



Nederlandse
Zorgautoriteit

Samenvattend rapport

Zorgverzekeringswet 2017/2018



Inhoud



Inleiding



Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit?



Zorgplicht



Proces zorginkoop



Polisaanbod



Het kiezen van een zorgpolis



Declaraties





Inleiding

1

Iedereen 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.

2

3

Medio augustus 2018 brachten we het samenvattend rapport Zorgverzekeringswet uit waarin we ons toezicht beschreven in 2017 en de eerste helft van 2018. Dat rapport hebben we aangevuld met de toezichtsactiviteiten in de periode augustus tot en met december 2018. Dit is de versie die voor u ligt.

4

5

6

Op basis van ons toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars geven we over 2017 en 2018 een samenvattend oordeel over hoe de zorgverzekeraars het hebben gedaan (hoofdstuk 1).

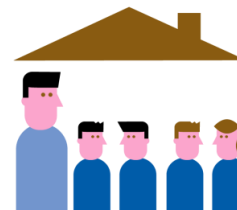
Opbouw rapport

In dit rapport volgen we met de verslaglegging van ons toezicht de jaarlijks terugkerende cyclus bij de zorgverzekeraars.

De basis van het rapport blijft dezelfde als in voorgaande jaren: een verslag van de wijze waarop de Zvw in het afgelopen kalenderjaar is uitgevoerd.

Als iemand zorg nodig heeft, moet hij erop kunnen vertrouwen dat deze zorg op tijd beschikbaar is. De zorgplicht van de zorgverzekeraar geldt dan ook het hele jaar door. Hoofdstuk 2 gaat over de zorgplicht.

Zorgverzekeraars kopen zorg in voor hun verzekerden en maken daarover afspraken met zorgaanbieders. Er is niet voorgeschreven welke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken. De NZa maakt als dat nodig is wel regels over hoe het proces van de zorginkoop moet verlopen. Daarover gaat het derde hoofdstuk van dit rapport.





1

De zorgverzekeraar gaat vervolgens aan de slag met de nieuwe polisvoorwaarden (vierde hoofdstuk: Polisaanbod) en daarna komt alles samen in de overstapperiode in het najaar. Tijdens die overstapperiode controleren wij of de informatie over de zorgpolissen klopt en goed vindbaar is. Het vijfde hoofdstuk (Het kiezen van een zorgpolis) gaat daarover.

2

3

Nadat zorg is verleend, ontvangt de verzekerde of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Daarover gaat het laatste hoofdstuk (Declaraties).

4

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 in hun informatieverstrekking (transparantie);
- hun financiële verantwoording op orde hebben;
- controleren of de ingediende zorgnota's correct zijn.

5

6



*

1

2

3

4

5

6

1. Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit?

Hoe presteerden de zorgverzekeraars in 2017 en 2018?

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.

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.

In 2017 en 2018 focussen we ons toezicht op de naleving van zorgplicht en op transparante informatieverstrekking.

Zorgverzekeraars voeren hun wettelijke taken en maatschappelijke rol goed uit

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 baseren dit onder meer op ons oordeel dat:

- de informatieverstrekking aan burgers klopt. De juistheid en aanwezigheid van informatie is in het algemeen goed. Wij zijn tevreden over de resultaten na een periode van drie jaar intensief en gedifferentieerd toezicht. Daarmee komt een eind aan een verbetertraject voor de juistheid en aanwezigheid van informatie dat met zorgverzekeraars in 2015 is ingezet.
- zorgverzekeraars de acceptatieplicht naleven. Zorgverzekeraars accepteren iedereen die verzekeringsplichtig is. Het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd, behalve in één geval (2017) waarin we hebben opgetreden.
- zorgverzekeraars hun financiële verantwoordingen voor de verevening al jaren goed op orde hebben.
- zorgverzekeraars de wanbetalersregeling goed uitvoeren.
- zorgverzekeraars over het algemeen conform de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw vóór 1 april het inkoopbeleid publiceren.





1

Aandachtspunten voor de zorgverzekeraars

Gegeven de problematiek die zich voordoet op het gebied van wachttijden en het in staat stellen van burgers om goede en bewuste keuzes te maken over hun zorgverzekering vragen wij in deze rapportage in het bijzonder aandacht voor de volgende onderwerpen:

- **Het aanpakken van de wachttijden**

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten zorgen dat hun verzekerden tijdig passende zorg ontvangen. Maar zorgverzekeraars kunnen dit niet alleen. Ook andere partijen, zoals zorgaanbieders en consumentenorganisaties, moeten een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdenproblematiek. Hiervoor is het belangrijk dat alle partijen (nog beter) samenwerken. Wij zien ondanks alle inspanningen nog niet overal het gewenste effect. Zo zijn in de geestelijke gezondheidszorg de wachttijden niet gedaald en ook in de ambulancezorg en medisch specialistische zorg is er nog ruimte voor verbetering. In de wijkverpleging zien we voor casemanagement dementie in de eerste helft van 2018 de wachttijden teruglopen. De actuele situatie is nog niet bekend. Van zorgverzekeraars verwachten we dat ze in de zorginkoop aandacht besteden aan de wachttijden. We hebben controles uitgevoerd en de uitkomsten daarvan zijn gepubliceerd. Wij constateren dat niet alle zorgverzekeraars voldoende inspanning leveren om mensen op tijd de zorg te geven die ze nodig hebben. Wij verwachten van hen verbetering. Bij onvoldoende verbetering op de punten waarop individuele zorgverzekeraars nu tekort schieten, zullen wij verdere stappen zetten.

- **Meer hulp bij keuze van verzekeringspolis**

De juiste informatie is er inmiddels, maar deze zou in veel gevallen beter vindbaar kunnen zijn. De vindbaarheid van essentiële polisinformatie en keuzebegeleiding zal ook in 2019 hoog op ons agenda staan. Hierbij is het uitgangspunt de informatiebehoefte van de burger. Het gaat daarbij niet alleen om de vraag wat hij wil weten, maar ook over de vraag wat hij zou moeten willen weten om een passende keuze voor een zorgverzekering te maken.

De NZa verwacht op dit thema ook een actieve houding van zorgverzekeraars. We blijven hierover de dialoog met zorgverzekeraars (en consumentenorganisaties) opzoeken.





1

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.

In ons toezicht richten we ons niet enkel op het signaleren en corrigeren van tekortkomingen in de naleving van de bepalingen uit de Zvw, maar ook op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en goede zorg. We zetten ons in om risico's die voor burgers voortvloeien uit deze thema's tijdig te zien en aan te pakken.

In 2017 en 2018 focussen we ons toezicht op de zorgplicht en op transparante informatieverstrekking. Dat is ook duidelijk te zien aan de thema's van onze onderzoeken. Deze onderwerpen sluiten aan bij een aantal voor burgers belangrijke thema's omtrent wachttijden en het overstapseizoen en bij de speerpunten meer transparantie en toegankelijke zorg uit onze [strategische agenda](#).

Toegankelijkheid in de zorg betekent onder andere korte wachttijden en wachtlijsten. Zorgverzekeraars moeten voldoende goede zorg voor een betaalbare prijs inkopen voor hun verzekerden. Ook moeten de zorgverzekeraars burgers goed informeren over zorg en zorgverzekeringen. Burgers kunnen deze informatie gebruiken om keuzes te maken over eventueel overstappen, maar ook welke zorgaanbieder of behandeling het beste past. Je kunt als burger pas goed kiezen als je genoeg relevante informatie hebt.



1

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 voor de toegankelijkheid van zorg in ons zorgstelsel.

Om aan de zorgplicht te voldoen, kopen zorgverzekeraars zorg in voor hun verzekerden en maken daarvoor afspraken met zorgaanbieders. Wij schrijven niet voor welke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken.

De NZa maakt als dat nodig is wel regels voor hoe het proces van de zorginkoop moet verlopen. Zo moeten zorgverzekeraars uiterlijk op 1 april de criteria voor de zorginkoop voor het komende jaar bekendmaken. In 2017 en 2018 hebben alle zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor 1 april gepubliceerd.

We hebben in 2018 ruim 200 meldingen van zorgaanbieders binnen gekregen over contractering. Zorgaanbieders kunnen zich bij ons melden als zij vermoeden dat zorgverzekeraars zich niet aan de contracteerprocesregels houden bij de inkoop van zorg. Bijna alle klachten gingen echter over de inhoud van het contract. Ons toezicht beperkt zich tot het proces van contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en wij bemiddelen niet bij de totstandkoming van de inhoud van contracten.

De NZa staat voor passende en tijdige zorg en grijpt in als de burger de dupe wordt of de zorgplicht geschonden wordt.

De NZa monitort of partijen voortvarend stappen ondernemen om de wachttijden terug te dringen.

Bij bepaalde behandelingen in een aantal zorgsectoren blijkt dat het soms te lang duurt voordat iemand de zorg krijgt die nodig is en waar hij of zij recht op heeft. Daarom hebben wij in mei 2017 ons Actieplan wachttijden in de zorg opgesteld. In 2018 publiceerden we rapportages, met daarin per project de stand van zaken.



1

Zorgverzekeraars zijn belangrijke spelers voor tijdige zorg. Zij hebben een zorgplicht en moeten zorgen dat hun verzekerden:

- de zorg krijgen die ze nodig hebben;
- de zorg vergoed krijgen waar ze recht op hebben;
- worden bemiddeld naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg.

We verwachten dat zorgverzekeraars en ook andere partijen, zoals zorgaanbieders en consumentenorganisaties, een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdenproblematiek. Hiervoor is het belangrijk dat alle partijen (nog beter) gaan samenwerken.

Wij sturen hierop. Dat doen we via projecten waar toegankelijke zorg voor patiënten centraal staat, elk met de nadruk op een andere zorgsector:

1. Wachttijden medisch specialistische zorg
2. Responstijden ambulancezorg
3. Wachttijden wijkverpleging
4. Wachttijden geestelijke gezondheidszorg

Als we kijken naar de oplossingen voor de wachttijd- en responstijdproblematiek zien we een aantal overeenkomsten voor de zorgsectoren. Om de wachttijden en responstijden terug te dringen vinden we het van belang dat aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan:

- inzicht in de omvang en aard van de wachttijden;
- urgentie en noodzaak om de problemen op te lossen;
- samenwerking om tot oplossingen te komen;
- good practices delen;
- betere informatie over wachtlijstbemiddeling.

Het is aan partijen om hier samen invulling aan te geven. Wij kunnen hen faciliteren en stimuleren om deze voorwaarden te realiseren.

In 2018 hebben we controlebezoeken gebracht aan alle zorgverzekeraars en constateerden dat niet alle zorgverzekeraars voldoende inspanning leveren om mensen op tijd de zorg te geven die ze nodig hebben. Wij verwachten van hen verbetering en zullen voor de zomer van 2019 opnieuw onderzoek doen om vast te stellen of de gewenste verbeteringen worden gerealiseerd.

1

Transparant polisaanbod

De informatie die de zorgverzekeraars geven is in de regel goed. Wel is de informatie op de websites soms moeilijk vindbaar. Ook het grote aanbod aan collectieve zorgverzekeringen blijft een lastig punt: de zorgpolissen zijn daardoor moeilijk te vergelijken.

Heldere (keuze-)informatie van zorgverzekeraars is voor de burger cruciaal om afgewogen keuzes te kunnen maken die het best aan zijn wensen voldoen. Tijdens het overstapeseizoen 2017/2018 hebben wij daarom een aantal activiteiten uitgevoerd om de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan burgers te verbeteren. We hebben hierbij gefocust op twee thema's, namelijk de juistheid en aanwezigheid van informatie en de vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie. Hieronder volgen de belangrijkste conclusies, zoals ook aangegeven in onze [brief](#) over de overstapperiode 2017/2018.

- Zorgverzekeraars geven tijdens de overstapperiode telefonisch en via social media juiste informatie aan consumenten. De informatie op websites klopt in de meeste, maar niet in alle gevallen. Als we ze hierop wijzen, passen zorgverzekeraars onjuiste informatie snel aan. Wij zijn tevreden over de resultaten na een periode van drie jaar intensief en gedifferentieerd toezicht. Daarmee komt een eind aan een verbetertraject met zorgverzekeraars dat in 2015 is ingezet.

- De vindbaarheid van informatie op de websites van zorgverzekeraars laat te wensen over. Uit ons onderzoek blijkt dat het testpanel in een derde van de gevallen deze informatie niet kan vinden. Dit baart ons zorgen. We zullen zorgverzekeraars hier op aanspreken de komende tijd en bekijken op welke manier we de vindbaarheid van informatie kunnen verbeteren.
- Wij hebben in onze transparantieregels per 1 november 2017 een transparantiebepaling over de informatieverstrekking over collectiviteiten opgenomen. Dit heeft niet geleid tot meer duidelijkheid voor de verzekerde. Transparantieregels lijken daarom niet de oplossing om meer helderheid te verschaffen in het grote aanbod van collectiviteiten. Dit is voor de NZa aanleiding om dit jaar kritisch te kijken naar de meerwaarde van de transparantiebepaling over collectiviteiten.

De NZa is blijvend op zoek naar manieren om het keuzeproces voor polissen voor de burger te vergemakkelijken. We zien dat het hierbij niet alleen meer gaat over thema's als juistheid en aanwezigheid van informatie, maar ook steeds meer over thema's als begrijpelijkheid en vindbaarheid van informatie. De informatie is inmiddels beschikbaar voor de verzekerde. Het is nu de bedoeling dat de informatie ook goed vindbaar en dus bruikbaar wordt.



1

De focus van de NZa is daarom door de jaren heen verschoven van juiste en duidelijke informatieverstrekking door zorgverzekeraars over polissen tot en met 2017, naar vindbare en vergelijkbare informatie vanaf 2017/2018.

Uit onderzoeken in de [overstapperiode 2018/2019](#) blijkt dat mensen de informatie die ze zochten niet altijd kunnen vinden. Daarnaast vonden ze informatie die voor hen belangrijk is soms (te) moeilijk. We constateren echter ook dat zorgverzekeraars juist veel doen om de informatieverstrekking steeds te verbeteren. Kennelijk leveren de inspanningen van zorgverzekeraars nog niet altijd het gewenste resultaat op. We zullen dit in 2019 nader onderzoeken. We constateren wel dat zorgverzekeraars een goede stap hebben gezet met de introductie van de zorgverzekeringskaart en zij (net zoals in 2017) voldoen aan de transparantieplichting omtrent collectieve verzekeringen.

De NZa verwacht op deze thema's ook een actieve houding van zorgverzekeraars. We zullen hierover de dialoog met zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van consumenten en patiënten blijven opzoeken.

Verbod op premiedifferentiatie

In 2017 onderzochten we alle modelovereenkomsten die op de markt zijn op het verbod op premiedifferentiatie. In één geval constateerden we dat er sprake was van een overtreding van dit verbod. Hierop heeft de zorgverzekeraar zijn polisvoorwaarden gewijzigd.

Helderheid over gelijke polissen

Er zijn veel polissen op de markt die hetzelfde of nagenoeg hetzelfde zijn, maar tegen verschillende premies worden aangeboden. Dit is voor verzekerden niet transparant. Daarom moeten zorgverzekeraars, wanneer binnen een concern polissen worden aangeboden die gelijk of vrijwel gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties en de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders, in een overzicht op de website vermelden dat deze polissen (vrijwel) gelijk zijn. De verplichting tot het vermelden van een dergelijk overzicht is per 1 november 2017 uitgebreid naar polissen die vanuit individuele zorgverzekeraars worden aangeboden.

We keken op verzoek van de minister van VWS naar kenmerken die ervoor kunnen zorgen dat polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. We hebben een theoretische analyse gedaan en voor alle door ons bekeken kenmerken wijst deze uit dat er voor- en nadelen zijn bij het wel of niet toestaan van premiedifferentiatie. Op basis van deze analyse vragen wij ons af in hoeverre het verminderen van het aantal kenmerken waarop een zorgverzekeraar met zijn polis kan differentiëren en een premieverschil kan legitimeren, tot een verbetering van het keuzeproces voor de verzekerde kan leiden.



1

Controletaken/risicoverevening

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

Wij zien dat het horizontaal toezicht zich steeds verder ontwikkelt. Bij deze vorm van toezicht werken de partijen samen om de rechtmatigheid van de declaraties in de processen aan de voorkant te borgen in plaats van achteraf de gegevens te controleren. Binnen de Zvw zien wij dit met name in de ziekenhuiszorg en recent ook binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Wij ondersteunen dit initiatief van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit draagt volgens ons bij aan een meer effectieve methode van toezicht, en daarbij vermindert dit de administratieve lasten. In situaties waarbij controles pas na uitbetaling van de zorgnota plaatsvinden, zijn de zorgverleners over het algemeen namelijk veel tijd kwijt aan administratieve handelingen.

De NZa beschouwt het als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om met de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders de komende jaren maximaal in te zetten op een optimalisering van controlemethoden met lage administratieve lasten in de uitvoering.

Naast horizontaal toezicht denken wij daarbij aan het steeds meer automatiseren van controles voorafgaand aan de uitbetaling. Ook risicoanalyses, contractering en data-analyse kunnen bijdragen aan effectieve controles met een beperkte administratieve last voor zorgaanbieders.

Meldingen bij de NZa

Burgers kunnen bij de NZa een melding doen als ze vermoeden dat een zorgverzekeraar of zorgaanbieder de regels overtreedt. Wij gaan dan na of er een probleem is. Zo ja, dan onderzoeken we of het probleem vaker voorkomt, of de regels worden overtreden en hoe ernstig het is. We bekijken of en hoe we het probleem kunnen oplossen en wanneer nodig grijpen we in.

2017

De NZa ontving in 2017 in totaal 1776 meldingen over alle zorgsectoren. Hiervan gingen 550 meldingen over zorgverzekeraars. De meldingen gaan bijvoorbeeld over het berekenen van het eigen risico door verzekeraars. Verzekerden begrijpen niet waarom de rekening zo hoog is en vinden dat ze hierover onduidelijk worden geïnformeerd door de zorgverzekeraar. In het vierde kwartaal gaan bijna alle meldingen over onderwerpen waar mensen mee te maken krijgen tijdens de overstapperiode.

1

Dit is de periode waarin mensen over kunnen stappen naar een andere zorgverzekeraar. Melders geven aan dat ze de polisvoorwaarden niet opgestuurd krijgen als ze hierom vragen. Of ze melden dat hun verzekeraar de polisvoorwaarden of reglementen (nog) niet op de website heeft gezet.

Daarnaast melden zorgaanbieders, vooral fysiotherapeuten en verloskundigen, in het laatste kwartaal over het onderhandelen over hun contract met zorgverzekeraars. Ze geven aan dat zorgverzekeraars niet op tijd reageren op hun vragen over het contract.

2018

In 2018 hebben wij in totaal 1608 meldingen ontvangen van burgers, zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Hiervan gingen 530 meldingen over zorgverzekeraars. De meldingen gaan onder andere over onjuiste informatieverstrekking en onduidelijkheden over het berekenen van het eigen risico. Ook nemen veel burgers contact met ons op die door verzekeraars onjuist naar ons zijn doorverwezen.

Het aantal meldingen over zorgverzekeraars verdubbelde de laatste drie maanden van 2018. We ontvingen van zorgprofessionals ruim 200 meldingen over het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars. Daarnaast hebben we, net als elk jaar, in het laatste kwartaal veel meldingen gekregen van verzekerden over het overstappen van verzekeraar.

Deze meldingen gaan onder andere over de informatieverstrekking van verzekeraars en de polisvoorwaarden.

Kwartaalrapportage

In de kwartaalrapportage 'Uw melding en vraag in beeld' lichten we per kwartaal meldingen en vragen uit die zijn binnengekomen bij de NZa. Ook leggen we uit wat we hiermee hebben gedaan. Dit doen we in verschillende rubrieken zoals 'Meldingen uitgelicht' en 'Vragen die u ons stelde'.



*

1

2

3

4

5

6

2. Zorgplicht

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun naturapolissen. Deze zorgplicht is een onderwerp dat burgers direct raakt. Het niet voldoen aan de zorgplicht kan bijvoorbeeld betekenen dat iemand langer moet wachten op zorg dan medisch verantwoord is, of dat de zorg van onvoldoende kwaliteit is. Wij constateren dat in de meeste sectoren de patiënten tijdig zorg krijgen.

Bij bepaalde aandoeningen in enkele sectoren staat de toegankelijkheid onder druk door de wachtlijsten. Dat moet beter. De zorgplicht is daarom één van onze speerpunten. Wij spannen ons in om ervoor te zorgen dat de zorgplicht wordt nageleefd, en zien daarop toe.

Toezichtkader zorgplicht

In onze [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw](#) hebben wij opgenomen aan welke verplichtingen en normen zorgverzekeraars moeten voldoen. Het toezichtkader is herzien in november 2017 om het beter leesbaar te maken voor zowel zorgverzekeraars als burgers. Verplichtingen en normen hebben een prominenter plek gekregen in het kader en de toelichting is apart opgenomen. We hopen dat daarmee de beleidsregel beter toepasbaar en begrijpelijker is. De inhoudelijke wijzigingen in de verplichtingen en normen in het Toezichtkader hebben we weergegeven in een [brief](#) aan de zorgverzekeraars.

Vroegsignalering

Zorgverzekeraars moeten op tijd signaleren of een zorgaanbieder in de problemen komt en mogelijk geen zorg meer kan leveren. Dit is zogenoemde [vroegsignalering](#). Een verzekeraar moet er voor zorgen dat mensen dan toch de zorg blijven krijgen die zij nodig hebben. Alle verzekeraars hebben een systeem om signalen op te vangen. Wij zien alleen wel dat niet alle systemen volledig zijn.

Wij vinden dat verzekeraars met zorgaanbieders in gesprek moeten gaan, ook als het gaat om 'zachte signalen'. Het is belangrijk dat signalen goed beoordeeld worden en de uitkomst kan daarom niet afhankelijk zijn van één persoon. Ook moeten zij tijdig stappen zetten. Bijvoorbeeld door eerder de raad van toezicht van een zorgaanbieder aan te spreken als zij vermoeden dat er problemen zijn. Wij hebben in een gesprek met de verzekeraars onze aanbevelingen toegelicht.



*

1

2

3

4

5

6

Toegankelijkheid

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.

Toegankelijkheid acute zorg

In 2017 voerden we onderzoeken uit naar de acute zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars. De resultaten zijn opgenomen in de [marktscan acute zorg](#) van september 2017.

In deze scan geven we een overzicht van de capaciteit van en de vraag naar acute zorg. Daaruit komt naar voren dat Nederlanders voldoende toegang hebben tot acute zorg. Wanneer het druk is op de spoedeisende hulp zijn er voldoende uitwijkmogelijkheden bij andere ziekenhuizen of instellingen in de omgeving. Hoewel dit per regio verschilt, neemt de druk op de acute zorg wel toe, met name op doordeweekse middagen.

De NZa doet verschillende aanbevelingen om de acute zorg effectiever en efficiënter te organiseren. Er is nog veel verbetering mogelijk in de samenwerking tussen de verschillende zorgonderdelen. Huisartsen, ambulancediensten en ziekenhuizen zijn aan zet om de samenwerking in de eigen regio te verbeteren. Zorgverzekeraars moeten actief de samenwerking aangaan met het Regionaal Overleg Acute Zorg om de informatievoorziening over de acute zorg te verbeteren. De NZa zal de samenwerking stimuleren en zal samen met de betrokken partijen bezien hoe de bekostiging van de acute zorg daarvoor aangepast kan worden.

Toegankelijkheid dure geneesmiddelen voor patiënten

Periodiek brengt de NZa een [monitor](#) uit over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. Deze monitor geeft onder andere informatie over de toegankelijkheid van 'dure geneesmiddelen'.



*

1

2

3

4

5

6

Uit de monitor van december 2017 blijkt niet dat patiënten die wel recht hebben op een geneesmiddel dit niet kunnen krijgen. Wij blijven actief monitoren of er problemen ontstaan in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Mocht uit signalen of onze onderzoeken blijken dat patiënten niet de medicijnen krijgen die zij nodig hebben, dan zullen wij passende maatregelen nemen. Patiënten of hun naasten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars vragen wij signalen over de toegankelijkheid van dure medicijnen bij ons te melden.

Toegankelijkheid thuiszorg/wijkverpleging

In het vorige Samenvattend rapport hebben we aangegeven dat we wilden kijken of verzekeraars voldoende, tijdige en kwalitatief goede thuiszorg inkopen en daarmee voldoen aan hun zorgplicht.

In de [monitor contractering wijkverpleging](#) (april 2018) signaleerden we dat in dit contracteerproces veel goed gaat. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken maken. Zo krijgt de patiënt uiteindelijk betere zorg.

Er is ook ruimte voor verbetering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders besteden in de contracten voor wijkverpleging bijvoorbeeld nog niet genoeg aandacht aan de aard en de ernst van de zorgvraag van mensen die thuis zorg nodig hebben. In de tarieven en volumeafspraken houden ze daarnaast onvoldoende rekening met de steeds complexer wordende zorgvragen. Zorgverzekeraars baseren hun tarieven op gegevens uit het verleden. Zorgaanbieders bieden zorgverzekeraars op hun beurt te weinig inzicht in de zorg die zij leveren.

Uit ons onderzoek blijkt daarnaast dat steeds meer zorgaanbieders van wijkverpleging bewust geen contract afsluiten met één of meer zorgverzekeraars. Wij vinden dit geen goede ontwikkeling.

Wij vinden dat contracteren moet lonen voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Daarom bekijken we de mogelijkheden om met onze regelgeving en ons toezicht het afsluiten van contracten te stimuleren. Wij werken daarnaast aan een nieuw bekostigingssysteem voor de wijkverpleging dat tot inzicht en passende tarieven moet leiden.



*

1

2

3

4

5

6

Zorgverzekeraars maken budgetafspraken met zorgaanbieders. Als het budget gedurende het jaar op raakt, moeten zij opnieuw in gesprek om nieuwe afspraken te maken. We zien dat dit steeds eerder in het jaar gebeurt. Deze bijcontractering loopt niet altijd even soepel. Wij denken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit met goede afspraken kunnen verbeteren. Wij zien verder dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het algemeen nog meer kunnen doen om voor elkaars vragen bereikbaar te zijn. Daarmee bieden zij elkaar meer zekerheid in het contracteerproces.

Faillissement ziekenhuizen

Eind oktober 2018 is het [faillissement](#) van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen uitgesproken. De NZa heeft samen met andere partijen (curatoren, IGJ, zorgverzekeraars, VWS, ontvangende zorgaanbieders, gemeentes) maatregelen genomen om de continuïteit van zorg voor patiënten van de beide ziekenhuizen te borgen.

In het kader van het toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door de zorgverzekeraar betekende dit dat de NZa heeft [gemonitord](#) of zorgverzekeraars voldoende deden om de tijdige toegang tot passende zorg voor patiënten van beide ziekenhuizen te borgen.

Naar aanleiding van de faillissementen heeft minister Bruins de NZa gevraagd te onderzoeken of op korte termijn een faillissement dreigt voor andere ziekenhuizen. Dit onderzoek is begin januari 2019 afgerond.

Uitkomst van het onderzoek is dat op basis van de financiële verslaggeving en gesprekken met zorgverzekeraars niet te verwachten is dat op korte termijn opnieuw een ziekenhuis failliet zal gaan. Evenwel is niet uit te sluiten, vanwege de ontwikkelingen in het zorglandschap, dat naar de toekomst toe vaker zorg wordt afgebouwd in ziekenhuizen en ziekenhuizen worden gesloten.



*

1

2

3

4

5

6

Wachttijden en bemiddeling

Vanuit hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars zorgen voor tijdige zorg (bij aanspraken in natura). Zij moeten erop letten dat de [Treenormen](#) (en andere geldende tijdigheidsnormen) niet worden overschreden. In een aantal zorgsectoren blijkt dat het soms te lang duurt voordat iemand de zorg krijgt die nodig is en waar hij of zij recht op heeft.

Verder weten te weinig mensen dat hun zorgverzekeraar bij te lange wachttijden desgevraagd voor hen moet bemiddelen en hen naar een andere zorgaanbieder kan doorverwijzen die wel op tijd plek heeft. Er is ook te weinig inzicht in hoe lang de wachttijden zijn bij zorgaanbieders in de verschillende sectoren en wat hiervan de oorzaak is.

Zorgverzekeraars kunnen het echter niet alleen oplossen. Ook andere partijen, zoals zorgaanbieders en consumentenorganisaties, moeten een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdenproblematiek. Hiervoor is het belangrijk dat partijen (nog beter) gaan samenwerken. Wij sturen hierop. Daarom hebben we in mei 2017 een [Actieplan wachttijden in de zorg](#) opgesteld.

Wij constateren in een [tussenrapportage](#) van medio januari 2018 dat op sommige terreinen vooruitgang is geboekt, maar dat op andere terreinen nog werk aan de winkel is. Het is onacceptabel als mensen te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

In de [rapportage van juli 2018](#) gaven wij een tussenstand van alle wachttijdprojecten.

Verder hebben we in 2018 controlebezoeken gebracht aan alle zorgverzekeraars. Wij [constateren](#) dat niet alle zorgverzekeraars voldoende inspanning leveren om mensen op tijd de zorg te geven die ze nodig hebben. Wij verwachten van hen verbetering en zullen voor de zomer van 2019 opnieuw onderzoek doen om vast te stellen of de gewenste verbeteringen worden gerealiseerd. Bij onvoldoende verbetering op de punten waarop individuele zorgverzekeraars nu tekort schieten, zullen wij verdere stappen zetten.

Wachttijden medisch specialistische zorg

Voor een aantal specialismen in de medisch-specialistische zorg zijn de wachttijden te lang.

Het is belangrijk dat patiënten, verwijzers (zoals huisartsen) en zorgverzekeraars inzicht hebben in de actuele wachttijden in de zorg. Daarom is onze [Regeling wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch-specialistische zorg](#) aangepast. Deze regeling verplicht zorgaanbieders om hun actuele wachttijden te registreren en te publiceren.





*

1

2

3

4

5

6

Daarnaast zijn zorgaanbieders nu ook verplicht om hun patiënten actief te informeren over (te) lange wachttijden en ze te wijzen op de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars. We verwachten dat de regeling bijdraagt aan tijdige zorg voor patiënten.

Ook hebben we de wachttijden bij zelfstandige klinieken in kaart gebracht door Mediquest ook deze data aan te laten leveren. Ook zij bieden zorg op terreinen waar de wachttijden te lang zijn. Door dit inzicht hebben we een beter beeld waar er wachttijden zijn en wat de toegankelijkheid voor bepaalde aandoeningen in een regio is. Op basis hiervan kan beter actie ondernomen worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bovendien biedt het handvatten voor de zorgbemiddeling van zorgverzekeraars. Hierdoor kunnen we de capaciteit van deze klinieken beter inzetten en benutten. Dit heeft een positief effect op de wachttijden, die hierdoor mogelijk verder teruglopen.

In november en december van 2017 voerden we gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en patiëntenverenigingen. Deze gesprekken richtten zich op de problematiek in de regio Noordoost-Nederland. We sturen daarin aan op het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden. Daarnaast moeten goede initiatieven in de regio, landelijk worden gedeeld.

*

1

2

3

4

5

6

Onze acties in 2018 in de medisch-specialistische zorg

De voorwaarden die we hebben opgesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral om actie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om dit te stimuleren hebben we in januari 2018 de volgende acties aangegeven:

- Aanscherpen van het inzicht in de wachttijden.
- Toezicht houden op de naleving van de transparantieregeling: Aanbieders moeten de gegevens over de wachttijden in een vast format op de website publiceren. Met behulp van die overzichten gaan we de wachttijdinformatie maandelijks automatisch monitoren. Aanbieders die geen wachttijdgegevens publiceren, spreken we aan. Waar nodig treffen we passende maatregelen om naleving te stimuleren.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars door bijvoorbeeld filmpjes hierover in wachtkamers van huisartsen.
- Ervoor zorgen dat waar mogelijk de capaciteit van zelfstandige klinieken (beter) ingezet en benut wordt: In gesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt gesproken over zorg op de juiste plek. Als een kliniek voor bepaalde gevallen de juiste plek is, kan dat zorgen voor minder lange wachttijd voor de patiënt.

- Gesprekken voeren en bijeenkomsten organiseren allerlei spelers die bij kunnen dragen aan het terugdringen van wachttijden in de medisch specialistische zorg: Voor oogheelkunde hebben wij inmiddels bijeenkomsten georganiseerd die concrete vervolgacties tot gevolg hebben, bijvoorbeeld taakherschikking, substitutie (inclusief kwaliteitswaarborgen) en het verwijsgedrag van huisartsen.
- De voortgang en resultaten van de acties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders monitoren: we hebben bij zorgverzekeraars gecontroleerd hoe zij de zorgplicht voor hun verzekerden invullen en ervoor zorgen dat zij niet te lang hoeven wachten op de zorg die zij nodig hebben. Alle zorgverzekeraars hebben van ons een brief ontvangen met verbeterpunten die zij de komende maanden moeten oppakken.

Patiënten die te lang moeten wachten op zorg, kunnen zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.





Tijdigheid ambulancevervoer

Voor de tijdigheid van ambulancevervoer is de norm dat 95% van de ambulances binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn. In 2016 bleek dat deze norm de jaren daarvoor niet altijd werd gehaald. Behalve de aanbieders van ambulancezorg zijn ook verzekeraars verantwoordelijk voor responstijden van ambulances, vanwege de zorgplicht voor hun verzekerden.

Ons doel is om de responstijden van ambulances binnen de 95%-norm te krijgen. We blijven dit goed volgen en publiceren [updates](#) hierover.

Zorgverzekeraars leverden samen met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verbeterplannen bij ons aan voor de regio's waar de responstijd nog niet binnen de norm was. In 2017 beoordeelden we deze verbeterplannen en voortgangsrapportages hierover. De nadruk lag hierbij op de kwaliteit. Ook hebben we gekeken of de genoemde verbeteringen voldoende vooruitgang hebben geboekt en of ze leiden tot lagere responstijden. Een aantal zorgverzekeraars moest na onze beoordeling betere plannen indienen. Ook voerden we gesprekken met zorgverzekeraars als de verbeteringen niet leidden tot lagere responstijden. We gebruikten hiervoor spiegelinformatie van andere regio's om zorgverzekeraars te stimuleren om deze goede voorbeelden te gebruiken.

Zorgverzekeraars geven aan dat in de eerste helft van 2017 in tien regio's de responstijden zijn gestegen. Een van de oorzaken hiervoor is dat het aantal ambulanceritten is toegenomen met 5%. Daarnaast is de krapte op de arbeidsmarkt een belangrijke oorzaak voor het stijgen van de responstijden in bepaalde regio's. Er is meer geld beschikbaar gesteld voor de RAV's door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om deze oorzaken aan te pakken. In zeven regio's zijn de responstijden gedaald.

Eén van de tien regio's waar de responstijd is gestegen, laat in 2017 wel een hele snelle stijging in de responstijden zien. Hier maken wij ons zorgen over. Samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doen wij hier onderzoek naar. Zo hebben we gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en de RAV.

Na een melding van zorgverzekeraars over de verslechtering van de responstijden van ambulances in de regio Rotterdam-Rijnmond, stelden de IGJ en de NZa een [onderzoek](#) in. Een van de oorzaken van de hoge responstijden is een tekort aan ambulancepersoneel. Dat is een landelijk probleem dat in de Randstad nog sterker speelt. AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR) zet in op een versterkte werving van personeel, maar heeft moeite het personeel te behouden. De AZRR moet [verbetermaatregelen](#) nemen om ervoor te zorgen dat op korte termijn een structurele daling inzet van de responstijdentijden bij spoedritten. De inspectie zal hierop toezien en indien nodig verder ingrijpen. Ook de NZa zal de ambulancezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond de komende periode intensief blijven volgen.





*

1

2

3

4

5

6

Onze acties in 2018 in de ambulancezorg

De voorwaarden die we hebben opgesteld om de responstijden van ambulances terug te dringen, vragen vooral om actie van zorgverzekeraars en de RAV's.

Om dit te stimuleren hebben we in januari 2018 de volgende acties aangegeven:

- Intensiever toezicht houden op regio's die een stijging in de responstijden laten zien: wij hebben onze toezichtaanpak aangepast. Door te differentiëren naar de verschillende regio's houden we toezicht op maat. Hoe beter regio's presteren, hoe meer afstand we houden. En omgekeerd: hoe slechter de prestaties, hoe intensiever ons toezicht.
- De resultaten uit onze onderzoeken met de IGJ zo snel mogelijk omzetten naar een aanpak om de responstijden te verbeteren: naar aanleiding van oplopende responstijden en andere signalen, startten we afgelopen maanden samen met de IGJ een onderzoek naar een specifieke regio. In augustus 2018 publiceerden we onze [bevindingen](#).

- Een bijeenkomst organiseren in het eerste kwartaal van 2018. Een gesprek met zorgverzekeraars en RAV's over de resultaten van hun verbeterplannen, de knelpunten en samen kijken naar mogelijke oplossingen. In maart organiseerden we een bijeenkomst met alle zorgverzekeraars. De bijeenkomst was een succes. Een mooi resultaat is dat partijen werken aan een database waarin alle good practices worden gebundeld en beschikbaar gesteld.
- Zorgverzekeraars en RAV's stimuleren om 'spiegelinformatie' te gebruiken en best practices te delen en in te zetten. De zorgverzekeraars werken inmiddels met een format dat zij samen met de NZa hebben opgesteld.
- Daarnaast is er meer en beter overleg tussen de zorgverzekeraars onderling en met de ambulancediensten.



*

1

2

3

4

5

6

Wachttijden wijkverpleging

Er is steeds meer vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Door een optelsom van faillissementen van thuiszorgaanbieders, personeelstekorten én patiëntenstops - vanwege het vroegtijdig bereiken van omzetplafonds - staat het aanbod van wijkverpleegkundige zorg onder druk. Wij onderzoeken of mensen hierdoor onvoldoende of te laat wijkverpleging ontvangen.

Voor casemanagement dementie, een vorm van wijkverpleging, zijn ook wachtlijsten ontstaan. De NZa vindt het van belang dat die wachtlijsten worden opgelost en heeft daarom het toezicht op de wachtlijstaanpak geïntensiveerd.

Ons doel is om de wachttijden in de wijkverpleging terug te dringen. In 2018 publiceerden we [tussenrapportages](#) hierover. In maart 2019 brachten we een [samenvattend rapport](#) uit naar de aanpak van wachttijden door zorgverzekeraars.

We hebben onderzoek gedaan naar de risico's en problemen in de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg. Daarnaast [monitoren](#) we het contracteerproces voor wijkverpleging in het algemeen, en meer specifiek voor casemanagement dementie.

Via een meldactie hebben we mensen opgeroepen om zich te melden bij ons wanneer ze werden geconfronteerd met lange wachttijden voor casemanagement dementie. We hebben de melders verder geholpen door ze te wijzen op zorgbemiddeling en in een aantal gevallen contact op te nemen met hun zorgverzekeraar. Vervolgens hebben we gecontroleerd of deze mensen zijn bemiddeld naar zorg, en dat was het geval.

Voor casemanagement dementie hebben we gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio's waar sprake is van lange wachttijden. We hebben deze partijen aangesproken op hun rol bij het terugdringen van de wachttijden. Als gevolg hebben zorgverzekeraars in verschillende regio's financiële middelen beschikbaar gesteld. Hierdoor kunnen zorgaanbieders de capaciteit voor casemanagement dementie uitbreiden.

We hebben ervoor gezorgd dat cliëntstops geen negatieve gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van wijkverpleging. Dit hebben we gedaan door gesprekken te voeren met thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars.



*

1

2

3

4

5

6

Onze acties in 2018 in de wijkverpleging

De voorwaarden die we hebben gesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral actie van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en regio's. Om dit te stimuleren ondernemen we in 2018 de volgende acties:

- Een regeling opstellen voor casemanagement dementie waarin we wachtlijst- en wachttijdregistratie verplichten. Die Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie is per 1 december 2018 van kracht.
- De contractering van wijkverpleging door zorgverzekeraars monitoren: uit de [monitor contractering wijkverpleging](#) komt naar voren dat er veel goed gaat in de contractering, maar dat er ruimte is voor verbetering.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- Onze [bevindingen](#) delen in het eerste kwartaal van 2018 over de risico's en mogelijke problematiek in de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg: we zien dat in de zes probleemregio's dat het aantal mensen dat langer moet wachten dan de Treeknorm daalt. De door aanbieders en zorgverzekeraars ondernomen acties naar aanleiding van onze gesprekken met hen gesprekken werpen daarmee hun vruchten af.
- Een aanpak opstellen om het inzicht te vergroten in de lengte van wachtlijsten en wachttijden. Hieronder valt bijvoorbeeld het starten van een meldactie om hier via huisartsen en ziekenhuizen beter zicht op te krijgen: in plaats hiervan hebben we extern [onderzoek](#) laten doen naar de wachttijden voor wijkverpleging.

Daarnaast kunnen patiënten die te lang moeten wachten op zorg, zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of verzekeraar.

Wachttijden ggz

De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn met name te lang voor de diagnoses autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. In onze [Marktscan ggz 2016](#) beschrijven we deze wachttijdenproblematiek.

Omdat het belangrijk is dat patiënten, verwijzers (zoals huisartsen) en zorgverzekeraars inzicht hebben in de actuele wachttijden in de zorg, is onze [Transparantieregeling zorgaanbieders ggz](#) aangepast. Deze transparantieregeling verplicht ggz-aanbieders om per 1 januari 2018 hun wachttijdgegevens centraal aan te leveren bij Vektis. Zo ontstaat er een actueel overzicht van de wachttijden. We verwachten dat de transparantieregeling bijdraagt aan meer inzicht in de actuele wachttijden én aan tijdige zorg voor patiënten. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid kunnen hier dan op sturen.





*

1

2

3

4

5

6

Om de wachttijden in de ggz terug te dringen zijn er verschillende initiatieven opgezet. Zo zijn er [landelijke afspraken](#) gemaakt voor de aanpak van wachttijden in de ggz (hierna: landelijke afspraken ggz) en hebben wij een [Actieplan wachttijden in de zorg](#) opgesteld.

Wij [monitoren](#) zorgvuldig de voortgang van de landelijke afspraken ggz. Samen met onze acties voor de ggz, die volgen uit ons Actieplan wachttijden in de zorg, vormen de landelijke afspraken de acties voor de integrale aanpak van te lange wachttijden in de ggz.

In de [tussenstand uit april 2018](#) constateerden wij dat de wachttijden voor de behandeling van een aantal stoornissen zoals autisme, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen nog altijd boven de norm van 14 weken zijn. Middels een informatiekaart gaven we in [april](#) en [december](#) 2018 inzicht in de wachttijden ggz.

De NZa heeft bij alle zorgverzekeraars controles uitgevoerd naar wat zij doen om te zorgen dat hun verzekerden tijdig passende ggz-zorg krijgen.

Op 17 juli 2018 publiceerde de NZa haar [eindrapportage](#) landelijke afspraken wachttijden in de ggz. Daarin gaven we aan dat de wachttijden in de ggz nog steeds te hoog waren. Het was niet gelukt om de wachttijden per 1 juli 2018 onder de Treeknorm te brengen.

In december 2018 [constateerde](#) de NZa opnieuw dat de wachttijden in de ggz lang zijn en voor sommige diagnoses te lang.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor hun verzekerden. Dit betekent dat zij ervoor moeten zorgen dat mensen die bij hen een zorgverzekering hebben afgesloten op tijd de zorg krijgen die zij nodig hebben.

We zijn bij verzekeraars op controlebezoek geweest om na te gaan of zij alles doen wat in hun macht ligt om de wachttijden te verkorten.

In maart 2019 hebben we onze [rapportage](#) gepubliceerd. We constateren dat niet alle zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden op tijd de juiste zorg krijgen.

Wij [verwachten](#) van hen verbetering en zullen voor de zomer opnieuw onderzoek doen om vast te stellen of de gewenste verbeteringen worden gerealiseerd.





*

1

2

3

4

5

6

We hebben gesprekken gevoerd met ggz-aanbieders over hun ervaringen in de contractering met zorgverzekeraars. Ook is de zorginkoop onderwerp van gesprek geweest met zorgverzekeraars. Met informatie uit deze gesprekken hebben we een aantal succesfactoren voor contractering opgesteld. Al deze factoren hebben een positieve invloed op de relatie zorginkoop/contractering én het voldoen aan de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten zich inzetten om deze factoren in te vullen.

Ook hebben we in het geval van (dreigende) patiëntenstops gesprekken gevoerd met de betreffende ggz-aanbieder en zorgverzekeraars. Dit om te voorkomen dat het daadwerkelijk resulteerde in een patiëntenstop. Een voorbeeld hiervan is de (dreigende) patiëntenstop bij Emergis, een grote ggz-aanbieder in Zeeland. Door ons ingrijpen bleven mensen in de provincie Zeeland bij Emergis verzekerd van zorg.

Via een meldactie hebben we mensen opgeroepen zich te melden bij ons wanneer ze werden geconfronteerd met lange wachttijden in de ggz. We hebben de ruim 100 melders verder geholpen door ze wijzen op zorgbemiddeling en in een aantal gevallen contact op te nemen met hun zorgverzekeraar. Een deel van de melders kon hierdoor sneller zorg ontvangen. Bij een ander deel bleek dit moeilijk te zijn, wat de urgentie van de wachttijden in de ggz onderstreept en meer inzicht geeft in de knelpunten.



*

1

2

3

4

5

6

Onze acties in 2018 in de ggz

De voorwaarden die we hebben gesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral actie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om dit te stimuleren hebben we in januari 2018 de volgende acties aangegeven:

- Toezicht houden op de naleving van de transparantieregeling: we hebben geïnventariseerd welke barrières zorgaanbieders ervaren om de wachttijden aan te leveren en zetten passende vervolgacties in om de aanlevering te verbeteren. Waar nodig zijn we tot [handhaving](#) overgegaan.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars door bijvoorbeeld filmpjes hierover in wachtkamers van huisartsen.
- Een volgende fase ingaan van het toezicht op de zorgverzekeraars: we zijn bij alle zorgverzekeraars langs gegaan om de resultaten van de geplande activiteiten om de wachttijden tegen te gaan te bespreken. De uitkomsten zijn [gepubliceerd](#) in maart 2019.

- De gevonden goede voorbeelden in het contracteerproces verder uitwerken en uitdragen: we hebben een aantal good practices in het contracteerproces geanalyseerd. Die hebben we gedeeld met branchepartijen, zodat zij die kunnen doorgeven aan hun achterban. Daarnaast hebben we de best practices gepresenteerd op het landelijke congres op 12 april 2018 over de wachttijden in de ggz.
- Onderzoeken of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit onbenut blijft: we hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen omzetplafonds bij vrijgevestigde ggz-aanbieders en de wachttijden en daaruit blijkt dat capaciteit onbenut blijft. De totale omvang van het effect is beperkt, maar betekent toch dat tientallen patiënten onnodig lang wachten op de juiste zorg. Als verzekeraars sneller bijcontracteren kunnen deze patiënten bij vrijgevestigde ggz-aanbieders terecht.
- De landelijke afspraken aanpak wachttijden ggz intensief blijven monitoren: we hebben de landelijke afspraken aanpak wachttijden gemonitord hetgeen heeft geresulteerd in een uitgebreide rapportage.



*

1

2

3

4

5

6

Wachttijdbemiddeling

Bij al onze acties staat ook het punt meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling genoemd. Wij zien namelijk dat burgers meer gebruik kunnen maken van wachtlijstbemiddeling. In voorkomende gevallen kan dit er aan bijdragen dat iemand ergens anders sneller geholpen wordt dan bij zijn voorkeursaanbieder. Bovendien blijkt uit onderzoek dat veel burgers niet weten dat ze recht hebben op wachtlijstbemiddeling.

Voor het terugdringen van de wachttijden in de zorg is het noodzakelijk dat burgers weten wat hun rechten zijn wanneer zij te lang moeten wachten en dat zij hier zelf actie kunnen nemen.

De NZa heeft maatregelen getroffen zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders burgers beter informeren over zorgbemiddeling. In de regeling Informatieverstrekking voor zorgverzekeraars hebben we verplichtingen daarvoor vastgesteld. Voor ggz-aanbieders hebben we deze verplichtingen vastgelegd in de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz.

De NZa heeft daarnaast onderzoek laten doen naar de informatiepositie van de burger, met name op het punt van zorgbemiddeling. Hieruit is een advies gekomen met een pakket aan maatregelen om de burger te informeren over en te activeren voor wachtlijstbemiddeling.

Het advies is gericht op het genereren van bekendheid met de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling, het bieden van laagdrempelige informatie over wachtlijstbemiddeling (over het wat, voor wie, hoe en met hulp van wie) en het informeren en faciliteren van zorgverleners. Dit kan door middel van bijvoorbeeld een website, folders en posters.

Video wachttijdbemiddeling

De NZa heeft een informatieve [video](#) over wachttijden in de zorg laten maken, waarin helder is weergegeven wat de rechten van burgers zijn als ze lang op zorg moeten wachten.

Om te zorgen dat burgers ook makkelijk toegang hebben tot de informatie in de video, hebben we de grootste aanbieder (2500 praktijken) van wachtkamerschermen bij huisartsen bereid gevonden om deze video in hun assortiment op te nemen. Medio december was het gedownload voor 217 schermen in huisartsenpraktijken.

Daarnaast is de video op de site van de [Rijksoverheid](#) geplaatst en onder de aandacht gebracht van ZN, die de verzekeraars erover heeft geïnformeerd. Daarnaast hebben we het ook bij de communicatieafdeling van de zorgverzekeraars onder de aandacht gebracht.



*

1

2

3

4

5

6

3. Proces zorginkoop

Om aan de zorgplicht te voldoen, kopen zorgverzekeraars zorg in voor hun verzekerden en maken daarvoor afspraken met zorgaanbieders. Die afspraken gaan over de te leveren zorg en de prijs en kwaliteit daarvan.

Wij schrijven niet voor welke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken. De NZa maakt als dat nodig is wel regels voor hoe het proces van de zorginkoop moet verlopen.

Zo zijn zorgverzekeraars verplicht om uiterlijk op 1 april van jaar t de criteria voor de zorginkoop voor het komende jaar (t+1) bekend te maken. Hiermee begint voor de zorgverzekeraar dus eigenlijk de jaarcyclus. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle bestaande zorgaanbieders contracten af te sluiten.

Transparantie zorginkoopproces

De regels over het proces staan in de [Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw](#) (TH/NR-011).

Het doel van deze regeling is de transparantie van het zorginkoopproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten, niet om zorgaanbieders of zorgverzekeraars te verplichten om contracten af te sluiten.

De regels ondersteunen alleen het proces voor de zorginkoop. Bij inhoudelijke geschillen over de contracten kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich wenden tot het Nederlands Arbitrage Instituut of de burgerlijke rechter.

Aanpassingen in de regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw

In 2017 is de regeling geëvalueerd en aangevuld. Op 1 januari 2018 is de [nieuwe versie](#) van de regeling in werking getreden. De NZa heeft drie wijzigingen doorgevoerd. Zo moeten zorgverzekeraars aan het inkoopbeleid een overzicht toevoegen van de inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van het inkoopbeleid van het jaar daarvoor.

Daarnaast verplicht de regeling dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijdig en duidelijk een reactie geven op elkaars vragen. Ook krijgen partijen een minimale termijn van vier weken om het eerste voorstel te bestuderen, als daar geen andere afspraken over zijn.



*

1

2

3

4

5

6

Toezicht op naleving

Transparantieregeling zorginkoopproces Zvw

De NZa ziet toe op naleving van de regeling en kan daartoe, indien nodig, handhavend optreden. Met de regeling wordt het proces van de zorginkoop voor een deel gereguleerd.

Uiterlijk 1 april moeten de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid bekendmaken voor het volgende kalenderjaar. Zo hebben zorgaanbieders aan de start van het zorginkoopproces duidelijkheid over de manier waarop het zorginkoopproces zal verlopen.

Naast het tijdig publiceren moet het inkoopbeleid ook aan een aantal voorwaarden voldoen. In het inkoopbeleid moeten bijvoorbeeld de minimumeisen en de planning opgenomen worden. De NZa [controleert](#) elk jaar of het inkoopbeleid van de verzekeraars ten minste de vereiste informatie bevat. We wijzen zorgverzekeraars op eventuele fouten en vragen verzekeraars deze aan te passen.

In 2017 en [2018](#) hebben alle zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor 1 april gepubliceerd. Wel moest een aantal zorgverzekeraars nog wat kleine zaken verduidelijken. Dit hebben ze inmiddels allemaal gedaan.

De NZa ontving een aantal handhavingsverzoeken op het gebied van het contracteerproces. Eén van deze handhavingsverzoeken heeft eind 2017 geleid tot een [boete](#) voor een zorgverzekeraar. De betreffende verzekeraar had wijzigingen in zijn inkoopbeleid niet tijdig en niet op de juiste manier kenbaar gemaakt. Dit is in strijd met de regeling.

Daarnaast onderzoekt de NZa signalen, meldingen of klachten die ze ontvangt over het contracteerproces. Zodra een melding wordt ontvangen, gaan we na of er daadwerkelijk sprake is van een probleem. Zo ja, dan wordt onderzocht of het probleem vaker voorkomt, de regels worden overtreden en hoe ernstig het is. Dan wordt bekeken hoe het probleem opgelost kan worden.

Waar het kan, komt de NZa in [actie](#). Bijvoorbeeld door opheldering te vragen bij een zorgaanbieder. Of door een zorgverzekeraar te vragen zijn website aan te passen. Dit gebeurt regelmatig gedurende de looptijd van het contracteerproces.

We ontvingen een [klacht](#) over een zorgverzekeraar die zich niet aan de regels voor de zorginkoop zou houden. Het inkoopbeleid van deze verzekeraar zou de verschillende fasen van de zorginkoop niet beschrijven. Ook zouden de termijnen niet duidelijk zijn waarbinnen zorgaanbieders moeten reageren. Deze klacht is nog in onderzoek.





*

1

2

3

4

5

6

We hebben in de 2^e helft van 2018 veel meldingen van zorgaanbieders binnen gekregen over [contractering](#).

Zorgaanbieders kunnen zich bij ons [melden](#) als zij vermoeden dat zorgverzekeraars zich niet aan de contracteerprocesregels houden bij de inkoop van zorg. Het merendeel van de meldingen ging over de contractering in de huisartsenzorg en de paramedische zorg (fysiotherapie, logopedie, diëtetiek en ergotherapie orthopedische zorg) en hulpmiddelen.

We ontvingen veel meldingen over de inhoud van contracten. In de meeste gevallen vroegen zorgaanbieders ons om in te grijpen of om een standpunt in te nemen.

Ons toezicht beperkt zich echter tot het proces van contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en wij bemiddelen niet bij de totstandkoming van de inhoud van contracten. Zorgaanbieders die klachten hebben over de inhoud van het contract kunnen hun geschil voorleggen aan het [Nederlands Arbitrage Instituut](#).

Het contracteerproces in de eerstelijns en in de medisch-specialistische zorg

Zowel voor de zorginkoop van 2017 als voor 2018 heeft de NZa het contracteerproces in de eerstelijns en in de medisch-specialistische zorg gemonitord.

Voor de eerstelijns is dit gedaan door op een aantal momenten in het contracteerproces gesprekken te voeren met een aantal branchepartijen. In 2017 heeft de NZa daarnaast ook gesprekken gevoerd met de grote zorgverzekeraars.

Voor de tweedelijns is door middel van vragenlijsten het contracteerproces gemonitord. Op drie momenten in het contracteerproces zijn aan de zorgverzekeraars, ziekenhuizen (ook categorale instellingen) en zelfstandig behandelcentra (zbc's) vragenlijsten verstuurd. De resultaten van de verschillende metingen zijn gedeeld met de branchepartijen en VWS.

Ook publiceerden we een [monitor](#) over het contracteerproces in de medisch-specialistische zorg voor het jaar 2017.

*

1

2

3

4

5

6

4. Polisaanbod

Wie in Nederland woont of werkt, is verplicht om een zorgverzekering (basisverzekering) af te sluiten. 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 beginnen al vroeg in het jaar met hun polisvoorwaarden voor het volgende kalenderjaar. Wijzigingen in bestaande polissen of nieuwe polissen kunnen zij ruim van tevoren ter beoordeling aan ons voorleggen. In 2017 toetsen wij dan ook al de polissen voor 2018.

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.

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.

In 2017 hebben alle tien zorgverzekeringsconcerns een of meer verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel aan ons voorgelegd. In totaal heeft de NZa voor polisjaar 2018 14 verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel ontvangen.

Er zijn vanaf 2019 11 zorgverzekeringsconcerns. 10 concerns hebben een of meer verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel aan ons voorgelegd. In totaal heeft de NZa voor 2019 15 verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel ontvangen.

Zorgverzekeraars passen de modelovereenkomsten aan als wij nog opmerkingen hebben. Hierdoor komen correcte modelovereenkomsten op de markt.



*

1

2

3

4

5

6

Uitkomsten toetsing modelovereenkomsten polisjaar 2018

We onderzochten alle modelovereenkomsten die in 2018 op de markt zijn op de correcte naleving van de regels rondom het PGB. Hieruit is gebleken dat diverse zorgverzekeraars de nieuwe regelgeving nog niet goed in hun reglementen hadden verwerkt. De NZa heeft de zorgverzekeraars hier op aangesproken.

Bijzonderheden polissen 2018

In 2018 is er voor het eerst sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, een nieuwe zorgverzekeraar gestart. Het betreft IptiQ. Deze verzekeraar heeft een vergunning verkregen in Luxemburg en mag op basis daarvan ook op de Nederlandse markt verzekeringen, waaronder zorgverzekeringen, aanbieden.

De portefeuille van de volmacht CAK-groep is met ingang van 2018 ondergebracht bij IptiQ en niet meer bij VGZ. Zij bieden een naturapolis aan onder de naam 'Ruime keuze', via de labels Besured, National Academic en Promovendum.

Daarnaast is er door Interpolis/Avéro een nieuwe naturaverzekering op de markt gebracht. Deze polis heet Zorgcompact.

In de loop van 2017 is N.V. VGZ Cares gefuseerd met VGZ. De modelovereenkomsten van Cares zijn van de markt gehaald per 2018. Onder deze polissen viel onder meer de portefeuille van de CAK-groep.

Halverwege 2017 heeft IZZ haar naam gewijzigd naar VGZ voor de zorg N.V.

Tenslotte is De Friesland eind 2017 gefuseerd met Achmea Zorgverzekeringen N.V. Ook heeft De Friesland per 1 januari 2018 haar Kiemerportefeuille van de markt gehaald. Het aantal modelovereenkomsten is daarmee weer verder gedaald.

In 2015 waren er nog 71 modelovereenkomsten voor 2018 zijn dat er 55. Daarmee zitten we anno 2018 weer op een vergelijkbaar niveau als bij de introductie van de Zvw in 2006 (toen 56 modelovereenkomsten).

Tabel Overzicht modelovereenkomsten 2018

Soort modelovereenkomst	2017	2018
Restitutie	21	20
Combinatie	5	4
Natura	32	31
Totaal	58	55

t

in

*

1

2

3

4

5

6

Uitkomsten toetsing modelovereenkomsten polisjaar 2019

Voor polisjaar 2019 is er, voor de tweede keer sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, een nieuwe zorgverzekeraar toegetreden tot de zorgverzekeringsmarkt.

Het betreft Eucare. Deze verzekeraar heeft een vergunning verkregen in Malta en mag op basis daarvan ook op de Nederlandse markt verzekeringen, waaronder zorgverzekeringen, aanbieden. Eucare is risicodrager voor een volmacht. Voorheen was Avéro-Achmea de risicodrager. Eucare biedt een natura- en een restitutieverzekering aan.

We hebben afgelopen jaar geconstateerd dat enkele zorgverzekeraars wijzigingen in hun polisvoorwaarden hadden aangebracht en die niet tijdig bij de NZa hebben overlegd. In een geval zijn polisvoorwaarden met terugwerkende kracht aangepast. Naar aanleiding hiervan heeft de NZa een zorgverzekeraar een [formele waarschuwing](#) gegeven.

De NZa vindt het voor de consument van groot belang dat wijzigingen tijdig worden gepubliceerd en overlegd. Daarom zal de NZa haar beleid wijzigen en met ingang van 2019 bij het constateren van een overtreding waar nodig handhavingsmaatregelen treffen.

Er zijn in 2019 vier nieuwe zorgverzekeringen op de markt gebracht. Dit betreft de IZZ basisverzekering Bewuzt, de Pro-life Principepolis budget en van Eucare de basisverzekering Natura en de basisverzekering Restitutie.

Er zijn geen zorgverzekeringen van de markt gehaald. Het aantal modelovereenkomsten is daarmee gestegen naar 59.

Tabel Overzicht modelovereenkomsten 2019

Soort modelovereenkomst	2018	2019
Restitutie	20	21
Combinatie	4	4
Natura	31	34
Totaal	55	59

Polisaanbod

Verzekeraars moeten burgers goed en duidelijk informeren over de verschillende verzekeringen die zij aanbieden. Dat geldt zowel voor de verplichte basisverzekering (zorgverzekering) als de aanvullende verzekering (ziekttekostenverzekering). Zo kunnen mensen een afgewogen keuze maken.





Onderzoek transparantieplichting collectieve zorgverzekeringen

Per 1 november 2017 hebben we in de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) een nieuwe transparantieplichting over collectiviteiten opgenomen. Zorgverzekeraars moeten op hun website informatie geven over collectiviteiten. Daarnaast moeten zij er voor zorgen dat een collectiviteit, zoals 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.

Tijdens de [overstapperiode](#) 2017/2018 hebben we de naleving van de nieuwe verplichting gecontroleerd. Daaruit blijkt dat zorgverzekeraars transparantie over collectiviteiten op hun agenda hebben staan en dat zij zich bewust zijn van hun rol. Eigenlijk waren zij hier al voor de invoering van de nieuwe verplichting mee bezig. Praktisch komt het er op neer dat zorgverzekeraars een algemene bepaling over transparantie hebben opgenomen in de contracten met al hun collectiviteiten. Verder zien wij dat een enkele zorgverzekeraar zijn afspraken met een specifiek collectief heeft aangepast wanneer er sprake is van een nieuw verpakte modelovereenkomst.

We hebben zorgverzekeraars bewust de ruimte gegeven om zelf invulling te geven aan de informatie die zij op hun websites verstrekken. We zien dat zorgverzekeraars in de communicatie op hun eigen websites duidelijk maken om welke polis het gaat, wat de collectiviteitskorting is en welke aanvullende producten worden geleverd. Ook hebben veel websites van zorgverzekeraars een 'collectiviteitenzoeker' waarbij je op code of naam van een collectiviteit kunt zoeken. Af en toe staat er een lijst met namen van 'open' collectiviteiten.

Eigenlijk voldeden zorgverzekeraars al voor de invoering van artikel 31 aan de verplichtingen zoals gesteld in artikel 31. Slechts in een enkel geval hebben zorgverzekeraars aanvullende maatregelen getroffen. Het is daarom de vraag in hoeverre het nieuwe artikel bijdraagt aan het doel om het voor verzekerden eenvoudiger te maken om zorgverzekeringen die via een collectiviteit worden aangeboden te vergelijken met polissen die niet via een collectiviteit worden aangeboden.

Transparantieregels lijken niet de oplossing om meer helderheid te verschaffen in het grote aanbod van collectiviteiten. Dit is voor de NZa aanleiding om dit jaar kritisch te kijken naar de meerwaarde van de transparantiebepaling. Door het grote aantal collectiviteiten blijft het voor burger echter lastig om zorgverzekeringen te vergelijken en keuze te maken voor een zorgverzekering die bij hem past. Vanuit dat oogpunt blijven wij kritisch op de meerwaarde van collectiviteiten.



*

1

2

3

4

5

6

Nieuwe controles transparantie collectiviteiten

De minister voor Medische Zorg en Sport vroeg ons in zijn brief van 27 juni 2018 om tijdens het overstapseizoen 2018/2019 intensiever te controleren of verzekeraars duidelijk aangeven welke achterliggende modelovereenkomst ten grondslag ligt aan de collectiviteit. De NZa heeft daarom in het najaar van 2018 opnieuw gecontroleerd of zorgverzekeraars voldoen aan de transparantieverplichting rondom collectiviteiten. Dit heeft de NZa gedaan door voor 60 willekeurig geselecteerde collectiviteiten de informatieverstrekking te beoordelen.

Zorgverzekeraars [voldoen](#) (net zoals vorig jaar) aan de transparantieverplichting omtrent collectieve verzekeringen. Daarnaast denken verzekerden over het algemeen goed te weten of zij een collectieve zorgverzekering hebben en wat de voordelen zijn.

Onderzoek transparantieverplichting gelijke of nagenoeg gelijke polissen

Het kan voor verzekerden moeilijk zijn om zich te oriënteren op de polismarkt. Dit vanwege het grote aanbod en omdat polissen op vele onderdelen van elkaar kunnen verschillen.

Een extra obstakel is dat een deel van de polissen die op het oog lijken te verschillen, inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten.

Dit kan ertoe leiden dat (nagenoeg) gelijke polissen worden aangeboden vanuit één zorgverzekeraar, door afzonderlijke zorgverzekeraars of door verschillende zorgverzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, maar dan onder een andere polisnaam of met een eigen merkbeleving.

De NZa heeft per 1 november 2017 de reikwijdte van de transparantieverplichting voor gelijke of nagenoeg gelijke polissen verruimd. De nu geldende bepaling verplicht alle zorgverzekeraars om op hun website een overzicht te plaatsen van gelijke of nagenoeg gelijke polissen, die binnen individuele risicodragers dan wel concernverband worden aangeboden. Zo willen we een einde maken aan de onduidelijkheid over (nagenoeg) gelijke polissen. Zo kan de verzekerde zien welke polissen binnen het concern nagenoeg gelijk zijn qua inhoud en vervolgens zijn keuze maken op bijvoorbeeld prijs, aanvullende verzekeringen of andere voor hem moverende redenen.

Gedurende de [overstapperiode](#) 2017/2018 heeft de NZa de naleving van het nieuwe artikel 30 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten gecontroleerd op de websites van de verzekeraars. Uit ons onderzoek blijkt dat enkele zorgverzekeraars niet voldeden aan het voorschrift. Daar zijn ze op aangesproken, waarna de overzichten alsnog zo snel mogelijk werden geplaatst. Het (alsnog) plaatsen van de overzichten op de eigen website komt de overzichtelijkheid van het aanbod ten goede en daarmee ook de vergelijkbaarheid van het aanbod.





1

Op verzoek van de Minister voor Medische Zorg en Sport hebben we in 2018 ook de vindbaarheid en begrijpelijkheid van deze overzichten onderzocht.

2

Op basis van extern uitgevoerd onderzoek [concluderen](#) wij dat niet alle belangrijke polisinformatie goed vindbaar is voor respondenten, in het bijzonder onder andere het overzicht nagenoeg gelijke polissen. Tegelijkertijd zien wij dat zorgverzekeraars inspanningen verrichten voor het doorlopend verbeteren van de informatieverstrekking. Deze inspanningen hebben voor een aantal onderwerpen nog niet de gewenste verbetering van de vindbaarheid van polisinformatie opgeleverd. Hoe dit komt, zullen wij in 2019 nader onderzoeken.

3

4

Advies NZa duiding verschillen tussen polissen

De Minister voor Medische Zorg en Sport heeft bij brief van 20 maart 2018 twee vragen aan ons gesteld. Ten eerste om aan te geven wanneer polissen op grond van de huidige wet- en regelgeving als gelijk of nagenoeg gelijk kunnen worden beschouwd. Niet alleen voor polissen van concerns en risicodragers, maar ook van labels, volmachten en collectiviteiten. Wij concluderen dat het huidige wettelijke kader zich richt tot de individuele verzekeraars, niet tot concerns van verzekeraars.

5

6

De varianten van de zorgverzekering die de individuele verzekeraar aanbiedt, moeten dezelfde premiegrondslag hebben als deze verzekeringen niet verschillen voor wat betreft natura of restitutie en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Elk verschil op deze twee punten, hoe klein ook, legitimeert een premieverschil.

De tweede vraag was om een theoretisch kader te ontwikkelen met kenmerken op basis waarvan polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. We hebben een [theoretische analyse](#) gedaan op basis van drie typen kenmerken: bedrijfsvoering (exploitatiekosten, strategie), marketing en distributie (merkbeleving, reclame-uitingen en distributiekanaal) en productdifferentiatie (aanspraak, premie en kortingen, dienstverlening, keuze voor een zorgaanbieder en gericht op specifieke groepen). Voor alle kenmerken wijst de analyse uit dat er voor- en nadelen zijn bij het wel of niet toestaan van premiedifferentiatie. Op basis van onze theoretische analyse vragen wij ons af in hoeverre het verminderen van het aantal kenmerken waarop een zorgverzekeraar met zijn polis kan differentiëren en een premieverschil kan legitimeren, tot een verbetering van het keuzeproces voor de verzekerde kan leiden.



*

1

2

3

4

5

6

Op basis van onze theoretische analyse hebben we twee aanbevelingen gedaan. We [raden](#) de minister voor Medisch Zorg en Sport aan om de mogelijkheden te onderzoeken om zorgverzekeraars te verbieden binnen een concern dezelfde polissen aan te bieden voor verschillende prijzen. We adviseren de minister om te bekijken of de wet op dit punt moet worden uitgebreid. Daarnaast zijn we kritisch op de meerwaarde van collectiviteiten. Tegenover collectiviteitskorting zouden zorginhoudelijke afspraken moeten staan. Nu zorgen collectiviteiten alleen voor meer schijnkeuze, waardoor mensen door de bomen het bos niet meer zien. We roepen zorgverzekeraars op om hier zelf mee aan de slag te gaan. Verzekeraars hebben de sleutel, we verwachten dat ze die gebruiken.

Onderzoek naar mogelijke risicoselectie

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.

De afgelopen jaren heeft de NZa onderzoek gedaan naar risicoselectie. Wij hebben toen geconstateerd dat er sprake is van een gesegmenteerde markt. Er waren duidelijke signalen die wezen op selectie, maar we hebben geen doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars kunnen vaststellen.

De NZa rapporteert in de [marktscan Zorgverzekeringmarkt](#) over haar onderzoeken naar mogelijke risicoselectie. Op basis van ons onderzoek constateerden we dat de segmentatie was toegenomen. Er was sprake van een focus op jonge en gezonde verzekerden. Daarom zijn in de risicoverevening met ingang van 2018 enkele kenmerken aangepast, waardoor wij verwachten dat de prikkel tot selectie af zal nemen.

Op dit moment hebben we geen reden om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste risicoselectie, ook niet bij verzekerden die bijvoorbeeld intensieve en langdurige ggz gebruiken.





In de [monitor zorgverzekeringsmarkt](#) die we op 5 november 2018 hebben uitgebracht, hebben we ook aandacht besteed aan het onderwerp risicoselectie. De analyses hebben we uitgebreid tot en met het jaar 2016.

Vanaf 2018 zijn in de risicoverevening verbeteringen doorgevoerd. In de risicoverevening is er een klasse toegevoegd voor gezonde verzekerden en is de overcompensatie voor hoger opgeleide verzekerden aangepast. Zo worden zorgverzekeraars vanaf 2018 beter gecompenseerd voor chronisch zieken. Dit zal het resultaatverschil tussen gezondere en ongezondere verzekerden verminderen. Het blijft belangrijk om deze risicoverevening steeds te actualiseren.

Wij zullen blijven monitoren of zorgverzekeraars zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie en risicosolidariteit in acht nemen. Aangezien de cijfers over 2018 pas in 2021 bekend zijn, kunnen we de gevolgen van het ingezette beleid pas dan in beeld brengen.

Vergoeding ongecontracteerde zorg en polisvoorwaarden
We onderzochten in de eerste helft van 2018 of zorgverzekeraars de kosten vergoeden voor ongecontracteerde zorg conform hun polisvoorwaarden. We kregen signalen dat verzekerden minder vergoed kregen dan waar zij op basis van hun polisvoorwaarden recht op hebben.

Uit ons onderzoek [bleek](#) dat zorgverzekeraars vergoeden wat zij in de polisvoorwaarden hebben opgenomen als verzekerden naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Slechts in een enkel geval wijkt dit af. We hebben de 2 zorgverzekeraars hierop aangesproken en ze hebben hun werkwijze inmiddels aangepast. Verzekerden moeten wel vooraf beter inzicht krijgen in wat zij moeten bijbetalen als zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben hier een verantwoordelijkheid in.



5. Het kiezen van een zorgpolis

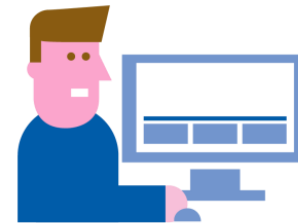
Om een goede keuze te maken voor een zorgverzekering, hebben mensen goede en vindbare informatie nodig. Verzekeraars moeten iedereen goed en duidelijk informeren over de verschillende verzekeringen die zij aanbieden. Zo kunnen mensen een afgewogen keuze maken.

Ieder najaar kunnen verzekerden kiezen voor een andere zorgpolis. De zorgverzekeraar moet iedereen accepteren als verzekerde voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Tijdens die overstapperiode checken wij of de informatie over de zorgpolissen klopt en goed vindbaar is. We controleren de informatie van de zorgverzekeraars die zij geven aan de telefoon, op hun websites en via social media. De informatie die de zorgverzekeraars geven is in het algemeen goed. Wel is de informatie op de websites soms moeilijk vindbaar. Ook het grote aanbod aan collectieve zorgverzekeringen blijft een lastig punt: de zorgpolissen zijn daardoor moeilijk te vergelijken.

Op 23 maart 2018 hebben wij over onze activiteiten voor en tijdens de overstapperiode 2017-2018 een uitgebreide [terugkoppeling](#) gegeven aan de minister. In die brief geven wij een overzicht van de activiteiten die we tijdens het overstapeseizoen hebben ondernomen om de verzekerde zo goed mogelijk in staat te stellen om een polis te kiezen.

Naast onze activiteiten in het overstapeseizoen hebben we ook een aantal trajecten opgestart die een bijdrage moeten leveren aan het maken van een onderbouwde keuze voor een polis door de verzekerde.

Zo voerden wij samen met de ACM een [onderzoek](#) uit naar de verschillen tussen basisverzekeringen en de keuzes van consumenten. De aanleiding is de veelgehoorde klacht dat consumenten 'door de bomen het bos niet meer zien'. Veel verzekerden hebben een basisverzekering waarvoor een goedkoper, vergelijkbaar alternatief bestaat. Het onderzoek toont niet aan wat de belangrijkste oorzaak hiervan is. Aannemelijk is dat het een combinatie van factoren betreft.



*

1

2

3

4

5

6

De NZa is blijvend op zoek naar manieren om het keuzeproces voor polissen voor de burger te vergemakkelijken. De verzekerde heeft juiste en begrijpelijke informatie nodig. Bovendien moet de informatie voor de verzekerde vindbaar zijn en op het juiste moment worden aangeboden. Dit gaat dus verder dan alleen de beschikbaarheid van informatie. We zien dat de afgelopen jaren stappen zijn gezet om de transparantie van het zorgverzekeringsaanbod te verbeteren. Met name binnen het thema 'juistheid en aanwezigheid van informatie' hebben wij een grote verbetering gezien. De focus van de NZa is daarom door de jaren heen verschoven van juiste en duidelijke informatieverstrekking door zorgverzekeraars over polissen tot en met 2017, naar vindbare en vergelijkbare informatie vanaf 2017/2018. Hier zijn we in de tweede helft van 2018 mee verder gegaan door onder andere opnieuw een onderzoek naar vindbaarheid van informatie op websites van zorgverzekeraars te starten. De NZa verwacht op deze thema's ook een actieve houding van zorgverzekeraars. We zullen hierover de dialoog met zorgverzekeraars en (en consumentenorganisaties) blijven opzoeken.

We hebben de minister per [brief](#) geïnformeerd over onze (toezicht)activiteiten tijdens de overstapperiode 2018-2019. In maart 2019 hebben we de uitkomsten van onze onderzoeken [gepubliceerd](#).

Zorgverzekeraars geven goede informatie tijdens overstapperiode

We hebben eind 2017 voor het derde jaar [onderzoek](#) gedaan naar de klantenservices van zorgverzekeraars. Daaruit blijkt dat zorgverzekeraars na drie jaar intensief toezicht juiste informatie geven tijdens de overstapperiode.

Eind 2016 hebben wij zeven zorgverzekeraars gewaarschuwd, omdat uit ons onderzoek bleek dat zij niet altijd goede informatie gaven aan de telefoon. Begin 2017 hebben we de onderzochte zorgverzekeraars gevraagd om een verbeterplan op te stellen, zodat de informatieverstrekking aan de telefoon op het peil zou komen waar het hoort.

In de loop van 2017 hebben wij zorgverzekeraars gevraagd om inzicht te geven in de uitvoering hiervan.





*

1

Eind 2017 hebben wij opnieuw onderzoek gedaan met behulp van mysterycalls om te controleren of de zorgverzekeraars hun beantwoording hadden verbeterd.

2

We hebben [vragen](#) gesteld waarvan we weten dat mensen die vaak stellen tijdens de overstapperiode. Een verkeerd antwoord betekent dat je essentiële informatie niet krijgt van de zorgverzekeraar. Zonder deze informatie kan het zijn dat een verzekerde een verkeerde keuze maakt. Zo kan hij een aanvullende verzekering afsluiten terwijl dit niet nodig is. Of voor een vrijwillig verhoogd eigen risico kiezen, terwijl er juist hoge zorgkosten verwacht worden. Met de juiste informatieverstrekking is dit te voorkomen.

3

4

5

We concluderen dat de informatieverstrekking na de verbeteracties aanzienlijk is verbeterd. Wij zijn tevreden over de resultaten na een periode van drie jaar intensief en gedifferentieerd toezicht. Daarmee komt een eind aan een verbetertraject met zorgverzekeraars dat in 2015 is ingezet.

6

Informatie op social media

Zorgverzekeraars weten (potentieel nieuwe) verzekerden ook via social media zoals Twitter en Facebook te vinden. We hebben daarom tijdens het afgelopen overstapeseizoen in drie verschillende weken de beantwoording van zorgverzekeraars aan burgers gemonitord op Facebook en Twitter. In vrijwel alle gevallen (90,1%) geven zorgverzekeraars antwoord op gestelde vragen.

De NZa heeft vervolgens gekeken of de beantwoording door de zorgverzekeraars op de vragen van burgers juist was. Dat was voor alle gemonitorde zaken het geval.

Onderzoek aanwezigheid van informatie op websites

In november 2017 hebben we ook onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van informatie op websites van zorgverzekeraars. Op die punten waar de informatie nog niet helemaal volledig was, hebben de zorgverzekeraars dit op verzoek van de NZa direct aangepast. Het gaat dan bijvoorbeeld over algemene informatie als je naar een zorgaanbieder wilt zonder contract.





1

De NZa heeft tijdens het overstapeseizoen 2017/2018 gecontroleerd of de websites van zorgverzekeraars voldoen aan de [regels](#) voor informatieverstrekking. We keken hierbij naar zeven informatieverplichtingen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

2

Over de aanwezigheid van informatie op de websites van zorgverzekeraars concluderen we dat zorgverzekeraars over het algemeen voldoen aan de regels voor de informatieverstrekking.

3

4

5

Op die punten waar de informatie nog niet helemaal volledig was, hebben zorgverzekeraars dit op verzoek van de NZa direct (binnen drie werkdagen) aangepast. Het gaat dan bijvoorbeeld over algemene informatie over zorg van een zorgaanbieder zonder contract, of transparantie over de consequenties van omzetplafonds.

6

Zorgverzekeraars geven tijdens de overstapperiode telefonisch en via social media juiste informatie aan consumenten. De informatie op websites klopt in de meeste, maar niet in alle gevallen. Als we ze hierop wijzen, passen zorgverzekeraars onjuiste informatie snel aan.

Onderzoek vindbaarheid van informatie op websites

De vindbaarheid van informatie op de websites van zorgverzekeraars laat te wensen over.

In opdracht van de NZa heeft een onderzoeksbureau voor de overstapperiode 2017/2018 de informatieverstrekking op de websites van zorgverzekeraars onderzocht. Naast de aanwezigheid van informatie heeft het onderzoeksbureau ook onderzocht of deze informatie daadwerkelijk gevonden wordt. Met een grootschalige online survey is onderzocht of consumenten de informatie vinden en hoe zij de toegankelijkheid van die informatie ervaren.

Wij hebben de conclusies van het onderzoeksbureau overgenomen en trekken op basis daarvan de volgende conclusies.



*

1

2

3

4

5

6

Uit het onderzoek blijkt dat de websites van de verzekeraars de belangrijkste informatiebron zijn als respondenten zoeken naar informatie over zorgverzekeringen. In het zoekproces op de website gebruikt men vooral de zoekfunctie en de menuknoppen om bij de gewenste informatie te komen. Ook de navigatie van een site, oftewel hoe gemakkelijk de site de burger naar de informatie leidt, is belangrijk. Van de respondenten zegt 14 tot 37 procent zeker te weten dat zij de gevraagde informatie gevonden hebben. De NZa is niet tevreden met deze percentages. Daarom is de vindbaarheid van informatie op de website ook in 2018 onderzocht.

De vindbaarheid van informatie op de websites van zorgverzekeraars laat te wensen over. Uit ons onderzoek in de overstapperiode 2017/2018 blijkt dat het testpanel in een derde van de gevallen deze informatie niet kan vinden. Dit baarde ons zorgen. Daarom is de vindbaarheid van informatie op de website ook in 2018 onderzocht.

Overstapperiode 2018-2019

Transparantie over (keuze-)informatie is voor de burger een cruciale voorwaarde om de keuzes te kunnen maken die het best aan zijn wensen voldoen. De hiervoor beschreven bevindingen bepalen deels de activiteiten van het toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars dit jaar.

Geen extra onderzoek meer naar telefonische informatieverstrekking door zorgverzekeraars

De resultaten van het onderzoek naar de telefonische informatieverstrekking zijn positief. Daarmee komt een eind aan een verbetertraject dat met zorgverzekeraars in 2015 is ingezet. Wij zijn tevreden met de resultaten van ons onderzoek na een periode van drie jaar intensief en gedifferentieerd toezicht. Wij zijn ook tevreden met de resultaten van de informatieverstrekking op social media door zorgverzekeraars. Het was de eerste keer dat de NZa de antwoorden van zorgverzekeraars aan burgers op social media heeft gemonitord.

Gelet op hetgeen we hierboven reeds hebben beschreven, hebben wij geen risico's geconstateerd om hier verder onderzoek naar te doen. Uiteraard zullen wij als toezichthouder wel altijd ons toezicht op beide informatiekanaalen intensiveren als signalen vanuit media, burgers of anderszins daar aanleiding toe geven.





*

1

Extra aandacht voor vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie op de websites over polissen

Uit ons onderzoek naar de informatievoorziening op de websites van zorgverzekeraars blijkt dat de informatie over het algemeen, conform de Regeling, op de websites aanwezig was. Wel hebben wij gezien dat de informatie op verschillende punten niet helemaal volledig was.

2

3

Verder blijft vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie een belangrijk thema voor ons. Dit wordt gesterkt door de maatschappelijke discussies over dit onderwerp. Bijvoorbeeld de [Monitor overstapseizoen 2017-2018](#).

4

5

In dit verband vinden wij het positief dat zorgverzekeraars ook zelf activiteiten ontplooiën om de transparantie binnen het productaanbod te vergroten.

6

In onze [brief](#) aan de minister hebben we onze activiteiten voor de overstapperperiode 2018/2019 aangegeven, met name op het gebied van vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie. De [uitkomsten](#) van onze onderzoeken hebben we in maart 2019 gecommuniceerd.

Zorgverzekeringskaart

Het is een goed initiatief dat zorgverzekeraars, vooruitlopend op Europese regelgeving, al een Zorgverzekeringskaart voor de basis- en aanvullende verzekering hadden ontwikkeld. Dit informatieproduct geeft burgers beknopte informatie over het verzekeringsproduct.

In de overstapperperiode 2018/2019 hebben we geconstateerd dat de Zorgverzekeringskaarten inmiddels voldoen aan het gestandaardiseerde Europese format; dit komt de vergelijkbaarheid van zorgverzekeringen ten goede.



*

1

2

3

4

5

6

6. Declaraties

Als een verzekerde zorg heeft gebruikt, krijgt de zorgverzekeraar daarvan de rekening. Of via de verzekerde, of rechtstreeks van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die de Zvw stelt, fouten op te sporen en zo nodig te laten herstellen door de zorgaanbieders. Dit is belangrijk om de collectieve zorgkosten en de premie voor de basisverzekering 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.

Beoordeling verantwoordingen risicoverevening

Jaarlijks stellen de zorgverzekeraars verantwoordingen op met financiële gegevens en gegevens over de verzekerdenpopulatie. Deze gegevens worden gebruikt voor de vaststelling van de bijdrage uit de risicoverevening. Het risicovereveningssysteem regelt een hogere bijdrage voor verzekerden die waarschijnlijk meer zorgkosten maken, zodat alle verzekerden, ziek en gezond, dezelfde premie voor dezelfde polis betalen.

Wij hebben de door accountants gecontroleerde verantwoordingen onderzocht. Uit ons onderzoek komen weinig fouten/verbeterpunten naar voren. Ons bestuurlijk oordeel is dat de in 2017 aangeleverde verantwoordingen samen juist zijn.

Ook hebben we onderzoek gedaan naar de juistheid van de verantwoordingen die in 2018 zijn aangeleverd. Er moesten twaalf verantwoordingen in een verbeterde versie opnieuw aangeleverd worden, omdat de oorspronkelijke verantwoordingen onjuistheden/onvolkomenheden bevatten. Overall beeld is dat de financiële verantwoordingen voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars de laatste jaren van goede kwaliteit zijn. De fouten en onzekerheden blijven binnen de toegestane marges (na heraanlevering).





*

1

2

3

4

5

6

Naleving richtlijn gereede twijfel verzekeringsplicht Zvw

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.

Vooruitlopend op de invoering van een wettelijke regeling hebben de Sociale Verzekeringsbank (SVB), Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland de Richtlijn toepassing gereede 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. In 2017 en 2018 hebben wij onderzocht of zorgverzekeraars deze richtlijn naleven.

Administratie van zorgverzekeraars op orde

Het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt is positief: zorgverzekeraars zijn goed bezig, maar kunnen de richtlijn op onderdelen nog wel beter implementeren in hun processen.

Wij hebben de zorgverzekeraars individueel een terugkoppeling en enkele aanbevelingen gegeven. Medio 2019 zullen we controleren of de zorgverzekeraars deze aanbevelingen hebben overgenomen.

De verzekerdenadministratie is de basis voor de toekenning van bedragen vanuit de risicoverevening. De juistheid van de verzekerdenadministratie is dan ook belangrijk voor een goede werking van het vereveningssysteem.



1

Fraude-onderzoek samen met DNB

Al eerder hebben wij een onderzoek gezamenlijk met De Nederlandsche Bank (DNB) uitgevoerd, namelijk naar de beheersing van bankrekeningnummers door zorgverzekeraars.

2

In het eerste halfjaar van 2018 voerden wij weer samen met DNB een onderzoek uit bij zorgverzekeraars naar de beheersing van externe zorgfraude bij een tweetal zorgsoorten (farmacie en wijkverpleging). Fraudebestrijding bevindt zich namelijk op het raakvlak van de toezichtdomeinen van beide toezichthouders. Overigens heeft de NZa ook in brede zin aandacht voor fraude.

3

4

5

6

Met behulp van dit onderzoek willen DNB en NZa vaststellen op welke wijze zorgverzekeraars hun externe zorgfrauderisico's beheersen. Fraude kan immers het vertrouwen van de burgers in het zorgstelsel ondermijnen en leiden tot negatieve gevolgen voor de betaalbaarheid van de zorgverzekeringen (toezichtdomein NZa). Daarnaast vormt fraude een bedreiging voor de integriteit van het financiële stelsel en de reputatie van zorgverzekeraars (toezichtdomein DNB).

Bundeling van elkaars krachten in dit onderzoek zorgt voor meer diepgang, hogere kwaliteit en een beperking van de toezichtdruk.

Het onderzoek is uitgevoerd bij vier zorgverzekeraars die een individuele terugkoppeling hebben ontvangen over de resultaten van het onderzoek. Daarnaast zijn sectorbrede resultaten gecommuniceerd met de zorgverzekeringssector. Met deze sectorbrede terugkoppeling kunnen de zorgverzekeraars hun voordeel doen om de beheersing van zorgfrauderisico's verder te verbeteren.

Wanbetalers

Als iemand zijn premie voor de basisverzekering niet betaalt, 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.



*

1

2

3

4

5

6

Per 1 juli 2016, 1 januari 2017 en 1 januari 2018 zijn de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een wanbetalersbijdrage gewijzigd. De wijzigingen maken het onder andere mogelijk dat een wanbetaler eerder het bestuursrechtelijk premieregime uitstroomt en de zorgverzekeraars stimuleren proactief preventieve activiteiten te verrichten om wanbetaling tegen te gaan.

Onderzoek wanbetalersbijdrage 2016

De NZa heeft getoetst of zorgverzekeraars zich houden aan de voorwaarden (die gelden over het jaar 2016) genoemd in de Zvw en de Rzv.

Het onderzoek bestond uit de volgende stappen: probleemanalyse, cijferanalyse, interviews en deelwaarneming ter plaatse. Daarnaast kent dit onderzoek ook een inventariserend deel dat is bedoeld als een nulmeting. Hierbij wordt gekeken in hoeverre zorgverzekeraars zich inspannen om burgers uit het bestuurlijke premieregime te houden/halen.

Op basis van de regelgeving die geldt over het jaar 2016 heeft de NZa geconstateerd dat alle zorgverzekeraars aan de voorwaarden voldoen. Het aanbieden van een betalingsregeling heeft geleid tot een forse daling van het aantal wanbetalers en een stijging van aantal opschortingen.

Door een betalingsregeling af te sluiten met de zorgverzekeraar, hoeven de wanbetalers geen hoge bestuursrechtelijk premie te betalen maar de nominale premie.

De premieschulden en andere schulden blijven bij deze groep wanbetalers bestaan. Op het moment dat de betalingsregeling niet is nagekomen, wordt de burger weer aangemeld bij CAK als wanbetaler.

Uit het inventariserend deel van het onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat alle zorgverzekeraars voldoende inspanningen en medewerking hebben gewerkt om de wanbetalers uit het bestuursrechtelijke regime te houden en te halen.

Bij het beoordelen van de interne incassotrajecten heeft de NZa haar constatering over persoonlijk contact, aantal verstuurd maningsbrieven, hoogte van de incassokosten, eisen van de betalingsregeling en medewerking met derden teruggekoppeld aan de Zorgverzekeraars en VWS.

De NZa erkent dat de zorgverzekeraars de problemen met de wanbetalers niet alleen kunnen oplossen. De NZa gaat dit themaonderzoek opnemen in haar werkprogramma. De NZa zal zowel de knelpunten als de voortgang blijven monitoren.



1

2

3

4

5

6

Onderzoek wanbetalersbijdrage

In vervolg op het onderzoek wanbetalers 2016 heeft de NZa in 2018 gemonitord of de verbeterpunten naar aanleiding van het voorgaande onderzoek zijn opgepakt.

Verder hebben we naast een verdiepend onderzoek op het interne incassotraject ook het externe incassotraject bij incassobureaus/deurwaarders beoordeeld.

De NZa ziet mogelijkheden voor verbetering op het gebied van:

1. het analyseren van kansrijke wanbetalers voor maatwerkoplossingen om de schulden af te bouwen;
2. het bundelen van de vorderingen bij het opstarten van het gerechtelijke traject om zo de toch al hoge kosten enigszins te reduceren;
3. het verstrekken van informatie over de betalingsregeling en totale schulden aan verzekerden met een betalingsachterstand.

Deze bevindingen zijn teruggekoppeld aan de betreffende zorgverzekeraars en VWS. Vanwege de wetwijziging in 2020 blijft de NZa dit themaonderzoek uitvoeren en de voortgang van de bevindingen monitoren.



*

1

2

3

4

5

6

Ontwikkelingen registratie en controle zorgdeclaraties
Op verschillende plaatsen in de zorg zien we dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nieuwe afspraken maken over de manier waarop zij zorgactiviteiten registreren en/of de zorgdeclaraties controleren. Eerder zagen we dat bij horizontaal toezicht in de ziekenhuiszorg en ggz.

Recent is in de wijkverpleging de vijf-minutenregistratie afgeschaft en vervangen door de registratiestandaard 'zorgplan = planning = declaratie, tenzij'. Hierbij is een logische samenhang essentieel tussen het zorgplan, waarin duur, omvang en doelen van de zorg zijn opgenomen en andere onderdelen van het zorgdossier, zoals de (gecorrigeerde) planning, voortgangsrapportages en evaluatiemomenten.

Zorgaanbieders sluiten hier op aan met hun administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB), zorgverzekeraars doen dat met hun controle-activiteiten.

In de ggz is een recent advies van de taskforce Gepast Gebruik ggz uitgebracht. Het belangrijkste advies van de taskforce is dat er één registratiestandaard komt voor ggz-aanbieders over gepast gebruik. Daarmee is voor ggz-aanbieders duidelijk welke gegevens ze moeten bijhouden over de behandeling van hun patiënten, zodat ze achteraf aan de zorgverzekeraar kunnen aantonen of de gegeven behandeling bewezen effectief is en of deze behandeling alleen is gegeven aan patiënten die deze ook echt nodig hadden.

De NZa is blij met dit soort initiatieven wegens de bijdrage aan de administratieve lastenverlichting, het zo veel mogelijk aansluit op het primaire zorgproces en omdat het partijen verder helpt om bewuster om te gaan met optimalisatie van processen en beheersing. Dit sluit goed aan bij een belangrijk thema als goed bestuur dat de NZa op de strategische agenda heeft staan.



*

1

2

3

4

5

6

Horizontaal Toezicht

Bij horizontaal toezicht binnen de ziekenhuiszorg en ggz werken de partijen samen om de rechtmatigheid van de declaraties in de processen aan de voorkant te borgen in plaats van achteraf de gegevens te controleren. Het gaat over correct registreren en declareren, maar ook over het gepast gebruik van zorg.

De NZa is een voorstander van horizontaal toezicht en ziet hierbij de volgende vraagstukken en/of aandachtspunten opkomen:

- **Gepast gebruik:** een wezenlijk onderdeel van de rechtmatigheid is de vraag of de geleverde zorg gepast is. Het gaat om de inhoud van de geleverde zorg; voldoet de zorg aan stand van wetenschap en praktijk en is de patiënt redelijkerwijs op de zorg aangewezen? Binnen horizontaal toezicht is gekozen voor een ingroeimodel. Het is belangrijk dat hierin concrete stappen worden gezet zodat het integraal onderdeel kan worden van het proces.
- **Representatie:** Horizontaal toezicht gaat naast het (gefundeerd) vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar ook over vertrouwen tussen zorgverzekeraars onderling; zij zullen moeten kunnen steunen op elkaars werkzaamheden. De goede werking van het representatiemodel is een belangrijke randvoorwaarde voor horizontaal toezicht.

- **Groeimodel:** het instapmodel voor horizontaal toezicht is wat ons betreft geen eenmalig meetmoment. We vinden het van belang dat geïnvesteerd wordt in de organisatie en de beheersing van systemen en processen. Onze verwachting en wens is dat de zorgaanbieders die instappen op horizontaal toezicht de ambitie hebben om te blijven investeren in de professionaliteit van hun bedrijfsvoering en om door te groeien naar hogere compliance niveaus. Het gaat in essentie om het op orde krijgen van de beheersing. Het is hierbij wel van belang dat zorgaanbieders de tijd krijgen voor dit groeitraject.



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

