



Nederlandse
Zorgautoriteit

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

254311/370217

Onderwerp

Samenvattend rapport Zvw 2016

Datum

17 augustus 2017

Mevrouw de Minister,

Met deze brief sturen wij u het samenvattend rapport over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars in 2016. Dit rapport stellen wij vanaf half september ook beschikbaar op onze website.

Rapport

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt elk jaar een samenvattend rapport uit over de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars.

Het rapport dat nu voorligt, geeft ons oordeel over de onderwerpen zorgplicht, transparantie, verbod op premiedifferentiatie, financiële verantwoordingen en controle op declaratiestromen. Het geeft bovendien het totaalbeeld van de NZa over de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars in 2016.

Ons rapport is een peilmoment. Het beeld over de uitvoering moet in samenhang worden gezien met afgesloten en (door)lopende themaonderzoeken.

Het samenvattend rapport wordt elk jaar voor 1 november aan u toegestuurd. Anders dan vorig jaar brengen we het samenvattend rapport ruim voor die wettelijke deadline uit. Wij gaan het rapport in september publiceren.

Zorginstituut Nederland

Voor 1 december 2017 informeren wij Zorginstituut Nederland via een afzonderlijke samenvattende rapportage over de (jaarlijkse) financiële verantwoording van de zorgverzekeraars.

Veertien dagen termijn

Wij hebben met u afgesproken dat wij onze publicaties niet eerder dan veertien dagen na toezending openbaar maken. Dat geeft u de gelegenheid om een reactie aan de Tweede Kamer voor te bereiden.

Kenmerk

254311/370217

Pagina

2 van 2

Dat geldt ook voor de inhoud van dit rapport. In de tweede helft van september publiceren wij dit rapport op nza.nl.

Informatie

Voor vragen of opmerkingen kunt u contact laten opnemen met de heer drs. I.W. K (plaatsvervangend directeur Directie Toezicht en Handhaving). Via telefoonnummer of e-mail


Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Augustus
2017



Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2016



Inhoud

-  Samenvatting
-  Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit?
-  De verzekering
-  De zorg
-  De rekening





1

2

3

4

Samenvatting

Iedereen —jong en oud, arm en rijk, ziek en gezond— in Nederland moet erop kunnen vertrouwen dat er op tijd goede en betaalbare zorg beschikbaar is als die nodig is. Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Bij de uitvoering van hun taken moeten zij zich ook houden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt hier toezicht op. Dit rapport is een weergave van ons toezicht in 2016 en de eerste helft van 2017. Het geeft het overzicht van onze eerder uitgevoerde en gepubliceerde toezichtactiviteiten op het gebied van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op basis daarvan geven we een samenvattend oordeel over hoe de zorgverzekeraars het hebben gedaan in 2016. Ook geven we waar mogelijk een update van onze activiteiten in 2017.

Opbouw rapport

Het kalenderjaar is voor zowel burgers, zorgverzekeraars als de NZa op te delen in diverse activiteiten die steeds terugkeren op hetzelfde moment. Een jaarlijks terugkerende cyclus.

In dit rapport koppelen we de verslaglegging van ons toezicht aan zaken waarmee niet alleen burgers, maar ook zorgverzekeraars in de loop van het jaar te maken krijgen.

Het begint voor het gevoel van burgers vaak in het najaar, als de nieuwe zorgverzekeringpolis wordt verstuurd. Ga ik overstappen naar een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar? Zal ik een aanvullende verzekering afsluiten of niet? Hoofdstuk 2 gaat over de zorgverzekering.





*

1

2

3

4

Vervolgens kan het zijn dat iemand zorg nodig heeft. Daarover gaat het derde hoofdstuk van dit rapport (De zorg). En nadat de burger zorg gekregen heeft, ontvangt hij of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Daarover gaat het vierde hoofdstuk (De rekening). De basis van het rapport blijft dezelfde als in voorgaande jaren: een verslag hoe de Zvw in het afgelopen kalenderjaar is uitgevoerd.

Het rapport geeft weer in hoeverre zorgverzekeraars:

- iedereen die zich aanmeldt voor een zorgverzekering accepteren (acceptatieplicht);
- ervoor zorgen dat de verzekerde de zorg of een zorgvergoeding krijgt als hij daar recht op heeft (zorgplicht);
- voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren (verbod op premiedifferentiatie);
- helder zijn bij hun informatieverstrekking (transparantie);
- hun financiële verantwoording op orde hebben;
- controleren of de ingediende zorgnota's correct zijn.



t
in



*

1

1. Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit?

2

Hoe presteerden de zorgverzekeraars in 2016?

De zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol in ons Nederlandse zorgstelsel. Burgers sluiten een zorgverzekering af omdat dat verplicht is, maar vooral ook om zorg te kunnen krijgen wanneer zij dat nodig hebben.

3

Vanwege die maatschappelijke rol zijn er wettelijke plichten waaraan de zorgverzekeraars zich moeten houden. De NZa houdt daar toezicht op door onderzoeken en gerichte acties uit te voeren. Daarbij stellen we prioriteiten. We richten ons op de belangrijkste risico's en problemen.

4

In ons toezicht zien we dat zorgverzekeraars op verschillende gebieden op een goede wijze invulling geven aan hun wettelijke taken en hun maatschappelijke rol.

We zien dit aan:

- De bijdrage die zorgverzekeraars leveren aan het vertrouwen in een risicosolidaire markt. Zorgverzekeraars accepteren iedereen die verzekeringsplichtig is: jong, oud, ziek of gezond. Het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd, behalve in twee gevallen waarin we hebben opgetreden. Zoals we in onze brief over acties van de NZa voor en tijdens de overstapperiode aan de minister van VWS hebben aangegeven, boden twee zorgverzekeraars ondanks dit verbod vergelijkbare polissen aan met een verschillend tarief. Dit hebben zij op aanwijzing van de NZa aangepast.
- Het feit dat zorgverzekeraars hun financiële verantwoordingen voor de verevening al jaren goed op orde hebben.
- Zorgverzekeraars de laatste jaren steeds beter controleren of de ingediende zorgnota's correct zijn.
- Zorgverzekeraars de wanbetalersregeling goed uitvoeren.

t

in





1

Op twee onderdelen zien we dat verzekeraars, ondanks de goede inspanningen die zij al verrichten, beter kunnen presteren:

- Voldoen aan de zorgplicht. Dit betreft met name een pro-actievere houding bij complexe zorgvragen of wachttijdproblematiek, zodat verzekerden (tijdig) de zorg krijgen die ze nodig hebben.
- Heldere informatieverstrekking aan burgers. Zorgverzekeraars zetten voortdurend stappen op dit terrein, maar een aandachtspunt blijft de kwaliteit van de informatieverstrekking, zowel telefonisch als op de website. Ook de vindbaarheid van informatie op de websites behoeft aandacht.

Het is aan zorgverzekeraars om hun maatschappelijke rol en spilfunctie in het zorgstelsel te vervullen.

Als we toezichtactiviteiten uitvoeren, proberen we te stimuleren dat zorgverzekeraars hun rol op alle gebieden proactief oppakken. Wij blijven dit doen door in gesprek te gaan met zorgverzekeraars. Ook organiseren we bijeenkomsten waarin we met elkaar spreken en discussiëren over de oorzaken en oplossingen van problemen. We hebben gemerkt dat zorgverzekeraars hiervoor openstaan. Zo nodig treft de NZa ook formele maatregelen.

Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zorgverzekeringswet, voeren wij gerichte onderzoeken en acties uit. We bepalen door analyses welke problemen in de zorg het belangrijkst zijn, in welke sectoren die zich (kunnen) voordoen en aangepakt moeten worden. Daarnaast reageren we op actualiteiten en op meldingen die we krijgen. Wij richten ons toezicht vooral op de gebieden waar zich (mogelijke) problemen voor burgers voordoen.

De NZa gaat andere accenten leggen in het toezicht op de zorgverzekeraars. In de eerste jaren van het nieuwe zorgstelsel legden we vooral de nadruk op de betaalbaarheid van zorg, nu ligt onze focus meer op de toegankelijkheid van zorg (zorgplicht) en de toegankelijkheid van de zorgverzekering.

In 2016 en 2017 focussen we ons toezicht op de zorgplicht en op transparante informatieverstrekking. Deze onderwerpen hebben we mede gekozen op basis van gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumentenorganisaties en het ministerie van VWS. Ook baseren we ons op signalen vanuit de media.

t
in



*

1

2

3

4

Bovendien sluiten de onderwerpen aan bij een aantal voor burgers belangrijke thema's omtrent wachttijden en het overstapeseizoen. De zorgverzekeraar moet burgers goed informeren. Burgers kunnen deze informatie gebruiken om keuzes te maken over eventueel overstappen, maar ook welke zorgaanbieder of behandeling het beste past. Ook moeten zorgverzekeraars voldoende goede zorg voor een betaalbare prijs inkopen voor hun verzekerden. Daarnaast sluit deze focus ook aan bij de verdere ontwikkeling van ons toezicht, waarbij we ons steeds meer richten op maatschappelijke problemen binnen ons toezichtsgebied en oplossingen daarvoor willen realiseren. Daarbij stellen wij ons actiegericht op als een proactieve toezichthouder die niet alleen tekortkomingen signaleert en (achteraf) corrigeert, maar zelf ook ingrijpt om risico's te verkleinen, bijvoorbeeld door regels aan te passen. Daarbij sluiten we zoveel mogelijk aan bij de behoeften en mogelijkheden van de praktijk.

Zorgplicht

Op grond van de Zvw moet de zorgverzekeraar zijn verzekerden de benodigde zorg leveren of vergoeden. Zo nodig moet hij voor hen bemiddelen voor zorg. Dit is de zorgplicht van de zorgverzekeraar, een van de belangrijkste waarborgen in ons zorgstelsel.

De zorgplicht uitvoeren is een van de kerntaken van zorgverzekeraars. Over het algemeen voeren zorgverzekeraars dit goed uit en krijgen verzekerden de zorg die ze nodig hebben.

Wel vinden we dat zorgverzekeraars zich actiever moeten opstellen bij complexe zorgvragen of wachttijdproblematiek. Dus niet alleen voldoende zorg inkopen, maar ook inzicht verkrijgen in wat er speelt in de markt door actief contact te onderhouden met zorgaanbieders. Is er genoeg passend zorgaanbod? Wat zijn de actuele wachttijden? Bied je voldoende budget aan zorgaanbieders om de continuïteit van zorg te garanderen?

Ook moeten zorgverzekeraars niet alleen hun verzekerden juist informeren, maar ook zichtbaar zijn voor hen als het gaat om te lange wachttijden.

Zorgverzekeraars moeten voor hun verzekerden bemiddelen voor tijdige en passende zorg. Tijdens de werkbezoeken van de NZa aan enkele zorgverzekeraars bleek dat zij zich goed inzetten op het moment dat een verzekerde belt voor bemiddeling. Maar niet iedereen weet de zorgverzekeraar te vinden. Dat is een aandachtspunt waaraan de zorgverzekeraars werken.

t

in





*

1

Wat de Zvw betreft heeft de NZa meerdere onderzoeken en trajecten lopen naar tijdigheid van zorg: in de ggz, de medisch-specialistische zorg (msz), casemanagement dementie en ambulancevervoer.

2

Zorgverzekeraars moeten zorgen voor tijdige zorg voor hun verzekerden. Zij moeten erop letten dat de Treeknormen niet worden overschreden. Wij hebben geconstateerd dat de wachttijden in onder andere de ggz en de msz voor bepaalde groepen patiënten de Treeknormen overschrijden. Voor de ggz is dit al langere tijd het geval en moesten zorgverzekeraars in 2016 verbeterplannen aanleveren waarin zij aangeven hoe ze de wachttijden terugdringen. Verzekeraars moeten hun verbeteracties intensiveren en versnellen. In de msz zijn de wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek bij 8 van de 24 specialismen hoger dan de Treeknormen. Ook voor de msz zullen zorgverzekeraars actie moeten ondernemen om tijdige zorg voor hun verzekerden te garanderen.

3

4

Vanwege de complexe aard van de problematiek, heeft de NZa een actieplan voor alle partijen opgesteld om de wachttijden in de gezondheidszorg terug te dringen.

Het probleem is op te lossen door het gezamenlijk aan te pakken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de NZa en het ministerie van VWS. Inmiddels heeft het ministerie van VWS afspraken gemaakt met partijen in de ggz-sector om de wachttijden in de ggz terug te dringen. De NZa monitort de voortgang van deze afspraken, waarbij de acties van de eigen aanpak van wachttijden betrokken worden.

Voor de wachtlijsten voor casemanagement dementie gaat de NZa het inkoopproces en de daarin gemaakte afspraken nadrukkelijk monitoren.

Voor ambulancezorg geldt de zorgplichtnorm dat in ten minste 95% van de spoedmeldingen de ambulance binnen vijftien minuten ter plaatse is. Deze norm is de afgelopen jaren niet gehaald. De NZa heeft bij de zorgverzekeraars verbeterplannen opgevraagd en monitort de voortgang nauwgezet. De voortgangsrapportages voor 2017 hebben we inmiddels ontvangen. Deze moeten nog beoordeeld worden.





*

1

In al onze toezichtactiviteiten proberen we te stimuleren dat zorgverzekeraars hun rol op alle gebieden proactief oppakken. Wij zullen dit blijven doen door in gesprek te gaan met zorgverzekeraars en door feedback te geven op hun verbeterplannen. We geven ze daarbij spiegelinformatie van best practices van andere zorgverzekeraars. Ook organiseren we bijeenkomsten waarin we met elkaar in gesprek en discussie gaan over de oorzaken en oplossingen van problemen. We hebben gemerkt dat zorgverzekeraars dit inspirerend en nuttig vinden.

Ook van zorgaanbieders verwacht de NZa verbeteringen, bijvoorbeeld het vermelden van actuele wachttijdinformatie op de website. Als er sprake is van een te lange wachttijd, moeten zij contact opnemen met de zorgverzekeraars. Ook patiënten moeten zij hier actief over informeren en naar hun zorgverzekeraar verwijzen voor bemiddeling.

Transparantie polisaanbod

De NZa heeft in 2016 met onderzoeken en door de transparantieregels aan te scherpen veel energie gestoken in het toezicht op de informatieverstrekking van zorgverzekeraars over zorgpolissen.

Zorgverzekeraars hebben ook zelf goede initiatieven ondernomen, zoals de ontwikkeling van de zorgverzekeringskaart. Voor polisjaar 2017 was er alleen nog een zorgverzekeringskaart voor de basisverzekering, maar in dit najaar komt er ook een voor alle aanvullende ziektekostenverzekeringen. De zorgverzekeringskaart geeft verzekerden voor elke polis op dezelfde manier informatie over de belangrijkste polisvoorwaarden. Bij alle zorgverzekeraars ziet de kaart er hetzelfde uit. We zien dan ook dat zorgverzekeraars de informatieverstrekking de afgelopen jaren steeds hebben verbeterd. Toch vinden wij dat er nog steeds ruimte is om burgers beter te informeren.

De NZa is voortdurend op zoek naar manieren om het keuzeproces voor burgers te vergemakkelijken. Met onze (toezicht)activiteiten willen we burgers helpen een weg te vinden door het polisaanbod. Uit de toezichtactiviteiten van 2016 en begin 2017 blijkt dat er verschillen waren in de kwaliteit van de informatieverstrekking van zorgverzekeraars, zowel telefonisch als op de websites.





*

1

2

3

4

Onjuiste informatie betekent dat burgers essentiële informatie niet krijgen van zorgverzekeraars en daardoor mogelijk verkeerde keuzes maken. We zetten daarom ook in 2017 in op juiste informatieverstrekking door zorgverzekeraars. Om een goede keuze te maken is het ook belangrijk dat burgers informatie over polissen eenvoudig kunnen vinden en vergelijken. We besteden daarom in 2017 meer aandacht aan thema's als vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie. Dit hebben we ook in onze [brief](#) over acties van de NZa voor en tijdens de overstapperiode aan de minister van VWS aangegeven. Van belang in dit verband is ook dat wij een wijziging van de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (TH/NR-010) hebben vastgesteld. De gewijzigde regeling treedt in werking per 1 november 2017 en bevat onder meer aanscherpingen op het vlak van informatieverstrekking over collectiviteiten en (nagenoeg) identieke polissen en de vindbaarheid van informatie.

Verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars moeten al hun modelovereenkomsten naar de NZa sturen voordat zij ze op de markt brengen.

In 2016 hebben we naar aanleiding van de bevindingen van ons onderzoek naar risicoselectie geconstateerd dat één zorgverzekeraar het verbod op premiedifferentiatie heeft overtreden. We hebben de zorgverzekeraar hierop aangesproken. In overleg met de NZa heeft die toen maatregelen getroffen. Naar aanleiding van deze bevinding onderzochten we in 2017 alle modelovereenkomsten die op de markt zijn op het verbod op premiedifferentiatie. In nog één geval hebben we geconstateerd dat er sprake was van een overtreding van dit verbod. Hierop heeft de zorgverzekeraar zijn polisvoorwaarden gewijzigd.

We hebben in het onderzoek risicoselectie geconstateerd dat meerdere risicodragers binnen een concern (waartoe meer zorgverzekeraars behoren) dezelfde of nagenoeg dezelfde modelovereenkomst aanbieden tegen verschillende premies. Dit is voor verzekerden niet transparant. We hebben daarom besloten de transparantieregels aan te passen.






*

1

Wanneer binnen een concern polissen worden aangeboden die (vrijwel) gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties en de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders, moet iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op zijn website vermelden dat deze polissen (vrijwel) gelijk zijn. Ook het soort informatie dat in het overzicht moet komen, is in de regeling gespecificeerd. De verplichting tot het vermelden van een dergelijk overzicht wordt per 1 november 2017 uitgebreid naar polissen die op bovenstaande punten (nagenoeg) gelijk zijn en vanuit individuele zorgverzekeraars worden aangeboden.

Controletaken/risicoverevening

De financiële verantwoordingen van alle zorgverzekeraars zijn al jaren van goede kwaliteit. De fouten en onzekerheden blijven binnen de toegestane marges.

Zorgverzekeraars controleren declaraties steeds beter doordat zij meer automatische controles en data-analyses gebruiken. Wij vinden dit een positieve ontwikkeling.

Zorgverzekeraars kunnen hun controles nog verder verbeteren door data-analyse toe te passen op meerdere zorgsoorten en door 'blanco detectie' te gebruiken. Dat is ongericht controleren. Daarnaast zouden zorgverzekeraars meer met elkaar kunnen samenwerken door bijvoorbeeld gezamenlijk te controleren.

De NZa blijft monitoren of zorgverzekeraars de zorgnota's goed controleren. Zo blijven we de vorderingen op het gebied van automatische controles, data-analyse en samenwerking volgen. Daarbij merken we op dat zorgverzekeraars zich constructief opstellen en openstaan voor onze aanbevelingen.

Op verschillende plaatsen in de zorg maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over de manier waarop zij foute declaraties kunnen voorkomen, waardoor er achteraf minder ingrijpend gecontroleerd en gecorrigeerd hoeft te worden ('horizontaal toezicht'). De NZa vindt dit positief omdat burgers hierdoor meteen een juiste zorgnota krijgen, de administratieve lasten kunnen verminderen en dit tijd (en dus geld) kan besparen.





*

1

2

3

4

2. De verzekering

Wie in Nederland woont of werkt, is verplicht om een zorgverzekering (basisverzekering) af te sluiten. Daarnaast kan iemand vrijwillig voor een aanvullende ziektekostenverzekering kiezen. Zorgverzekeraars moeten burgers goed en duidelijk informeren over de verschillende verzekeringen die zij aanbieden. Dat is belangrijk om een afgewogen keuze te kunnen maken.

De NZa is blijvend op zoek naar manieren om het keuzeproces voor burgers te vergemakkelijken. Er zijn verschillende acties ondernomen om de informatieverstrekking aan burgers te verbeteren, zodat zij de zorgpolissen beter kunnen vergelijken. Deze acties lichten wij hieronder toe. Daarbij is van belang dat wij de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (TH/NR-010) hebben gewijzigd. Deze gewijzigde regeling treedt in werking per 1 november 2017 en bevat onder meer aanscherpingen op het vlak van informatieverstrekking over collectiviteiten en (nagenoeg) identieke polissen en de vindbaarheid van informatie.

Scherpere regels informatieverstrekking zorgverzekeraars
Ieder najaar kunnen verzekerden kiezen voor een andere zorgpolis. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat verzekerden duidelijke en goed vergelijkbare informatie krijgen over de polissen waar ze uit kunnen kiezen. Daarom stelt de NZa regels aan de informatieverstrekking van zorgverzekeraars.

We hebben in 2016 onze regels voor informatieverstrekking aan consumenten verder uitgewerkt. Met ingang van 1 november 2016 is een wijziging van de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (TH/NR-007, hierna regeling) in werking getreden, met als kernpunten:

- Zorgverzekeraars moeten polissen op dezelfde manier typeren als natura-, restitutie- of combinatiepolis;
- Alle zorgverzekeraars moeten de term 'marktconform tarief' op dezelfde manier gebruiken;
- Als verschillende zorgverzekeraars binnen een concern (vrijwel) gelijke polissen aanbieden, dan moeten zij hierover transparant zijn.

t

in





*

1

2

3

4

(Vrijwel) gelijke polissen

Sommige verzekeraars werken samen binnen één concern. Dit kan betekenen dat ze (vrijwel) dezelfde polis aanbieden onder verschillende namen. Hoewel de inhoud vaak zeer vergelijkbaar is, zijn de premie en de extra service die de verzekeraar levert niet altijd gelijk.

Voor burgers loont het dus om te controleren of hun huidige polis goedkoper wordt aangeboden door een zusterverzekeraar. Om het vergelijken makkelijker te maken, hebben we de eerder genoemde [regeling](#) aangepast. De aanpassing houdt in dat zorgverzekeraars in een overzicht op hun website moeten vermelden als verschillende zorgverzekeraars binnen een concern polissen aanbieden die (vrijwel) gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties en de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders. Ook het soort informatie dat in het overzicht opgenomen moet worden, is in de regeling gespecificeerd. Dit geldt voor polissen vanaf 2017.

Wij hebben gecontroleerd of zorgverzekeraars zich daaraan houden. Niet alle zorgverzekeraars die sterk op elkaar lijkende polissen aanbieden, hadden hiervan een overzicht op hun website staan.

Wij hebben deze zorgverzekeraars daarop aangesproken, waarna zij het overzicht alsnog hebben geplaatst. De verplichting tot het vermelden van een overzicht op de website geldt per 1 november 2017 ook voor nagenoeg identieke polissen die worden aangeboden vanuit een individuele zorgverzekeraar.

De informatie over vergelijkbare polissen is niet altijd goed op de websites terug te vinden. In 2017 besteden we hier verder aandacht aan.

Betere informatie over type polis

De NZa krijgt regelmatig signalen dat burgers onverwacht moeten bijbetalen voor zorg. Dan denken zij dat alle zorg wordt vergoed, maar blijkt dit uit hun polis niet zo te zijn. Wij willen dit soort onduidelijkheden voorkomen. De NZa vindt het belangrijk dat het voor burgers duidelijk is of hun polis recht geeft op zorg, of op vergoeding van zorg. En of er een vergoedingsbeperking bestaat als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Daarom hebben wij met ingang van polisjaar 2017 de [regels](#) voor wat precies een natura-, restitutie- of een combinatiepolis mag heten aangescherpt.



t
in



*

1

2

3

4

Wij hebben geconstateerd dat een aantal zorgverzekeraars op hun website niet de term restitutie(polis) gebruikte zoals wij in artikel 29 van onze regeling hebben voorgeschreven. De betreffende zorgverzekeraars hebben hun website aangepast.

Tijdens de overstapperiode bekijkt de NZa de informatievoorziening van verzekeraars nauwkeurig. We hebben onderzoek gedaan naar de telefonische informatieverstrekking. Ook hebben we bekeken of de websites van zorgverzekeraars duidelijk zijn. Verder vragen we om opheldering en actie van individuele zorgverzekeraars als burgers zich bij ons melden met vragen of klachten. Ook de zorgverzekeraars zelf zullen de kwaliteit van hun informatievoorziening onderzoeken. De NZa en de verzekeraars werken waar mogelijk samen om te zorgen dat verzekerden zo goed mogelijk geïnformeerd worden.

Onderzoek telefonische informatieverstrekking

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de telefonische informatieverstrekking door zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode. Op basis van vijf veel voorkomende situaties waar burgers tegenaan lopen, heeft de NZa mysterytelefoontjes gepleegd met alle zorgverzekeraars. Uit het onderzoek bleek dat er verschil zat in de kwaliteit van de telefonische informatieverstrekking. De verzekeraar met de laagste score beantwoorde 70% van de vragen juist en de verzekeraar met de hoogste score beantwoorde alle vragen (100%) juist. De resultaten per zorgverzekeraar staan in het onderzoeksrapport.

De NZa heeft passende maatregelen genomen bij een aantal verzekeraars waar de telefonische informatieverstrekking nog niet goed genoeg is. Deze verzekeraars hebben destijds aangegeven de uitkomsten te hebben geanalyseerd en al verbeteringen in gang te hebben gezet. De NZa monitort deze verbeteringen nauwgezet.

In de komende overstapperiode zullen we toetsen of de verbeteringen hebben geleid tot het gewenste resultaat.

t
in



*

1

2

3

4



Onderzoek websites

Het bleek dat er veel goed ging, maar ook dat er onderdelen zijn waarop het beter kan. Zo was de vereiste informatie op de websites niet altijd volledig. De check werd uitgevoerd op basis van de [Nadere regel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (TH/NR-007). Uit deze regeling is een aantal punten geselecteerd en hierop zijn de websites van de zorgverzekeraars gecontroleerd.

We controleerden bijvoorbeeld of de informatie over het eigen risico juist en volledig werd aangeboden. Was op de website te vinden welke uitzonderingen er zijn bij het eigen risico? Wordt op de website duidelijk hoe het zit met diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en het eigen risico? Daarnaast checkte de NZa de informatie over wachtlijstbemiddeling en maximaal aanvaardbare wachttijden. Ook zijn zorgverzekeraars verplicht een up-to-date overzicht te laten zien van zorgaanbieders waar zij op dat moment al een contract mee hebben afgesloten. De zorgverzekeraars hebben met onze verbeterpunten hun websites verbeterd.

Ook in 2017 zullen wij een aantal keer controleren of zorgverzekeraars de verplichte informatie op hun websites hebben staan.

Daarnaast inventariseren we of de informatie, als die erop staat, ook goed vindbaar is. Dat is namelijk belangrijk om te garanderen dat burgers de informatie kunnen vinden die zij nodig hebben. 'Vindbaarheid' is daarom een belangrijk thema dat de NZa dit jaar meeneemt bij de controles op de informatieverstrekking op de websites van zorgverzekeraars.

NZa-overstappanel

Hoe ervaren burgers het overstapproces? Tegen welke drempels lopen zij aan als zij willen veranderen van zorgverzekeraar? Waar hebben zij hulp bij nodig en wat kan de NZa doen? Om hier meer inzicht in te krijgen is de NZa met een overstappanel gestart, waarbij burgers hun ervaringen en ideeën konden delen met de NZa.

In het overstappanel hebben burgers voor, tijdens en na de overstapperiode vragen beantwoord en opdrachten uitgevoerd over het wisselen van zorgverzekeraar. Uit het panel kwam naar voren dat burgers behoefte hebben aan meer eenduidige informatie. Zo kunnen zij met een goed gevoel een objectieve keuze maken over het al dan niet veranderen van zorgverzekering. Volgens het panel kan de NZa objectieve keuzemogelijkheden ondersteunen door de informatie over het polisaanbod meer te standaardiseren.



t

in



*

1

2

3

4

Verder moet de NZa volgens het panel inzetten op het toezicht op de aangeboden informatie en het aanbieden van onafhankelijke tools (zoals een vergelijkingssite), zodat burgers makkelijker kunnen kiezen.

Het burgerpanel heeft ons beter laten zien hoe burgers het overstapproces ervaren en tegen welke drempels zij aanlopen. We bekijken samen met vertegenwoordigers van het burgerpanel hoe wij de adviezen kunnen betrekken bij onze activiteiten voor en tijdens de overstapperiode in 2017.

Meldingen bij de NZa

2016

De NZa heeft in 2016 in totaal 2156 meldingen ontvangen over alle zorgsectoren. Hiervan gingen meer dan 600 meldingen over zorgverzekeraars. Met name de meldingen in het vierde kwartaal van 2016 hebben aan dit aantal bijgedragen. Toen ontvingen we bijna 700 meldingen en ging ongeveer de helft (45,6%) over zorgverzekeraars. Dit is met name te verklaren door de meldingen over het contracteringsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook stelden burgers vragen over hun verzekeringen. Ze wilden bijvoorbeeld weten of hun zorgverzekeraar de behandeling vergoedt vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekering.

Snelle Interventieteam

Sinds 2016 heeft de NZa een Snelle Interventieteam (SI-team). Het SI-team pakt snel en zichtbaar meldingen op van burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit gebeurt in aanvulling op de andere toezichtactiviteiten.

Het Snelle Interventieteam heeft in 2016 regelmatig meldingen aan zorgverzekeraars voorgelegd over hun dienstverlening. Zorgverzekeraars gaven bijvoorbeeld niet de benodigde informatie over de hoogte van een tarief of over welke zorg verzekerd is. Zorgverzekeraars ondernamen daarom diverse verbeteracties. Ze hebben bijvoorbeeld:

- de informatie over tarieven verduidelijkt voor verzekerden;
- de inhoud van hun polis aangescherpt;
- verbeterpunten besproken met hun medewerkers;
- een coach aangesteld om te sturen op juiste antwoorden.

2017

In de eerste helft van 2017 heeft de NZa 799 meldingen ontvangen over alle zorgsectoren. Hiervan gingen 200 meldingen over zorgverzekeraars. Burgers geven bijvoorbeeld aan dat hun zorgverzekeraar geen tarief kan noemen voor een ziekenhuisbehandeling. Ook kunnen ze de polisvoorwaarden van hun verzekering niet vinden op de website van hun verzekeraar.





*

1

2

3

4

Kwartaalrapportage

In de kwartaalrapportage [Uw melding en vraag in beeld](#) lichten we per kwartaal meldingen – en vanaf 2017 ook vragen – uit die zijn binnengekomen. Ook leggen we uit wat we hiermee hebben gedaan. Dit doen we in verschillende rubrieken zoals ‘Meldingen uitgelicht’ en ‘Vragen die u ons stelde’.

In de eerste twee kwartalen van 2017 ontving de NZa ook 2642 vragen van burgers. Ruim 500 vragen hiervan gingen over zorgverzekeraars. Burgers vragen zich bijvoorbeeld af hoeveel hun behandeling gaat kosten en of hun behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Risicoselectie en -solidariteit

Risicosolidariteit is een belangrijke pijler van ons zorgstelsel. Het houdt in dat iedere verzekerde toegang heeft tot goede en betaalbare zorg. Dit is essentieel voor het maatschappelijk draagvlak. Dat 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 van of naar een bepaalde polis.

Onderzoek risicoselectie

In 2016 en 2015 hebben wij onderzoek gedaan naar risicosolidariteit en mogelijke risicoselectie door zorgverzekeraars. In het [Samenvattend rapport Zorgverzekeringwet 2015](#) hebben wij hierover ook gerapporteerd.

In het [kwalitatieve onderzoek](#) van 2016 hebben wij geanalyseerd hoe het is gesteld met de risicosolidariteit. De conclusie van het onderzoek is dat zorgverzekeraars bijdragen aan het vertrouwen in een risicosolidaire markt.

Veel (en vooral de grote) zorgverzekeringsconcerns streven 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 polis met beperkende voorwaarden die vooral jonge, gezonde overstappers aantrekt, wordt bijvoorbeeld gebruikt om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden die veel chronisch zieken afsluiten.

t

in





*

1

2

3

4

Hiermee hebben alle verzekerden tegen een redelijke premie toegang tot zorg.

De kans bestaat dat in de toekomst de druk op verzekeraars toeneemt, bijvoorbeeld door meer concurrentie of hogere kapitaaleisen. Dit kan ertoe leiden dat verzekeraars actiever gaan sturen op risico's en dat de solidariteit onder druk komt te staan. Om prikkels voor het selecteren van winstgevende verzekerden weg te nemen, adviseert de NZa de minister van VWS om het risicovereveningssysteem door te ontwikkelen. Risicoverevening zorgt voor een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars en zorgt dus voor eerlijke concurrentie. Ook is het daardoor mogelijk dat zieke en gezonde mensen dezelfde premie betalen.

Modelovereenkomsten/polisvoorwaarden

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

Als een verzekerde een zorgaanbieder nodig heeft, zijn er twee mogelijkheden.

Hij zoekt zelf een aanbieder en laat de kosten vergoeden door de verzekeraar of hij gebruikt zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kiest of hij de eerste optie aanbiedt (restitutie), de tweede (natura) of een combinatie daarvan.

Zorgverzekeraars moeten al hun modelovereenkomsten naar de NZa sturen voordat zij ze op de markt brengen. Artikel 25 van de Zvw regelt namelijk dat zorgverzekeraars het voornemen om een zorgverzekering aan te bieden of te wijzigen bij ons moeten melden.

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. Op één concern na hebben alle zorgverzekeraars afgelopen jaar wijzigingen in hun modelovereenkomsten aan ons voorgelegd. Zorgverzekeraars passen de modelovereenkomsten aan als wij nog opmerkingen hebben. Hierdoor komen correcte modelovereenkomsten op de markt.

t

in





*

1

2

3

4

Uitkomsten toetsing modelovereenkomsten

Een verzekerde mag altijd naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. In dat geval kan het wel zijn dat de verzekerde een deel van de kosten zelf moet betalen. In oktober 2015 heeft de NZa aangegeven dat zij op basis van jurisprudentie van oordeel is dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het NZa-tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren voor het inroepen van niet gecontracteerde zorg. Dit tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen. Die hardheidsclausule geeft de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding als het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg.

In 2016 heeft de NZa de modelovereenkomsten aan de hand van dit standpunt beoordeeld. Er waren drie zorgverzekeraars met vijf modelovereenkomsten die een vergoeding van minder dan 75% gaven voor niet-gecontracteerde zorg. Bij een aantal van deze modelovereenkomsten was er sprake van een hardheidsclausule. Verder hebben de meeste zorgverzekeraars onderbouwd waarom er volgens hen geen sprake was van een hinderpaal. Een voorbeeld hiervan was dat de vergoedingsbeperking alleen van toepassing was op heel kleine bedragen.

Daarnaast onderzochten we alle modelovereenkomsten die in 2017 op de markt zijn op het verbod op premiedifferentiatie. In één geval hebben we geconstateerd dat er in 2017 sprake was van een overtreding van dit verbod. Hierop heeft de zorgverzekeraar zijn polisvoorwaarden met ingang van 1 mei 2017 gewijzigd.

Met ingang van 2017 mag een polis alleen nog restitutiepols heten als er geen gevolgen zijn voor de hoogte van de vergoeding als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.





*

1

2

3

4

Na de invoering van deze nieuwe begrippen hebben wij een wijziging in het polisaanbod geconstateerd. De restitutiepolissen met gecontracteerde zorg zijn komen te vervallen en het totaal aantal restitutiepolissen is met drie gedaald.

Tabel Overzicht modelovereenkomsten

Soort modelovereenkomst	2016	2017
Restitutie	13	21
Restitutie gecontracteerd	11	0
Combinatie	5	5
Natura	32	32
Totaal	61	58

Collectief verzekerd

Twee derde van de verzekerden in Nederland is collectief verzekerd, bijvoorbeeld via de werkgever. Bijna alle zorgverzekeraars bieden collectieve zorgverzekeringen aan en deze zijn gemiddeld iets goedkoper dan individuele verzekeringen.

Collectieve zorgverzekeringen worden aangeboden aan verschillende groepen verzekerden, bijvoorbeeld via een contract met een werkgever, patiëntenorganisatie of gemeente (collectiviteiten genoemd). Naast een korting op de basisverzekering is er vaak korting op aanvullende zorgverzekeringen en soms ook op andere inkomensverzekeringen. Ook worden in een aantal gevallen inhoudelijke afspraken gemaakt over bijvoorbeeld verzuim, preventie of een grotere dekking van de aanvullende verzekering.

Om de vraag te beantwoorden of verzekerden beter af zijn met of zonder het aanbod aan collectieve zorgverzekeringen heeft de NZa in september 2016 een [monitor](#) uitgebracht.

t
in



*

1

2

3

4

Onze conclusie was dat collectieve zorgverzekeringen meer neutrale of positieve dan negatieve effecten hebben op de publieke belangen.

Het belangrijkste verbeterpunt was dat zorgverzekeraars duidelijker zouden moeten zijn over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur.

Tussenrapportage collectiviteiten

Onder andere vanwege de monitor van de NZa heeft de minister van VWS aangegeven dat collectiviteiten de oorspronkelijke verwachtingen niet waarmaken. Zo dragen collectiviteiten bij aan de onoverzichtelijkheid van de polismarkt en komen zorginhoudelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten nauwelijks van de grond.

De minister heeft ons gevraagd om operationele criteria voor zorginhoudelijke afspraken op te stellen. Daar zijn we mee bezig. Ook heeft de minister ons gevraagd om in de [Nadere regel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (TH/NR-007) op te nemen dat verzekerden direct moeten kunnen inzien op welke verzekeringspolis de collectieve verzekering is gebaseerd.

Wij hebben de minister in een [tussenrapportage](#) aangegeven de regeling aan te passen. In de aangepaste regeling (TH/NR-010) die op 1 november 2017 in werking zal treden, is een (nieuwe) verplichting opgenomen over de informatieverstrekking over collectiviteiten.

Volgens de regeling moeten zorgverzekeraars vanaf november 2017 op hun website informatie geven over collectiviteiten. Daarnaast moeten zij er voor zorgen dat een collectiviteit, zoals bijvoorbeeld een werkgever, belangenorganisatie of sportvereniging, informatie geeft aan consumenten over welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar er wordt aangeboden en wat de eventuele verschillen zijn tussen de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar en de modelovereenkomst met collectiviteitskorting. Diezelfde informatie moet aan consumenten worden gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden een modelovereenkomst met collectiviteitskorting aanbieden (zoals een volmacht of een tussenpersoon) op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar. Ook daarvoor is de zorgverzekeraar verantwoordelijk. De NZa zal hier op toezien vanaf het moment van inwerkingtreding van de aangepaste regeling.



t

in



*

1

2

3

4

3. De zorg

Met de verplichte basisverzekering is geregeld dat iedereen toegang heeft tot zorg of vergoeding van zorg. Als iemand zorg nodig heeft, moet hij erop kunnen vertrouwen dat deze zorg op tijd beschikbaar is.

Het is de taak van zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor hun naturapolissen. Wij houden toezicht op deze zorgplicht.

Naast de toegankelijkheid en tijdige beschikbaarheid van de zorg, is het belangrijk om van tevoren inzicht te hebben in de kosten ervan, eventuele bijbetalingen en of er wachtlijsten zijn. Duidelijke informatie hierover is essentieel.

Transparantie prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg

De NZa staat voor goede keuze-informatie voor de burger, dus voor transparantie van prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De NZa zet in 2017 stappen om hier samen met alle betrokken partijen aan te werken.

Zo is de NZa in overleg met partijen om gezamenlijk te komen tot prijstransparantie voor de burger. Wanneer dit voor de keuze-informatie van de burger noodzakelijk lijkt te zijn, zullen we de regels voor transparantie van prijzen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanpassen.

Toezicht op controle van gepast gebruik

Gepast gebruik van zorg gaat over de vraag of de geleverde zorg effectief en medisch noodzakelijk is. Gepast gebruik van zorg is belangrijk voor de burger: krijgt hij de effectieve zorg waar hij recht op heeft, niet te veel en niet te weinig? Aandacht voor gepast gebruik kan ook de kwaliteit van de zorg zelf verbeteren, omdat alleen medisch noodzakelijke en effectieve zorg verleend mag worden. Meer zorg is dus niet altijd beter.

t

in





*

1

2

3

4

Onderzoek gepast gebruik

In 2016 hebben wij onderzoek gedaan naar de vraag of zorgverzekeraars in hun contracten met zorgaanbieders en in hun inkoopdocumenten afspraken maken over gepast gebruik van medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg.

Uit het onderzoek blijkt dat alle zorgverzekeraars aandacht besteden aan gepast gebruik bij de contracten die zij afsluiten met aanbieders van medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Sommige zorgverzekeraars leggen meer afspraken over gepast gebruik vast met zorgaanbieders dan andere.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden nog wel meer kunnen verwijzen naar de standpunten van Zorginstituut Nederland over welke zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast zouden zij de kwaliteitsindicatoren die zij recent ontwikkelden, duidelijker terug kunnen laten komen in de contracten. Ze zouden ook transparanter kunnen zijn over hoe en wanneer zij deze kwaliteitsindicatoren hanteren. Hierbij merken we nogmaals op dat deze kwaliteitsindicatoren nog maar recent zijn ontwikkeld.

De NZa vindt een geïntegreerde aanpak voor het gepast gebruik van zorg belangrijk. Het gaat dan om maatregelen achteraf doordat vooraf controles en maatregelen zijn uitgevoerd, zoals afspraken via de zorginkoop, machtigingen en horizontaal toezicht. Deze maatregelen kunnen elkaar versterken. Wij adviseren zorgverzekeraars om hun contracten en inkoopvoorwaarden te blijven gebruiken om zo goed mogelijk *vooraf* invulling te geven aan gepast gebruik. En om kritisch te kijken naar de manier waarop zij afspraken maken met zorgaanbieders over de stand van de wetenschap en praktijk en het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Eind 2017 doen wij een vervolgonderzoek naar gepast gebruik.

Toegankelijkheid

De afgelopen jaren hebben zich verschillende situaties voorgedaan waarin de zorg voor burgers in het gedrang dreigde te komen. Het was toen de vraag of de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldeed. In ons toezicht staan burgers centraal. Wie zorg nodig heeft, moet die kunnen krijgen. Passende en betaalbare zorg, en als het kan dichtbij huis. De verzekeraar moet in het geval van een natura-aanspraak de continuïteit van zorg garanderen.

t

in





*

1

2

3

4

Aanpassing toezichtkader zorgplicht

Voor de verdere invulling van ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars zullen we het richtinggevend kader gebruiken. De ervaringen die we daarmee gaan opdoen, zullen we uiteindelijk toevoegen aan de bestaande Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-018). Op dit moment herzien we deze beleidsregel en in de zomer van 2017 wordt de nieuwe conceptversie extern geconsulteerd. Volgens de planning wordt de beleidsregel in het najaar vastgesteld.

Afwegingskader invullen open norm

De zorgplicht, en daarmee ook de toegankelijkheid van zorg, is een open norm.

Zorgverzekeraars spelen samen met zorgaanbieders een (belangrijke) rol bij het nader invullen van de zorgplicht en bij het bepalen wat tijdige en bereikbare zorg is.

Voor de vraag of de NZa een open norm moet invullen, hebben wij een afwegingskader ontwikkeld:

- Het invullen van de norm dient het belang van de burger;
- Burgers en veldpartijen hebben moeite om de open norm te interpreteren;

- Er zijn geen andere handvatten beschikbaar (bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek of jurisprudentie);
- Het gebrek aan duidelijkheid in normen heeft negatieve gevolgen voor de borging van de publieke belangen;
- Veldpartijen vullen de norm zelf niet in (of niet snel genoeg of niet effectief).

Het uitgangspunt bij dit kader is dat een norm niet door de NZa wordt ingevuld, tenzij dat op basis van de criteria nodig blijkt te zijn. Dit hebben wij ook aan de minister aangegeven in een brief.

Acute zorg voor kwetsbare ouderen

Vanuit de media zijn er in 2016 diverse signalen geweest dat veel kwetsbare ouderen zich melden op de spoedeisende hulp (seh) van ziekenhuizen. Onder andere hierdoor ontstonden er capaciteitsproblemen op de seh.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa eind 2016 een onderzoek uitgevoerd naar de acute zorg voor kwetsbare ouderen en in december 2016 is de quickscan acute zorg voor kwetsbare ouderen gepubliceerd.



t

in



*

1

2

3

4

Uit onze quickscan blijkt dat zorgaanbieders de knelpunten die ons bekend waren adequaat opgelost hebben. Waar nodig hebben zorgverzekeraars daar (financieel) aan bijgedragen. We hadden geen signalen dat er voor 2016 en 2017 onvoldoende zorg is ingekocht. Hierdoor hoefde de NZa niet in te grijpen.

Aandachtspunten

De toeloop van ouderen op de seh zal naar verwachting de komende jaren toenemen. Hierdoor zal een seh mogelijk meer te maken krijgen met belasting. Om hier goed op te kunnen inspelen, blijkt uit de quickscan dat verbeteringen mogelijk zijn bij de samenwerking en doorgeleiding van patiënten (in- en uitstroom). Zo kan de kwaliteit van de zorgverlening ook in de toekomst worden gegarandeerd. Op grond van de quickscan benoemt de NZa de volgende aandachtspunten:

- Zorgaanbieders kunnen regionale afspraken maken, al dan niet in samenwerking met de zorgverzekeraars. Het is van belang dat de samenwerking en coördinatie rondom de doorgeleiding van kwetsbare ouderen in de zorgketen, waar nodig, wordt verbeterd. Dit is allereerst de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders tot stand komt, ligt het voor de hand dat de zorgverzekeraar hier de regie in neemt. Er zijn regio's waar

zorgverzekeraars dit al succesvol doen.

- Het zou goed zijn als zorgverzekeraars risicoanalyses uitvoeren naar toekomstige patiëntenstromen en de effecten daarvan op de zorgketen. Deze analyses geven de zorgverzekeraars inzicht in de knelpunten om mogelijke problemen in de toekomst te voorkomen.
- Als zorgaanbieders twijfels hebben over de mogelijkheden om samen te werken bij de acute zorg, is het raadzaam dat zij de Autoriteit Consument & Markt (ACM) vragen of de samenwerking is toegestaan.

De NZa neemt de bevindingen en aandachtspunten uit deze quickscan mee in nadere onderzoeken naar de acute zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars. De resultaten worden opgenomen in de marktscan acute zorg. Het doel van deze marktscan is ten eerste om de toegankelijkheid van de acute zorgketen in kaart te brengen op landelijk niveau, en waar mogelijk op regionaal niveau. Ten tweede willen we inzicht krijgen in de eventuele knelpunten die zich voordoen. De NZa publiceert deze marktscan in de tweede helft van 2017.



t

in



*

1

2

3

4

Toegankelijkheid dure geneesmiddelen voor patiënten

Zowel verzekeraars als ziekenhuizen spannen zich in om de kosten in toom te houden en dure medicijnen toegankelijk te houden: de patiënten die dure medicijnen nodig hebben, krijgen die ook. Dat blijkt uit de tweede [Monitor contractering geneesmiddelen en inkoop in de medisch-specialistische zorg](#). Deze monitor is onderdeel van een pakket aan maatregelen van VWS om dure geneesmiddelen betaalbaar en toegankelijk te houden. De NZa is gevraagd twee keer per jaar een monitor uit te brengen.

Wel ervaart een groot deel van de zorgaanbieders financiële knelpunten en in sommige gevallen betalen zorginstellingen de dure medicijnen voor patiënten uit andere opbrengsten. Dit kan zijn omdat de zorgverzekeraar ze niet bij de instelling heeft ingekocht, of omdat de limiet van het budget is bereikt. Sommige ziekenhuizen hebben aangegeven te wachten om nieuwe geneesmiddelen te gebruiken, totdat zij met de zorgverzekeraars een akkoord hebben bereikt over de vergoeding van het geneesmiddel. Het is niet duidelijk hoe lang deze wachttijd is. Op hun beurt hebben de verzekeraars geen plan klaarliggen hoe ze patiënten begeleiden als deze in de loop van de behandeling zijn aangewezen op een geneesmiddel dat niet is ingekocht door het ziekenhuis waar de verzekerde op dat moment wordt behandeld.

Vanwege deze bevindingen heeft de NZa de toegankelijkheid van bepaalde dure geneesmiddelen onderzocht.

Toegankelijkheid dure geneesmiddelen

Naar aanleiding van de monitor heeft de NZa een aantal potentiële risico's nader [onderzocht](#):

- De toegankelijkheid van geneesmiddelen die nog geen add-onprestatie hebben;
- De toegankelijkheid van nieuwe add-ongeneesmiddelen waarover nog geen concrete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- De gevolgen van selectief contracteren en plafondafspraken voor de toegankelijkheid van geneesmiddelen.

Op basis van de beschikbare informatie lijken patiënten tot nu toe de medicijnen te krijgen die ze nodig hebben, ook dure geneesmiddelen. Toch blijkt er nog winst te boeken als ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij de introductie van een nieuw medicijn direct afspraken maken. Ook adviseren wij zorgverzekeraars tijdig duidelijk te maken bij welke ziekenhuizen ze welke behandelingen met dure medicijnen inkopen. Daarnaast is het belangrijk dat ziekenhuizen de zorgverzekeraars tijdig betrekken wanneer zij financiële knelpunten ondervinden bij de verstrekking van geneesmiddelen en hierdoor patiënten moeten doorverwijzen.

t

in





*

1

2

3

4

Wij blijven actief monitoren of er problemen ontstaan in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Mocht uit signalen of onze monitoring blijken dat de toegankelijkheid in het geding dreigt te raken, dan zal de NZa passende maatregelen nemen.

Contractering

Om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, maken zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken over de te leveren zorg en de kwaliteit en prijs daarvan. Over het contracteerproces ontvangt de NZa regelmatig signalen. In eerdere jaren heeft de NZa de good contracting practices opgesteld en herzien (2010 en 2014). In 2015 hebben we een overzicht gemaakt van overlegvormen, de [Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw](#) (TH/NR-005) opgesteld en hebben we het zorginkoopproces nauwlettend gevolgd en waar nodig verduidelijkt.

In 2016 is er veel aandacht geweest voor het contracteerproces van met name de ziekenhuizen. In december 2016 hebben we een [monitor](#) uitgebracht die de NZa heeft uitgevoerd naar het contracteerproces tussen aanbieders van medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars. Daarin geven we een overzicht van het verloop van de contractering van medisch-specialistische zorg voor het jaar 2017. Daarnaast lichten we toe welke aanpassingen de NZa in de beleidscyclus doorvoerde om

het contracteerproces te versoepelen. Voor de contractering voor 2018 zal de NZa ook een monitor uitvoeren.

Ook in 2017 heeft contractering de aandacht van de NZa. We controleren de naleving van de regeling en monitoren het zorginkoopproces in de eerste en de tweede lijn. In april hebben we gecontroleerd of verzekeraars de regeling volgen. Verzekeraars moeten uiterlijk op 1 april hun inkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend maken. Uit deze controle blijkt dat zorgverzekeraars hun inkoopbeleid op tijd publiceren en dat dit beleid voor zorgaanbieders goed te vinden is op de website. Zo hebben zorgaanbieders aan de start van het zorginkoopproces duidelijkheid over de manier waarop het zorginkoopproces zal verlopen. Daarnaast hebben we gecontroleerd of het inkoopbeleid van de verzekeraars ten minste de vereiste informatie bevat. In het inkoopbeleid moeten bijvoorbeeld de minimumeisen en de planning opgenomen worden. Net als in 2016 heeft de NZa slechts kleine onduidelijkheden in het inkoopbeleid aangetroffen. De verzekeraars hebben de informatie aangepast.

Toegankelijkheid thuiszorg/wijkverpleging

Sinds de thuiszorg/wijkverpleging per 2015 vanuit de Wet langdurige zorg is overgeheveld naar de Zvw, kopen zorgverzekeraars de zorg in die wordt geleverd door thuiszorgorganisaties.

t

in





*

1

2

3

4

De NZa heeft in een [monitor](#) de zorginkoop van wijkverpleging in kaart gebracht voor het jaar 2017.

Zowel in 2015 als in 2016 zijn er zorgaanbieders die thuiszorg/wijkverpleging leveren failliet gegaan. In beide jaren is tevens aangekondigd dat nog veel meer zorgaanbieders in financiële nood verkeren of dat zorgaanbieders hun omzetplafonds al hebben bereikt voor het einde van het kalenderjaar. Vorig jaar hebben zorgverzekeraars daarom 'bijgecontracteerd' of hun verzekerden doorverwezen naar zorgaanbieders waarvan het plafond nog niet bereikt was.

Dit jaar willen we volgen wat zorgverzekeraars doen als ze geconfronteerd worden met de situatie dat nieuwe patiënten niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kunnen. Mogen deze patiënten toch naar de zorgaanbieder van hun voorkeur (en contracteert de zorgverzekeraar bij) of verwijzen zorgverzekeraars door naar een zorgaanbieder die wel plek heeft? En wat zijn de gevolgen van de doorleververplichting van zorgaanbieders? Hoe breed is de thuiszorg/wijkverpleging gecontracteerd? Kortom: we gaan kijken of verzekeraars voldoende, tijdige en kwalitatief goede thuiszorg inkopen en daarmee voldoen aan hun zorgplicht.

Het onderzoek kent twee fasen. In de eerste fase kijken we of er problemen zijn met de zorgplicht om op basis van dit beeld te bepalen of we starten met fase 2, het oplossen van deze problemen. We zitten nu in fase 1 en verwachten hier aan het einde van de zomer inzicht in te hebben.

Wachttijden

Vanuit hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars zorgen voor tijdige zorg (bij aanspraken in natura). 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).

De NZa monitort de verschillende zorgsectoren continu. Uit onze [Marktscan medisch-specialistische zorg 2016](#) en [Marktscan ggz 2016](#) komt naar voren dat de wachttijden in onder andere de ggz en msz voor bepaalde groepen patiënten al langere tijd de Treeknormen overschrijden. Het gaat daarbij vooral om de wachttijd tot het eerste contact met de zorgaanbieder (de aanmeldwachttijd of wachttijd tot polikliniekbezoek). Deze wachttijden zijn het afgelopen jaar gelijk gebleven of zelfs verder gestegen.





*

1

2

3

4

We hebben de minister van VWS in mei 2017 een [actieplan](#) gestuurd om de wachttijden in de gezondheidszorg terug te dringen. De NZa treft maatregelen en maakt concreet afspraken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de knelpunten op te lossen en ze in de toekomst te voorkomen. Zo onderzoeken we alle meldingen die we krijgen van patiënten die te lang moeten wachten. Verder beoordelen we of zorgverzekeraars de gevraagde verbeteringen in de ggz voortvarend doorvoeren.

De NZa stuurt op nauwe samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de wachtlijsten terug te dringen. Het wachttijdenvraagstuk is een ingewikkeld probleem waarin verschillende partijen een rol hebben. We kunnen de problematiek alleen aanpakken als we samenwerken. De NZa neemt hierbij vanuit haar toezichtstaak de regie en werkt samen met patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de Inspectie voor de gezondheidszorg, Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS.

Treeknormen ggz

De NZa heeft in 2016 onderzocht of de afgesproken normen voor wachttijden in de ggz nog voldoen. Er zijn geen aanwijzingen dat de Treeknormen die aanbieders en verzekeraars hanteren ongeschikt of niet passend zijn.

Treeknormen ggz

In de ggz is veel discussie over de wachttijden bij ggz-aanbieders. Uit eerder onderzoek van de NZa blijkt dat de Treeknormen voor behandelingen in de ggz soms overschreden worden. Dat betekent niet automatisch dat een patiënt niet tijdig de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Wie ggz-zorg nodig heeft, kan zijn verzekeraar vragen of die hem kan doorverwijzen naar een andere geschikte aanbieder die de zorg wel tijdig kan geven.

Binnen de ggz lopen er veel initiatieven om de wachttijden aan te pakken. Wij vinden het goed als partijen in de ggz zouden bekijken of de normen voor wachttijden gedifferentieerd moeten worden, zodat zij beter aansluiten bij de specifieke zorgbehoefte van de patiënt. Op die manier wordt sneller duidelijk waar de knelpunten zitten in de ggz. Tegelijk kunnen er aan differentiatie ook nadelen verbonden zitten. Als de ene patiënt sneller geholpen wordt, kan dat betekenen dat een ander langer moet wachten. Wij hebben de minister van VWS hierover per [brief](#) geïnformeerd.

Het is aan de veldpartijen om na te gaan of een verfijning van de normen zinvol is. De NZa stelt geen normen vast voor de wachttijden in de ggz. Dat is aan de vertegenwoordigers van ggz-aanbieders en verzekeraars.

t

in





*

1

2

3

4

Wachttijden msz

Uit de [Marktscan medisch-specialistische zorg 2016](#) kwam een aantal aandachtspunten naar voren rondom wachttijden. De wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek zijn bij 8 van de 24 specialismen hoger dan de treeknormen. De wachttijden zijn het hoogst bij de specialismen allergologie, maag- darm- en leverziekten, oogheelkunde (met name in regio Noordoost Nederland) en reumatologie.

De NZa wil niet dat patiënten onnodig en te lang moeten wachten op zorg. Om dit op te lossen hebben we recent een aantal [acties](#) aangekondigd om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg aan te pakken. Dit doen we niet alleen, maar samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en andere betrokken partijen.

Als onderdeel van het actieplan heeft de NZa de specifieke oorzaken van de lange wachttijden in de msz onderzocht. Onze [bevindingen](#) hebben we op 5 juli gepubliceerd en de NZa constateert dat de wachttijden in de msz sinds 2013 stijgen.

Het onderzoek laat een beeld zien met veel factoren die invloed hebben op de wachttijden in de msz. Doordat er sprake is van veel factoren, is er geen eenduidige verklaring te geven voor de toegenomen wachttijden en is ook geen enkelvoudige oplossing mogelijk. Om deze reden ziet de NZa de oplossing in een integraal plan dat vier punten bevat waarop actie moet worden ondernomen:

1. Verbetering van de informatiepositie van burgers

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten burgers informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

De NZa zal een product ontwikkelen om burgers informatie te geven over hun rechten die voortvloeien uit de zorgplicht van zorgverzekeraars en roept patiënten op zich bij de NZa te melden als zij ondanks bemiddeling geen tijdige zorg krijgen.

2. Verbetering van de registratie van wachttijden

De NZa zal strenger toezien op het juist en volledig publiceren van wachttijden door zorgaanbieders en wil zorgaanbieders per 2018 verplichten de wachttijden rechtstreeks aan de NZa te leveren.

De huidige registratiewijze van wachttijden gaan we in overleg met partijen per 2018 verbeteren. Als het veld vindt dat de huidige Treeknormen niet meer voldoen, gaan wij hierover graag met partijen in dialoog.



t
in



*

1

2

3

4

3. Afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

De NZa vraagt zorgverzekeraars en aanbieders afspraken te maken over het terugdringen van en omgaan met wachttijden. We vragen ze deze afspraken proactief en gezamenlijk te blijven monitoren en hierbij invulling te geven aan (tijdelijke) knelpunten. De NZa zal in gesprekken met aanbieders en zorgverzekeraars kijken hoe hier invulling aan wordt gegeven.

4. Substitutie en verkeerde beddenproblematiek

Omdat substitutie van zorg naar de eerste lijn of naar bijvoorbeeld zbc's kan bijdragen aan het terugdringen of voorkomen van lange wachttijden, zal de NZa in 2018 de substitutieafspraken uit het hoofdlijnenakkoord gaan monitoren. Daarnaast zal de NZa substitutie-initiatieven zoveel mogelijk ondersteunen. Bij bekostigingsproblematiek roepen we partijen op om met een concrete casus de NZa te benaderen.

Tijdigheid ambulancevervoer

Voor de tijdigheid van ambulancevervoer is de norm voor de responstijd vijftien minuten. Behalve de aanbieders van ambulancezorg zijn ook verzekeraars verantwoordelijk voor responstijden van ambulances, vanwege de zorgplicht voor hun verzekerden.

De NZa concludeerde in april 2016 dat zorgverzekeraars geen link leggen tussen hun zorgplicht en de norm bij de afspraken die zij maken over ambulancezorg. Daarnaast hebben ze niet altijd een goed beeld waarom in de regio's waarvoor zij zorg inkopen de norm structureel niet wordt gehaald.

Verbeterplannen tijdigheid ambulancevervoer

In april 2016 hebben wij ons onderzoek naar de tijdigheid van ambulancevervoer gepubliceerd.

Hiervoor geldt de norm dat in ten minste 95% van de spoedmeldingen de ambulance er ook binnen vijftien minuten is. Deze norm is de afgelopen jaren niet gehaald. In 2014 waren in 7 van de 24 regio's alle ambulances binnen de normtijd ter plaatse. In de regio's waar de norm in 2014 niet gehaald werd, hebben wij verbeterplannen opgevraagd. Die zijn beoordeeld en we zijn hierover in gesprek gegaan met zorgverzekeraars.

In 2015 waren in 6 van de 24 regio's alle ambulances binnen de norm ter plaatse. Ten opzichte van 2014 hebben we over drie regio's (Gelderland-Zuid, Haaglanden en Utrecht) ook verbeterplannen opgevraagd.



t

in





*

1

2

3

4

Dit zijn drie regio's die in 2014 wel boven de norm presteerden, maar in 2015 niet.

Er zijn ook twee regio's (Flevoland en Groningen) waar de ambulances in 2015 wel binnen de normtijd ter plaatse was, waar dat in 2014 niet het geval was. Over deze twee regio's hoeven de zorgverzekeraars in 2017 geen voortgangsrapportage aan te leveren.

We monitoren in 2017 de uitvoering van de 18 voortgangsrapportages en stemmen we onze bevindingen af met de zorgverzekeraars. De meest recente voortgangsrapportages van 2017 hebben we inmiddels ontvangen, maar de beoordeling moet nog plaatsvinden.

Casemanagement dementie

Om de dementiezorg in Nederland te verbeteren is vorig jaar in opdracht van het ministerie van VWS met veldpartijen het actieplan casemanagement dementie gestart. Sindsdien is er door verschillende partijen hard gewerkt om verbetering te bereiken, maar we zijn er nog niet. Daarom onderneemt de NZa in samenwerking met het veld een aantal activiteiten om de dementiezorg te verbeteren.

Uit een inventarisatie blijkt dat er wachtlijsten voor casemanagement dementie zijn. De NZa vindt het van belang dat die wachtlijsten worden opgelost en gaat daarom het toezicht op de wachtlijstaanpak intensiveren.

Ook vindt de NZa het van belang dat mensen met dementie en hun naasten weten waar zij recht op hebben en weten wat zij kunnen doen wanneer zij merken dat zij onvoldoende zorg (kunnen) krijgen. De NZa gaat daarom de kennis bij de burger op dit gebied verbeteren. Deze zomer organiseren we samen met Alzheimer Nederland een meldactie.

De zorgverzekeraars hebben in mei 2017 toegelicht wat hun inzet zal zijn op het dossier casemanagement dementie 2018 en verder. Bij het maken van afspraken over de inkoop van casemanagement dementie staat centraal dat alle verzekeraars casemanagement inkopen volgens de zorgstandaard dementie. Omdat de inkoop een belangrijke rol speelt bij het structureel verbeteren van de dementiezorg in Nederland, vindt de NZa het belangrijk dat deze afspraken worden nagekomen. We zullen daarom het inkoopproces en de daarin gemaakte afspraken over casemanagement en ketenzorg dementie nadrukkelijk monitoren.

t

in





*

1

2

3

4

Voor het structureel borgen van goede dementiezorg is tevens van belang dat we meer inzicht hebben in de vraag en het beschikbare aanbod. Dat kan zorgaanbieders en verzekeraars helpen bij het maken van goede inkoopafspraken voor deze zorg. Daarnaast maakt dit het mogelijk goed te monitoren of de noodzakelijke zorg voldoende beschikbaar is en hierop te sturen indien noodzakelijk. Voor dit laatste is het belangrijk dat we de wachtlijsten en wachttijden voor individueel casemanagement structureel in beeld brengen. Wij gaan met partijen aan de slag om dit op een goede manier in te richten.





*

1

2

3

4

4. De rekening

Als een verzekerde zorg heeft gebruikt, brengt de zorgaanbieder de kosten hiervan in rekening. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars hebben de taak om de ingediende nota's te controleren, fouten op te sporen en zo nodig te laten herstellen door de zorgaanbieders. Dit is belangrijk om de zorgkosten en de zorgverzekeringspremie niet onnodig te laten stijgen, zodat burgers geen negatieve effecten ervaren.

Zorgverzekeraars leveren jaarlijks een groot aantal (financiële) verantwoordingen op met gegevens van verzekerden en zorgkosten. Met het risicovereveningsmodel worden op basis van de vereveningskenmerken de verwachte zorgkosten berekend en wordt de compensatie per zorgverzekeraar jaarlijks bepaald. Zorginstituut Nederland voert de berekeningen in het model uit. De NZa beoordeelt of de zorgverzekeraars de benodigde financiële informatie juist en tijdig aanleveren.

Op 1 december van ieder jaar melden wij het Zorginstituut of de recente (financiële) verantwoordingen van de zorgverzekeraars volgens ons juist zijn.

Controle zorgnota's

De NZa onderzoekt jaarlijks hoe zorgverzekeraars zorgnota's controleren. Zorgverzekeraars controleren declaraties steeds beter door meer automatische controles en data-analyses te gebruiken. Wij vinden dit een positieve ontwikkeling. Verzekerden hebben recht op correcte zorgnota's. De correctie van fouten voorkomt bovendien dat de zorgkosten onnodig stijgen.

t
in



*

1

2

3

4

Controle zorgnota's door zorgverzekeraars

In 2016 onderzochten we of de zorgverzekeraars:

- Geprogrammeerde controles van de zorgnota's gebruiken;
- Data-analyse toepassen bij de controles;
- De controles op tijd verrichten en vervolgacties uitvoeren naar aanleiding van de resultaten.

Zorgaanbieders moeten de zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars ontvangen alle nota's en hebben de wettelijke taak om eventuele fouten op te sporen en te laten herstellen door de aanbieders. Ons onderzoek wijst uit dat zorgverzekeraars dit actief doen.

Alle zorgverzekeraars gebruiken automatische controles, maar vaak nog in de vorm van projecten om de betrouwbare en continue werking van deze controles aan te tonen. De NZa pleit voor een goede afronding hiervan, zodat automatische controle waar mogelijk standaard wordt ingevoerd.

Verder verrichten alle zorgverzekeraars ook data-analyses, maar dit kan nog worden uitgebreid naar meer zorgsoorten dan nu het geval is.

Ook zouden zij meer 'ongericht' kunnen zoeken naar afwijkingen in declaratiebestanden (blanco detectie). Op die manier kunnen zij mogelijk nog meer onjuiste nota's opsporen.

Zorgverzekeraars werken onderling goed samen bij de controle van nota's van de ggz en de ziekenhuiszorg. Op andere terreinen kan dit beter, zoals het uitvoeren van gezamenlijke controles en het delen van controleresultaten.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken ook meer samen om fout declareren te voorkomen. Dit noemen we horizontaal toezicht.





*

1

2

3

4

Horizontaal toezicht

Op verschillende plaatsen in de zorg zien we 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 horizontaal toezicht](#) gepubliceerd.

Horizontaal toezicht: wat is het?

Zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders maken op dit moment nieuwe afspraken over de wijze waarop zij zorgdeclaraties controleren. Kort samengevat proberen zij uit hoe zij foute zorgnota's kunnen voorkomen, waardoor er achteraf minder ingrijpend gecontroleerd en gecorrigeerd hoeft te worden. Een voorwaarde hiervoor is dat zorgaanbieders laten zien dat zij hun bedrijfsprocessen goed op orde hebben, zodat de kans op fouten kleiner is.

De NZa vindt deze ontwikkeling positief omdat dit de administratieve lasten kan verminderen en tijd (en dus geld) kan besparen. Onjuist declareren voorkomen is effectiever dan achteraf fouten corrigeren.

Bovendien vindt de NZa het goed dat zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen om zorg correct te declareren. Wij schrijven niet voor hoe zorgverzekeraars hun controles op zorgnota's moeten inrichten. Het gaat ons erom dat burgers erop kunnen rekenen dat zorgnota's correct zijn en eventuele fouten zo spoedig mogelijk hersteld worden. Hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover afspraken maken, is aan hen. De NZa neemt wel actief deel aan de overleggen. Ook kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun afspraken voorleggen aan de NZa, zodat wij kunnen aangeven hoe ons toezicht daarbij aan kan sluiten.

Thematisch toezicht op actuele problemen

Wij richten ons toezicht op actualiteiten en op problemen voor burgers of in het stelsel. Wij hebben onderzoek gedaan naar de controle-aanpak van zorgverzekeraars bij eerstelijnsverblijf, wijziging van bankrekeningnummers en opslagen ('add ons') op dure geneesmiddelen.

t
in



*

1

2

3

4

Controle-aanpak eerstelijns verblijf

De zorgverzekeraars voeren in 2017 voor het eerst eerstelijnsverblijf uit. Een patiënt kan in eerstelijnsverblijf worden opgenomen als hij thuis voor een beperkte periode onvoldoende zorg kan krijgen. De opname is medisch noodzakelijk, maar medisch- specialistische zorg is voor deze patiënten niet nodig. Eerstelijnszorg is hier voldoende.

Wij zien dat de zorgverzekeraars de controle op zorgdeclaraties van het eerstelijnsverblijf per 1 januari 2017 goed hebben opgepakt. Ook volgen zij de gemiddelde verblijfsduur van de patiënt en gaan ze upcoding tegen. Verder gebruiken zorgverzekeraars de landelijke declaratiestandaard en declaratieregels. Hierdoor kunnen zij de rekeningen van de zorgaanbieder goed controleren. Zorgverzekeraars controleren die rekeningen nog niet altijd even scherp voordat zij die betalen. Ook kunnen zij met zorgaanbieders meer afspraken maken om te voorkomen dat zij voor de patiënten dubbel moeten betalen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om fysiotherapie, diagnostiek en hulpmiddelen.

Verzekeraars kunnen concretere eisen stellen aan de indicatiestelling en aan een goede vastlegging hiervan, zodat de juiste patiënten in eerstelijnsverblijf terecht komen. Maar zorgverzekeraars tonen op deze punten al veel goede initiatieven, die wij aan elke individuele zorgverzekeraar zullen voorleggen.

Overigens brengt de NZa in de tweede helft van 2017 een marktscan acute zorg uit waarin ook aandacht wordt besteed aan eerstelijnsverblijf.



t
in



*

1

2

3

4

Controle-aanpak wijziging bankrekeningnummers

De NZa en De Nederlandsche Bank (DNB) hebben gezamenlijk het beheer van bankrekeningnummers door zorgverzekeraars onderzocht. Daarbij is de NZa verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en DNB voor het prudentieel toezicht op de zorgverzekeraars.

Aanleiding voor het onderzoek was een melding van één van de zorgverzekeraars over interne fraude waar bankrekeningnummers van verzekerden zijn gewijzigd. De betreffende zorgverzekeraar heeft inmiddels maatregelen getroffen om soortgelijke incidenten te voorkomen.

Tijdens het onderzoek hebben enkele zorgverzekeraars direct verbeteringen in het beheer van bankrekeningnummers doorgevoerd om mogelijke fraude met bankrekeningnummers te voorkomen.

Het onderzoek van de NZa en DNB heeft geleid tot positieve reacties van de zorgverzekeraars. We zijn van plan om in de toekomst op aangrenzende toezichtterreinen vaker onderzoek met DNB uit te voeren.

Beheer bankrekeningnummers

De NZa en DNB hebben bij de overige zorgverzekeraars de volgende aspecten onderzocht:

- Het niveau van de periodieke en gestructureerde analyse van de kans op misbruik door medewerkers bij bankrekeningbeheer;
- De aanwezigheid van beheersingsmaatregelen die passen bij een volwassen beheer van bankrekeningnummers;
- Het niveau van data-analyse, de periodieke toetsing van het beheersframework voor bankrekeningbeheer door de eerste, tweede en derde lijn, en controles achteraf in het betaalproces.

De doelstelling van het onderzoek is de inrichting van dit kritische en risicovolle proces sectorbreed naar een hoger niveau te brengen.

We hebben een aantal good practices verzameld over de beheersingsmaatregelen die zorgverzekeraars toepassen om interne fraude met bankrekeningnummers te voorkomen. Deze zijn toegespitst op de risicoanalyse, de beheersmaatregelen, de data-analyses, toetsingen en controles achteraf. De maatregelen van de zorgverzekeraars zijn afgezet tegen deze good practices.



t
in



*

1

2

3

4

Tijdens het opstellen van dit samenvattende rapport bevond het onderzoek zich in de afrondende fase. De NZa en DNB informeren zorgverzekeraars per brief over de uitkomsten van het onderzoek. Gelet op de gevoeligheid van de materie voldoet een individuele terugkoppeling aan de zorgverzekeraars en worden de uitkomsten niet openbaar gemaakt.

De NZa en DNB doen, indien van toepassing, aanbevelingen voor verdere verbeteringen in de administratieve organisatie en interne beheersing.

Risicoverevening

Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen tegen dezelfde premie te accepteren voor een zorgverzekering. Hierdoor kan het verzekerdenbestand per zorgverzekeraar verschillen qua leeftijd, geslacht en gezondheidskenmerken. Om zorgverzekeraars voor deze verschillen te compenseren, is er het risicovereveningssysteem. Daaruit krijgen zorgverzekeraars een financiële compensatie. Deze financiële compensatie komt uit het Zorgverzekeringsfonds dat jaarlijks wordt gevuld door de inkomensafhankelijke premie die door werkgevers via de belastingdienst wordt gestort. Voor verzekerden met voorspelbaar hoge zorgkosten krijgen zorgverzekeraars meer compensatie dan voor verzekerden met voorspelbaar lage zorgkosten.

Zorginstituut Nederland berekent op basis van vereveningskenmerken zoals leeftijd, geslacht en gezondheidsverschillen de verwachte zorgkosten en bepaalt vervolgens jaarlijks de compensatie voor elke zorgverzekeraar.

Beoordeling verantwoordingen risicoverevening 2015

Zorgverzekeraars moeten jaarlijks een groot aantal (financiële) verantwoordingen opleveren met gegevens van verzekerden en zorgkosten. De NZa beoordeelt of de zorgverzekeraars de benodigde financiële informatie juist en tijdig aanleveren. Dat is belangrijk omdat dit onder meer de hoogte van de financiële compensatie die zij krijgen uit het risicovereveningssysteem bepaalt.

Uit ons onderzoek naar de juistheid van de financiële verantwoordingen komen weinig fouten/verbeterpunten naar voren. Wij merken dat zorgverzekeraars steeds meer controles uitvoeren om eventuele fouten bij het samenstellen van de financiële verantwoordingen te voorkomen. Zorgverzekeraars voeren vooral meer data-analyses en plausibiliteitscontroles uit om na te gaan of de verantwoorde kosten wel logisch en plausibel zijn. Dit vinden wij een goede gang van zaken. Onze conclusie is dat de financiële verantwoordingen van alle zorgverzekeraars samen juist zijn. De fouten en onzekerheden blijven daarbij binnen de toegestane grenzen. Aangetroffen fouten en onzekerheden worden uitgezocht en gecorrigeerd.

t

in





*

1

2

3

4

In- en uitschrijven van verzekerden: richtlijn gerede twijfel

Voor een goede risicoverevening bekijken wij onder meer of zorgverzekeraars de juiste aantallen en kenmerken van verzekerden hanteren. Zorgverzekeraars weten dat iedereen verplicht is om een zorgverzekering af te sluiten als hij of zij 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 over wie 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. VWS heeft aangegeven dat op dit punt een wetswijziging in gang wordt gezet. Vooruitlopend op de invoering van een wettelijke regeling hebben de Sociale Verzekeringsbank (SVB), Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland de Richtlijn toepassing gerede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet opgesteld.

Deze richtlijn bevat criteria die zorgverzekeraars helpen om te bepalen welke stappen zij moeten zetten om de verzekeringsplicht voor de Zvw vast te stellen. Alle zorgverzekeraars hebben zich verbonden aan de richtlijn. De NZa zal de naleving van deze richtlijn meenemen in het jaarlijkse onderzoek van de financiële verantwoordingen in 2017.

Wanbetalers

Als iemand zijn premie voor de basisverzekering niet betaalt, dan blijft hij in beginsel wel verzekerd, maar komt hij in de wanbetalersregeling terecht. Zorgverzekeraars met wanbetalers in hun verzekerdenbestand kunnen hiervoor een wanbetalersbijdrage ontvangen. Deze wanbetalersbijdrage moet voorkomen dat de zorgverzekeraar de verzekerde royeert omdat hij de premie niet betaalt. De wanbetalersbijdrage wordt verstrekt vanaf het moment dat een premieachterstand is ontstaan van zes maandpremies. De eerste zes maanden zijn voor het risico van de zorgverzekeraar.



t
in



*

1

2

3

4

Om een wanbetalersbijdrage te ontvangen, moet een zorgverzekeraar aan een aantal voorwaarden voldoen. De belangrijkste zijn dat de zorgverzekeraar bij een betalingsachterstand van twee respectievelijk vier maanden de wanbetalers de zogenaamde tweede- en vierdemaandsbrieven moet sturen, en de bij die brieven voorgeschreven acties (aanbieden betalingsregeling, wijzen op de mogelijkheid van schuldhulp, splitsing van de polis) uitvoert. Ook moet de verzekeraar zich inspannen om de premie te innen.

De NZa heeft onderzocht of zorgverzekeraars deze activiteiten uitvoeren en daarmee voldoen aan de voorwaarden om een wanbetalersbijdrage te ontvangen.

Onderzoek wanbetalers 2015

De NZa heeft het onderzoek vooral uitgevoerd door kennis te nemen van de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars. Bij de meeste zorgverzekeraars hebben wij geen tekortkomingen geconstateerd. Bij een beperkt aantal zorgverzekeraars hebben wij een aantal kleine tekortkomingen geconstateerd die de betreffende zorgverzekeraars moeten verbeteren. De bevindingen uit het onderzoek leiden niet tot een lager compensatiebedrag dat de individuele zorgverzekeraars ontvangen van uit het zorgverzekeringsfonds.



t
in





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

Informatielijn

Telefoon: 088 – 770 8 770
(bereikbaar van 9.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

