



Nederlandse
Zorgautoriteit

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2015



Hoe voeren de zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uit in 2015?

Inhoud



Inleiding

1

Voldoet de informatie van de zorgverzekeraar over het basispakket en de basispolis?

2

Wat is de rol van de zorgverzekeraar bij zorgvragen van verzekerden?

3

Hoe verloopt het overstappen van zorgverzekeraar als zorg nodig is?

4

Hoe voeren de zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uit?

Inleiding



Zorgverzekeraars zijn een spil in de gezondheidszorg en hebben een belangrijke maatschappelijke rol. Voor naturapolissen kopen zij immers zorg in voor hun verzekerden. Bij de uitvoering van deze en hun andere taken moeten zij zich houden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw). Iedereen moet goede toegang hebben tot zorg. Solidariteit vormt daarom de basis van de Zvw.

1

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houdt hier toezicht op. Dit rapport is een weergave van ons toezicht in 2015 en een groot gedeelte van 2016.

2

Opbouw rapport

Dit rapport hebben wij anders opgebouwd dan eerdere samenvattende rapporten over de uitvoering van de Zvw. We koppelen de verslaglegging van ons toezicht nu meer aan zaken waarmee burgers in de praktijk te maken krijgen. Of ze nu gezond zijn of zorg nodig hebben. De basis is echter hetzelfde: we informeren u over de uitvoering van de Zvw in het afgelopen kalenderjaar.

3

4

Het rapport geeft weer in hoeverre zorgverzekeraars:

- voldoen aan hun acceptatieplicht (ze moeten iedereen accepteren die zich aanmeldt voor een zorgverzekering);
- voldoen aan hun zorgplicht (ze moeten ervoor zorgen dat de verzekerde zorg of een zorgvergoeding krijgt als hij daar recht op heeft. Het gaat hierbij niet over het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders als zodanig);
- het verbod naleven op premiedifferentiatie (ze mogen niet voor dezelfde polis verschillende premies hanteren);
- transparant zijn bij hun informatieverstrekking;
- omgaan met collectiviteiten;
- hun financiële verantwoording op orde hebben;
- voldoende rekening houden met de privacy van verzekerden;
- controleren of de ingediende zorgnota's correct zijn.



1. Voldoet de informatie van de zorgverzekeraar over het basispakket en de basispolis?



1

Wie in Nederland woont of werkt, is verplicht om een zorgverzekering (basisverzekering) af te sluiten. Ook als iemand gezond is en dus nog geen zorg nodig heeft. Elke zorgverzekeraar moet mensen goed informeren over basispakket en basispolis. Dat is belangrijk om een afgewogen keuze te kunnen maken.

2

Uit de informatie van de zorgverzekeraar moet allereerst duidelijk worden wat er in het basispakket zit. Oftewel: wat de inhoud is van de basisverzekering. De overheid stelt deze inhoud elk jaar vast. Daarnaast moet de verzekerde per polis kunnen zien bij welke zorgaanbieders hij terecht kan voor de zorg die hij nodig heeft en tegen welke vergoeding.

3

Vergelijkingssites

Veel mensen die zich oriënteren op een zorgverzekering, beginnen bij een vergelijkingssite. De [Autoriteit Financiële Markten](#) (AFM) houdt toezicht op deze vergelijkingssites voor zover deze optreden als bemiddelaar. Bijvoorbeeld door te kijken of zij een vergunning

4

hebben. De NZa houdt in de gaten of zorgverzekeraars deze sites juiste informatie verstrekken.

In een eerder [onderzoek naar vergelijkingssites hebben wij gesteld](#) dat zorgverzekeraars de informatie op vergelijkingssites actiever moeten controleren. Ook moeten zij ervoor zorgen dat de informatie op vergelijkingssites juist en volledig is.

Eind 2015 vroegen we zorgverzekeraars in een nieuw onderzoek (een self assessment) hoe zij ervoor zorgen dat de informatie op de vergelijkingssites een juiste weergave is van de werkelijkheid. Uit dit onderzoek bleek dat zorgverzekeraars nu scherper controleren of de informatie op vergelijkingssites juist en volledig is.

Zorgverzekeraars controleren nu scherper of de informatie op vergelijkingssites juist en volledig is





1

Keuzemogelijkheden

Alle verzekerden hebben recht op dezelfde zorg uit het basispakket.

Toch hebben verzekerden wel degelijk veel te kiezen. Er is namelijk een groot aantal zorgverzekeraars en zorgverzekeringen. Volgens [afspraken](#) (Kern-gezond) binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is het [aantal polissen](#) voor het eerst overigens wel licht gedaald. Voor 2016 kan de burger voor de basisverzekering kiezen uit 61 verschillende polissen (2015: 71). In onze [Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016](#) brengen wij deze markt gedetailleerd in kaart.

2

De verschillende zorgverzekeraars hebben niet alleen andere polissen maar bieden ook verschillende keuzemogelijkheden. Zo hoeven burgers lang niet bij alle verzekeraars dezelfde premie te betalen. Ook biedt de ene verzekeraar 'naturapolissen' aan terwijl de andere 'restitutiepolissen' verkoopt. Ook een polis met een combinatie van natura- en restitutiemerken is mogelijk (zie kader). Daarnaast laat de ene zorgverzekeraar verzekerden uit meer zorgaanbieders kiezen dan de andere. Verzekerden kunnen verder beslissen om hun eigen risico hoger te maken dan verplicht is. Vaak wordt de premie daardoor lager. Maar als er zorg nodig is, moeten de verzekerden wél dat hogere eigen risico betalen.

3

4

Collectiviteiten

Bijna alle zorgverzekeraars bieden collectieve zorgverzekeringen aan en de overgrote meerderheid van de verzekerden is collectief verzekerd. Om de vraag te beantwoorden of verzekerden beter af zijn met of juist zonder het aanbod aan collectieve zorgverzekeringen heeft de NZa in september 2016 een [Monitor](#) uitgebracht.

Onze conclusie is dat collectieve zorgverzekeringen meer neutrale of positieve dan negatieve effecten hebben op de publieke belangen. Het belangrijkste verbeterpunt is dat zorgverzekeraars duidelijker zouden moeten zijn over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur. Samen met zorgverzekeraars gaan wij verder verkennen welke mogelijkheden er zijn om de zorginkoop en zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen verder in te vullen.

Aanvullende verzekering

Naast de basisverzekering kan men ook nog een aanvullende verzekering afsluiten. Zo'n extra verzekering bovenop de basisverzekering kan handig zijn als iemand bijvoorbeeld (veel) kosten verwacht voor specifieke zorg. Bijvoorbeeld fysiotherapie of mondzorg.





1

2

3

4

Modelovereenkomsten: zijn ze in orde?

Als een verzekerde een zorgaanbieder nodig heeft dan zijn er twee mogelijkheden voor de vergoeding van de kosten. Óf hij zoekt zelf een aanbieder en laat de kosten vergoeden door de verzekeraar. Óf hij kan kiezen uit de selectie zorgaanbieders van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kiest of hij de eerste optie aanbiedt ('restitutie'), de tweede ('natura') of een combinatie daarvan. Maar ook met een polis met aanspraken in natura kan een verzekerde naar de zorgaanbieder van zijn keuze. Zelfs als deze zorgaanbieder niet door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval kan het wel zijn dat de verzekerde een deel van de kosten zelf moet betalen. De meeste zorgverzekeraars hebben voor aanspraken in natura een groot aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. Als een verzekerde daar naar toe gaat is bijbetalen niet nodig. Dit staat uiteraard los van het eigen risico en eventuele eigen bijdragen.

De zorgverzekeraar legt de voorwaarden vast in een 'modelovereenkomst': een model van de polis die hij aanbiedt en wil afsluiten met zijn verzekerden.

Zorgverzekeraars moeten al hun modelovereenkomsten aan de NZa toezenden voordat zij ze op de markt brengen. Wijzigingen in de overeenkomsten toetsen wij alleen op verzoek van de zorgverzekeraar. Daarbij kijken we steeds of deze wijzigingen in overeenstemming zijn met de Zvw.

De modelovereenkomsten van zorgverzekeraars zijn in orde

Alle zorgverzekeraars hebben afgelopen jaar modelovereenkomsten voor een toetsing aan ons voorgelegd. Daarnaast onderzochten we door middel van een steekproef zelf een aantal overeenkomsten. Zorgverzekeraars passen de modelovereenkomsten aan op eventuele opmerkingen van onze kant. Hierdoor komen correcte modelovereenkomsten op de markt.

De modelovereenkomsten van zorgverzekeraars zijn in orde



1

Wettelijke eisen aan informatie

Wat de beste polis is, verschilt per persoon. Het is mede afhankelijk van individuele voorkeur en omstandigheden. Wil iemand bijvoorbeeld meer (financiële) risico's nemen in ruil voor een lagere maandpremie? Verwacht hij veel zorg, het komende jaar? Wordt de zorgaanbieder van zijn keuze volledig vergoed vanuit de polis?

Stel: een chronisch zieke gaat het liefst naar één bepaalde zorgaanbieder. Dan zal deze verzekerde veel sneller geneigd zijn een polis te kiezen die de kosten van deze specifieke aanbieder volledig vergoedt.

2

Om een keuze te kunnen maken, moeten burgers de beschikking hebben over alle informatie die zij belangrijk vinden. Die informatie moet goed toegankelijk zijn. Het is de taak van zorgverzekeraars om duidelijk te maken wat een polis omvat, wat die polis de verzekerde kost, welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar gecontracteerd heeft, voor welke zorg hij dat gedaan heeft en wat de kwaliteit is van deze zorg. Het is van belang dat al deze informatie doeltreffend, juist, inzichtelijk en vergelijkbaar is.

3

4

De zorgverzekeraars introduceren vanaf november 2016 bij elke zorgverzekering voor 2017 een [zorgverzekeringskaart](#). Hiermee willen zij hun verzekerden informeren over de belangrijkste polisvoorwaarden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft dit in september 2016 bekend gemaakt met een [nieuwsbericht](#).

De Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond – die zorgverzekeraars vroegen om een dergelijk informatieproduct – hebben geadviseerd bij de totstandkoming van de zorgverzekeringskaart.

Als zorgverzekeraars niet aan de wettelijke eisen voldoen dan spreken wij hen daarop aan. Zo nodig grijpen we in, bijvoorbeeld door de verzekeraars te verplichten om de informatie aan te passen. Ook zetten wij voorafgaand aan het overstapseizoen [informatie](#) op onze website.





1

2

3

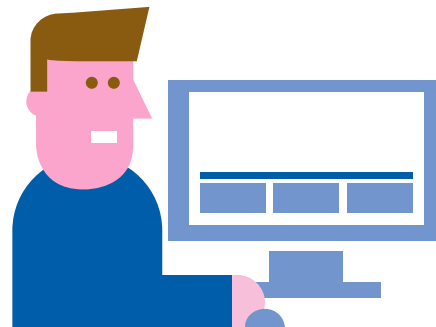
4

Onderzoek informatieverstrekking

De NZa controleerde in 2015 op diverse manieren of zorgverzekeraars de juiste informatie geven aan hun verzekerden over de polissen en de vergoedingen. De informatieverstrekking op websites en in reclame-uitingen checkten we bijvoorbeeld via self-assessments. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars zélf aangaven hoe zij aan hun informatieverplichtingen voldeden.

Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars hun polissen overzichtelijker en het overstappen makkelijker maken.

Daarnaast deed TNS NIPO in opdracht van de NZa [onderzoek](#) naar de telefonische informatie van zorgverzekeraars aan burgers. Dat onderzoek vond plaats tijdens de overstapperiode in 2015. De NZa vindt het belangrijk dat de burger de juiste informatie krijgt en doet daarom in 2016 opnieuw onderzoek naar de telefonische informatieverstrekking. Daarbij houden wij nadrukkelijk rekening met opmerkingen van het [College van Beroep voor het bedrijfsleven](#). Bovendien stemmen wij de methode van onderzoek goed af met de zorgverzekeraars.



Zorgverzekeraars maken polissen overzichtelijker en het overstappen makkelijker



1

Informatie over zorgaanbiders

Verzekerden moeten bij het kiezen van een polis met gecontracteerd aanbod onder andere weten welke zorgaanbiders voor die polis zijn gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Ook als zij op dat moment nog geen zorg nodig hebben. In hoeverre vergoedt de verzekeraar bijvoorbeeld de zorg van het ziekenhuis van hun keuze? Dat zijn belangrijke vragen.

Verzekeraars zijn daarom verplicht om een actuele en juiste weergave te bieden van de door hen gecontracteerde aanbieders. De NZa controleert of ze dat ook daadwerkelijk doen. Afgelopen jaar bijvoorbeeld tijdens de [overstapperiode](#) en door het eerder genoemde 'self-assessment'. Op 22 maart 2016 hebben wij de minister van VWS per [brief](#) geïnformeerd over de uitkomsten.

Verzekeraars hebben het algemene proces van informatieverstrekking op orde

3

4

Wel is er een aantal verbeterpunten, die we de verzekeraars ook voorgelegd hebben. Het is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk of het hanteren van maximale-volume-afspraken (omzetplafonds) met zorgaanbiders consequenties heeft voor de verzekerde – en zo ja, welke. Zorgverzekeraars hebben deze en andere verbeterpunten direct opgepakt.

Informatie over reistijd

De reistijd naar een zorgaanbieder kan één van de afwegingen zijn om een polis wel of niet te kiezen. Bij sommige polissen zijn weinig zorgaanbiders gecontracteerd, waardoor een verzekerde wellicht verder moet reizen. Dat kan bijvoorbeeld gelden voor 'polissen met beperkende voorwaarden' ('budgetpolissen' in de volksmond, zie volgende pagina).





1

2

3

4

Budgetpolissen: voldoen zorgverzekeraars aan de zorgplicht?

Zorgverzekeraars hebben een 'zorgplicht'. Afhankelijk van het type polis moeten zij ervoor zorgen dat de verzekerde de juiste zorg krijgt, dat hij daar niet te lang op moet wachten en dat die zorg ook goed bereikbaar is. De NZa vroeg zich af of de contractering van zorgaanbieders bij zorgpolissen met beperkende voorwaarden ('budgetpolissen') voldoende is om aan de zorgplicht te voldoen. Dat onderzochten we bij zeventien polissen met beperkende voorwaarden. We publiceerden onze bevindingen in juni 2015 in het rapport ['Zeventien zorgpolissen nader bekeken'](#).

De conclusie

De beperkingen in de polissen hadden geen overtreding van de zorgplicht tot gevolg. Wel is er een aantal aandachtspunten uit naar voren gekomen, bijvoorbeeld op het gebied van selectieve inkoop van zorg.

Selectieve inkoop betekent dat zorgverzekeraars niet alle zorgaanbieders contracteren, maar een kleiner deel. Dus bijvoorbeeld niet alle ziekenhuizen maar een deel hiervan. We onderzochten in het bijzonder de tijdigheid en bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg. We onderscheidden onder de 90 ziekenhuizen in Nederland eerst degene met lange wachttijden; dat waren er 17. 'Lang' betekende dat verzekerden een wachttijd hadden tot soms

wel 52 weken. Voor de onderzochte polissen waren relatief weinig ziekenhuizen gecontracteerd. Bovendien zaten daar telkens twee tot acht ziekenhuizen tussen met lange wachttijden.

Verantwoordelijkheid

Meer in het algemeen – dus niet alleen bij budgetpolissen – leggen bijna alle zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor tijdige zorg (via de contracten) bij de zorgaanbieders. Maar zij monitoren de afspraken over tijdige zorg niet of nauwelijks. En als zorgaanbieders de maximale aanvaardbare wachttijd ('[Treeknormen](#)') overschrijden, verbinden verzekeraars daar nu meestal onvoldoende consequenties aan.

Mogelijk draagt deze houding eraan bij dat zorg niet tijdig geleverd wordt. En dat zou in strijd zijn met de zorgplicht van zorgverzekeraars. Daarom zet de NZa vervolgstappen.

Vervolgstappen

Naar aanleiding van onze bevindingen stuurden vier zorgverzekeraars ons in september 2016 verbeterplannen voor het monitoren en aanspreken van zorgaanbieders op de overschrijding van de Treeknormen. Daarin staat hoe de zorgverzekeraars onderzoeken of verzekerden met budgetpolissen tijdige zorg krijgen. Als dit niet zo blijkt te zijn, dan moeten de zorgverzekeraars de





1

2

3

4

polissen aanpassen. Ze moeten dan bij andere zorgaanbieders extra zorg inkopen.

Wij gaan nader in kaart brengen bij welke specifieke vormen van medisch-specialistische zorg zich knelpunten in de wachttijden voordoen. Voor deze knelpunten zullen wij de oorzaken onderzoeken en bekijken hoe zorgverzekeraars deze kunnen aanpakken. De resultaten verwachten we in de eerste helft van 2017.

Als zorgaanbieders de maximale wachttijd (Treek- of andere geldende tijdigheidsnormen) overschrijden dan verbinden verzekeraars daar nu meestal onvoldoende consequenties aan





1

Informatie over de prijs van de polis en de vergoeding van zorg

Bij de keuze voor een zorgpolis zijn ook de financiële gevolgen van belang. Zo wil de burger weten wat hij maandelijks moet betalen voor zijn polis. En wat de mogelijke kosten zijn als er zorg nodig is. Als hij vooraf inzicht heeft in die kosten dan kan hij deze beter beïnvloeden, bijvoorbeeld door te kiezen voor een bepaalde polis of zorgaanbieder. De NZa en de zorgverzekeraars hebben samen geconstateerd dat de informatieverstrekking over financiële gevolgen nog beter kan.

2

Prijs van de polis

Om burgers een beter beeld te geven van de premie voor de basisverzekering adverteren zorgverzekeraars niet meer met 'vanaf-prijzen' (de laagste premie bij het hoogst mogelijke vrijwillige eigen risico). Vanaf 2016 maken zorgverzekeraars de premie bekend die verzekerden betalen bij het minimale, wettelijk verplichte eigen risico.

3

Vergoeding van zorg

Verzekerden kunnen met veel verschillende typen eigen zorgkosten te maken krijgen: het eigen risico, eigen bijdragen, eigen betalingen of – een deel van – het passantentarief. ([Passantentarieven](#) zijn de prijzen voor behandelingen die ziekenhuizen in rekening brengen als er geen contract is met de zorgverzekeraar. Deze tarieven moeten voor burgers goed vindbaar, actueel en vergelijkbaar zijn.)

4

Transparantie: hoe vergroten we helderheid?

Wij hebben onze [regels](#) voor informatieverstrekking aan consumenten in 2015 en 2016 verder uitgewerkt.

Vanaf 1 november 2016 geldt een nieuwe [regeling](#) met als kernpunten:

- Zorgverzekeraars hebben een bredere verplichting om consumenten inzicht te geven in kosten voor behandelingen of diensten.
- Zorgverzekeraars moeten polissen op de zelfde manier typeren: natura-, restitutie- of combinatiepolis (zie ook kader volgende pagina);
- Zorgverzekeraars moeten transparant zijn over (nagenoeg) gelijke polissen die zij binnen een concern aanbieden;
- Alle zorgverzekeraars moeten de term 'marktconform tarief' op dezelfde manier gebruiken.

Op de [NZa-website](#) vinden burgers verder een [Informatiekaart](#) (Uw ziekenhuisrekening en het eigen risico) en een [factsheet](#) (Mijn zorgkosten: wie moet mij vooraf welke informatie geven?).





1

2

3

4

Typen polissen: welke definities gelden?

De NZa krijgt regelmatig signalen dat verzekerden onverwacht moeten bijbetalen voor zorg. Bijvoorbeeld omdat ze ten onrechte denken dat hun polis alle zorg vergoedt. Wij willen dit soort onduidelijkheden voorkomen. Daarom hebben wij enkele regels aangepast – in het bijzonder de definities van ‘naturapolis’ en ‘restitutiepolis’. Alle zorgverzekeraars moeten vanaf polisjaar 2017 (voor de vergoeding van zorg) deze definities volgen.

Vanaf 2017 gelden hiervoor de volgende definities:

- Bij een **naturapolis** weet je als verzekerde zeker dat de zorgverzekeraar de zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders betaalt. Gaat iemand toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet hij meestal een deel van de kosten zelf betalen. Dit kan behoorlijk oplopen. Bijvoorbeeld bij een behandeling in een ziekenhuis. De verzekerde kan zijn zorgverzekeraar vooraf vragen of hij dit risico loopt bij de zorgaanbieder waar hij graag naartoe wil.
- Bij een **restitutiepolis** vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg bij alle zorgaanbieders. Bij een restitutiepolis is het dus niet belangrijk welke zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd zijn. Alleen als een zorgaanbieder een naar Nederlandse marktomstandigheden onredelijk hoog tarief rekent, dan is het mogelijk dat de verzekerde toch een deel van de kosten zelf moet betalen. De verzekerde kan zijn zorgverzekeraar vooraf vragen of hij dit risico loopt bij de zorgaanbieder waar hij graag naartoe wil.
- Een **combinatiepolis** combineert de kenmerken van natura- en restitutiepolissen. Voor bepaalde prestaties heeft de verzekerde recht op levering van zorg, voor andere prestaties op vergoeding van zorg en desgevraagd inspanningen gericht op bemiddeling naar een zorgaanbieder. In beide gevallen kan het bij zo’n combinatiepolis voorkomen dat een deel van de kosten van zorg niet vergoed wordt als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



2. Wat is de rol van de zorgverzekeraar bij zorgvragen van verzekerden?



1

2

3

4

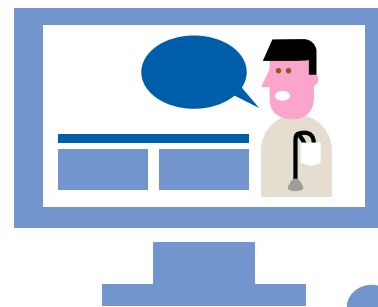
In het vorige hoofdstuk gingen we vooral uit van de burger die gezond is. Maar wat als iemand zorg nodig heeft? Hij moet er dan op kunnen vertrouwen dat de zorg uit het basispakket goed en op tijd beschikbaar is. Ook heeft hij heldere informatie en ondersteuning nodig. Van zorgaanbieders, maar ook van de zorgverzekeraar. Hij wil weten bij welke zorgaanbieders hij terecht kan, of er wachtlijsten zijn en hoe het staat met de vergoeding en kwaliteit van zorg.

Zoals ook de [Autoriteit Consument en Markt](#) (ACM) aangeeft, is informatie over de kwaliteit van behandelingen voor burgers minstens zo belangrijk als informatie over de prijs. Maar ACM vindt ook dat zorgverzekeraars en niet de ziekenhuizen aan zet zijn om consumenten inzicht te geven in de tarieven van ziekenhuis-behandelingen tot aan de eigen risicogrens. In september 2016 heeft ACM zich hier in een [nieuwsbericht](#) over uitgesproken.

Kwaliteit van zorg

Het is de taak van zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor hun naturopolissen en hun verzekerden te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder. Wij houden toezicht op deze zorgplicht.

De [Inspectie voor de Gezondheidszorg](#) (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders. De IGZ kan oordelen dat een aanbieder zorg levert onder de minimumnormen voor kwaliteit en veiligheid. De zorgverzekeraar moet van de NZa rekening houden met dat oordeel. Niet alleen bij de inkoop van zorg maar ook bij de bemiddeling van zijn verzekerden naar een andere zorgaanbieder.





1

2

3

4

Medicatieoverdracht: hoe loopt de inkoop en vergoeding?

De meeste patiënten krijgen tijdens een ziekenhuisopname medicijnen. Als die medicijnen na ontslag uit het ziekenhuis nog nodig zijn dan gaat de verzekerde daarvoor naar zijn eigen apotheek. Om deze medicijnen te kunnen verstrekken en voor goede zorg heeft de apotheek een overdracht nodig van de ziekenhuisapotheek.

Vanuit hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars de medicatieoverdracht bij apotheken inkopen of vergoeden. De IGZ meldde ons dat dit niet altijd goed ging. Daarom hebben wij onderzocht hoe zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen bij de inkoop en vergoeding van de overdracht van medicatie tussen apotheken.

Zorgverzekeraars moesten de inkoop en vergoeding van de prestatie 'medicatie-overdracht' verder verbeteren. Dat gold voor alle gecontracteerde apotheken, inclusief de ziekenhuisapotheken.

Alle zorgverzekeraars hebben goede en duidelijke inkoop van farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en ontslag inmiddels verwerkt in hun contracten met apotheken.

Alle zorgverzekeraars hebben goede en duidelijke inkoop van farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en ontslag inmiddels verwerkt in hun contracten met apotheken

Voor het rapport [Zeventien zorgpolissen nader bekeken](#) richtten we ons op twee aspecten van de kwaliteit van zorg: het medicatieoverzicht en zorgaanbieders onder verscherpt toezicht. Voor beide onderwerpen hebben wij een zorgverzekeraar verzocht om een verbeterplan. Deze plannen zijn in september 2016 bij ons opgeleverd.





1

Medicatieoverzicht

Wij onderzochten of er een actueel medicatieoverzicht is wanneer iemand verplicht is herhaalmedicatie af te nemen via een internetapotheek. Bij herhaalmedicatie is een actueel medicatieoverzicht namelijk van belang om farmaceutische zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren. Over dit medicatieoverzicht maken zorgverzekeraars dan ook afspraken met de zorgaanbieders. Uit het onderzoek bleek dat zorgverzekeraars (op enkele gevallen na) zicht hebben op de mate waarin zorgaanbieders deze afspraken naleven.

2

Zorgverzekeraars hebben doorgaans zicht op de mate waarin zorgaanbieders afspraken naleven over actuele medicatieoverzichten bij de afname van herhaalmedicatie

3

4



De meeste verzekeraars monitoren IGZ-verbeterafspraken proactief

Medisch-specialistische zorg van aanbieders onder toezicht

Ook analyseerden wij of en hoe zorgverzekeraars de kwaliteit borgen van medisch-specialistische zorg van een specifieke groep aanbieders: de zorgaanbieders die onder verscherpt toezicht (komen te) staan van de IGZ. We constateerden dat verzekeraars zich voor deze borging baseren op IGZ-verbeterafspraken en dat zij die afspraken ook monitoren. Niet alle verzekeraars doen dat even proactief, maar het grootste deel blijkt er goed mee bezig. Op ons verzoek leverde één zorgverzekeraar hier in september 2016 een verbeterplan voor aan.



1

2

3

4

Bereikbare en beschikbare zorg

De zorgverzekeraar moet burgers informeren welke aanbieders zijn gecontracteerd. Voor aanspraken in natura moet hij bovendien zorgen voor bereikbare zorg (genoeg zorgaanbieders binnen een redelijke afstand). Ook moet de zorgverzekeraar kunnen 'bemiddelen': hij moet zijn verzekerden kunnen helpen bij het vinden van een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld als de wachttijden bij een voorkeursaanbieder te lang zijn. Bij een restitutiepolis zijn zorgverzekeraars verplicht om hun verzekerden bemiddeling aan te bieden. Bij een aanspraak in natura heeft de verzekeraar een resultaatverplichting om zorg te leveren. Bemiddeling kan een manier zijn om aan deze resultaatverplichting te voldoen.

Tijdige zorg

Als iemand zorg nodig heeft, wil hij daar niet te lang op hoeven wachten. Dat moet ook niet, anders loopt hij het risico nog zieker te worden. Vanuit hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars daarom (bij aanspraken in natura) zorgen voor tijdige zorg. Meestal gelden Treeknormen: maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgvorm. Deze normen zijn de basis voor contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bovendien zijn de normen leidend in ons toezicht. Zorgverzekeraars moeten erop letten dat de Treeknormen (en andere geldende tijdigheidsnormen) niet worden overschreden. Veel zorgaanbieders moeten, in het kader van transparantie, hun actuele wachttijden publiceren. Dit geldt bijvoorbeeld voor ziekenhuizen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Tijdige ambulancezorg

Sommige vormen van zorg kunnen helemaal niet wachten. Bijvoorbeeld ambulancevervoer. Bij spoed moet een ambulance binnen maximaal vijftien minuten ter plaatse zijn. Dat is van groot belang bij een levensbedreigende situatie zoals na een ongeluk. De norm is dat in ten minste 95% van de spoedmeldingen de ambulance er ook echt binnen vijftien minuten is.

Uit [onderzoek](#) dat wij in april 2016 publiceerden, blijkt dat ambulances niet in alle regio's van Nederland in 95% van de gevallen binnen vijftien minuten ter plaatse zijn. In 2014 waren in zeven van de 24 regio's alle ambulances binnen de normtijd ter plaatse. Zo scoren bijvoorbeeld Zuid-Limburg en Gooi- en Vechtstreek met 97% het hoogst. In Zeeland en Friesland was 91% van de ambulances op tijd.

Voor meer informatie: zie ons [rapport](#).





1

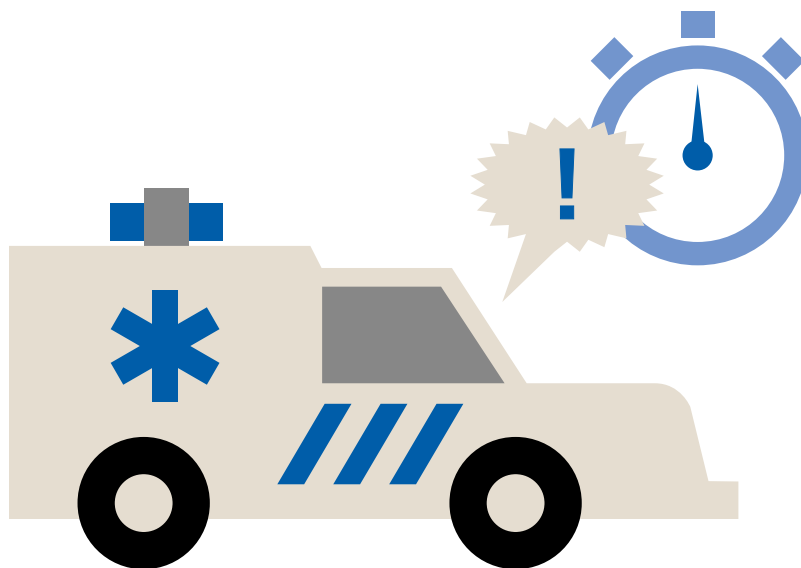
2

3

4

Zorgverzekeraars moeten in actie komen om de responstijd van ambulances te verbeteren. In een aantal regio's is dat nodig om aan hun zorgplicht voor tijdig ambulancevervoer te kunnen voldoen. In de regio's waar de norm niet gehaald wordt, hebben wij zorgverzekeraars gevraagd verbeterplannen op te stellen. Het gaat daarbij om de zorgverzekeraars die als eerst of tweede representerende verzekeraar zorg inkopen. De verbeterplannen hebben wij ontvangen. Op dit moment hebben wij de beoordeling van de plannen nog niet afgerond. Wij zullen de uitvoering van deze plannen monitoren.

*Ambulances zijn niet in alle regio's van Nederland in 95% van de gevallen binnen vijftien minuten ter plaatse
Zorgverzekeraars moeten in actie komen om de responstijd van ambulances te verbeteren*





1

2

3

4

Tijdige medisch-specialistische zorg

Zoals eerder gesteld blijkt uit het rapport Zeventien zorgpolissen nader bekeken dat zorgverzekeraars er niet altijd zicht op hebben of er bij medisch-specialistische zorg een probleem is met wachttijden. Bijna alle zorgverzekeraars leggen de verantwoordelijkheid voor tijdige zorg bij de zorgaanbieders maar monitoren de contractuele afspraken niet of nauwelijks. En als zorgaanbieders de maximale wachttijd (Treek- of andere geldende tijdigheidsnormen) overschrijden dan verbinden verzekeraars daar nu meestal onvoldoende consequenties aan. Mogelijk draagt deze houding eraan bij dat zorg niet tijdig geleverd wordt. Zie ook het kader op [pagina 8](#).

Tijdige ggz

Stel: de ouders van een volwassen kind met autisme zijn op zoek naar zorg voor hun kind. Zij zoeken naar een instelling die gespecialiseerde ggz levert en waar hun kind (naast begeleiding en zorg) ook nog een nuttige dagbesteding kan krijgen. Zij bellen zelf naar instellingen in de regio, maar die geven aan dat de wachttijd maanden en soms zelfs langer dan een jaar kan zijn. Bepaalde wachtlijsten zijn al gesloten omdat er weinig doorstroom in zit.

Ook hier hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Bij een aanspraak in natura moet de zorgverzekeraar deze ouders voorzien van informatie én ervoor zorgen dat hun kind tijdig zorg krijgt, dus conform de Treeknormen.

De NZa maakt zich zorgen over de wachttijden in de gespecialiseerde ggz. Uit [onderzoek](#) blijkt dat voor bepaalde specifieke behandelingen de wachttijd langer is dan de Treeknormen. Ook blijkt dat patiënten op een wachtlijst zich niet altijd realiseren dat hun wachttijd te lang is. Hierdoor komen er weinig signalen en bemiddelingsverzoeken bij zorgverzekeraars en worden zorgaanbieders niet geprikkeld iets aan de wachttijd te doen.

We vroegen verzekeren daarom om signalen over lange wachttijden bij ons te melden. Ook zetten we vervolgacties op. Zo verzochten we zorgverzekeraars verbeterplannen op te stellen voor tijdige gespecialiseerde ggz. Op dit moment hebben wij de beoordeling van de plannen nog niet afgerond.

Ook moet de gespecialiseerde ggz-sector de actuele wachttijden vermelden op hun websites. Als die wachttijden langer zijn dan de Treeknorm dan moet de zorgaanbieder bovendien aangeven dat patiënten elders terecht kunnen of hen verwijzen naar hun zorgverzekeraar. Deze (en andere) verplichtingen voor aanbieders van ggz hebben wij uitgewerkt in onze [Regeling publicatie wachttijden ggz](#). De ingangsdatum van deze regeling is 1 april 2016.

We verwachten van zorgverzekeraars dat zij te lange wachttijden in de ggz aanpakken





1

2

3

4

Toegankelijke geneesmiddelen

In 2015 en 2016 was in het nieuws dat patiënten van hun ziekenhuis niet altijd het geneesmiddel kregen dat zij nodig hadden. Dat was niet alleen kritiek op zorgaanbieders maar ook op zorgverzekeraars. Die moeten er – op grond van hun zorgplicht bij aanspraken in natura – immers voor zorgen dat zorgaanbieders de noodzakelijke geneesmiddelen verstrekken.

Zorgverzekeraars kunnen hier – afhankelijk van de aanspraken in de polis – voor zorgen door die zorg in te kopen bij het ziekenhuis (vooraf) of door de zorg te vergoeden (achteraf). Als een ziekenhuis een geneesmiddel weigert te leveren, dan moet de zorgverzekeraar er – bij een aanspraak in natura – voor zorgen dat de patiënt dit geneesmiddel alsnog krijgt. Bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met het ziekenhuis, of door de verzekerde een alternatief aan te reiken.

Uit [onderzoek \(2015\)](#) blijkt al wel dat er steeds meer nieuwe en dure geneesmiddelen en behandelmethoden beschikbaar komen, ook voor chronische ziekten. Veel ziekenhuizen geven aan dat ze de dure geneesmiddelen straks niet meer kunnen betalen, onder andere vanwege de afspraak dat de zorgkosten niet te veel mogen stijgen. Wij hebben ook [onderzoek](#) gedaan naar dure geneesmiddelen en contractering. In maart 2016 hebben wij hier een [Monitor](#) over gepubliceerd.

Op dit moment onderzoeken wij of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht voor dure geneesmiddelen. Eind 2016 verwachten wij de resultaten van dit onderzoek openbaar te maken en aan te kunnen geven of er vervolgacties nodig zijn.

Bereikbare eerstelijnszorg

Voor bepaalde vormen van [eerstelijnszorg](#) (zoals fysiotherapie en ggz) hebben wij in 2015 de bereikbaarheid in kaart gebracht. De [inkoop en wachttijden voor ggz](#) hebben wij afzonderlijk bekeken. Zo hebben wij onderzocht of er – voor iedere verzekerde met een naturapolis – binnen een bepaalde reistijd een zorgaanbieder is gecontracteerd. Uit ons onderzoek bleek dat zorgverzekeraars dusdanig breed contracteren dat er in Nederland – voor deze vormen van eerstelijnszorg – een goede dekking is.

Zorgverzekeraars sluiten met zeer veel en verschillende zorgaanbieders een contract zodat er in Nederland – voor de door ons onderzochte vormen van eerstelijnszorg – een goede dekking is





1

2

3

4

Kosten voor de patiënt

Voor behandelingen kan een patiënt met veel verschillende soorten eigen kosten te maken krijgen. Dit zijn de kosten die bovenop het bedrag komen dat de basisverzekering dekt. Zo betaalt iedereen met een basisverzekering het verplichte eigen risico. Voor 2016 en 2017 is het eigen risico (voor verzekerden vanaf 18 jaar) 385 euro per jaar. Iedereen kan dit eigen risico vrijwillig verhogen. Verzekerden doen dit bijvoorbeeld als zij weinig zorg verwachten en in ruil voor een hoger eigen risico minder premie willen betalen. Het vrijwillige eigen risico is maximaal 500 euro. Het totale eigen risico (verplicht en eventueel vrijwillig) bedraagt in 2016 en 2017 dus maximaal 885 euro.

Naast het eigen risico gelden voor sommige zorgvormen wettelijke eigen bijdragen. En soms moet iemand voor bepaalde zorg een deel zelf betalen. Bijvoorbeeld het bedrag dat overblijft als een nota hoger is dan het 'marktconforme tarief' dat een restitutiepols maximaal vergoedt. Dit kan het geval zijn als een verzekerde naar een kliniek gaat die onredelijk hoge tarieven hanteert.

Bij een polis met gecontracteerde zorg kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen om een deel van de zorg niet te vergoeden als de verzekerde naar een aanbieder gaat die hij niet gecontracteerd heeft. Onafhankelijk van de gekozen polis moet de zorgverzekeraar de verzekerde kunnen informeren over welke kosten hij zelf moet betalen voor zijn behandeling. Het gaat hierbij in elk geval over het eigen risico, de wettelijke eigen bijdragen en de eventuele bijbetaling

als de verzekerde naar een aanbieder gaat die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Op onze website nza.nl geven wij in een [factsheet](#) meer informatie over deze kosten.

Wij hebben onderzocht of de overzichten van kosten voor patiënten op de websites van de zorgverzekeraars voldoen aan de regels. Het gaat daarbij om de zogenoemde 'mijn-omgeving' waar je als verzekerde je eigen zorgkosten kunt inzien. De [conclusie](#) is dat de informatie die verzekeraars daar laten zien, in orde is.

Dat vinden wij positief. Wij gaan er vanuit dat zorgverzekeraars zich blijven inspannen om de kostenoverzichten voor de verzekerden continu te onderhouden en te verbeteren. Door zulke verbeteringen krijgen verzekerden meer inzicht in hun zorggebruik en kunnen ze bovendien de factuur controleren.

Informatie die verzekeraars geven op de zogenoemde 'mijn-omgeving' ziet er professioneel uit



3. Hoe verloopt het overstappen van zorgverzekeraar als zorg nodig is?



1

Aan het begin van dit rapport gingen we uit van iemand die gezond is en een zorgverzekering wil kiezen. Vervolgens verplaatsten we ons in de positie van iemand die vervolgens ook zorg nodig heeft. En in dit hoofdstuk denken we vanuit de verzekerde die (chronisch) zorg nodig heeft en wil overstappen naar een andere zorgverzekering. Welke vragen heeft hij? Waar loopt hij tegenaan? En wat moet de zorgverzekeraar doen? Overigens gelden bepaalde hierna besproken onderwerpen ook voor verzekerden die (nog) geen zorg nodig hebben.

2

3

Acceptatieplicht

Mensen die iets mankeren kunnen twijfelen of een nieuwe verzekeraar hen wel accepteert. Dat kan dan een reden zijn om niet over te stappen. Maar: voor de basisverzekering geldt dat de zorgverzekeraar een acceptatieplicht heeft. Hij moet dus iedereen accepteren die verzekeringsplichtig is: jong, oud, ziek of gezond.

4

Uit eerder [NZa-onderzoek](#) bleek dat alle zorgverzekeraars dat inderdaad doen. Overigens mogen verzekeraars in uitzonderingsgevallen wel mensen weigeren. Bijvoorbeeld als die persoon al verzekerd is. Of als zijn verzekering in de afgelopen vijf jaar ontbonden of opgezegd is door opzettelijke misleiding of het niet betalen van premie.

Voor een aanvullende verzekering heeft de verzekeraar géén acceptatieplicht: de verzekeraar mag voorwaarden stellen om iemand te accepteren. Zo kan er een medische selectie plaatsvinden. De zorgverzekeraar kan dan bijvoorbeeld vragen stellen over het zorgverleden en de gezondheid.





1

2

3

4

Sturing: weren verzekeraars bepaalde groepen?

De meeste mensen sluiten hun basis- en aanvullende verzekering af bij dezelfde verzekeraar. In 2015 [onderzocht](#) de NZa of zorgverzekeraars de keuze van burgers proberen te sturen via de aanvullende verzekering. Met 'sturen' bedoelen we dat de verzekeraar de aanvullende verzekering aantrekkelijk maakt voor een bepaalde groep verzekerden, en minder voor andere groepen, zodat die andere groepen zich ook niet aanmelden voor de basisverzekering.

Uit dit onderzoek bleek dat zorgverzekeraars – in tegenstelling tot de voorgaande jaren – voor het overgrote deel van de aanvullende verzekeringen geen acceptatievoorwaarden meer hanteren. Een aantal zorgverzekeraars maakte hierover in het [Actieplan Kern-gezond](#) 2015 afspraken en deze zorgverzekeraars hebben zich daar ook aan gehouden. Slechts bij een enkele aanvullende verzekering zijn er nog acceptatievoorwaarden. Het gaat dan om zeer uitgebreide polissen. Bij uitgebreide aanvullende tandartsverzekeringen is er bijvoorbeeld nog bij 25% van de polissen enige vorm van acceptatiebeleid.





1

2

3

4

Risicosolidariteit en risicoselectie

In 2015 en 2016 hebben wij bekeken hoe het staat met de risicosolidariteit en de mogelijke [risicoselectie](#) door zorgverzekeraars.

Risicosolidariteit houdt in dat iedere verzekerde – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – toegang heeft tot goede en betaalbare zorg. Dit is essentieel voor het maatschappelijk draagvlak. Risicosolidariteit betekent ook dat verzekerden die geen of weinig zorg gebruiken via de verzekeringsplicht meebetalen aan de zorg voor chronisch zieken. Als iemand die gezond is minder voor zijn basisverzekering betaalt dan tast dit de solidariteit aan.

‘Risicoselectie’ definiëren we als ‘acties van verzekerden en/of verzekeraars die als doel of gevolg hebben dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd’. Bijvoorbeeld door ongewenste sturing naar een bepaalde polis of van een bepaalde polis vandaan.

Onderzoeken

We zagen tijdens het [kwantitatieve onderzoek](#) van 2015 bij zeven zorgpolissen sterke aanwijzingen voor een ‘selectieve populatie’. Dat is een populatie die gemiddeld gezien gunstige of juist minder gunstige gezondheidsrisico’s heeft dan het landelijk gemiddelde. Ook zagen wij een aanwijzing voor selectieve in- én uitstroom van verzekerden. Bij twintig polissen zagen wij beperkte aanwijzingen voor selectie. Dit is op een totaal van de 71 polissen die in 2015 op de markt zijn gebracht.

Tijdens het [kwalitatieve onderzoek](#) van 2016 duiden we de eerdere kwantitatieve resultaten en bekeken we hoe het is gesteld met de risicosolidariteit. Onze belangrijkste bevinding is dat verzekerden en verzekeraars er momenteel gezamenlijk in slagen om een solidaire zorgverzekeringsmarkt tot stand te brengen. Vanwege hun wens naar stabiliteit streven veel (en vooral de grote) zorgverzekeringsconcerns naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de samenleving. Hiertoe doen zij aan kruissubsidiëring binnen hun concern: zij gebruiken de positieve financiële resultaten van de ene polis om ook verliesmakende polissen te kunnen aanbieden. De winst op een budgetpolis die vooral jonge, gezonde overstappers aantrekt, wordt bijvoorbeeld gebruikt om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden die veel chronisch zieken afsluiten.

Conclusies

Zorgverzekeraars dragen bij aan het vertrouwen in een risicosolidaire markt. We troffen onder zorgverzekeraars geen risicoselectie aan – op enkele gevallen na. In die uitzonderingsgevallen ging het om intermediairs of grote collectiviteiten. We hebben de betrokken zorgverzekeraars hier individueel op aangesproken.

Zorgverzekeraars dragen bij aan het vertrouwen in een risicosolidaire markt





1

2

3

4

Premiedifferentiatie

De zorgverzekering kent een verbod op premiedifferentiatie: de grondslag van de premie voor de basisverzekering moet gelijk zijn voor alle verzekerden met dezelfde verzekeringspolis van een bepaalde zorgverzekeraar. Het gaat daarbij om varianten waarbij de te verzekeren prestaties of de keuzemogelijkheden voor aanbieders van zorg (of overige diensten) niet van elkaar verschillen.

Dat is niet helemaal vanzelfsprekend. Een klassieke schadeverzekeraar brengt premies in rekening die afhankelijk zijn van het verzekerde risico. Bij een zorgverzekering mag de premie die een zorgverzekeraar rekent alleen verschillen als het gaat om een andere polis. Dus als de polis verschilt in prestaties en/of keuzemogelijkheden.

Daarom hebben wij in ons [onderzoek naar risicoselectie](#) ook naar premiedifferentiatie gekeken. Hieruit kwam naar voren dat er soms verschillende verschijningsvormen zijn van dezelfde basispolis, waarvoor verschillende premies gelden. Bijvoorbeeld binnen een bepaald concern. Dat vinden wij onwenselijk omdat het zo voor verzekerden moeilijker wordt om te kiezen tussen de basispolissen. Met ingang van 1 november 2016 hebben wij daarom onze [transparantieregels](#) aangescherpt. Wij verplichten zorgverzekeraars om met ingang van 2017 in een overzicht op hun website aan te geven wanneer binnen een concern polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn.





1

Acties risicoselectie en premiedifferentiatie

Om premiedifferentiatie op concernniveau te voorkomen, hebben wij drie maatregelen getroffen:

- We hebben de transparantie-eisen aangescherpt;
- In 2017 onderzoeken we de mogelijkheden om het verbod op premiedifferentiatie nader te duiden;
- We blijven de ontwikkelingen rondom risicoselectie en risicosolidariteit de komende jaren nauwlettend volgen. Daarbij nemen wij in het bijzonder de gesignaleerde prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie mee.

2

Aan de minister hebben wij de volgende aanbevelingen meegegeven:

- zoveel mogelijk de prikkels voor risicoselectie weg te nemen door verdere verbetering van het risicoverevingsysteem, en
- het verbod op premiedifferentiatie aan te passen op de huidige praktijk zodat handhaving op concernniveau mogelijk wordt.

3

Waar er op dit moment nog geen sprake is van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars kan dat in de toekomst anders worden. Zo worden zorgverzekeraars risicodragender. Daarnaast bestaat de kans dat zorgverzekeraars meer op winst gericht gaan handelen. Onder meer door het opvraagbaar worden van reserves van de voormalige ziekenfondsen wanneer zorgverzekeraars hun statuten gaan wijzigen.

4

Wij hebben de minister in overweging gegeven om – wanneer de omstandigheden daar om vragen – het vrijwillig eigen risico en de ‘budgetpolissen’ als bestaande mogelijkheden voor risicoselectie te herbezien.

Dat kan wel negatieve gevolgen hebben voor de keuzevrijheid van verzekerden, waardoor het draagvlak voor de risicosolidariteit kan afnemen. Ook beperkt dit de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om selectief in te kopen. Ten slotte zal ook de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zich in de markt te profileren afnemen.

Appel op zorgverzekeraars om:

1. risicosolidariteit beter te borgen door een expliciete risicosolidariteitstoets in te bouwen in het productontwikkelingsproces;
2. de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor risicosolidariteit tot uiting te laten komen in een scherpere sturing op het gedrag van distributiepartners, zoals intermediairs en collectiviteiten.





1

2

3

4

Risicoverevening: hoe werkt het?

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen – ziek of gezond – tegen dezelfde premie te accepteren voor een zorgverzekering. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars op andere manieren selecteren op kenmerken van verzekerden, is het risicovereveningssysteem ingesteld. Dit systeem compenseert zorgverzekeraars voor voorspelbare gezondheidsverschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Die financiële compensatie komt uit het Zorgverzekeringsfonds, dat in 2015 en 2016 [ruim 22 miljard euro](#) bevatte en jaarlijks gevuld wordt door de overheid.

Zorgverzekeraars worden gecompenseerd op basis van onder meer de leeftijd, het geslacht en de gezondheidsverschillen in hun verzekerdenportefeuille. Dit noemen we vereveningskenmerken. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars meer compensatie voor verzekerden met voorspelbaar hoge zorgkosten dan voor verzekerden met voorspelbaar lage zorgkosten.





Continuïteit van zorg

Het komt elk jaar meermalen voor dat zorgaanbieders in de (financiële) problemen raken en daardoor geen zorg meer kunnen verlenen. Voor zorgaanbieders zijn de risico's op financiële problemen groter dan voor zorgverzekeraars. Zie hiervoor ook ons [onderzoeksrapport](#) uit juni 2015.

1

Als een zorgaanbieder geen zorg meer kan verlenen, dan heeft de zorgverzekeraar de plicht om alles te doen wat nodig is om de verzekerde bij een andere zorgaanbieder onder te brengen. Bij deze overdracht mag de gezondheid van de verzekerde niet in gevaar komen. De overdracht naar een nieuwe aanbieder is bij een polis met een aanspraak in natura onderdeel van de zorgplicht van de verzekeraar. Bij restitutie heeft de verzekerde recht op bemiddeling naar een andere zorgaanbieder.

2

3

Als de zorgverzekeraar de [continuïteit van cruciale zorg](#) niet meer kan borgen – en daar echt niets meer aan kan veranderen – dan moet hij dit melden bij de NZa. De minister van VWS kan in zulke gevallen van overmacht besluiten om een 'vangnetstichting' op te richten. Daarmee kan de cruciale zorg alsnog geborgd worden. Tot nu toe is er nog nooit een vangnetstichting opgericht.

4

De vangnetregeling geldt alleen maar voor [cruciale zorg](#).

Met betrekking tot alle overige zorg zal de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht afspraken moeten maken met andere zorgaanbieders om patiënten goed over te dragen en/of budgetten eventueel uit te breiden. Is er geen goed alternatief voor een zorgaanbieder? Dan moet de zorgverzekeraar kijken of het mogelijk is om zulke afspraken te maken met de oorspronkelijke, in problemen geraakte zorgaanbieder dat deze toch de noodzakelijke zorg kan blijven leveren.

Wij zien erop toe dat zorgverzekeraars correct handelen als zorgaanbieders in de problemen komen. Zo vragen we de zorgverzekeraars bijvoorbeeld naar een draaiboek in geval van een faillissement en houden we een vinger aan de pols hoe zorgverzekeraars ervoor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen die ze nodig hebben.

We hebben een wisselend beeld van het beleid dat zorgverzekeraars hebben als aanbieders in de (financiële) problemen komen. Niet alle zorgverzekeraars zijn op dit vlak even proactief. Sommigen zoeken oplossingen, anderen wachten af. Tot nu toe hebben de zorgverzekeraars – in dit kader – steeds aan hun zorgplicht voldaan. Dat is een goed teken.





1

2

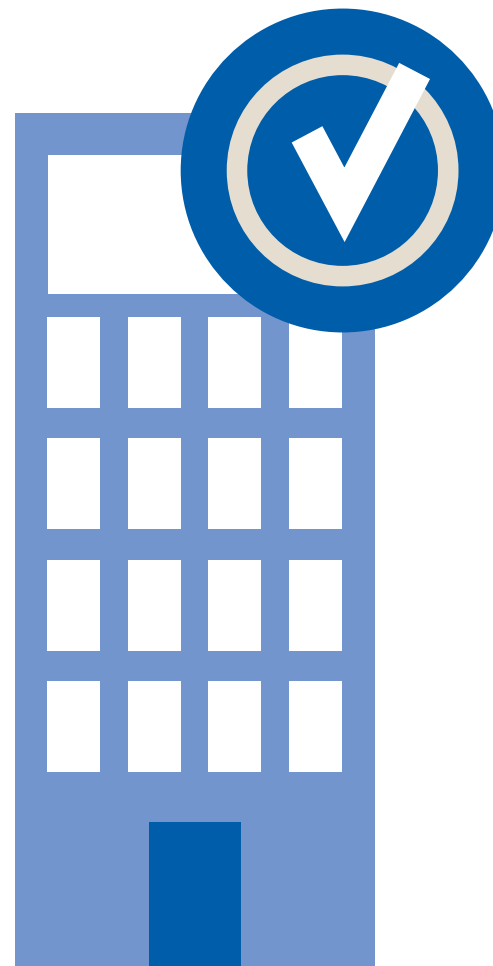
3

4

Aanbieders in de problemen: behielden burgers hun zorg?

Verskillende aanbieders van thuiszorg gingen in 2016 failliet of werden overgenomen. De NZa controleerde bij de zorgverzekeraars of de zorg aan verzekerden gegarandeerd bleef. Soms werd de zorgaanbieder door een andere partij overgenomen, waarna de zorg door kon gaan. In een andere situatie bood de zorgverzekeraar extra financiële middelen zodat de zorglevering bij de betreffende aanbieder gegarandeerd bleef. De zorgverzekeraars voldeden hier aan hun zorgplicht: de verzekerden kregen de zorg waar ze recht op hadden.

*De zorgverzekeraars voldeden aan hun
zorgplicht: de verzekerden kregen de zorg
waar ze recht op hadden*





1

2

3

4

Financiële verantwoording door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars leveren jaarlijks een groot aantal (financiële) verantwoordingen op met gegevens van verzekerden en zorgkosten. Via het risicovereveningsmodel worden op basis van de vereveningskenmerken de verwachte zorgkosten berekend en wordt de compensatie per zorgverzekeraar jaarlijks bepaald. De berekeningen in het model worden uitgevoerd door het [Zorginstituut Nederland](#) (verder: het Zorginstituut). De NZa beoordeelt of de zorgverzekeraars de benodigde financiële informatie juist en tijdig aanleveren. Het onderzoek is op het moment van publiceren van dit rapport nog niet afgerond. Op 1 december 2016 melden wij het Zorginstituut of de recente (financiële) verantwoordingen van de zorgverzekeraars volgens ons juist zijn.

Voor een goede risicoverevening bekijken wij onder meer of zorgverzekeraars de juiste aantallen en kenmerken van verzekerden hanteren. Zorgverzekeraars weten uiteraard dat iedereen verplicht is om een zorgverzekering af te sluiten als hij in Nederland woont en/of werkt. Maar uit onderzoek blijkt dat de verzekeraars *niet* altijd weten wanneer zij burgers in- en uit moeten schrijven, en hoe het nu precies zit met het uitschrijven van verzekerden waarbij twijfel bestaat over de verzekeringsplicht. Zoals arbeidsmigranten of (buitenlandse) studenten. De vraag was of zorgverzekeraars een aantal handelingen moeten verrichten om er zeker van te zijn of iemand zich moet verzekeren. En als de gerede twijfel niet weggenomen kan worden,

moet de verzekering dan beëindigd worden of niet? Zorgverzekeraars willen hier duidelijkheid over hebben. In samenwerking met onder meer de Sociale Verzekeringsbank hebben zij een richtlijn opgesteld over hoe zij moeten handelen.

Het is voor zorgverzekeraars niet altijd duidelijk wanneer zij burgers moeten in- of uitschrijven als verzekerde

Declaratiecontrole door zorgverzekeraars

Verzekerden hebben recht op correcte zorgnota's. Zorgaanbieders moeten daarom correcte nota's sturen en zorgverzekeraars moeten de declaraties van die aanbieders controleren (rechtmatigheidscontroles).

Verzekeraars mogen namelijk alleen correct gedeclareerde zorg vergoeden. Als zij declaraties vergoeden voor zorg die niet is verleend, als een te hoog tarief in rekening is gebracht of als de declaratie om andere redenen niet correct was, dan kan dat leiden tot onwenselijke situaties. Bijvoorbeeld tot een onnodige verhoging van de premies. Of een te hoge bijdrage aan zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds.





1

2

3

4

Zorgverzekeraars verantwoorden zich jaarlijks over de uitvoering van de formele en materiële controles, gepast gebruik en fraude. Zij doen dit door middel van een uitvoeringsverslag. Het criterium van 'gepast gebruik' houdt in dat geleverde zorg voor de basisverzekering per definitie 'evidence-based' moet zijn (oftewel: dat het in lijn is met de 'stand van de wetenschap en praktijk') en dat de patiënt er gezien zijn aandoening 'redelijkerwijs op aangewezen moet zijn'. Is dat niet het geval? Dan valt deze zorg niet onder de basisverzekering.





Toezicht op declaratiecontroles

Wij onderzoeken of de zorgverzekeraars de controles op de declaraties goed uitvoeren. Dat noemen we 'toezicht op de beheersing van de declaratiestromen'.

1

De zorgverzekeraars hebben de uitvoering van hun controletaken over de afgelopen jaren verbeterd en voeren ze voldoende uit. Daarom gaan wij in ons vernieuwde toezicht weer meer uit van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de keuzes en motivaties bij de uitvoering van hun controletaken.

2

Op verschillende plaatsen in de zorg ziet de NZa dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nieuwe afspraken maken over de manier waarop zij zorgdeclaraties controleren. Wij vinden dit een positieve ontwikkeling. In februari 2016 hebben wij onze [zienswijze op horizontaal toezicht](#) gepubliceerd.

3

4

Voor ons toezicht focussen we op enkele onderdelen van de declaratieprocessen die de zorgverzekeraars in onze ogen kunnen verbeteren. Dit betreffen:

- het gebruikmaken van het geautomatiseerde systeem door zorgverzekeraars om zorgdeclaraties te controleren;
- het meer gebruik maken van analyse-instrumenten door zorgverzekeraars om afwijkende declaratiepatronen op te sporen;
- de tijdigheid van controles door zorgverzekeraars;
- het inventariseren of zorgverzekeraars contractuele afspraken maken met zorgaanbieders over 'gepast gebruik' van zorg voor hun verzekerden.

In onze thematische onderzoeken inventariseren wij voor elk onderdeel welke ontwikkelingen individuele zorgverzekeraars op dat punt doormaken.

We hebben onze thematische onderzoeken nog niet afgerond op het moment dat dit rapport gepubliceerd wordt. Naar verwachting is die afronding begin 2017 een feit. We koppelen dan terug hoe de sector ervoor staat op het gebied van de geselecteerde thema's, laten zo mogelijk goede voorbeelden uit de praktijk zien en geven aan wat onze visie is.





1

2

3

4

Toezicht op controle van gepast gebruik

De afgelopen jaren keken wij hoe zorgverzekeraars achteraf controleerden of er bij zorg wel sprake was van gepast gebruik. Omdat de zorgverzekeraar niet alles kan controleren, moet hij vóóraf afspraken maken met aanbieders en op die manier de declaratiestromen beter beheersen. Daarom onderzoeken we nu ook hoe zorgverzekeraars met zorgaanbieders zorgen voor gepast gebruik. Dat kunnen ze bijvoorbeeld hebben gedaan via inkoopafspraken of door het hanteren van kwaliteitsstandaarden. Naar verwachting brengen we de resultaten begin 2017 naar buiten.

Toezicht op privacybescherming

Zorgverzekeraars moeten zich bij het controleren van declaraties houden aan de privacyregels. In de [Regeling zorgverzekering](#) zijn voorwaarden opgenomen voor het uitvoeren van materiële controles.

In 2016 hebben wij onderzocht hoe zorgverzekeraars omgaan met de [privacyregeling ggz](#). Als verzekerden gebruik maken van deze privacyregeling dan vermeldt de zorgaanbieder geen diagnose-informatie op de declaratie. Daar is een door de verzekerde en de zorgaanbieder getekende privacyverklaring voor nodig, die aan de verzekeraar wordt overlegd.

Zorgverzekeraars leven deze privacyregeling in het algemeen goed na. Ook biedt de interne organisatie van zorgverzekeraars goede waarborgen voor correcte verwerking van medische persoonsgegevens. Dat staat in ons [rapport](#) dat in september 2016 is verschenen. Aanleiding voor het onderzoek waren signalen dat de regeling niet goed werd nageleefd.





1

Slechts één verzekeraar voerde de privacyregeling ggz niet goed uit: hij vroeg diagnose-informatie op waar dat niet mocht. De NZa heeft deze verzekeraar hierop gewezen en verplicht om tot en met maart 2017 periodiek aan de NZa te rapporteren over de juiste uitvoering van de privacyregeling ggz. Verder hebben individuele verzekeraars aanbevelingen van ons gekregen om de uitvoering van de privacyregeling nog verder te verbeteren. Deze aanbevelingen hebben we afgestemd met de [Autoriteit Persoonsgegevens](#).

2

Alle verzekeraars reageerden positief op de aanbevelingen en een aantal heeft deze inmiddels overgenomen. Het gaat bijvoorbeeld om een duidelijkere beschrijving van de wijze waarop de privacyregeling ggz wordt uitgevoerd. Ook is het nuttig het privacybeleid in één document vast te leggen. Een andere aanbeveling is dat zorgverzekeraars zich bij het uitvoeren van controles open en aanspreekbaar opstellen richting zorgaanbieders.

3

Zorgverzekeraars leven de privacyregeling in het algemeen goed na

4

Toezicht op ontvangst compensatiebedragen bij wanbetaling

Als iemand zijn premie voor de basisverzekering niet kan betalen, dan blijft hij in beginsel wel verzekerd, maar komt in de wanbetalersregeling terecht. Heeft iemand de premie langer dan zes maanden niet betaald? Dan meldt de zorgverzekeraar hem aan bij het Zorginstituut voor het 'bestuursrechtelijke premieregime'. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraar een bijdrage voor het verzekerd houden van de wanbetaler. Dit geld komt uit het Zorgverzekeringsfonds (compensatiebedragen). Het Zorginstituut int daarnaast een bestuursrechtelijke premie bij de wanbetaler. Die premie wordt, indien mogelijk, direct ingehouden op het salaris of de uitkering en is hoger dan de normale premie. Wanneer inhouding niet mogelijk is, int het [Centraal Justitieel Incassobureau](#) (CJIB) de bestuursrechtelijke premie. Het CJIB ontvangt dan ook rechtstreeks van de Belastingdienst de zorgtoeslag waar de wanbetaler recht op had.

De NZa beoordeelt of zorgverzekeraars voldoen aan de voorwaarden om deze compensatiebedragen te ontvangen. Hiervoor kijken wij naar hun processen voor wanbetalers. In 2017 volgt een onderzoeksrapport hierover.





1

2

3

4

Zorgverzekeraars over hun uitvoering van de Zvw: wat vinden ze zelf?

In dit rapport beschrijven we hoe wij vinden dat zorgverzekeraars de Zvw uitvoeren. Maar ze moeten hier ook zelf over rapporteren. Dat doen zij in hun 'uitvoeringsverslag'. Elke zorgverzekeraar stuurt jaarlijks zo'n verslag naar ons toe. Hierin verantwoorden zij zich over de uitvoering van hun wettelijke taken uit de Zvw.

Alle zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag over 2015 aan dat zij voldoen aan de acceptatieplicht en dat ze het verbod op premiedifferentiatie niet overtreden. Eventuele knelpunten of problemen bij de zorgplicht kunnen zorgverzekeraars zelf oplossen met alternatieven. Zo hebben zij – volgens hun uitvoeringsverslagen – de schaarste in de specialistische ggz opgelost via bemiddeling van verzekerden en het contracteren van extra zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars moeten ook aangeven of zij voldoen aan de [Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap](#) (Gedragscode) van ZN. Hun antwoord heeft invloed op ons oordeel over hun functioneren. Zorgverzekeraars hebben in de Gedragscode vastgelegd hoe zij (vanuit de eigen positie en taak) hun maatschappelijke rol willen invullen. Hierbij zijn drie basiswaarden van belang: zekerheid, betrokkenheid en solidariteit.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij de Gedragscode naleven. De toelichting hierop verschilt. De helft van de verzekeraars geeft bijvoorbeeld aan te handelen conform de Gedragscode, zonder dit nader toe te lichten. Andere zorgverzekeraars geven per regel uit de Gedragscode aan hoe zij hier invulling aan geven. En weer andere verzekeraars doen dit per onderwerp uit de Gedragscode.

*Alle zorgverzekeraars
geven zelf aan dat
zij voldoen aan de
acceptatieplicht, het verbod
op premiedifferentiatie
niet overtreden en de
Gedragscode naleven*

4. Hoe voeren de zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uit?



1

Het toezicht op zorgverzekeraars – en in het bijzonder op de zorgplicht en de transparantie van informatie – heeft voor ons hoge prioriteit. In al onze toezichtactiviteiten stimuleren we zorgverzekeraars om hun rol proactief op te pakken. Zorgverzekeraars hebben namelijk een belangrijke maatschappelijke rol. De burger sluit een zorgverzekering af omdat dat moet, maar vooral ook om zorg te kunnen krijgen wanneer hij dat nodig heeft. Iedereen moet goede toegang hebben tot zorg. Solidariteit vormt daarom de basis van de Zvw.

2

Wettelijke plichten

Omdat de maatschappelijke rol van de zorgverzekeraars zo belangrijk is, is het óók belangrijk dat er wettelijke plichten zijn waaraan de zorgverzekeraars zich moeten houden, en dat de burger daarop kan vertrouwen. Bijvoorbeeld de acceptatieplicht en de inhoud van de basisverzekering. Maar ook transparantie, zorgplicht en een goede uitvoering van de controletaken voor de risicoverevening.

3

4

Risicoselectie

Over risicoselectie concluderen we in 2016 dat verzekerden en verzekeraars er gezamenlijk in slagen om een solidaire zorgverzekeringsmarkt tot stand te brengen. Veel zorgverzekeraars – met name de grote – streven naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de samenleving. We hebben onder zorgverzekeraars geen risicoselectie aangetroffen, op enkele gevallen van ongewenste sturing na. In die gevallen ging het om handelingen van intermediairs of grote collectiviteiten. We hebben de betrokken zorgverzekeraars hier individueel op aangesproken.

Verzekeringsvoorwaarden

Aan de modelpolissen zien we dat de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars voldoen aan de eisen van de Zvw. Dit betekent dat iedere verzekerde vanuit zijn verzekering recht heeft op zorg, als hij dat nodig heeft. We zien ook dat er steeds minder vaak voorwaarden worden gesteld voor de acceptatie van een aanvullende verzekering. Bovendien zijn er sinds 2016 minder/vrijwel geen polissen meer die gericht zijn op bepaalde doelgroepen. Verder is de mijn-omgeving (persoonlijke omgeving op website waar je als verzekerde je eigen zorgkosten kunt inzien) bij alle zorgverzekeraars in orde. De afgelopen jaren hebben we bovendien gezien dat zorgverzekeraars hun controletaken goed hebben opgepakt.





1

2

3

4

Transparantie

Ook op het gebied van transparantie hebben zorgverzekeraars stappen gezet. Zij willen de polissen overzichtelijker maken en het overstappen vergemakkelijken. Tegelijkertijd zien we ook verbeterpunten. Bijvoorbeeld op het gebied van transparantie over de financiële aspecten en de kwaliteit van zorg. Verzekeraars zelf erkennen dat ook. Daarom hebben wij onze regels hierover aangescherpt.

Zorgplicht:

Zorgverzekeraars voeren de zorgplicht goed uit. Vrijwel alle verzekerden krijgen de zorg die zij nodig hebben. Op het gebied van tijdig ambulancevervoer en wachtlijsten in de ggz zien wij mogelijkheden tot verbetering. De wachttijden voor de medisch-specialistische zorg vragen extra aandacht. Vooral als deze de Treeknormen overschrijden. Wij verwachten dat zorgverzekeraars een nog proactievere houding aannemen. Goede resultaten zijn al behaald.

Controletaken risicoverevening

De zorgverzekeraars hebben de uitvoering van hun controletaken over de afgelopen jaren verbeterd en voeren ze voldoende uit. Daarom gaan wij in ons vernieuwde toezicht weer meer uit van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de keuzes en motivaties bij de uitvoering van hun controletaken.

Privacy

Zorgverzekeraars leven de privacyregeling ggz in het algemeen goed na. Ook biedt de interne organisatie van zorgverzekeraars goede waarborgen voor correcte verwerking van medische persoonsgegevens. Wij hebben individuele verzekeraars aanbevelingen gedaan om de uitvoering van de privacyregeling verder te verbeteren. Dit hebben wij afgestemd met de Autoriteit Persoonsgegevens. Alle verzekeraars hebben positief op de aanbevelingen gereageerd en sommige verzekeraars hebben deze al opgevolgd.





1

2

3

4

Positieve bevindingen en verbeterpunten

Zorgverzekeraars nemen hun maatschappelijke rol serieus. Wij zien in ons toezicht dat zij de polissen overzichtelijker en overstappen makkelijker willen maken. Vrijwel alle verzekerden krijgen gewoon de zorg die zij nodig hebben. Zorgverzekeraars voeren hier hun taak – de uitvoering van de zorgplicht – goed uit.

Wel vinden we de verzekeraars bij complexe vraagstukken en problemen met tijdigheid nog te reactief. Zo zijn wij van mening dat de zorgverzekeraars beter moeten handelen op het gebied van tijdig

ambulancevervoer en wachtlijsten in de ggz. Daarnaast verdienen de wachttijden voor de medisch-specialistische zorg extra aandacht waar die wachttijden de Treeknormen overschrijden.

Wij verwachten dat zorgverzekeraars op deze vlakken een actieve houding aannemen; dat ze proactief zijn en dat ook laten zien, bijvoorbeeld door goede resultaten te delen. Initiatieven van zowel de branchevereniging als van alle individuele zorgverzekeraars geven ons het vertrouwen dat zorgverzekeraars dit zelf ook willen.





Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: info@nza.nl

Vormgeving

Optima Forma bv

