

Samenvattend rapport

Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011

Onderdelen acceptatieplicht, verbod op
premedifferentiatie, zorgplicht

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Doelstelling rapport	9
1.3 Signaaltoezicht	9
1.4 Focus werkzaamheden NZa	10
2. Bevindingen uitvoering wettelijke verplichtingen	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Uitvoeringsverslag	11
2.1.1 Analyse	11
2.3 Acceptatieplicht	13
2.4 Verbod op premiedifferentiatie	15
2.5 Zorgplicht	15
3. Transparantie	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Self assessment zorgverzekeraars	21
3.3 Conclusie	22
4. Vooruitblik 2012	23
4.1 Zorgplicht	23
4.2 Onderzoek toetredingsdrempels	23
4.3 Early warning systeem	24
4.4 Transparantie medisch specialistische zorg	24

Vooraf

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld. Zorgverzekeraars moeten zich onder meer houden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Ook de taken die zorgverzekeraars hebben in het kader van de verevening zijn van belang. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de uitvoering van de Compensatieregeling eigen risico (CER) door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Over de bevindingen van het vereveningsonderzoek 2011 en de uitvoering van de Compensatieregeling eigen risico door het CAK brengt de NZa, evenals vorig jaar, een afzonderlijk rapport uit.

Dit rapport belicht of de zorgverzekeraars zich hebben gehouden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Bij de toezichtactiviteiten die de NZa hierop richt staat het consumentenbelang - de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg - centraal. De NZa richt zich in deze rapportage op bevindingen over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. De NZa heeft geen wettelijke taak inzake de doelmatigheid van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
plv. voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Conclusie

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Dit rapport gaat in op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in 2011. Daarbij staat centraal of zorgverzekeraars zich houden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Daarnaast komt de informatieverstrekking (transparantie) door zorgverzekeraars aan de orde. De bevindingen op deze aspecten zijn gebaseerd op signalen, uitgevoerde onderzoeken, de uitvoeringsverslagen en daarbij behorende accountantsrapporten, en de beoordeling van modelovereenkomsten.

De NZa doseert haar toezichtactiviteiten naar de risico's en problemen die het niet naleven van wettelijke verplichtingen door zorgverzekeraars voor de consument hebben. Dit heeft geleid tot actief toezicht op de zorgplicht, transparantie en modelovereenkomsten en reactief toezicht op de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Naar aanleiding van het onderzoek naar (belemmeringen bij) het verkrijgen en vergoeden van zorg heeft de NZa de aanbeveling gedaan dat zorgverzekeraars nadere invulling moeten geven aan de zorgplicht door concrete normen te stellen voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Daarnaast heeft de NZa alle zorgverzekeraars dringend verzocht om duidelijk te zijn aan hun verzekerden over de doorlooptijden voor het verkrijgen van toestemming van zorg en voor het vergoeden van declaraties. Ook moeten zorgverzekeraars hun verzekerden wijzen op de interne klachtenprocedure en de procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen zorgverzekeringen (SKGZ), en moeten zij de voorwaarden voor het indienen van buitenlandse nota's helder aangeven. De NZa heeft alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met het verzoek om te rapporteren welke acties zij op deze punten hebben ondernomen. De zorgplicht is en blijft een belangrijk aandachtspunt voor de NZa. In 2012 heeft de NZa specifiek voor de mondzorg normen opgesteld voor voldoende contracteren en is een consultatietraject gestart voor normen voor medisch specialistische zorg.

De NZa heeft de informatieverstrekking op de websites van zorgverzekeraars op drie punten getoetst aan de beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten¹. Dit zijn 'gecontracteerd zorgaanbod', 'preferentiebeleid geneesmiddelen' en 'effect niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding'. Van deze drie getoetste punten was met name de informatieverstrekking over het gecontracteerd zorgaanbod niet altijd volledig. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken waarna zij de informatie op hun websites hebben aangepast. Op dit moment doet de NZa onderzoek naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan consumenten buiten de website om over het al dan niet contracteren van zorgaanbieders. Daarnaast gaat de NZa een campagne houden gericht op het overstappen door consumenten.

Uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en de bijbehorende rapporten van bevindingen van de accountant volgen geen onjuistheden omtrent de uitvoering van de eigen risicoregeling en/of overschrijding van de

¹ Beleidsregel TH/BR-003 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, NZa, op www.nza.nl.

10% kortingsgrens voor collectiviteiten. Alle zorgverzekeraars hebben zich in het uitvoeringsverslag verantwoord over de zorgplicht. Het navolgende gedeelte van deze alinea is de mening van de zorgverzekeraars. De NZa heeft hier (nog) geen onderzoek naar gedaan. Zorgverzekeraars geven aan dat zij in hun afwijzingsbrieven van (vergoeding van) zorg de reden van afwijzing motiveren. De meeste zorgverzekeraars melden dat bij verzekerden die overstappen een machtiging die is verleend door de vorige verzekeraar wordt overgenomen door de nieuwe zorgverzekeraar. Naar eigen zeggen waarborgen zorgverzekeraars de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de gecontracteerde zorg veelal door het gebruik van Treeknormen en spiegelinformatie. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan expliciet kwaliteitseisen en Treeknormen op te nemen in de overeenkomsten met zorgaanbieders. Om de beschikbaarheid en continuïteit van zorg te borgen geven zorgverzekeraars aan beschikbaarheidsanalyses uit te voeren en periodiek grotere zorgaanbieders te toetsen om vroegtijdig eventuele beschikbaarheidsproblemen te signaleren.

Met ingang van het polisjaar 2012 heeft de NZa een nieuwe werkwijze voor de beoordeling van modelovereenkomsten. Dit houdt in dat zij polissen niet meer integraal, maar uitsluitend de wijzigingen in polissen beoordeelt. Bij een steekproefsgewijze controle van enkele op de markt gebrachte modelovereenkomsten zijn geen grote bijzonderheden geconstateerd. De nieuwe beoordelingsmethodiek past beter bij de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgverzekeraar en de NZa en maakt een efficiënter beoordelingsproces mogelijk.

Uit de verrichte werkzaamheden volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars zich in 2011 niet zouden hebben gehouden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa signaleert dat zorgverzekeraars hun strategie steeds vaker richten op bepaalde doelgroepen, zoals jonge, hoogopgeleide verzekerden. Een dergelijke doelgroepenbenadering is (wettelijk) toegestaan. Hierdoor zou op termijn een tweedeling kunnen ontstaan tussen verzekerden die tegen een lage premie toegang hebben tot een zorgverzekering en verzekerden die dat niet hebben. Daarnaast zou het gebruik van polissen met tussentijdse opzeggingsmogelijkheid kunnen leiden tot afwentelingsproblematiek. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat deze problemen zich nu voordoen en heeft een doelgroepenbenadering vanuit het perspectief van de consument gezien geen substantiële risico's voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorgverzekering. Als een consument niet voldoet aan de eventuele toelatingscriteria van een bepaalde collectiviteit, zijn er voldoende alternatieve keuzemogelijkheden. Dit strookt met de bevindingen van de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw² (Commissie Don), die concludeert dat achter de meeste doelgroepbenaderingen geen bewuste strategie tot risicoselectie zit. De NZa blijft de ontwikkelingen op het gebied van doelgroepenbenadering nauwgezet volgen, onder andere via de marktscan zorgverzekeringsmarkt en via de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars.

² Evaluatie risicoverevening Zvw, Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, juni 2012.

1. Inleiding

1.1 Inleiding

De NZa rapporteert op grond van artikel 24 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) jaarlijks vóór 1 november aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) haar bevindingen over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars in een samenvattend rapport. In dit rapport komen de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht aan de orde. Evenals vorig jaar brengt de NZa daarnaast een apart rapport uit over de uitvoering van de vereveningstaken door de zorgverzekeraars en de uitvoering van de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Het samenvattend rapport en het rapport over de verevening zijn openbaar en komen te staan op www.nza.nl.

1.2 Doelstelling rapport

Met dit rapport informeert de NZa de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in het verslagjaar 2011 over de onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan deze verplichtingen uit de Zvw.

Het rapport concentreert zich op het verslagjaar 2011. Ontwikkelingen in de eerste helft van 2012 zijn alleen in de rapportage betrokken voor zover deze van invloed zijn op het beeld over de naleving van de verplichtingen uit de Zvw in 2011.

1.3 Signaaltoezicht

De NZa ontvangt op diverse manieren vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevatten. Signalen zijn belangrijk voor de NZa, omdat deze indicaties geven waar problemen en risico's liggen. Aan de hand daarvan kan de NZa risicogericht toezicht houden. Bij het afhandelen van signalen werkt de NZa samen met andere toezichthouders, het Openbaar Ministerie en de FIOD-ECD. Signaaltoezicht vormt een integraal onderdeel van de toezichthoudende taken van de NZa.

Het aantal signalen over zorgverzekeraars vertoont de afgelopen jaren een grillig verloop. In 2011 heeft de NZa in totaal 35 signalen ontvangen; bijna een halvering in vergelijking met 2010 (69 signalen). In de eerste helft van 2012 zijn 27 signalen ontvangen, met name over de mondzorg. De belangrijkste signalen die betrekking hebben op de rechtmatige uitvoering van de Zvw zijn opgenomen in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport.

Totaal aantal signalen³

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ziektekostenverzekeraars	130	82	52	70	69	35

Bron: Database signalen, peildatum: januari 2012

1.4 Focus werkzaamheden NZa

De NZa houdt risicogeorienteerd en probleemgestuurd toezicht. De eerste jaren na de invoering van de Zvw in 2006 heeft de NZa intensief aandacht besteed aan alle verschillende aspecten van de Zvw. Op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren heeft de NZa haar activiteiten meer gefocust op de onderdelen waarover zij relatief veel signalen ontvangt en waar de risico's op niet-naleving van de Zvw met negatieve gevolgen voor de consument, het grootst zijn. Dit heeft geleid tot actief toezicht op de zorgplicht, transparantie en modelovereenkomsten en reactief toezicht op de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

³ Het betreft het totaal aantal meldingen wat een signaal blijkt te zijn. Signalen die over hetzelfde onderwerp gaan worden als aparte signalen gerekend.

2. Bevindingen uitvoering wettelijke verplichtingen

2.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke verplichting om zich te houden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Bij dit toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw staat het algemeen consumentenbelang – de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg – centraal.

2.2 Uitvoeringsverslag

In het uitvoeringsverslag/maatschappelijk verslag verantwoorden zorgverzekeraars zich jaarlijks over de uitvoering van de Zvw. De (externe) accountant⁴ van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag op de volgende punten:

- of het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met het daarvoor opgestelde informatiemodel;
- de procedurele totstandkoming van de niet-financiële verantwoordingsinformatie;
- of de eigen risico regeling is uitgevoerd volgens de wet- en regelgeving;
- of de wettelijke maximale kortingsgrens van 10% bij collectieve contracten niet is overschreden;
- of de zorgverzekeraar zich heeft gehouden aan de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering⁵.

De accountant rapporteert de uitkomsten van zijn onderzoek in een rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag. Het uitvoeringsverslag en het bijbehorende rapport van feitelijke bevindingen moeten jaarlijks vóór 1 juli worden ingediend bij de NZa. Alle zorgverzekeraars hebben beide documenten over 2011 tijdig aangeleverd.

2.1.1 Analyse

De NZa heeft de accountantsrapporten van bevindingen en de uitvoeringsverslagen over 2011 geanalyseerd. De voornaamste punten die hieruit naar voren komen zijn als volgt:

Rapport van bevindingen

Bij alle zorgverzekeraars heeft de accountant vastgesteld dat het uitvoeringsverslag is opgesteld conform de verantwoordingsvoorschriften. Bij drie zorgverzekeraars heeft de accountant opmerkingen gemaakt over de uitvoering van de eigen risicoregeling. Bij één zorgverzekeraar betreft het uitsluitend opmerkingen over de gevolgde procedure. Bij de andere twee zorgverzekeraars gaat het om fouten bij de berekening van het eigen

⁴ Het rapport van bevindingen bij het uitvoeringsverslag Zvw mag, onder voorwaarden, ook door de interne accountant van de zorgverzekeraar worden afgegeven (certificering).

⁵ Op dit punt wordt niet nader ingegaan omdat dit aan de orde komt in het rapport over de verevening.

risico. Zo was in het ene geval sprake van fouten bij de verrekening van het eigen risico in de loop van het jaar en bij overlijden. In 2012 wordt dit gecorrigeerd. In het andere geval wordt het teveel of te weinig aan verzekerden in rekening gebrachte eigen risico over 2011 in 2012 gecorrigeerd.

In de accountantsrapporten zijn geen opmerkingen gemaakt over de overschrijding van de 10% kortingsgrens bij collectiviteiten. Ook volgen er uit de rapporten geen directe signalen over mogelijke overtredingen van de acceptatieplicht of van het verbod op premiedifferentiatie.

Uit de analyse van de accountantsrapporten volgt dat twee zorgverzekeraars fouten hebben gemaakt bij de uitvoering van de eigen risicoregeling. Deze fouten worden in 2012 gecorrigeerd. Verder blijkt uit de analyse dat zorgverzekeraars de maximale kortingsgrens voor collectiviteiten niet hebben overschreden. Er zijn geen indicaties dat zorgverzekeraars zich niet hebben gehouden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Zorgplicht

Alle zorgverzekeraars hebben zich in hun uitvoeringsverslag uitgebreid verantwoord over de zorgplicht. De NZa heeft hier (nog) geen onderzoek naar gedaan. Zorgverzekeraars geven aan dat zij aandacht besteden aan de brieven die zij aan hun verzekerden sturen bij afwijzing van (vergoeding van) zorg. In de uitvoeringsverslagen staat vermeld dat afwijzingen worden gemotiveerd; zo mogelijk wordt verwezen naar de polisvoorwaarden en in complexe gevallen wordt een meer uitgebreide inhoudelijke toelichting gegeven. Enkele verzekeraars melden dat zij een verbeteringslag hebben gemaakt op het punt van motivering van de reden van afwijzing in de brieven.

De meeste zorgverzekeraars geven expliciet aan dat zij een verleende machtiging of toestemming van de vorige verzekeraar altijd overnemen als verzekerden overstappen. Dit is verplicht op grond van artikel 14 lid 6 van de Zvw. Verder geven de meeste verzekeraars aan dat er geen beperkingen zijn op het wettelijk pakket.

Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft aan dat zij medisch adviseurs inzetten om de medische deskundigheid te borgen. De doorlooptijden voor de afhandeling van aanvragen en declaraties variëren per zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de normen die zij zichzelf stellen voor de afhandeling in de meeste gevallen halen. Het geven van zorggaranties komt nauwelijks voor. Een aantal zorgverzekeraars vermeldt alleen Treeknormen expliciet af te spreken.

Alle zorgverzekeraars hebben zich – meer of minder uitgebreid – verantwoord over de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg. Zorgverzekeraars zeggen in hun uitvoeringsverslag hierbij vaak de Treeknormen te hanteren en aandacht te hebben voor kwaliteit. Een aantal zorgverzekeraars meldt dat zij expliciet kwaliteitseisen en Treeknormen opnemen in de overeenkomsten met zorgaanbieders. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij aan selectieve zorginkoop doen.

Zorgverzekeraars stellen in hun uitvoeringsverslag dat zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de gecontracteerde zorg veelal borgen door het gebruik van Treeknormen en spiegelinformatie. Als zorgaanbieders onvoldoende kwaliteit leveren zeggen zorgverzekeraars dat zij maatregelen nemen. Dit varieert van extra afspraken en opleidingen voor de zorgaanbieder tot beëindiging van het contract. In

het laatste geval worden verzekerden bemiddeld naar een andere zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij hun zorgplicht bij prestaties in natura op verschillende manieren waarborgen. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij beschikbaarheidsanalyses uitvoeren met doorgaans de meeste aandacht voor het kernwerkgebied. Volgens de informatie in de uitvoeringsverslagen borgen zorgverzekeraars de continuïteit van zorg ook door periodieke toetsing van grotere zorgaanbieders om vroegtijdig beschikbaarheidsproblemen te signaleren. In een enkel geval staat vermeld dat bij beschikbaarheidsproblemen particuliere initiatieven worden opgezet. Niet alle zorgverzekeraars vermelden problemen bij de beschikbaarheid van zorg of acties om beschikbaarheidsproblemen te signaleren.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan klanttevredenheidsonderzoeken te houden voor het zittend ziekenvervoer en meldt dat de klanttevredenheid groot is. Als er klachten zijn gaan die meestal over het te laat komen van de vervoerder. Volgens de zorgverzekeraars worden klachten doorgaans naar tevredenheid van de verzekerde afgehandeld.

2.3 Acceptatieplicht

Alle zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven dat zij zich in 2011 aan de acceptatieplicht hebben gehouden. Als aspirant verzekerden zijn geweigerd is dat op grond van wettelijk toegestane redenen (bijvoorbeeld geen rechtmatig verblijf in Nederland of premie achterstand).

Begin 2012 heeft de NZa een korte analyse verricht naar de acceptatieplicht en de mogelijke toepassing van risicoselectie door zorgverzekeraars. Via het vereveningssysteem worden zorgverzekeraars met relatief veel 'slechte' risico's (bijvoorbeeld chronisch zieken) in hun portefeuille hiervoor gecompenseerd. Door de afbouw van de ex-post verevening gaan verzekeraars steeds meer financieel risico lopen en zijn er meer prikkels om aan risicoselectie te doen. Risicoselectie omvat zowel het weren van verliesgevendende verzekerden als het aantrekken van winstgevendende verzekerden. Verzekeraars mogen bijvoorbeeld verzekerden selecteren voor andere producten dan de basisverzekering, zoals de aanvullende verzekering, collectiviteiten en overige verzekeringsproducten. Daarnaast is het toegestaan om via productdifferentiatie en selectieve communicatie verzekerden indirect te selecteren voor de basisverzekering. Hierbij is te denken aan een doelgroepenbenadering, waarbij verzekeraars zich met hun polissen richten op bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren). Ook via collectiviteiten kunnen doelgroepen worden binnengehaald. Conclusie van de inventarisatie is dat er vanuit het perspectief van de consument gezien geen substantiële risico's zijn voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorgverzekering. Als een consument niet voldoet aan de eventuele toelatingscriteria van een bepaalde collectiviteit, zijn er op dit moment voldoende andere keuzemogelijkheden, variërend van een andere collectiviteit tot een individuele verzekering⁶.

Dit strookt met de bevindingen uit het rapport van de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw⁷. Hierin wordt gesteld dat, hoewel

⁶ Zie ook Marktscan zorgverzekeringsmarkt, NZa, juni 2012. Hieruit blijkt tevens dat de verschillen in premies tussen individuele en collectieve verzekeringen relatief beperkt zijn.

⁷ Evaluatie risicoverevening Zvw, Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, juni 2012.

verzekeraars hun marketing in toenemende mate richten op doelgroepen – jonge hoog opgeleide verzekerden waarop winst te maken is –, achter de meeste strategieën waarmee verzekeraars deze groepen proberen binnen te halen geen doelbewuste strategie tot risicoselectie zit. Bovendien is een doelgroepenbenadering toegestaan. Polissen staan immers open voor alle verzekerden en als de polisvoorwaarden een verzekerde niet aanstaan, zijn er voldoende alternatieven in de vorm van reguliere polissen, inclusief een breed aanbod van collectiviteiten met korting. De premies ontlopen elkaar daardoor niet veel. Volgens de Commissie beogen verzekeraars met een doelgroepenbenadering hun marktaandeel bij jonge verzekerden te behouden of te vergroten. Een uitzondering op de constatering dat een marketingbeleid met doelgroepenpolissen op zich niet schadelijk hoeft te zijn, is volgens de Commissie de door sommige verzekeraars via tussenpersonen in de markt gezette labels in de vorm van collectiviteiten, die uitsluitend toegankelijk en (door hoge kortingen) aantrekkelijk zijn voor voorspelbaar winstgevende groepen verzekerden, zoals studenten en hoogopgeleiden. De verwachting is dat andere verzekeraars deze marketingstrategie gaan imiteren, waardoor op termijn een tweedeling dreigt te ontstaan tussen verzekerden die tegen een lage premie toegang hebben tot dergelijke labels en verzekerden die dat niet hebben. Daarnaast acht de Commissie het gebruik van polissen die tussentijds kunnen worden opgezegd onwenselijk vanwege het afwentelingseffect dat dit kan hebben. Tot op heden is er een tweetal zorgverzekeringen waarbij tussentijdse opzegging mogelijk is. In de monitor van de Zekurpolis uit 2007 en 2008 heeft de NZa geconstateerd dat de tussentijdse opzeggingsmogelijkheid niet tot afwentelingsproblematiek heeft geleid. Ook op dit moment zijn de NZa hier geen signalen over bekend. De NZa volgt het gebruik van de tussentijdse opzeggingsmogelijkheid in het kader van de beoordeling van de modelovereenkomsten en het signaaltoezicht. De Commissie heeft in haar onderzoek geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars op grote schaal groepen verliesgevende verzekerden proberen te weren.

Naar aanleiding van het onderzoek doet de Commissie enkele aanbevelingen aan de NZa. De NZa zou uit het doelgroepenbeleid van verzekeraars dat uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt naar voren komt aanwijzingen kunnen halen dat bepaalde groepen winst- of verliesgevend zijn. De NZa volgt de ontwikkelingen op het vlak van collectiviteiten al via de marktscan zorgverzekeringsmarkt⁸, maar zal hierbij specifiek gaan inzoomen op doelgroepcollectiviteiten. Ook is aan het informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2012 uitvraag toegevoegd over doelgroepcollectiviteiten. Dit betekent dat zorgverzekeraars zich in hun uitvoeringsverslag over 2012 moeten verantwoorden over de doelgroepcollectiviteiten die zij aanbieden. Daarnaast beveelt de Commissie de NZa aan om zich nadrukkelijker te richten op voldoende transparantie en de zorgplicht bij selectieve inkoop door zorgverzekeraars. Transparantie is en blijft een speerpunt in het toezicht van de NZa. De NZa zet jaarlijks een self assesment uit onder zorgverzekeraars om de transparantie op hun websites te volgen.

Signalen

Doelgroepcollectiviteiten

Rond de overstapperiode krijgt de NZa vragen over collectiviteiten die zijn gericht op bepaalde doelgroepen, zoals studenten en hoger opgeleiden. Mensen vragen zich dan bijvoorbeeld af of zij geweigerd mogen worden omdat zij te oud zijn voor een studentenverzekering. In

⁸ Marktscan zorgverzekeringsmarkt, NZa, juli 2011 op www.nza.nl.

dergelijke situaties gaat het vaak om een 'gewone' polis van een zorgverzekeraar met een specifieke collectiviteit voor een bepaalde doelgroep. De onderliggende reguliere polis is op grond van de acceptatieplicht voor iedereen toegankelijk. Dit geldt echter niet voor de collectiviteit; hiervoor geldt geen acceptatieplicht en mogen zorgverzekeraars toelatingseisen stellen. Mensen mogen dus wel geweigerd worden voor de specifieke (doelgroep)collectiviteit, maar niet voor de onderliggende, reguliere polis.

In beginsel zijn er twee soorten collectiviteiten: werkgeverscollectiviteiten en collectiviteiten die zijn opgericht door een rechtspersoon die de belangen behartigt van een groep verzekerden, zoals patiëntenverenigingen of vakbonden. Er zijn initiatieven zichtbaar waarbij zorgverzekeraars zelf een rechtspersoon oprichten met het doel voor een groep verzekerden een collectiviteit mogelijk te maken. Dit is toegestaan zolang die rechtspersoon de belangen van de verzekerden in enige vorm behartigt en zal per geval beoordeeld moeten worden.

Inschrijving

De NZa heeft een signaal ontvangen over een zorgverzekeraar die achteraf een inschrijving voor de basisverzekering weigerde omdat de verzekerde niet stond ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Het ontbreken van inschrijving in de GBA is geen geldige weigeringsgrond. Het gaat erom dat de zorgverzekeraar vaststelt of iemand in Nederland woont en op basis daarvan verzekerd is voor volksverzekeringen, zoals bijvoorbeeld de AWBZ. Een GBA-inschrijving kan hiervoor een indicatie zijn, maar is niet doorslaggevend. De NZa treedt niet in individuele geschillen tussen consument en zorgverzekeraar. Daarom heeft de NZa de melder van het signaal geadviseerd een klacht in te dienen bij de betreffende zorgverzekeraar en zich zo nodig te wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Behoudens bovenstaand signaal volgen uit de verrichte werkzaamheden geen indicaties dat de zorgverzekeraars zich niet hebben gehouden aan de acceptatieplicht.

2.4 Verbod op premiedifferentiatie

Bij de NZa zijn geen signalen binnengekomen over de overtreding van het verbod op premiedifferentiatie. Alle zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven dat zij zich aan het verbod op premiedifferentiatie hebben gehouden. Vrijwel alle zorgverzekeraars geven betalingskorting bij vooruitbetaling van de premie (bijvoorbeeld per jaar).

Uit de verrichte werkzaamheden volgen geen indicaties dat de zorgverzekeraars zich niet hebben gehouden aan het verbod op premiedifferentiatie.

2.5 Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht; de verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft. Zorgverzekeraars zijn vrij om te kiezen welke zorgaanbieders zij hiervoor contracteren. Zij zijn niet verplicht om met alle zorgaanbieders contracten te sluiten.

Follow up onderzoek zorgplicht

De NZa heeft onderzoek gedaan naar (belemmeringen bij) het verkrijgen van zorg en vergoeden van zorg⁹. Hiervoor hebben alle zorgverzekeraars een vragenlijst ingevuld. Voor het verkrijgen van bepaalde typen zorg (bijvoorbeeld medisch specialistische zorg) is toestemming nodig van de zorgverzekeraar (machtiging). Hoe lang het duurt om die toestemming te krijgen varieert per verzekeraar en per type verstrekking. Zo duurt dit voor mondzorg minimaal 3 en maximaal 13 werkdagen. Als een verzekerde eenmaal toestemming heeft en vervolgens overstapt naar een andere zorgverzekeraar, moet de nieuwe zorgverzekeraar de verleende toestemming van de vorige verzekeraar overnemen (artikel 14, lid 6 Zvw). De NZa heeft één zorgverzekeraar die dit niet deed een aanwijzing gegeven. De betreffende zorgverzekeraar heeft de aanwijzing opgevolgd.

De doorlooptijd voor het vergoeden van declaraties verschilt per verzekeraar en per zorgvorm en is voor verzekerden niet altijd duidelijk. Als verzekeraars een vergoeding van zorg of aanvraag voor het verkrijgen van zorg afwijzen, moeten zij dit in hun afwijzingsbrief aan de verzekerde voldoende motiveren door de reden van afwijzing duidelijk en begrijpelijk aan te geven. Daarbij moet worden verwezen naar een bestaande regel of voorwaarde uit de polis waarop dit is gebaseerd.

Naar aanleiding van het onderzoek heeft de NZa alle zorgverzekeraars dringend verzocht om aan verzekerden duidelijk te zijn over de doorlooptijden voor het verkrijgen van toestemming van zorg en voor het vergoeden van declaraties. Daarnaast moeten verzekeraars hun verzekerden wijzen op de interne klachtenprocedure en de procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), en moeten zij de voorwaarden zijn voor het indienen van buitenlandse nota's duidelijk aangeven. Het blijkt dat dit laatste niet bij alle verzekeraars transparant is. Tot slot heeft de NZa de aanbeveling gedaan dat zorgverzekeraars nadere invulling moeten geven aan de zorgplicht door concrete normen te stellen voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Hiertoe is eerder al opgeroepen in de beleidsregel toezichtskader zorgplicht Zvw¹⁰. De NZa heeft alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met het verzoek om te rapporteren welke acties zij op deze punten hebben ondernomen.

Signalen

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

De NZa heeft een signaal ontvangen over het gebrek aan vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Een zorgverzekeraar heeft aan zijn verzekerden aangegeven de kosten van een bepaalde, niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet te vergoeden omdat deze aanbieder naar het oordeel van de verzekeraar onvoldoende kwaliteit levert. In de polisvoorwaarden was echter opgenomen dat niet-gecontracteerde zorg volledig wordt vergoed. De NZa heeft het signaal betrokken in het vereveningsonderzoek. De zorgverzekeraar heeft uiteindelijk toch alle kosten van de betreffende zorgaanbieder aan zijn verzekerden vergoed.

Polisvoorwaarden

In de polisvoorwaarden zijn de voorwaarden voor toediening van geneesmiddelen opgenomen. De NZa heeft een signaal ontvangen over

⁹ Thematisch onderzoek zorgplicht, NZa, maart 2012. Zie: http://www.nza.nl/104107/138040/Thematisch_onderzoeksrapport_Zorgplicht_-_verkrijgen_en_vergoeden_van_zorg.pdf

¹⁰ Beleidsregel TH/BR-006 Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), NZa, beschikbaar op www.nza.nl.

een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden op verschillende plaatsen verschillende voorwaarden had staan voor hetzelfde geneesmiddel. De NZa heeft hierover contact opgenomen met de betreffende zorgverzekeraar, waarna hij de polisvoorwaarden heeft gecorrigeerd.

Standpunt NZa nav aanpassing art 13 Zvw

Artikel 13 Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars zelf de hoogte van de vergoeding mogen bepalen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voorwaarde is dat de zorgverzekeraar voldoende zorg contracteert voor zijn verzekerden. Ook moet de consument voorafgaand aan de behandeling kunnen achterhalen wat de hoogte van de vergoeding is, in absolute bedragen.

De NZa hanteert in haar toezicht op de naleving van de zorgplicht de lijn dat de hoogte van de vergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet nul euro mag zijn. Dit standpunt is vastgelegd in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht.

2.6 Beoordeling modelovereenkomsten

Voor het polisjaar 2012 heeft de NZa een nieuwe, aangescherpte werkwijze gehanteerd voor de beoordeling van de modelovereenkomsten. Tot 2011 beoordeelde de NZa de polissen integraal. Bij de nieuwe werkwijze worden uitsluitend de wijzigingen in de polissen beoordeeld. De NZa houdt voor de voorgelegde wijzigingen nog maar één beoordelingsronde waarbij zij een oordeel geeft over de conformiteit van de wijzigingen met de Zvw. Latere wijzigingen kunnen ook weer eenmalig ter toetsing worden voorgelegd. Uitsluitend voor geheel nieuwe modelovereenkomsten is het beleid dat de NZa deze integraal beoordeelt en een oordeel geeft over de conformiteit met de Zvw. Dit heeft afgelopen jaar voor drie modelovereenkomsten plaatsgevonden. Eén partij heeft besloten om ondanks de positief beoordeelde modelovereenkomst de zorgverzekeringsmarkt in 2012 niet te betreden, maar is van plan dit in 2013 te doen.

De nieuwe beoordelingsmethodiek past beter bij de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de NZa en de zorgverzekeraars. De primaire verantwoordelijkheid voor de modelovereenkomst ligt immers bij de zorgverzekeraar. Daarnaast maakt de nieuwe methodiek een efficiënter beoordelingsproces door de NZa mogelijk.

De nieuwe werkwijze is afgestemd met het Ministerie van VWS en met het CVZ. De NZa heeft de zorgverzekeraars door middel van een voorlichtingsbijeenkomst geïnformeerd over het nieuwe beoordelingsproces. Tijdens deze bijeenkomst hebben de zorgverzekeraars hun zorgen geuit over het gevaar van een kleine, niet geconstateerde fout in de modelovereenkomst en de gevolgen daarvan. Het is dan namelijk geen zorgverzekering in de zin van de Zvw en de verzekeraar kan dan ook geen vereveningsbijdrage krijgen. De NZa heeft overleg gevoerd met het ministerie van VWS, CVZ en ZN om dit probleem op te lossen. Het ministerie heeft geconcludeerd dat zorgverzekeraars niet-verwijtbare fouten in de modelovereenkomst met terugwerkende kracht moeten kunnen herstellen. Een zorgverzekeraar mag een voorwaarde in een modelovereenkomst herstellen als dit ten gunste van de verzekerde is. Dit betreft ook wijzigingen die ervoor zorgen dat de modelovereenkomst een zorgverzekering is in plaats van

een gewone schadeverzekering¹¹. De NZa kan op grond van haar bevoegdheden als toezichthouder op de rechtmatige uitvoering van de Zvw bepalen of sprake is van een niet-verwijtbare fout. Indien sprake is van een verwijtbare fout is de betreffende polis geen zorgverzekering in de zin van de Zvw. In dat geval kan de NZa gebruik maken van haar bevoegdheid om de zorgverzekeraar een aanwijzing te geven om de polis van de markt te halen en zijn verzekerden daarover te informeren. Deze verzekerden moeten een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten.

Onderdeel van het nieuwe beoordelingsproces is dat de NZa in het eerste kwartaal van het nieuwe polisjaar – in casu 2012 – een steekproef uitvoert onder de op de markt gebrachte modelovereenkomsten. Hieruit zijn in 2012 geen grote bijzonderheden naar voren gekomen. De bevindingen zijn informeel aan de betreffende zorgverzekeraars gecommuniceerd. De NZa zet de nieuwe werkwijze en de uitvoering van een steekproef voor het polisjaar 2013 voort.

2.7 Conclusie

De verrichte werkzaamheden leveren geen indicaties op dat de zorgverzekeraars zich in 2011 niet zouden hebben gehouden aan de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie. Verzekeraars richten hun strategie in toenemende mate op doelgroepen. Een dergelijke doelgroepenbenadering is toegestaan. Hierdoor zou op termijn een tweedeling kunnen ontstaan tussen verzekerden die tegen een lage premie toegang hebben tot een zorgverzekering en verzekerden die dat niet hebben. Daarnaast zou het gebruik van polissen met tussentijdse opzeggingsmogelijkheid kunnen leiden tot afwentelingsproblematiek. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat deze problemen zich voordoen en heeft een doelgroepenbenadering vanuit het perspectief van de consument gezien geen substantiële risico's voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorgverzekering. Als een consument niet voldoet aan de eventuele toelatingscriteria van een bepaalde collectiviteit, zijn er voldoende alternatieve keuzemogelijkheden. Er zijn geen aanwijzingen dat ongeoorloofde risicoselectie plaatsvindt. Uit het onderzoek naar (belemmeringen bij) het verkrijgen van zorg en het vergoeden van zorg volgen geen indicaties dat verzekerden onvoldoende toegang hebben tot zorg. Wel heeft de NZa alle zorgverzekeraars de aanbeveling gedaan dat zij nadere invulling moeten geven aan de zorgplicht door concrete normen te stellen voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Bij het nieuwe beoordelingsproces voor modelovereenkomsten beoordeelt de NZa uitsluitend de wijzigingen in de polissen. Uit de in het eerste kwartaal van 2012 gehouden steekproef onder de op de markt gebrachte modelovereenkomsten zijn geen grote bijzonderheden naar voren gekomen.

Uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en de bijbehorende rapporten van bevindingen van de accountant volgen geen onjuistheden omtrent de uitvoering van de eigen risicoregeling door de zorgverzekeraars of overschrijding van de 10% kortingsgrens voor collectiviteiten. Alle zorgverzekeraars hebben zich in het uitvoeringsverslag verantwoord over de zorgplicht. Zorgverzekeraars melden in hun uitvoeringsverslag dat zij in de afwijzingsbrieven van (vergoeding van) zorg duidelijk gemotiveerd aangeven wat de reden van afwijzing is. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat bij verzekerden die overstappen een machtiging die is

¹¹ Ook in de memorie van toelichting op de Zvw is deze correctie met terugwerkende kracht het uitgangspunt.

verleend door de vorige verzekeraar wordt overgenomen door de nieuwe zorgverzekeraar. Naar aanleiding van het onderzoek zorgplicht heeft de NZa één zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven omdat deze de machtiging van de vorige verzekeraar niet overnam. De betreffende zorgverzekeraar heeft de aanwijzing opgevolgd. Zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag aan dat zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de gecontracteerde zorg veelal borgen door het gebruik van Treeknormen en spiegelinformatie. Een aantal zorgverzekeraars meldt dat zij expliciet kwaliteitseisen en Treeknormen opnemen in de overeenkomsten met zorgaanbieders. Om de beschikbaarheid en continuïteit van zorg te borgen geven zorgverzekeraars in hun uitvoeringsverslag aan dat zij beschikbaarheidsanalyses uitvoeren en periodiek grotere zorgaanbieders toetsen om vroegtijdig eventuele beschikbaarheidsproblemen te signaleren.

3. Transparantie

3.1 Inleiding

Transparantie is een continu speerpunt in het toezicht van de NZa. De beschikbaarheid van transparante informatie is immers essentieel opdat consumenten een weloverwogen keuze kunnen maken. Het toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars is gebaseerd op de Wmg. Strikt genomen valt transparantie daarmee buiten het bestek van dit rapport. Omdat de transparantievereisten rechtstreeks van belang zijn voor onderdelen van de Zvw, waaronder de zorgverzekeringspolis, komt transparantie in dit rapport aan de orde.

De NZa ziet toe op transparantie via het jaarlijkse onderzoek van de self assessments van zorgverzekeraars en via signalen.

3.2 Self assessment zorgverzekeraars

In november 2011 heeft de NZa de beleidsregel Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en volmachten¹² gepubliceerd. Hierin staat welke informatie zorgverzekeraars aan verzekerden moeten verstrekken. In het transparantietoezicht onderzoekt de NZa de naleving van deze beleidsregel. Daarvoor zet zij jaarlijks een self assessment (SA) uit onder de zorgverzekeraars. In het SA moeten zorgverzekeraars aangeven of zij aan de gestelde eisen voldoen. Indien niet (volledig) aan de eisen is voldaan moeten zij aangeven welke verbetermaatregelen zij hiervoor nemen.

Naar aanleiding van de ingevulde self assessments heeft de NZa de websites van zorgverzekeraars op 3 van de 15 toetspunten uit het SA gecontroleerd: het gecontracteerde zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het effect van niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding. Van de 43 gecontroleerde websites:

- Voldeden 14 websites van 4 zorgverzekeraars niet volledig aan het toetspunt 'het gecontracteerde zorgaanbod'. De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders kende een aantal manco's; met name de datum van de laatste update van de lijst en de frequentie waarmee deze wordt geactualiseerd ontbraken.
- Voldeden 3 websites, van 2 zorgverzekeraars, niet volledig aan het toetspunt 'het preferentiebeleid geneesmiddelen'. Met name ontbrak een lijst met preferente middelen op de website.
- Voldeden 4 websites, van 2 zorgverzekeraars, niet volledig aan het toetspunt 'het effect van niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding'. Hier ontbrak de hoogte van de vergoedingsbepanking bij een bezoek aan een niet gecontracteerde zorgaanbieder.

De zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken en hebben allen hun informatie aangepast zodat zij voldoen aan de gestelde eisen. Op dit moment doet de NZa onderzoek naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan consumenten buiten de website om over het al dan niet contracteren van zorgaanbieders. Daarnaast gaat de NZa een campagne houden gericht op het overstappen door consumenten.

¹² Beleidsregel TH/BR-003 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, NZa, beschikbaar op www.nza.nl.

Signalen

De NZa heeft enkele meldingen ontvangen van onjuiste of ontbrekende informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg op de website van zorgverzekeraars. Na contact met de betreffende zorgverzekeraars hebben zij de informatie gecorrigeerd respectievelijk toegevoegd.

3.3 Conclusie

Alle zorgverzekeraars hebben de informatie op hun websites op de getoetste onderdelen aangepast in lijn met de beleidsregel Informatieverstrekking, nadat de NZa hen daarop had aangesproken. De NZa heeft 3 van de 15 toetspunten uit het self assessment gecontroleerd. Van de drie getoetste punten (het gecontracteerde zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het effect van niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding) was de informatieverstrekking over het gecontracteerd zorgaanbod het onderdeel waarbij de informatie het vaakst onvolledig was. Met name de datum van de laatste update van de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders ontbrak. Belangrijk voor de consument is dat de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders zelf wel aanwezig was. De NZa controleert jaarlijks een beperkt aantal toetspunten uit het self assessment. De selectie van gecontroleerde punten kan van jaar tot jaar verschillen.

4. Vooruitblik 2012

4.1 Zorgplicht

In 2012 verricht de NZa diverse activiteiten op het gebied van de zorgplicht.

Normen mondzorg

Sinds de start van het experiment vrije prijzen in de mondzorg is er veel (politieke) discussie geweest over het vóórkomen van bijbetalingen in de jeugdmondzorg. Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa specifiek voor de mondzorg normen opgesteld voor voldoende contracteren. Deze normen zien op spoedzorg, wachttijd en reistijd en zijn opgenomen in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht Zvw¹³. Zo moet bij een acute behoefte aan mondzorg de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen 1 uur worden geleverd. Verder moet bijvoorbeeld de aanbieder van mondzorg binnen een reistijd van niet meer dan 45 minuten bereikbaar zijn voor consumenten. 80% van de verzekerden moet binnen 30 minuten een aanbieder van mondzorg kunnen bereiken.

De normen zijn bruikbaar ter toetsing van de mate van contractering voor naturaverzekeraars en bieden handvatten voor de invulling van het begrip marktconform voor restitutieverzekerders.

Inmiddels heeft de Minister besloten om het experiment met vrije prijzen per 1 januari 2013 te beëindigen vanwege de prijsstijgingen in de mondzorg. Dat betekent dat de NZa weer vaste tarieven gaat vaststellen voor de mondzorg die vanaf 1 januari 2013 gaan gelden. De NZa bekijkt de komende tijd hoe zij tot nieuwe maximumtarieven kan komen en welke prestaties er vanaf 1 januari 2013 gelden. Dat doet zij samen met mondzorgkoepels, verzekeraars en consumentenorganisaties. Daarnaast blijft de NZa tot het einde van 2012 de ontwikkelingen op de mondzorgmarkt monitoren.

Normen medisch specialistische zorg

Voor medisch specialistische zorg is ervoor gekozen om op dit moment nog geen nadere invulling te geven aan de open normen. Dit omdat de contractering loopt en naar verwachting tot goede resultaten zal leiden. Wel is gekozen voor een consultatietraject. Zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumentenfederatie (NPCF) worden geconsulteerd over het opstellen van normen voor medisch specialistische zorg. Deze consultatie dient als input voor – als dat gelet op de marktomstandigheden nodig wordt geacht – invulling van de normen in 2013.

4.2 Onderzoek toetredingsdrempels

Op verzoek van de Minister van VWS heeft de NZa in 2012 onderzoek gedaan naar toetredingsdrempels op de zorgverzekeringsmarkt. In het onderzoek is met name gekeken naar de positie van kleine zorgverzekeraars op de markt en naar concrete belemmeringen voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt. Uit het onderzoek blijkt dat er voldoende ruimte is voor nieuwe zorgverzekeraars. Er zijn wel drempels, maar die zijn nodig vanwege de publieke belangen in de zorg. Een van

¹³ Beleidsregel TH/BR-006 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), NZa, beschikbaar op www.nza.nl.

de drempels is de eis rondom startkapitaal, voortvloeiend uit de Europese schaderichtlijnen. Ook de vaak complexe regels op de zorgverzekeringsmarkt kunnen een drempel zijn. Zo zorgt het systeem van risicoverevening ervoor dat verzekeraars pas laat precies weten waar zij financieel aan toe zijn. Uit recente berichtgeving blijkt dat een potentiële nieuwe toetreders de benodigde financiering niet heeft rond gekregen waardoor hij in 2012 niet zal toetreden. Op verzoek van de minister heeft de NZa ook aanbevelingen gedaan om drempels weg te nemen. Als de overheid meer zekerheid biedt, kunnen verzekeraars langer vooruit plannen. Ook regelingen die veel tijd kosten, zoals de wanbetalersregeling en de risicoverevening, kunnen worden doorgelicht. De NZa verwacht niet dat er veel meer nieuwe zorgverzekeraars bijkomen als deze drempels er niet meer zijn.

4.3 Early warning systeem

Zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht (artikel 11 Zvw) verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Een zorgaanbieder kan failliet gaan waardoor deze continuïteit in gevaar kan komen. Om de continuïteit van zorg te waarborgen is het essentieel dat zorgverzekeraars over een systeem beschikken waarmee zij mogelijke problemen met het voldoen aan de zorgplicht vroegtijdig kunnen signaleren (early warning systeem, EWS) en dat zij afspraken maken met zorgaanbieders over de continuïteit van zorgverlening.

In het wetsvoorstel¹⁴ voor de zorgspecifieke fusietoets en continuïteit van zorg (Wijziging van de Wmg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg) krijgt de NZa de bevoegdheid regels te stellen (artikel 45 Wmg) aangaande tijdige signalering voor risico's voor de continuïteit van (als cruciaal aangemerkte) zorg, en worden zorgverzekeraars verplicht problemen ten aanzien van de continuïteit van cruciale zorg bij de NZa te melden (artikel 62 Wmg). Indien nodig kan de NZa gebruik maken van haar bevoegdheid om een nadere regel op te stellen. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen bij de continuïteit van zorg ligt echter primair bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

4.4 Transparantie medisch specialistische zorg

Aanvankelijk gaven de zorgverzekeraars aan dat zij in 2012 selectief zorg zouden gaan inkopen. Dit blijkt echter in beperkte mate het geval te zijn. Mogelijk vindt in 2013 wel meer selectieve zorginkoop plaats. Met het oog op meer selectieve zorginkoop heeft de NZa een brief gestuurd aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders met daarin de informatieverplichtingen die zij hebben richting hun verzekerden op grond van de beleidsregel informatieverstrekking. Dit betreft vaak eisen voor de informatie die op de website moet staan. Naast de verplichtingen op grond van de beleidsregel informatieverstrekking vindt de NZa het van belang dat zorgverzekeraars ook actief, via andere kanalen dan de website, hun verzekerden wijzen op de mogelijke gevolgen van selectieve contractering, bijvoorbeeld door middel van een brief. De NZa onderzoekt welke informatie zorgverzekeraars verstrekken aan hun verzekerden. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in de best

¹⁴ Kamerstukken II 2011/12, 33253, nr. 2 en 3.

practices die zorgverzekeraars (kunnen) gebruiken in hun informatievoorziening aan verzekerden.