog scoren op klanttevredenheid.

2.8 Conclusie

Uit onze toezichtwerkzaamheden volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars niet voldeden aan de acceptatieplicht, het verbod of premiedifferentiatie en de zorgplicht. Wel signaleren wij een aantal mogelijke risico's voor de toegang tot de basisverzekering en de zorgplicht.

In 2013 hebben wij onder meer onderzoek gedaan naar de acceptatieplicht, de zorgplicht farmacie, de zorginkoop door zorgverzekeraars en meerjarige zorgpolissen. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn inmiddels openbaar gemaakt.

Ook hebben wij onderzoek gedaan naar de financiële situatie bij een aantal ziekenhuizen. Wij blijven de ontwikkelingen bij deze en andere zorgaanbieders nauwgezet volgen en zullen waar nodig actie ondernemen.

3. Transparantie

3.1 Inleiding

De beschikbaarheid van goede informatie is voor consumenten van groot belang. Vooral om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgverzekeraar, zorgverzekeringpolis en zorgaanbieder. Daarom besteedt de NZa in haar transparantietoezicht aandacht aan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) aan consumenten.

Onder transparantie verstaan we dat keuze-informatie voor consumenten beschikbaar is en dat consumenten deze informatie eenvoudig kunnen vergelijken. Niet alleen informatie over de verschillende zorgverzekeringen, maar ook informatie over de zorg en de kosten hiervan. Bovendien moet de informatie eenvoudig te vinden en voldoende duidelijk zijn.

Het toezicht op informatieverstrekking door zorgverzekeraars is gebaseerd op de Wmg en niet op de Zvw. Eigenlijk valt transparantie daarmee buiten het bestek van dit rapport. Voor bepaalde onderdelen van de Zvw zijn transparantievereisten echter rechtstreeks van belang. Zoals de keuze voor een bepaalde zorgverzekeringpolis of voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarom komt transparantie in dit rapport aan de orde.

De NZa houdt toezicht op transparantie via ontvangen signalen en via het jaarlijkse onderzoek van de self assessments van zorgverzekeraars. Daarnaast verrichten wij aanvullend onderzoek. Bij tekortkomingen grijpen wij in. Zoals wij hebben gedaan naar aanleiding van de uitkomsten van de self assessments van de zorgverzekeraars.

In 2013 hebben wij op verschillende gebieden extra actie ondernomen om de transparantie te verbeteren. Zoals door ons onderzoek naar de transparantie van consumenteninformatie en naar vergelijkingsites. Voor meer informatie verwijzen wij naar paragraaf 3.2 en 4.3.

Signalen transparantie zorgverzekeraars

In 2013 ontvingen wij in totaal 92 signalen over transparantie:

- Informatie was niet aanwezig (45 signalen)
- Informatie was onjuist of misleidend (23 signalen)
- Informatie op de polis was misleidend (22 signalen)
- Keuze-informatie was niet bruikbaar (2 signalen)

De helft van de signalen gaat over het ontbreken van informatie op de websites van zorgverzekeraars. Wij hebben dit teruggekoppeld naar de betreffende zorgverzekeraars. Inmiddels hebben zij hun websites aangepast zodat zij nu wel voldoen aan de transparantievereisten.

Een aantal meldingen over zorgverzekeraars is niet toetsbaar op basis van informatie op de website van de zorgverzekeraar. Een melder geeft bijvoorbeeld aan dat een zorgverzekeraar hem niet mondeling wil informeren of dat deze hem onjuist informeert. Het is dan het woord van de melder tegen het woord van de zorgverzekeraar. Bij mondeling verstrekte informatie kunnen we dit nooit nagaan. Schriftelijke en elektronische informatie kunnen wij beter toetsen aan wet- en regelgeving. Bij mondeling verstrekte informatie kan de zorgverzekeraar zeggen dat deze dit niet (of niet op die manier) heeft gezegd. Dat valt

voor ons niet te toetsen. Aan een individuele en niet toetsbare melding kunnen wij geen vervolg geven.

Alle overige signalen zijn ook teruggekoppeld naar de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben hier actie op ondernomen.

Het algemene beeld uit de ontvangen signalen is dat zorgverzekeraars hun transparantie nog behoorlijk moeten verbeteren. Vooral over vergoedingen, eigen risico, (afgewezen) declaraties en contractering van zorgaanbieders (met de gevolgen voor de vergoeding). Een aantal signalen betreft vergoeding en contractering van zorg in het buitenland.

Ondanks de informatie op de website van de zorgverzekeraars is er toch nog veel onduidelijkheid. Ook weten verzekerden de informatie niet altijd te vinden. Wij ontvangen hierdoor ook veel signalen in de vorm van een vraag. Het is echter de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars zelf om consumenten juist en duidelijk te informeren. Wij zien erop toe dat dit ook gebeurt.

Beleidsregel Informatieverstrekking

De Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten (hierna: Beleidsregel Informatieverstrekking) geeft aan welke informatie zorgverzekeraars moeten verstrekken aan hun verzekerden. In 2013 heeft de NZa deze beleidsregel geactualiseerd. Wij hebben enkele toetspunten aangescherpt en een nieuw toetspunt aan de beleidsregel toegevoegd.

De aanscherpingen hebben betrekking op de informatieverstrekking over wijziging van de verzekering (toetspunt 4), het vergoedingenoverzicht (toetspunt 5) en de afwijzingsgronden (toetspunt 15). Nieuw is het toetspunt (17) over buitenlandse nota's. Verzekerden kunnen gebruik maken van zorg in het buitenland en daarvoor een nota indienen bij hun zorgverzekeraar. Het toetspunt geeft aan dat vooraf duidelijk moet zijn welke voorwaarden gelden bij het indienen van een buitenlandse nota. Zorgverzekeraars moeten deze informatie publiceren op hun website. De overige wijzigingen in de beleidsregel zijn vooral redactioneel.

De geactualiseerde Beleidsregel Informatieverstrekking (TH/BR-010) geldt vanaf oktober 2013 en vervangt beleidsregel TH/BR-007.

In 2014 hebben wij deze beleidsregel opnieuw geactualiseerd. De nieuwe versie (TH/BR-015) geldt vanaf september 2014. Voor meer informatie verwijzen wij naar paragraaf 4.1.

Alle geldende en voorgaande beleidsregels publiceren wij op nza.nl.

3.2 Self assessments

In het jaarlijkse self assessment moeten zorgverzekeraars aangeven of zij voldoen aan de gestelde eisen voor transparantie. De vragen in het self assessment zijn gebaseerd op de checklist van de NZa Beleidsregel Informatieverstrekking. Zorgverzekeraars die niet (of nog niet volledig) voldoen aan deze eisen moeten aangeven welke verbetermaatregelen zij hiervoor nemen. Wij gaan na of zorgverzekeraars deze maatregelen ook daadwerkelijk uitvoeren. Bijvoorbeeld door het opvragen van aanvullende informatie. Bovendien controleren wij tijdens (en na) ons onderzoek de websites van zorgverzekeraars. Bij eventuele tekortkomingen ondernemen wij actie richting zorgverzekeraars.

In 2013 zijn de ingevulde self assessments van alle zorgverzekeraars gecontroleerd met een steekproef op de volgende vier toetspunten:

1. vergoedingsoverzicht
2. gecontracteerd zorgaanbod
3. preferentiebeleid
4. eigen risico

Van de 55 gecontroleerde websites voldeden vijf websites niet aan het toetspunt 'vergoedingsoverzicht' omdat de hoogte van de eigen bijdrage niet werd genoemd.

Twaalf websites voldeden niet aan het toetspunt 'gecontracteerd zorgaanbod'. Op al deze websites ontbreekt hoe vaak de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd en de datum van de laatste update. Daarnaast ontbrak op een website ook informatie over de overstapperiode.

Negen websites voldeden niet aan het toetspunt 'preferentiebeleid'. Deze zorgverzekeraars publiceerden alleen een lijst met preferente middelen maar geen lijst met voorkeursgeneesmiddelen. Ook ontbrak informatie over welk middel wordt vergoed als het preferente middel niet beschikbaar is.

Drie websites voldeden niet aan het toetspunt 'eigen risico'. De hoogte van het eigen risico was onjuist en de informatie over het eigen risico was onvolledig. Zo ontbrak een volledige toelichting over de vormen van zorg die buiten het verplichte eigen risico vallen.

Wij hebben de betreffende zorgverzekeraars per brief geïnformeerd over de ontbrekende of onjuiste informatie. Bovendien hebben wij aangekondigd dat wij bij tekortkomingen zullen handhaven. Al deze zorgverzekeraars hebben de informatie op hun website inmiddels aangepast. Hierdoor voldoet de informatie op deze punten nu wel aan de gestelde eisen.

De NZa stelt het belang van zorgconsument en verzekerde centraal. Het onderzoek naar de websites van zorgverzekeraars maakt hier deel van uit. Websites van zorgverzekeraars moeten duidelijk zijn voor consumenten. En de informatie goed vergelijkbaar. Zodat de consument eenvoudig een goede keuze kan maken voor een bij zijn situatie passende zorgverzekering. En weet waar hij aan toe is. Ook wat betreft de kosten.

3.3 Monitor Transparantie consumenten

In 2013 hebben wij de informatiebehoefte en ervaringen van consumenten over de financiële aspecten van curatieve zorg onderzocht. Begin 2014 zijn de uitkomsten van dit onderzoek gepubliceerd in de Monitor en beleidsbrief Transparantie voor consumenten (zie nza.nl).

Uit het onderzoek blijkt dat consumenten duidelijke informatie willen over de kosten van zorg. Vooral vooraf als zij nog een keuze hebben. Maar ook achteraf bestaat behoefte aan goede informatie. Zoals heldere kostenoverzichten over de vergoeding.

Minstens driekwart van de consumenten heeft behoefte aan informatie over de financiële aspecten van de zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om

de tarieven, het eigen risico en de eigen bijdragen. Ook bestaat behoefte aan informatie over de inhoud van het verzekerde pakket en het gecontracteerde zorgaanbod. Dit laatste door de eventuele eigen betalingen die hiermee kunnen samenhangen.

Opvallend is dat uit het onderzoek blijkt dat consumenten informatie willen over de financiële aspecten van de zorg maar hier zelf nog weinig naar zoeken. Als zij wél informatie opvragen dan doen zij dat meestal bij hun zorgverzekeraar. Consumenten geven aan dat zij nog niet zo vaak informatie zoeken omdat zij erop vertrouwen 'dat het wel goed zit'. Dit vertrouwen in de juistheid van informatie is belangrijk en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

3.4 Conclusie

De NZa heeft in 2013 verschillende acties ondernomen om de transparantie van informatieverstrekking door zorgverzekeraars te verbeteren. Onder meer door de opvolging van signalen, de beoordeling van self assessments en onderzoek naar de informatiebehoefte van consumenten. In 2014 verscherpen wij ons toezicht op transparantie.

Uit de signalen en self assessments bleek dat de informatieverstrekking niet altijd op orde was. Wij hebben zorgverzekeraars hierop aangesproken. Inmiddels hebben zij hun informatieverstrekking aangepast zodat deze in lijn is met de gestelde eisen.

Uit de Monitor Transparantie voor consumenten blijkt dat consumenten wel behoefte hebben aan informatie over de financiële aspecten van zorg maar hier zelf nog niet altijd actief naar op zoek gaan. Zij vertrouwen 'dat het wel goed zit'.

In 2014 verscherpen wij ons toezicht op heldere informatie over zorgkosten. Voor meer informatie verwijzen wij ook naar paragraaf 4.3.

4. Ontwikkelingen 2014

4.1 Wet- en regelgeving

Beleidsregel modelovereenkomsten

Met ingang van 1 juni 2014 is de geactualiseerde NZa Beleidsregel bestuurlijk rechtsoordeel modelovereenkomsten (TH/BR-013) in werking getreden. Deze update vervangt beleidsregel TH/BR-002. De wijzigingen zijn voornamelijk redactioneel. Inhoudelijk is de beleidsregel niet gewijzigd. Wij hebben veldpartijen daarom niet over de aanpassingen geconsulteerd. Alle geldende en voorgaande beleidsregels publiceren wij op nza.nl.

Transparantie: Beleidsregel Informatieverstrekking

Met ingang van september 2014 is de nieuwe NZa Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015) in werking getreden. Deze update vervangt beleidsregel TH/BR-010.

Wij hebben drie nieuwe punten in de beleidsregel opgenomen:

4. Zorgverzekeraars worden uitdrukkelijk gewezen op hun verantwoordelijkheid voor de juistheid van de informatie op vergelijkingssites;
5. Zorgverzekeraars moeten duidelijk zijn over volumeafspraken (zoals omzetplafonds) met eventuele gevolgen voor verzekerden;
6. Zorgverzekeraars moeten verzekerden op verzoek voorafgaand aan de behandeling informeren over de gevolgen voor het eigen risico.

Alle geldende en voorgaande beleidsregels publiceren wij op nza.nl.

Zorgplicht: Nadere regel meldplicht

In 2014 zijn wij gestart met het opstellen van de Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg. Dit is een aanvulling op de NZa Beleidsregel Overmacht continuïteit van cruciale zorg (TH/BR-011). Voor meer informatie over deze beleidsregel verwijzen wij naar paragraaf 2.4.

De nieuwe regeling verplicht zorgverzekeraars om bij de NZa te melden als zij niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg. De zorgverzekeraar moet zelf eerst al het mogelijke hebben gedaan om de continuïteit van cruciale zorg te borgen. Als een zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht dan kan de NZa overgaan tot handhaving. Als de nieuwe regeling van kracht is dan kan de NZa ook handhaven als een zorgverzekeraar niet voldoet aan de meldplicht. Bijvoorbeeld door het geven van een aanwijzing, last onder dwangsom of een bestuurlijke boete.

De nieuwe regeling is inmiddels extern geconsulteerd en treedt naar verwachting per 1 januari 2015 in werking.

Artikel 13 Zvw en vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Op 11 juli 2014 heeft de Hoge Raad zich uitgesproken over de uitleg van het huidige artikel 13 Zvw (zie ECLI:NL:HR:2014:1646). Zorgverzekeraars mogen in hun polissen de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag vaststellen dat dit de keuzevrijheid van hun verzekerden belemmert.

Wij hebben besloten om ons beleid op de uitspraak van de Hoge Raad aan te passen. Voor het modelovereenkomstenproces hebben wij zorgverzekeraars hier over geïnformeerd. De beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zullen wij ook aanpassen op de uitspraak.

Wetsvoorstel verticale integratie

Naar verwachting treedt op 1 januari 2015 het wetsvoorstel verticale integratie¹³ in werking. Met dit wetsvoorstel wordt ook artikel 13 Zvw (gefaseerd) gewijzigd. Zorgverzekeraars krijgen (als het wetsvoorstel wordt aangenomen) vanaf 2016 de mogelijkheid om bij voldoende gecontracteerd zorgaanbod de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg volledig zelf te bepalen of zelfs geheel uit te sluiten. Dit geldt niet voor een aantal uitzonderingen zoals eerstelijnszorg, spoedzorg en al lopende behandelingen. Bovendien moeten zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor ingang van het polisjaar het door hen gecontracteerde zorgaanbod bekend maken.

Door een amendement bij dit wetsvoorstel¹⁴ krijgt de NZa bovendien de mogelijkheid (geen verplichting) om nadere regels te stellen voor een transparant verloop van de zorginkoop. Dit betreft de informatie die zorgverzekeraars aan zorgaanbieders moeten bieden en de wijze van bekendmaking daarvan (artikel 40a lid 3 Wmg).

Wij zijn van mening dat het wetsvoorstel op dit punt voldoende duidelijk is over wat er van de zorgverzekeraars wordt verwacht. Ons standpunt is dat het veld eerst aan zet is. Daarom zien wij nog geen noodzaak tot het stellen van nadere regels..

In 2015 gaan wij in opdracht van de minister van VWS een inkoopscan maken om te monitoren of zorgverzekeraars voldoen aan de nieuwe transparantieverplichtingen. Zo nodig zullen wij ook optreden.

De wijzigingen op het gebied van transparantie treden naar verwachting per 2015 in werking.

4.2 Zorgplicht transgenderzorg

Eind 2013 kondigde het VUmc een patiëntenstop af voor transgenderzorg. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraars kwamen niet tot overeenstemming over het budget. Het VUmc is het enige ziekenhuis in Nederland dat deze zorg integraal en in alle varianten aanbiedt. Het VUmc stelde dat meer geld nodig was omdat zich steeds meer patiënten aanmelden voor deze vorm van zorg. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij voor 2014 voldoende geld hadden geboden.

De NZa heeft onderzocht of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldeden en of het VUmc een positie had van aanmerkelijke marktmacht (AMM). Het niet leveren van zorg door een zorgaanbieder met AMM is een ernstig probleem. Als een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht weigert de zorg aan de patiënt te leveren dan kan de NZa maatregelen opleggen om dit gedrag te doorbreken.

De zorgverzekeraars en VUmc zijn tijdens ons onderzoek onderling tot overeenstemming gekomen over de financiële vergoeding van transgenderzorg. Dit heeft ertoe geleid dat de patiëntenstop is

¹³ Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nr. 2.

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 362, nr. 19.

opgeheven en nieuwe patiënten weer toegang hebben tot deze zorg. Het probleem is voor nu (en naar verwachting voor langere tijd) opgelost.

De NZa zal op dit moment niet overgaan tot formele maatregelen richting VUmc en zorgverzekeraars. Wij verwachten wel dat VUmc en de zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om een soortgelijke situatie in de toekomst te voorkomen. Ook verwachten wij van partijen dat zij stappen zetten om transgenderzorg beter toegankelijk te maken voor (nieuwe) patiënten. Onder meer door het creëren van meer spreiding van deze zorg.

De NZa heeft de zorgverzekeraars hier in 2014 per brief over geïnformeerd. Ook hebben wij vervolgstappen aangekondigd. Zoals monitoring van de situatie rondom levering en wachttijden voor transgenderzorg en het ontwikkelen van normen. De NZa zal de komende maanden ook de overige ontwikkelingen rond transgenderzorg monitoren. Dit zal zowel vanuit zorgplicht als vanuit markttoezicht gebeuren. Wij zullen hierbij ook vanuit een breder perspectief kijken naar eventueel problematische marktconcentraties.

Tijdigheid en beschikbaarheid van transgender zorg is van groot belang voor de zorgconsument die hier aanspraak op heeft. Jonge patiënten moeten bijvoorbeeld snel kunnen starten met een hormoonbehandeling. Uitstel en wachtlijsten zijn dan ongewenst. De NZa zet zich in voor de beschikbaarheid van zorg door zorgverzekeraars waar nodig aan te spreken op hun zorgplicht.

4.3 Transparantie

Transparantie zorgkosten en zorgnota's

De rekening voor zorgkosten moet duidelijk en begrijpelijk zijn voor verzekerden. Een helder inzicht in de kosten stimuleert verzekerden tot een gepast en beheerst gebruik van zorg. Daarnaast stelt een duidelijke nota verzekerden in staat om nota's beter te controleren en onjuistheden in declaraties te signaleren. Dit draagt bij aan het kostenbewustzijn van verzekerden en de betaalbaarheid van zorg.

Wet- en regelgeving wordt hiervoor aangescherpt. In de Wmg wordt een nieuw artikel 40a toegevoegd. De NZa wordt op basis hiervan bevoegd om zorgverzekeraars te verplichten hun verzekerden een volledig, duidelijk en juist overzicht te geven van betalingen aan zorgaanbieders, het verrekende eigen risico en de ingehouden eigen bijdragen.

Met ingang van 2014 moeten ziekenhuizen meer informatie vermelden op de declaraties die zij indienen bij zorgverzekeraars. Zoals de zorgactiviteitscode, de datum van uitvoering van de zorgactiviteit en een omschrijving van de zorgactiviteiten. Vanaf 1 juni 2014 moeten zorgverzekeraars deze informatie via hun zorgnota's (declaratieoverzichten) doorgeven aan verzekerden.

Wij zijn in 2014 gestart het opstellen van een nadere regel die zorgverzekeraars verplicht om deze informatie daadwerkelijk aan hun verzekerden te verstrekken. Bovengenoemde wetswijziging en de nadere regel treden naar verwachting per 1 januari 2015 in werking.

Transparantie vergelijkingssites

De NZa besteedt in 2014 extra aandacht aan vergelijkingssites van zorgverzekeringen. Met als doel om een oordeel te vormen over de informatieverstrekking aan deze sites door zorgverzekeraars.

Uit ons onderzoek naar transparantie voor consumenten blijkt dat consumenten het moeilijk vinden om informatie over de financiële aspecten van de zorg te vergelijken. Voor meer informatie over dit onderzoek verwijzen wij naar paragraaf 3.3.

Bij consumenten bestaat veel onduidelijkheid en wantrouwen over de uitkomsten van vergelijkingssites. Deze sites zijn tijdens de overstapperiode een belangrijk en veelgebruikt informatiemiddel. Consumenten moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie op de sites betrouwbaar en transparant is. Vergelijkingssites verkrijgen hun informatie grotendeels van zorgverzekeraars.

Begin 2014 zijn wij daarom een onderzoek gestart naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan vergelijkingssites. Wij onderzoeken hoe de relaties tussen de verzekeraars en de vergelijkingssites eruit zien en hoe de informatieverstrekking tussen deze partijen verloopt.

Het onderzoek richt zich op de informatie zoals deze zichtbaar is voor de consument (de 'voorkant' van de sites). Wij willen ook onderzoeken hoe vergelijkingen op de sites tot stand komen (de 'achterkant' van de sites). In dit onderzoek werken wij samen met andere toezichthouders, waaronder de ACM en AFM.

Wij publiceren de uitkomsten van het onderzoek naar verwachting in november 2014 (voor de start van de overstapperiode).

In 2014 zijn wij een samenwerking gestart met een aantal consumentenorganisaties en andere toezichthouders. Wij hebben een factsheet opgesteld met informatie voor de 'overstappende' zorgconsument. Ook gaan wij de consument meer en eerder informeren. Bijvoorbeeld tijdens de overstapperiode. Niet alleen via onze eigen website maar ook samen met ConsuWijzer (ACM) en via andere kanalen. Zodat de consument eenvoudiger een voor hem goede zorgverzekering kan uitkiezen.

4.4 Conclusie

In 2014 hebben wij onze regelgeving geactualiseerd en waar nodig nieuwe regels opgesteld.

De Hoge Raad heeft zich uitgesproken over artikel 13 Zvw en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat deze de vrije keuze van verzekerden voor een bepaalde zorgaanbieder belemmert.

Naar verwachting treedt per 1 januari 2015 het wetsvoorstel verticale integratie in werking. Hiermee wordt 13 Zvw gewijzigd. Zorgverzekeraars mogen dan vanaf 2016 (onder voorwaarden) de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vergaand beperken of geheel uitsluiten. Wij passen ons beleid aan op deze ontwikkelingen.

In 2014 hebben wij onderzocht of zorgverzekeraars voldeden aan hun zorgplicht voor transgenderzorg. Na opheffen van de patiëntenstop bij het VUmc bleek dit wel het geval. Wij monitoren de situatie rondom levering en wachttijden en sturen op nadere invulling van normen.

Vanaf 2014 moeten zorgaanbieders meer informatie vermelden op hun nota's en declaraties voor verzekerden. Wet- en regelgeving wordt hiervoor aangescherpt.

In 2014 doen wij onderzoek naar vergelijkingssites voor zorgverzekeringen. Consumenten moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie op deze sites transparant en betrouwbaar is.