

Samenvattend rapport

Uitvoering Zorgverzekeringswet 2006

oktober 2007

Inhoud

| | |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Vooraf | 5 |
| Managementsamenvatting | 7 |
| 1. Inleiding | 13 |
| 1.1 Wettelijk kader | 13 |
| 1.2 Risicoanalysemodel | 13 |
| 1.3 Toezicht NZa | 14 |
| 1.4 Handhavingsbeleid NZa | 15 |
| 1.5 Afbakening rapport | 16 |
| 1.6 Leeswijzer | 16 |
| 2. Verantwoording en controle | 17 |
| 2.1 Inleiding | 17 |
| 2.2 Verantwoordingen | 17 |
| 2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw | 17 |
| 2.2.2 Staten CVZ | 19 |
| 2.2.3 Wettelijke termijnen | 19 |
| 2.3 Protocol | 20 |
| 3. Wettelijke verplichtingen | 21 |
| 3.1 Inleiding | 22 |
| 3.2 Toegang zorgverzekering | 23 |
| 3.2.1 Voldoen polis aan Zvw | 23 |
| 3.2.2 Gelijke toegang aangeboden polisvarianten | 24 |
| 3.2.2.1 Acceptatieplicht | 24 |
| 3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie | 25 |
| 3.2.2.3 Risicoselectie | 26 |
| 3.2.3 Beëindiging polis | 27 |
| 3.3 Toegang tot de zorg | 27 |
| 3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg | 28 |
| 3.3.2 Zorg conform wettelijke aanspraak | 28 |
| 3.3.3 Eigen risico en no-claim | 29 |
| 3.3.4 Tijdigheid zorg | 31 |
| 3.3.5 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg | 31 |
| 3.3.6 Kwaliteit zorg | 32 |
| 3.4 Betaalbaarheid | 33 |
| 3.4.1 Hogere dekking dan wettelijk pakket | 33 |
| 3.4.2 Vereveningsopgave | 34 |
| 3.5 Overige verplichtingen | 35 |
| 3.5.1 Administratieverplichtingen | 35 |
| 3.5.2 Boetebeschikkingen | 36 |
| 3.5.3 Subsidiereregelingen | 36 |
| 3.5.4 Privacy | 36 |
| 3.6 Integriteit | 36 |
| 3.7 Conclusie | 37 |
| 4. Randvoorwaarden | 39 |
| 4.1 Inleiding | 39 |
| 4.2 Werking vereveningsmodel | 40 |
| 4.3 Transparantie | 41 |
| 4.4 Invloed van verzekerden | 42 |
| 4.5 Mobiliteit verzekerden | 43 |
| 4.6 Conclusie | 43 |
| Bijlage 1 Overzicht signalen | 45 |

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt jaarlijks een samenvattend rapport uit over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars. Dit rapport onderscheidt zich van de jaarlijkse monitor Zorgverzekeringsmarkt¹, doordat het samenvattend rapport Zvw zich richt op de naleving van de publieke randvoorwaarden² door de zorgverzekeraars en op andere bepalingen in de Zvw. De monitor gaat in op ontwikkelingen in de markt, het aanbod en het overstapgedrag van verzekerden en de gevolgen voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

Dit rapport is het eerste samenvattende rapport van de NZa over de uitvoering van de Zvw. Het geeft aan hoe de zorgverzekeraars de Zvw hebben nageleefd, welke acties de NZa heeft ondernomen en op welke punten zij acties gaat ondernemen. Bij het toezicht staat het consumentenbelang voorop.

Voor dit rapport heeft de NZa vooral gebruik gemaakt van verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars en eigen onderzoeken.

De zorgverzekeraars hebben over 2006 voor het eerst de Zvw uitgevoerd. Het beeld is dat de zorgverzekeraars dit in voldoende mate hebben gedaan. De NZa heeft wel naar aanleiding van signalen en onderzoeken diverse interventies naar de zorgverzekeraars gepleegd.

Op het terrein van de randvoorwaarden voor de uitvoering van de Zvw is er een aantal verbeterpunten. Te noemen valt de informatievoorziening door zorgverzekeraars op diverse aspecten, waaronder de hoogte van bijbetalingen, vereiste machtigingen, klachtenregelingen en opzegmogelijkheden. Ook zijn verbeteringen nodig inzake transparantie van de kwaliteit van de zorgverlening.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Verzekeraars

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

¹ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt, juni 2007

² Dit zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht.

Managementsamenvatting

Waarom dit rapport?

Het primaire doel van dit rapport is om, op grond van artikel 24 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te informeren over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in het afgelopen verslagjaar. Het rapport richt zich op de vraag of de zorgverzekeraars de publieke randvoorwaarden acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht hebben nageleefd. Deze publieke randvoorwaarden zijn van belang om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het zorgverzekeringsstelsel voor de consument te waarborgen. De consument moet er van uit kunnen gaan dat zorgverzekeraars zich houden aan de publieke randvoorwaarden en andere wettelijke verplichtingen. De NZa houdt toezicht hierop. De belangrijkste uitkomsten staan vermeld in dit rapport. Het rapport richt zich op het kalenderjaar 2006. Om de actualiteitswaarde van het rapport te vergroten, heeft de NZa ook de onderzoeksbevindingen tot 1 juli 2007 meegenomen. Voor ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt verwijst de NZa naar de Monitor Zorgverzekeringsmarkt³.

RisicoAnalyseModel (RAM)

De NZa maakt in haar toezicht gebruik van een RisicoAnalysemodel (RAM). Dit model is een middel om vast te stellen welke risico's kunnen optreden. Door de kans van optreden van deze risico's en de negatieve effecten ervan in te schatten, kan de NZa gericht en gedoseerd toezicht houden. Dit beperkt de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars zoveel mogelijk. De NZa verricht jaarlijks terugkerende onderzoeken, zoals de beoordeling van de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars. Ook verricht zij thematische onderzoeken, voert zij signaaltoezicht uit en maakt zij gebruik van de verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars.

Conclusie rapport

De zorgverzekeraars hebben over 2006 voor het eerst de Zvw uitgevoerd. Het beeld is dat de zorgverzekeraars dit in voldoende mate hebben gedaan. De NZa heeft wel naar aanleiding van signalen en onderzoeken diverse interventies bij de zorgverzekeraars gepleegd.

Handhavingsbeleid

De NZa heeft diverse wettelijke handhavingmogelijkheden⁴ tot haar beschikking. Zo kan zij optreden tegen zorgverzekeraars door een aanwijzing te geven, een last onder dwangsom en/of een bestuurlijke boete op te leggen. Ook kan zij besluiten andere interventies in te zetten, zoals bijsturende of normoverdragende gesprekken en brieven.

De NZa heeft in 2006 en de eerste helft van 2007 diverse interventie maatregelen getroffen om zorgverzekeraars te corrigeren of bij te sturen in de uitvoering van de Zvw. Deze interventies zijn effectief gebleken. Op basis van de gevoerde gesprekken en verstuurd brieven hebben de zorgverzekeraars het ongewenste gedrag aangepast. Er was hierdoor geen noodzaak verdere handhavinginstrumenten in te zetten.

³ NZa: Monitor Zorgverzekeringsmarkt juni 2006 en juni 2007.

⁴ Voor 2006 bestond er nog geen handhavingsbeleid. Inmiddels heeft de NZa haar handhavingsbeleid vastgesteld: NZa, Plan Handhaving, september 2007

Hieronder volgt een overzicht van het aantal door de NZa geregistreerde signalen⁵ inzake het toezicht op de zorgverzekeraars, het aantal interventies dat de NZa gepleegd heeft en de verhouding hiertussen.

Tabel 1. Aantal signalen

| | 2006 | juni 2007 |
|-------------------------------|-------|-----------------|
| Aantal signalen: | 130 | 41 ⁶ |
| Aantal interventies: | 45 | 21 |
| Interventies t.o.v. signalen: | 34,6% | 51,2% |

Bron: Signaaldatabase NZa

Toegang zorgverzekering

De toegankelijkheid tot de zorgverzekering is voldoende geborgd. De verzekeringen die op de markt zijn gebracht, voldoen aan de voorwaarden die de Zvw stelt. De NZa heeft enkele signalen ontvangen over zorgverzekeraars die de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet naleefden. Het bleek te gaan om onjuiste informatieverstrekking op websites en/of in brochures. De zorgverzekeraars hebben hun informatie aangepast na interventie van de NZa.

De NZa heeft ook een signaal ontvangen over een zorgverzekeraar die tussentijds de vergoedingen in de aanvullende verzekering wilde aanpassen. De rechter heeft in een kort geding, dat de Consumentenbond had aangespannen, geoordeeld dat de tussentijdse wijziging in dit geval onevenredig moet worden geacht. De NZa heeft toegezien op de afwikkeling hiervan.

De NZa heeft geïnventariseerd of er indicaties zijn voor het bestaan van risicoselectie. Op dit moment komt geen ongeoorloofde risicoselectie voor⁷. In de tweede helft van 2007 verricht de NZa nader onderzoek naar risicoselectie.

Toegang tot de zorg

De NZa heeft op dit moment geen indicaties dat de toegang tot de zorg in gevaar is. In grote lijnen komen de zorgverzekeraars hun zorgplicht in voldoende mate na. Wel bleek een aantal zorgverzekeraars opnieuw het recht op een verstrekking te beoordelen nadat een verzekerde is overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit is wettelijk niet toegestaan⁸. Ook heeft de NZa signalen ontvangen dat in een enkel geval verzekerden niet het hulpmiddel krijgen waar zij volgens de modelovereenkomst recht op hebben. De NZa heeft naar aanleiding van

⁵ Dit betreft zowel signalen van buiten de NZa als signalen die voortkomen uit onderzoeken van de NZa.

⁶ Het aantal geregistreerde signalen in de eerste helft van 2007 is niet goed vergelijkbaar met 2006. Ten eerste worden relatief veel signalen ontvangen in de tweede helft van het jaar tijdens de overstapperiode. Ten tweede zijn in 2007 signalen alleen geregistreerd als er een concrete aanwijzing bestond voor een overtreding van de wet. Dit heeft geleid tot minder signalen, maar wel een hogere verhouding van het aantal interventies ten opzichte van het aantal signalen.

⁷ Er bestaan ook instrumenten die niet door de wet worden verboden en daardoor geoorloofd zijn. Te denken valt aan een actief marketingbeleid gericht op doelgroepen, gezondheidsverklaringen voor de aanvullende verzekeringen en de rol van collectiviteiten.

⁸ 'Wet van 22 november 2006 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met stroomlijning van de bepalingen inzake opzegging van de zorgverzekering bij wijziging van de grondslag van de premie', artikel I, C5.

beide constatering ingegrepen en is alert op nieuwe signalen. Vooral let de NZa bij de komende overstapperiode (2007-2008) op het opnieuw beoordelen van het recht op een verstrekking bij overgestapte verzekerden.

De NZa heeft de zorgverzekeraars aangegeven dat ze hun voorlichting over de European Health Insurance Card (EHIC) moeten verbeteren, in het belang van een goede informatieverstrekking aan de consument. Verschillende zorgverzekeraars hebben de kortingen voor het vrijwillig eigen risico en collectiviteiten verkeerd afgetrokken van de premiegrondslag. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken en zij passen dit aan. Voorts heeft één zorgverzekeraar de volgorde van het eigen risico en de no-claim in de tweede helft van 2006 onjuist toegepast. Dit is inmiddels hersteld.

Enkele verzekeraars hebben onjuiste informatie verschaft over de PGB-regeling. Dit is gecorrigeerd. De NZa pakt een bredere evaluatie van het PGB op in 2008, gezien het belang hiervan voor de consument en de uitbreiding van de Zvw met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met ingang van 2008.

De NZa onderzoekt in de tweede helft van 2007 de mogelijkheid om de contracteercyclus beter te laten aansluiten bij de overstapcyclus, zodat (aspirant)verzekerden op het moment van afsluiten van een polis beter zicht kunnen hebben op het gecontracteerde zorgaanbod.

Het maken van structurele afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet verbeteren. Kwaliteitsafspraken bevinden zich nog in de fase van het transparant maken van het zorgaanbod. Zorgverzekeraars maken vooral op projectbasis afspraken over kwaliteit met zorgaanbieders.

De NZa heeft signalen over kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer nader onderzocht. Zorgverzekeraars hebben maatregelen getroffen om de kwaliteit van het vervoer op voldoende niveau te brengen. De NZa volgt de situatie de komende tijd nauwgezet. Zij toetst de kwaliteitseisen in de contracten en de borging hiervan.

Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd te letten op de ontwikkeling van productieafspraken voor plastische chirurgie met het oog op de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa ziet na onderzoek geen noodzaak voor nadere maatregelen.

Betaalbaarheid zorg

Zorgverzekeraars brengen niet –structureel- meer ten laste van de basisverzekering dan het wettelijk voorgeschreven basispakket. De zorgverzekeraars moeten de controles op de juistheid van posten in de jaarstaat A verbeteren. Met een aanscherping van het (controle)Protocol 2007 stuurt de NZa hierop aan.

Voor de analyses over de betaalbaarheid van de zorg voor de consument verwijst de NZa naar de Monitor Zorgverzekeringsmarkt. Deze vallen buiten de afbakening van dit rapport.

Overige verplichtingen

De NZa heeft veel signalen ontvangen dat het overstappen van verzekerden en de bijbehorende in- en uitschrijvingen tijdens de overstapperiode 2005/2006 moeizaam is verlopen. Er waren forse achterstanden bij de zorgverzekeraars in de afhandeling van de mutaties. De overstapperiode 2006/2007 is aanmerkelijk beter verlopen,

waarschijnlijk mede door de veel lagere mobiliteit en de overstapservice van de zorgverzekeraars.

In 2006 werd bij een aantal aanvullende verzekeringen de suggestie gewekt dat het voor een bestaande verzekerde niet mogelijk was om de aanvullende verzekering te behouden als die verzekerde zijn basisverzekering wilde opzeggen. De zorgverzekeraars hebben de bepalingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen en de informatie hierover aangepast na interventie van de NZa. De zorgverzekeraars hebben slechts in zeer beperkte mate boetes bij een te late aanmelding van de verzekerde opgelegd. In die gevallen waarin oplegging van boetes niet -volledig- heeft plaatsgevonden, moeten de zorgverzekeraars dit alsnog vóór 1 april 2008 doen. De NZa verricht in de tweede helft van 2007 een onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door zorgverzekeraars en rapporteert hierover in 2008.

Werking randvoorwaarden

De NZa heeft een aantal randvoorwaarden onderkend voor een goede risico-inschatting door de NZa en de werking van het RAM. De NZa concludeert dat deze randvoorwaarden voldoende werken voor een juiste inschatting van de risico's. De verzekerde kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar (mobiliteit) en kan zijn recht halen (verzekerdeninvloed). Zorgverzekeraars moeten de informatie over klachten- en geschillenregelingen en opzegmogelijkheden wel verbeteren. Tevens stimuleert de NZa om via de website kiesBeter.nl meer informatie over overstappen en klachten- en geschillen te publiceren. Op het gebied van informatievoorziening aan de consument (transparantie) is het beeld gemengd. De informatievoorziening door de zorgverzekeraars moet op diverse aspecten verbeteren in het belang van de consument. Dit betreft onder meer de hoogte van bijbetalingen voor niet-gecontracteerde zorg en de kwaliteit van de verzekerde zorg. De informatie over de premie en de dekking van het basispakket is voldoende. De vergoedingsoverzichten voor de aanvullende verzekering waren bij een aantal ziektekostenverzekeraars vooral op tandheekkundige zorg niet geheel transparant. Na interventie van de NZa is dit gecorrigeerd. De NZa heeft zowel in 2006 als in 2007 een Richtsnoer Informatieverstrekking⁹ uitgebracht. In deze richtsnoeren heeft zij diverse aandachtspunten en normen opgenomen voor de informatievoorziening. In vergelijking met 2006 is in 2007 de beschikbaarheid van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod verbeterd, evenals de begrijpelijkheid van de informatie in het algemeen. De NZa heeft op basis van signalen over onjuiste of onvolledige informatievoorziening tegen diverse zorgverzekeraars corrigerend opgetreden.

De NZa gaat bij het transparantieonderzoek de kwaliteit van vergelijkingssites op diverse criteria scoren.

Voor de goede werking van het vereveningsmodel is blijvende aandacht voor de verdere verfijning van het model en actualisatie van de parameterwaardes van belang. De NZa is voorstander van de afbouw van de ex post verevening, onder de voorwaarde dat de ex ante verevening adequaat werkt.

⁹ NZa: Richtsnoer Informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars, juni 2006 en Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007, mei 2007.

Acties NZa

De NZa heeft voor de komende periode een aantal onderzoeken gepland. De belangrijkste zijn:

- nader onderzoek naar risicoselectie;
- een bredere evaluatie van het PGB Zvw met daarbij ook aandacht voor het PGB GGZ;
- onderzoek naar de mogelijkheid om de contracteercyclus aan te sluiten op de overstapcyclus;
- beoordeling van de contracten voor het zittend ziekenvervoer op de gestelde kwaliteitseisen en de borging hiervan;
- onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door zorgverzekeraars;
- onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingssites.

1. Inleiding

1.1 Wettelijk kader

Het per 1 januari 2006 geïntroduceerde zorgstelsel is gebaseerd op gereguleerde marktwerking. Er is een verplichte privaatrechtelijke basisverzekering, uitgevoerd door privaatrechtelijke verzekeraars. Om de solidariteit en toegankelijkheid van de zorgverzekering te waarborgen is in de Zvw een aantal publieke randvoorwaarden opgenomen voor de zorgverzekeraars: de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de naleving van de zorgplicht. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van deze publieke randvoorwaarden en andere wettelijke bepalingen in de Zvw en Wmg. Bij het toezicht staat het consumentenbelang voorop.

De NZa rapporteert op grond van artikel 24 Wmg jaarlijks vóór 1 november aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) haar bevindingen over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw in een samenvattend rapport. Het voorliggende rapport gaat in op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in 2006. Om de actualiteitswaarde te verhogen, is ook de uitvoering in 2007 betrokken¹⁰. Het samenvattend rapport is openbaar en wordt gepubliceerd op www.nza.nl.

1.2 Risicoanalysemodel

De NZa maakt bij haar toezicht op de zorgverzekeraars gebruik van het RisicoAnalyseModel (RAM)¹¹. Het model definieert vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wmg een aantal risico's. Zie paragraaf 3.1. Het product van de kans op optreden van een risico en het negatieve effect dat dit heeft, bepalen de uitkomst van het RAM. Deze uitkomst bepaalt de intensiteit van het toezicht. De kans op optreden van risico's wordt verlaagd door zogenaamde checks and balances. Dit zijn risicoverlagende factoren in het systeem van de Zvw. Een voorbeeld is het feit dat verzekeren de zorgverzekeraars kunnen 'dwingen' tot een goede uitvoering van de Zvw door klachten in te dienen of te dreigen met overstappen. Het RAM onderscheidt drie soorten risico's:

- lage risico's: de zogenaamde groene risico's;
- gemiddelde risico's: de oranje risico's;
- hoge risico's: de rode risico's.

De risico's bepalen de periodiciteit, prioritering en diepgang van (aanvullend) onderzoek. Met het RAM kan de NZa gericht en gedoseerd toezicht houden op de uitvoering van de Zvw, waardoor de administratieve en toezichtlasten voor de zorgverzekeraars zoveel mogelijk worden beperkt. Door het maken van systematische keuzes vooraf, streeft de NZa naar het terugdringen van de reguliere en ad hoc informatiebehoefte. Zo vraagt de NZa voor de lage risico's geen structurele informatie uit. Overigens vraagt de NZa uitsluitend (verantwoordings)informatie op bij de zorgverzekeraars als hiertoe aanleiding bestaat. De NZa levert daarmee een bijdrage aan de

¹⁰ Dit betreft vooral de beoordeling van de modelovereenkomsten 2007, in 2007 uitgevoerde thematische onderzoeken en ontvangen signalen (van verzekeren, media, andere toezichthouders, en dergelijke) tot 1 juli 2007.

¹¹ Een uitgebreide beschrijving van het RAM is te vinden in de Brochure RisicoAnalyseModel op www.nza.nl.

administratieve lastenverlichting. Voorts maakt de NZa voor haar informatieverzameling zoveel mogelijk gebruik van al beschikbare bronnen, zoals informatie van andere toezichthouders, consumentenorganisaties, informatie in brochures en op websites van de zorgverzekeraars.

Jaarlijks herijkt de NZa de risico's op basis van de ontvangen signalen en de onderzoeksbevindingen. Ten slotte evalueert zij het model zelf jaarlijks geëvalueerd en scherpt zij het op basis hiervan aan.

1.3 Toezicht NZa

Er bestaat een relatie tussen de uitkomsten van het RAM en de concrete toezichtwerkzaamheden die de NZa verricht.

Voor een aantal onderwerpen kiest de NZa gezien het belang en/of een expliciete taak uit de wet voor een jaarlijkse beoordeling. Dit zijn:

- beoordeling modelovereenkomsten (zie paragraaf 2.2.1.);
- onderzoek vereveningsopgaven (zie paragraaf 3.4.2.);
- transparantieonderzoek (zie paragraaf 4.3).

Voor de oranje en rode risico's kan de NZa kiezen om thematische onderzoeken te verrichten op bepaalde aspecten van de Zvw. De selectie van de thematische onderzoeken vindt plaats via de jaarlijkse begrotingsronde, waarvan het NZa-werkprogramma deel uitmaakt. De NZa heeft voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars in de periode 2006/2007 de volgende (thematische) onderzoeken verricht:

- onderzoek risicoselectie (zie paragraaf 3.2.2.);
- onderzoek naleving zorgplicht (zie paragraaf 3.3);
- onderzoek invloed verzekerden (zie paragraaf 4.4);
- onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door de verzekeraars (zie paragraaf 3.5.4).

Voor de oranje en rode risico's vraagt de NZa ook informatie op via het uitvoeringsverslag van de zorgverzekeraars. Zie paragraaf 2.2.1.

Behalve deze onderzoeken vervult het signalentoezicht een belangrijke rol in het toezicht van de NZa. Hierbij maakt zij gebruik van signalen van verzekerden, andere zorgverzekeraars, zorgaanbieders, andere toezichthouders, belangenpartijen, zoals Consumentenbond en NPCF, kamervragen, rechterlijke uitspraken en berichten in de media. Signalen komen onder meer binnen via een informatielijn/ meldpunt¹². Zij kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek. Voor de oranje en rode risico's gaat de NZa ook na of er signalen zijn door informatiestromen periodiek te beoordelen. Voorbeelden hiervan zijn reclame-uitingen, brochures, websites en informatiepakketten van zorgverzekeraars.

Het geheel aan bevindingen uit bovenstaande onderzoeken leidt tot de conclusie die de NZa trekt per risico(cluster) in hoofdstuk 3. Bij onderwerpen waar de NZa alleen of vooral informatie heeft uit het signalentoezicht, zijn de conclusies voorzichtiger geformuleerd dan bij onderwerpen waarnaar zij diepgaander onderzoek heeft verricht.

¹² De Informatielijn is op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 16.00 uur op telefoonnummer 0900-770 70 70 (€ 0,05 per minuut). U kunt uw vraag, klacht of melding ook per e-mail indienen: informatielijn@nza.nl.

1.4 Handhavingsbeleid NZa

De NZa heeft op grond van hoofdstuk zes van de Wmg diverse handhavinginstrumenten tot haar beschikking:

- het geven van een aanwijzing;
- het openbaar maken van bepaalde handhavingmaatregelen;
- het opleggen van een last onder dwangsom;
- het opleggen van een boete;
- en het toepassen van bestuursdwang.

Ook kan zij besluiten andere interventies in te zetten naast deze handhavinginstrumenten, zoals bijsturende of normoverdragende gesprekken en brieven.

De NZa heeft in 2006 en de eerste helft van 2007 diverse interventie maatregelen getroffen om zorgverzekeraars te corrigeren of bij te sturen in de uitvoering van de Zvw en/of Wmg. Deze interventies zijn effectief gebleken. Op basis van de gevoerde gesprekken en verstuurd brieven hebben de zorgverzekeraars het ongewenste gedrag aangepast. Er was hierdoor geen noodzaak verdere handhavinginstrumenten in te zetten.

Hieronder volgt een overzicht van het aantal door de NZa geregistreerde signalen inzake het toezicht op de zorgverzekeraars, het aantal interventies dat de NZa gepleegd heeft en de verhouding hiertussen.

Tabel 2. Overzicht aantal signalen

| | 2006 | 2007-06 |
|------------------------------|------|---------|
| Aantal signalen: | 130 | 41 |
| Aantal interventies: | 45 | 21 |
| Interventies t.o.v. signalen | 35% | 51% |

Bron: Signaaldatabase NZa

De interventies zijn zowel acties richting een individuele zorgverzekeraar of concern als acties richting alle zorgverzekeraars indien de uitvoering door (bijna) alle zorgverzekeraars moest worden verbeterd, of ter uitleg van hoe de NZa een (open¹³) norm interpreteert.

Het aantal signalen in de eerste helft van 2007 is niet goed vergelijkbaar met 2006. Ten eerste worden relatief veel signalen ontvangen in de tweede helft van het jaar tijdens de overstapperiode. Ten tweede heeft de NZa in 2007 signalen alleen geregistreerd als er een concrete aanwijzing bestond voor een overtreding van de wet. Dit heeft geleid tot minder signalen, maar wel een hogere verhouding van het aantal interventies ten opzichte van het aantal signalen. De verhouding is gestegen van 35% naar 51%. De NZa heeft meldingen meer gefilterd, zodat de signalen die geregistreerd worden, vaker leiden tot constatering van overtredingen.

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de top drie van ontvangen signalen.

¹³ Onderscheid kan worden gemaakt tussen relatief concrete en open normen in wet- en regelgeving. Zoals in het rapport Zorgplicht (juli 2007) is aangegeven, worden open normen waar nodig ingevuld met behulp van bevindingen uit de praktijk, zoals casuïstiek en jurisprudentie.

1.5 Afbakening rapport

Marktontwikkelingen

De NZa heeft diverse monitors uitgebracht om de marktontwikkelingen te volgen¹⁴. De focus van het samenvattend rapport Zvw is gericht op de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars, maar enige overlap met de Monitor Zorgverzekeringsmarkt is onvermijdelijk. Hoofdstuk vier van het samenvattend rapport gaat in op de randvoorwaarden. Hierin komen ook zaken naar voren die niet direct te maken hebben met de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars, zoals de transparantie van de verstrekte informatie en de mobiliteit van de verzekerden. Dit zijn thema's die reeds aan bod zijn gekomen in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt. Ze zijn in dit rapport opgenomen omdat de randvoorwaarden van belang zijn voor een goede risico-inschatting en de werking van de checks and balances voor de Zvw (zie paragraaf 1.2).

Aanvullende verzekeringen

Dit rapport richt zich primair op de naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de basisverzekering. Omwille van de leesbaarheid en volledigheid is ook informatie over de aanvullende verzekering opgenomen. De taken van de NZa ten aanzien van de aanvullende verzekering beperken zich tot:

- de bepaling ex artikel 120 Zvw. Dit artikel stelt dat de zorgverzekeraar geen bepaling mag opnemen in de voorwaarden van de aanvullende verzekering over het automatisch opzeggen van de aanvullende verzekering als de verzekerde zijn basisverzekering opzegt. Zie paragraaf 3.5.1;
- de transparantie van de verstrekte informatie aan (aspirant)verzekerden over de aanvullende verzekering. De NZa houdt toezicht op de transparantie van zowel de basis- als de aanvullende verzekeringen. Zie paragraaf 4.3;
- de aanvullende verzekering zou een rol kunnen spelen bij risicoselectie. Daarom neemt de NZa de aanvullende verzekering als instrument voor risicoselectie op de basisverzekering mee in de beoordeling. Zie paragraaf 3.2.2.3.

1.6 Leeswijzer

In dit rapport komt aan de orde:

- de verantwoording- en controlecyclus voor de uitvoering van de Zvw in hoofdstuk twee;
- het centrale thema van dit rapport: de naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars staat in hoofdstuk drie;
- de werking van de randvoorwaarden waarvan de NZa is uitgegaan voor de risico-inschattingen, in hoofdstuk vier.

¹⁴ NZa: Monitor Zorgverzekeringsmarkt juni 2006 en juni 2007, Monitor B-segment juni 2006 en juni 2007, Monitor Fysiotherapie mei 2006 en juni 2007, Monitor Huisartsenzorg juli 2007, Monitorspecial ZBC's januari 2007.

2. Verantwoording en controle

2.1 Inleiding

De verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering van de Zvw ligt primair bij de zorgverzekeraars. De NZa maakt bij haar toezicht mede gebruik van de verantwoordingsproducten van de zorgverzekeraars en de daarbij gevoegde accountantsproducten. De zorgverzekeraars stellen diverse verantwoordingen op. Voor de NZa zijn de meest belangrijke:

- het uitvoeringsverslag Zvw. Zie paragraaf 2.2.1;
- de staten CVZ. Zie paragraaf 2.2.2.

Tevens stellen zorgverzekeraars een jaarrekening op en verslagstaten voor DNB. De zorgverzekeraars moeten de jaarrekening jaarlijks vóór 1 juli aan de NZa zenden¹⁵. De NZa stelt geen specifieke eisen aan de jaarrekening en gebruikt deze als algemene informatiebron. De zorgverzekeraars moeten de verslagstaten vóór 1 mei¹⁶ bij de Nederlandsche Bank (DNB) aanleveren. De NZa maakt voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw geen gebruik van de verslagstaten, maar betreft deze bij de Monitor Zorgverzekeringsmarkt.

2.2 Verantwoordingen

2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw

De NZa heeft in oktober 2005 het eerste informatiemodel voor het uitvoeringsverslag Zvw (2006) gepubliceerd. De inhoud richt zich vooral op de verantwoording over de naleving van de publieke randvoorwaarden. De uitvraag van dit eerste informatiemodel was vrij algemeen van aard, omdat er nog geen praktijkervaringen over de uitvoering van de Zvw voorhanden waren.

De NZa gebruikt het uitvoeringsverslag voor de volgende doelen:

- informatiebron voor signalen van mogelijke overtredingen van de Zvw;
- sluitstuk van het toezicht, waarbij de bevindingen uit reeds verrichte thematische onderzoeken en het signalenonderzoek van de NZa worden vergeleken met het beeld dat naar voren komt in de uitvoeringsverslagen.

De zorgverzekeraars moeten het uitvoeringsverslag jaarlijks vóór 1 juli bij de NZa aanleveren. Alle zorgverzekeraars, op één na, hebben het uitvoeringsverslag 2006 tijdig aangeleverd. De kwaliteit van de ontvangen uitvoeringsverslagen¹⁷ 2006 schiet op de volgende punten tekort:

- de zorgverzekeraars hebben zich niet altijd expliciet verantwoord over de naleving van de publieke randvoorwaarden en de gedragscode ZN;
- de zorgverzekeraars kunnen de verantwoording over de klachten op de volgende aspecten verbeteren:
 - omvang, aard en splitsing van de klachten;
 - klachtenanalyse;
 - uniforme klachtenregistratie. Zie paragraaf 4.4.

¹⁵ De formele termijn is zes maanden na afsluiting van het boekjaar.

¹⁶ Voor 2007 verschuift deze datum naar 1 juni.

¹⁷ De meeste zorgverzekeraars hebben het uitvoeringsverslag geïntegreerd in het Maatschappelijk Verslag, waarvoor Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een model ontwikkeld heeft. Hierin is de informatiebehoefte van de NZa opgenomen.

De NZa heeft de bevindingen teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars met als doel een verbetercyclus op gang te brengen.

De bevindingen over de naleving van de wettelijke verplichtingen zijn verwerkt in hoofdstuk drie. In het algemeen hebben de uitvoeringsverslagen voor het toezicht niet veel nieuwe informatie opgeleverd. Het geeft een bevestiging van het beeld dat de NZa had over de uitvoering.

In maart 2007 heeft de NZa het 'Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2007' gepubliceerd. De uitvraag is concreter geformuleerd en beter afgestemd op de risico's die de NZa via het RAM heeft vastgesteld. De verwachting is dat het uitvoeringsverslag hierdoor meer toegevoegde waarde oplevert voor het toezicht. Na ontvangst van de uitvoeringsverslagen Zvw 2007 evalueert de NZa of deze verwachting uitkomt. De NZa heeft ook het informatiemodel getoetst op mogelijkheden tot administratieve lastenverlichting en heeft diverse aanpassingen gemaakt.

Rapport externe accountant bij het uitvoeringsverslag

Bij het uitvoeringsverslag wordt een rapport met feitelijke bevindingen van de externe accountant van de zorgverzekeraar gevoegd. De externe accountant onderzoekt het uitvoeringsverslag en rapporteert via een rapport van feitelijke bevindingen:

- of het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met het daarvoor opgestelde informatiemodel;
- over de procedurele totstandkoming van de niet-financiële verantwoordingsinformatie, inclusief de opgenomen prestatie-indicatoren;
- of de uitvoering van de wettelijke verplichtingen voor de onderdelen premiekorting bij collectieve contracten, toepassing eigen risico en toepassing no-claim bij beperkt zorggebruik heeft plaatsgevonden conform de wet- en regelgeving.

De conclusie is dat de uitvoeringsverslagen in het algemeen zijn opgesteld overeenkomstig de daarvoor geldende verantwoordingsvoorschriften. Afwijkingen hebben vooral betrekking op de klachtenregistratie van de zorgverzekeraars, zoals hiervoor geschetst. De totstandkoming van de niet financiële informatie voldoet in het algemeen aan de daarvoor opgestelde eisen.

De rol van de externe accountant bij het uitvoeringsverslag is in de Zvw opgenomen (artikel 38, lid 4 Zvw). Vooral bij de naleving van de wettelijke bepalingen ziet de NZa de volgende belemmeringen bij de rol van de externe accountant:

- het normenkader voor de uitvoering van de Zvw is nog in ontwikkeling en wordt mede beïnvloed door jurisprudentie, wetaanpassingen, casuïstiek;
- een aantal onderdelen in de uitvoering van de ZVW, zoals de zorgplicht, kennen open normen¹⁸. Dit maakt het voor een externe accountant erg lastig om (harde) conclusies te trekken;
- de expertise van externe accountants ligt vooral op financieel-economische bedrijfsprocessen. De mogelijkheden om de volledige uitvoering van de Zvw onder het onderzoek van de externe accountants te brengen wordt hierdoor beperkt;

¹⁸ De wetgever heeft soms bewust gekozen voor open normen, de NZa kan deze niet 'dichtregelen'. Voor de externe accountant ontbreekt daarmee een operationeel toetsingskader.

- de externe accountants hebben geen informatie over de uitvoering van de Zvw bij andere zorgverzekeraars, hoogstens de zorgverzekeraars die door dezelfde accountantsorganisatie worden onderzocht. De mogelijkheid tot onderlinge vergelijking is van belang bij het toezicht.

De NZa heeft voor 2006 een beperkt aantal uitvoeringsaspecten betrokken in het accountantsonderzoek. Dit zijn aspecten met een gesloten norm, die door de externe accountant beoordeeld kunnen worden. De toegevoegde waarde hiervan blijkt niet heel groot.

De NZa stemt de rol van de externe accountant bij het uitvoeringsverslag nader met het Ministerie van VWS af.

De NZa voorziet geen lacune in het toezicht als de rol van de externe accountant bij het uitvoeringsverslag komt te vervallen. De NZa dekt de geconstateerde risico's af via de eerder genoemde jaarlijkse onderzoeken, inclusief onderzoek uitvoeringsverslag, thematische onderzoeken en het signalentoezicht.

2.2.2 Staten CVZ

Het CVZ heeft met het Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet het format en de toelichting hierop gegeven voor de kwartaal- en jaarstaten. Onderdeel A van de jaarstaat bevat vereveningsinformatie, die het CVZ gebruikt voor de verevening, en gaat vergezeld van een accountantsverklaring. De NZa houdt toezicht op de juistheid van de gegevens in de jaarstaat A en heeft hiervoor een controleprotocol opgesteld. Zie paragraaf 2.3. Zie paragraaf 3.4.2 voor de uitkomsten van het onderzoek.

De externe accountant onderzoekt de juistheid van de verantwoordingsinformatie in de jaarstaat A en geeft hierbij een juistheidsverklaring.

Ten tijde van het opstellen van dit rapport was het NZa-onderzoek naar de jaarstaten van de zorgverzekeraars nog niet volledig afgerond. De bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter. De conclusie is dat de controles door de zorgverzekeraars en/of het accountantsonderzoek op diverse aspecten verbeterd moet worden. De bevindingen van het onderzoek zijn opgenomen onder paragraaf 3.4.2.

2.2.3 Wettelijke termijnen

De datum voor de jaarstaat is niet wettelijk voorgeschreven. Voor 2006 heeft CVZ een datum gehanteerd van 1 juni voor de elektronische aanlevering en de NZa 1 juli voor de papieren aanlevering. De datum van 1 juli is, met één uitzondering, door de zorgverzekeraars nageleefd, de datum van 1 juni in veel gevallen niet. Voor 2007 wordt als verplichte aanleverdatum voor zowel de elektronische als de papieren aanlevering 1 juni gehanteerd en sluit hiermee aan op de termijnen die DNB en CVZ voor 2007 hanteren. De NZa ziet toe op de naleving van deze datum. Voor de inzending van de jaarrekening en het uitvoeringsverslag geldt de wettelijke datum van 1 juli. De NZa heeft niet de bevoegdheid om hiervan af te wijken. De NZa heeft contact opgenomen met ZN over de mogelijkheden van - vrijwillige - vervroeging. Aansluiting tussen jaarstaat en jaarrekening is beter geborgd bij gelijktijdige aanlevering per 1 juni en het levert efficiencyvoordelen op. Het standpunt van ZN is nog niet bekend.

2.3 Protocol

De NZa heeft met het 'Protocol onderzoek verantwoordingsdocumenten Zvw 2006' voorschriften gegeven voor de accountantswerkzaamheden. De externe accountant van de zorgverzekeraars verricht onderzoek naar het uitvoeringsverslag Zvw en de jaarstaat A. De NZa verricht vervolgens een review op de werkzaamheden van de externe accountant. De review is bedoeld om vast te stellen of en in hoeverre de NZa gebruik kan maken van de door de externe accountant verrichte werkzaamheden.

De NZa heeft in oktober 2007 het 'Protocol onderzoek Zvw 2007' uitgebracht. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2006 zijn:

- de inlevertermijn voor de jaarstaat is verschoven van 1 juli naar 1 juni en sluit hiermee aan op de termijnen die DNB en CVZ voor 2007 hanteren;
- de aanlevering van de opgaven farmaciekosten, diagnosekosten en persoonskenmerken was in 2006 voorzien van een bestuursverklaring. Voor 2007 is een accountantsverklaring vereist om de betrouwbaarheid van deze gegevens verder te borgen. De NZa start uit oogpunt van beperking administratieve lasten een experiment om onder voorwaarden toe te staan dat de interne accountantsdienst van een zorgverzekeraar de accountantsverklaring bij deze opgaven afgeeft;
- de NZa heeft op basis van de voorlopige bevindingen van het onderzoek 2006 (zie paragraaf 3.4.2) diverse passages in het Protocol aangescherpt.

3. Wettelijke verplichtingen

Bevindingen en acties NZa

Toegang zorgverzekering

- De toegang tot de zorgverzekering is voldoende geborgd en er zijn geen belangrijke knelpunten bij het beëindigen van polissen.
- Zorgverzekeraars hebben zorgverzekeringen op de markt gebracht die voldoen aan de eisen van de Zvw.
- De NZa heeft signalen ontvangen over het niet naleven van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, alsmede problemen bij de uitschrijving. Na interventie van de NZa hebben de zorgverzekeraars hun informatieverstrekking en zonodig de uitvoering aangepast.
- Zorgverzekeraars passen geen ongeoorloofde risicoselectie toe. In de tweede helft van 2007 doet de NZa nader onderzoek naar risicoselectie.

Toegang zorg

- De toestemmingseisen die zorgverzekeraars stellen werpen in het algemeen geen onterechte drempels op voor de toegang tot de zorg. De NZa heeft zorgverzekeraars er wel op gewezen dat het opnieuw beoordelen van het recht op een verstrekking, nadat een verzekerde is overstapt naar een andere zorgverzekeraar, niet is toegestaan en treft zonodig handhavingmaatregelen.
- De verzekerde krijgt gezien het wettelijk pakket in het algemeen waar hij recht op heeft.
- De NZa volgt het systeem van het nieuw in te voeren verplichte eigen risico, mede in samenhang met het vrijwillige eigen risico.
- Inspanningen van zorgverzekeraars voor tijdigheid van de zorg zijn voldoende.
- De NZa heeft actie ondernomen naar aanleiding van signalen over onder meer de toepassing van - kortingen voor - het eigen risico, de verstrekking van hulpmiddelen en onjuiste informatieverstrekking over de European Health Insurance Card (EHIC). De betreffende verzekeraars hebben onjuistheden gecorrigeerd.
- De NZa voert in 2008 een bredere evaluatie uit van het PGB Zvw;
- het maken van structurele afspraken over de kwaliteit van de zorg moet nog verbeteren.
- De NZa onderzoekt de borging van de kwaliteitseisen in de contracten van zittend ziekenvervoer.
- De NZa verricht in de tweede helft van 2007/begin 2008 nader onderzoek naar de mogelijkheden voor aansluiting van de contracteercyclus op de overstapcyclus.

Betaalbaarheid

- Zorgverzekeraars brengen niet (structureel) meer ten laste van de basisverzekering dan het wettelijk voorgeschreven pakket.
- De zorgverzekeraars moeten de controles op de juistheid van de posten in de jaarstaat A verbeteren. Met een gerichte terugkoppeling en een aanscherping van het protocol 2007 stuurt de NZa hierop aan.

Overige verplichtingen

- De zorgverzekeraars hebben over 2006 slechts zeer beperkt boetes opgelegd aan verzekerden, die zich niet tijdig hebben aangemeld voor de zorgverzekering.
- De NZa verricht in de tweede helft van 2007 onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door de zorgverzekeraars.

3.1 Inleiding

De NZa heeft via het RAM voor 2006 vijftien risico's voor de naleving van de wettelijke verplichtingen onderkend¹⁹.

Toegang tot de zorgverzekering

- De op de markt gebrachte polis voldoet niet aan de eisen gesteld in de Zvw – oranje risico. Zie paragraaf 3.2.1.
- Verzekerden hebben geen gelijke toegang tot de aangeboden varianten van de zorgverzekering – oranje risico. Zie paragraaf 3.2.2.
- De zorgverzekeraar beëindigt ten onrechte de zorgpolis van de verzekerde – groen risico. Zie paragraaf 3.2.3.

Toegang tot zorg of vergoeding voor zorg

- De zorgverzekeraar stelt ongeoorloofde eisen aan het verkrijgen van zorg of de vergoeding voor zorg – oranje risico. Zie paragraaf 3.3.1.
- De verzekerde krijgt minder zorg / vergoeding voor zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft – oranje risico. Zie paragraaf 3.3.2.
- Een onjuiste berekening van het eigen risico en/of no-claim – groen risico. Zie paragraaf 3.3.3.
- De verzekerde krijgt niet tijdig de benodigde zorg – groen risico. Zie paragraaf 3.3.4.
- De vergoeding die een verzekerde krijgt bij keuze voor niet-gecontracteerde zorg is niet in overeenstemming met de vergoedingsbepaling in de modelovereenkomst – groen risico. Zie paragraaf 3.3.5.
- De kwaliteit van de gecontracteerde of bemiddelde zorg is onvoldoende gewaarborgd door de zorgverzekeraar – oranje risico. Zie paragraaf 3.3.6.

Betaalbaarheid zorgstelsel

- De als zorgverzekering aangeboden polis verzekert meer dan het wettelijk pakket – oranje risico. Zie paragraaf 3.4.1.
- De zorgverzekeraar krijgt een onjuiste uitkering in het kader van de verevening door een onjuiste vereveningsopgave – rood risico. Zie paragraaf 3.4.2.

Overige verplichtingen voor zorgverzekeraars

- De zorgverzekeraar voldoet niet aan administratieve verplichtingen – groen risico. Zie paragraaf 3.5.1.
- De zorgverzekeraar geeft onvoldoende uitvoering aan de boetebeschikkingen – groen risico. Zie paragraaf 3.5.2.
- De zorgverzekeraar geeft onvoldoende uitvoering aan subsidieregelingen – risico nog niet bepaald. Zie paragraaf 3.5.3.
- de zorgverzekeraar schendt de privacy van verzekerden / maakt misbruik van persoonsgegevens – risico nog niet bepaald. Zie paragraaf 3.5.4.

Bovenstaande risico's worden in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.

¹⁹ Jaarlijks evalueert de NZa het RAM en de daarin gedefinieerde risico's en past zij indien nodig de geconstateerde risico's en de hierbij horende inschattingen aan. In het vierde kwartaal 2007 verricht de NZa een herijking van het model.

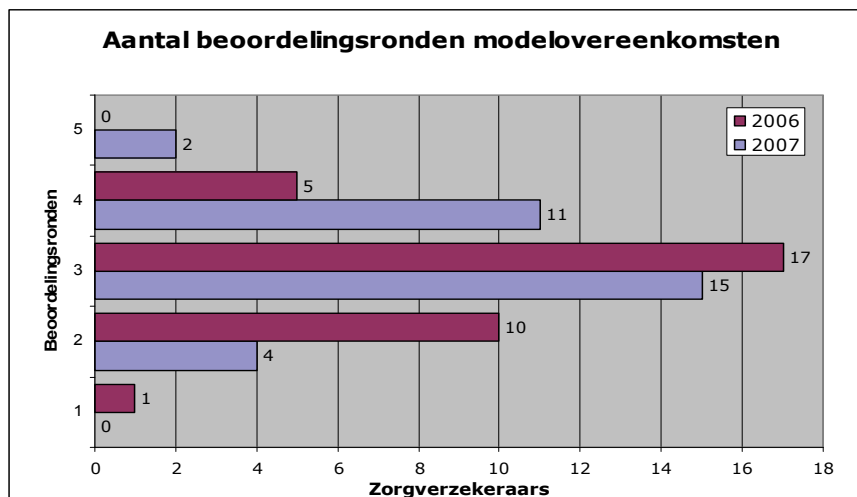
3.2 Toegang zorgverzekering

3.2.1 Voldoen polis aan Zvw

Een zorgverzekeraar moet het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren melden bij de NZa. Bij deze melding moet de zorgverzekeraar de modelovereenkomsten²⁰ en bijbehorende reglementen overleggen volgens welke hij zorgverzekeringen wil uitvoeren. Daarnaast verplicht de Zvw de zorgverzekeraars wijzigingen en nieuwe modelovereenkomsten vooraf te melden bij de NZa. Dit is van belang omdat zorgverzekeraars hun kosten niet kunnen inbrengen in de verevening als de verzekering niet voldoet aan de voorwaarden uit de Zvw. In dat geval zou de consument een ongeldige verzekering kunnen kopen waardoor hij feitelijk onverzekerd is. De NZa beoordeelt voorafgaand aan het jaar of de modelovereenkomsten voldoen aan de in de Zvw gestelde eisen. Bij de beoordeling vraagt de NZa advies van het CVZ over de vertaling van de functiegerichte aanspraken in de Zvw naar de concrete verzekerde prestaties.

Zowel voor polisjaar 2006 als 2007 heeft de NZa vastgesteld dat vrijwel alle aangeboden conceptmodelovereenkomsten²¹ op diverse punten afwaken van de gestelde eisen. Voor 2006 is dit vooral te verklaren doordat het voor de zorgverzekeraars nieuw was om de functionele aanspraken in de Zvw te vertalen naar concrete verzekerde prestaties in de modelovereenkomst. Dit is in 2007 verbeterd. Voor 2007 kwamen de afwijkingen vooral doordat op een laat moment nog wetwijzigingen plaatsvonden. De zorgverzekeraars hebben hiervoor aanpassingen gemaakt. Voor de definitieve modelovereenkomsten 2006 en 2007 heeft de NZa vastgesteld dat het gaat om zorgverzekeringen in de zin van de Zvw.

Figuur 1. Beoordelingsronden modelovereenkomsten



Bron: Project beoordeling modelovereenkomsten NZa

²⁰ Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering. Hierin wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die de verzekerde en zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben als een overeenkomst volgens dat model wordt gesloten. De reglementen, zoals reglement hulpmiddelen en farmacie, maken onlosmakelijk deel uit van de modelovereenkomst. Waar in dit rapport modelovereenkomst wordt genoemd, gaat het over de modelovereenkomst inclusief reglementen.

²¹ Voor het polisjaar 2006 hebben de zorgverzekeraars 56 modelovereenkomsten aangeboden en op de markt gebracht. Voor het polisjaar 2007 hebben zij 59 modelovereenkomsten aangeboden en er uiteindelijk 55 op de markt gebracht.

Voor het polisjaar 2006 heeft het gemiddeld twee à drie beoordelingsrondes geduurd voordat de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars voldeden aan de in de Zvw gestelde eisen. Voor het polisjaar 2007 is dit door een late wetswijziging gestegen naar gemiddeld drie à vier beoordelingsrondes.

Het is in 2006 één keer voorgekomen dat een zorgverzekeraar een gewijzigde modelovereenkomst op zijn website had geplaatst, zonder deze vooraf aan de NZa aan te bieden. Deze zorgverzekeraar heeft de modelovereenkomst na constatering alsnog aan de NZa aangeboden. De NZa concludeert dat de zorgverzekeraars geen zorgverzekeringen op de markt hebben gebracht die afwijken van de bepalingen in de Zvw.

De NZa heeft signalen ontvangen dat consumenten de van de modelovereenkomst afgeleide polis niet altijd begrijpelijk vinden. Voornaamste oorzaak hiervan is dat de modelovereenkomst en de polis een juridisch karakter hebben. Er zijn diverse zorgverzekeraars die initiatieven nemen om de modelovereenkomst begrijpelijker te maken. De NZa vindt het van belang dat zorgverzekeraars, naast de juridische juistheid van de modelovereenkomst, ook aandacht besteden aan het aspect begrijpelijkheid.

3.2.2 Gelijke toegang aangeboden polisvarianten

Een zorgverzekeraar is verplicht om iedereen die zich aanmeldt voor de basisverzekering te accepteren tegen dezelfde nominale premie²². Deze wettelijke bepalingen gelden niet voor de aanvullende verzekering. Wel hebben de zorgverzekeraars voor 2006 gezamenlijk afgesproken om met uitzondering van de uitgebreide tandartsverzekering geen medische selectie voor de aanvullende verzekering toe te passen. Voor 2007 hebben veel zorgverzekeraars dit beleid voortgezet.

3.2.2.1 Acceptatieplicht

In 2006 hebben vier zorgverzekeraars en tot 1 juli 2007 drie zorgverzekeraars een modelovereenkomst op de markt gebracht die op basis van de informatie op de website en/of folder- en reclamemateriaal alleen toegankelijk leek te zijn voor bepaalde doelgroepen. Na onderzoek van de NZa bleek dat de modelovereenkomsten voor alle aspirant-verzekerden toegankelijk zijn. De betreffende zorgverzekeraars hebben hun website en/of foldermateriaal aangepast.

De zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven de acceptatieplicht na te leven. Uit het onderzoek naar de uitvoeringsverslagen is gebleken dat als verzekerden geweigerd werden, dit te maken heeft met het ontbreken van de verzekeringsplicht van de verzekerde. Ook kwam het voor dat consumenten herhaaldelijk weigerden niet-medische informatie, bijvoorbeeld een sofinummer, te verstrekken.

De NZa heeft geen signalen van individuele consumenten ontvangen dat zij - ten onrechte - niet zijn geaccepteerd voor de basisverzekering.

De NZa concludeert dat de acceptatieplicht door de zorgverzekeraars is nageleefd.

²² Op het verbod op premiedifferentiatie is in de wet een uitzondering opgenomen dat bij een collectiviteit een korting op de premiegrondslag mogelijk is van maximaal 10% voor de bij die collectiviteit aangesloten verzekerden.

Pasgeborenen zonder verblijfsvergunning

In een consumentenprogramma is aandacht besteed aan de onmogelijkheid een zorgverzekering af te sluiten voor een pasgeboren baby. Als ouders met een verblijfsvergunning in Nederland wonen en een kind krijgen, moeten zij op grond van de Vreemdelingenwet voor de pasgeborene ook een verblijfsvergunning aanvragen. Zolang de verblijfsvergunning nog niet is verleend, is het kind niet AWBZ-verzekerd en dus ook niet Zvw-verzekeringsplichtig. Dit kan voor betrokkenen tot aanzienlijke financiële gevolgen leiden, in geval het kind gedurende de onverzekerde periode medische hulp nodig heeft. In overleg tussen het Ministerie van VWS en het Ministerie van Justitie is besloten het probleem van niet-verzekerd zijn op te lossen door een wijziging van artikel 5 AWBZ. Hiervoor wordt een wetsvoorstel ingediend.

Zorgverzekeraars die vooruitlopend op de besluitvorming over het wetsvoorstel de kosten voor pasgeborenen vergoeden, komen in aanmerking voor een uitkering vanuit het Zorgverzekeringsfonds.

3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie

Er zijn in 2006 en 2007 veel signalen ontvangen en berichten in de media geweest dat zorgverzekeraars diverse soorten kortingen geven aan verzekerden. Dit heeft de NZa extra attent gemaakt om erop toe te zien of het verbod op premiedifferentiatie werd nageleefd. Het is voor zorgverzekeraars toegestaan te differentiëren in de premiegrondslag als er sprake is van een collectiviteit. De maximale korting voor een collectiviteit is volgens de Zvw 10%. Daarnaast zijn kortingen op de premiegrondslag mogelijk als een verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico.

De gemiddelde premiekorting voor collectiviteiten op de basisverzekering bedroeg 6,6% voor 2006. Voor 2007 is dit 7%²³. De NZa heeft geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars hogere kortingen geven dan de maximale korting van 10% op collectiviteiten.

Het is wel mogelijk dat door een combinatie van een collectiviteitkorting op de premiegrondslag en overige kortingen op de verschuldigde premie de totale korting boven 10% uitkomt. De overige kortingen bestaan bijvoorbeeld uit betalingskortingen²⁴, pakketkortingen en kortingen via een tussenpersoon.

Het standpunt van de NZa is dat bovengenoemde overige kortingen op de verschuldigde premie mogelijk zijn voor zover ze niet afhankelijk zijn van verzekerdenkenmerken van de verzekerdenpopulatie. Een pakketkorting moet bijvoorbeeld aan iedereen worden gegeven die voldoet aan de hiervoor gestelde voorwaarden.

Eén zorgverzekeraar heeft in 2006 op zijn website premies gepresenteerd voor een basispolis die verschillend waren voor verschillende doelgroepen. Na interventie van de NZa heeft de zorgverzekeraar zijn website aangepast. De zorgverzekeraar heeft hierbij niet daadwerkelijk premiedifferentiatie toegepast.

Belangenbehartiging collectiviteiten

In de overstapperiode 2006-2007 hebben twee zorgverzekeraars een collectief tot stand gebracht tussen de zorgverzekeraar en de coöperatie waaronder de zorgverzekeraar valt.

²³ Zie voor een verdere analyse: NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt, mei 2007.

²⁴ Veel zorgverzekeraars geven korting als de verzekerde de verschuldigde zorgpremie per kwartaal, half jaar of jaar vooruitbetaalt.

Op grond van artikel 18 lid 5 Zvw is dit toegestaan als voldaan wordt aan twee randvoorwaarden:

- er moet sprake zijn van een contract met een rechtspersoon, hetgeen het geval is;
- de rechtspersoon moet de belangen behartigen van de verzekerde. Beide zorgverzekeraars hebben de autonomie van de coöperatie gewaarborgd door dit vast te leggen in de statuten van de coöperatie. Hierin staat expliciet dat de coöperatie voor de belangen van de consument opkomt voor de zorgverzekering.

De zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven het verbod op premiedifferentiatie na te leven. De NZa concludeert dat de zorgverzekeraars het verbod op premiedifferentiatie hebben nageleefd.

De NZa heeft in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007 aangegeven aanvullend onderzoek te verrichten naar collectiviteiten. Zij vraagt daarom de contracten op om meer inzicht te krijgen in de financiële afspraken die zijn gemaakt. De NZa gaat onder meer beoordelen of de zorgverzekeraar en de collectiviteit nadere financiële afspraken maken die ertoe leiden dat de verzekerde een additionele korting ontvangt. De verzekerden zouden dan meer dan de toegestane 10% korting kunnen ontvangen.

3.2.2.3 Risicoselectie

In 2005 heeft het toenmalige College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) onderzoek²⁵ gedaan naar mogelijke vormen van risicoselectie binnen het toenmalige zorgstelsel, de Ziekenfondswet. Dit onderzoek had tot doel als nulmeting te fungeren voor later onderzoek. De belangrijkste conclusies waren dat er geen ongeoorloofde risicoselectie op de hoofdverzekering plaatsvond en een beperkte, geoorloofde, risicoselectie op de aanvullende verzekering.

In 2006/2007 heeft de NZa geïnventariseerd of er indicaties zijn voor het bestaan van risicoselectie onder het regime van de Zvw. Deze inventarisatie heeft plaatsgevonden door het analyseren van ontvangen signalen en door het raadplegen van rapporten²⁶ die op dit onderwerp betrekking hebben. Vanuit het signalenonderzoek is niet gebleken dat risicoselectie zich daadwerkelijk voordoet. Ook de ervaringen met de toelating tot de aanvullende verzekeringen wijzen er niet op dat risicoselectie plaatsvindt. In de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007 heeft de NZa geconstateerd dat de verzekeraars in 2006 voor de aanvullende verzekeringen een beleid van non-selectie acceptatie hanteerden, met uitzondering van de meest uitgebreide verzekeringen. Het aantal zorgverzekeraars dat een gezondheidsverklaring vraagt, is afgenomen. Collectieve contracten kunnen tevens bijdragen tot verminderde selectie, omdat er vaak afspraken zijn over vrije acceptatie voor de aanvullende verzekering. In 2006 en 2007 is er daarnaast de zogenaamde bandbreedteregeling -onderdeel van de ex post verevening- waarbij resultaten buiten een bepaalde bandbreedte worden verevend. Dit zorgt naar verwachting - op korte termijn - voor minder prikkels voor risicoselectie.

Uit de geraadpleegde rapporten is ook niet gebleken dat risicoselectie zich daadwerkelijk voordoet. Wel is aangegeven dat er een aantal

²⁵ CTZ, Risicoselectie in de zorgverzekeringen, juli 2005.

²⁶ iBMG/NPCF: Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering, maart 2005; Monitor risicoselectie, november 2005; Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006, april 2006; Risicoverevening in de zorgverzekering, december 2006; Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie, juni 2007.

mogelijke instrumenten zouden kunnen worden gebruikt voor risicoselectie:

- de aanvullende verzekering;
- collectiviteiten;
- actief marketingbeleid gericht op bepaalde doelgroepen.

Bovenstaande instrumenten zijn niet wettelijk verboden en dus geoorloofd.

Uit de rapporten blijkt dat binnen het vereveningssysteem 2006 groepen verzekerden te onderscheiden zijn waarvoor een aanzienlijk voorspelbaar verschil tussen kosten en ex ante verevening bestaat. De ex post verevening verkleint dit verschil, maar neemt het niet weg. De NZa heeft geen signalen dat deze groepen in de praktijk onderhevig zijn aan risicoselectie.

De conclusie is dat er tot nu toe geen sprake is van ongeoorloofde risicoselectie. In de tweede helft van 2007 verricht de NZa nader onderzoek naar risicoselectie.

3.2.3 Beëindiging polis

De Zvw regelt in artikel 6 en verder het beëindigen van de zorgverzekering. In een aantal gevallen eindigt de zorgverzekering van rechtswege²⁷.

Tussentijdse aanpassing voorwaarden aanvullende verzekering

Een zorgverzekeraar paste in het voorjaar 2007 de voorwaarden in de aanvullende verzekering tussentijds aan. Zoals in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007 is toegelicht, heeft de NZa geen wettelijke bevoegdheden om hier tegen op te treden. De Consumentenbond heeft een kort geding aangespannen tegen de zorgverzekeraar. De rechter heeft geoordeeld dat de tussentijdse wijziging 'naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid' in dit geval onevenredig moet worden geacht. De rechter gebiedt de zorgverzekeraar om de met haar verzekerden gesloten aanvullende zorgverzekeringen tot 1 januari 2008 ongewijzigd voort te zetten en na te komen met inachtneming van de op 1 januari 2007 daarvoor geldende poliswaarden. De NZa heeft in verband met het consumentenbelang toegezien op de afwikkeling hiervan.

Uitschrijving verzekerde onder verzekeringnemer

De NZa heeft een signaal ontvangen dat een zorgverzekeraar een verzekerde, die op de polis van een verzekeringnemer stond, heeft geweigerd zich uit te laten schrijven. De zorgverzekeraar heeft zijn gedrag aangepast, nadat de NZa hem erop heeft gewezen.

De NZa heeft geen signalen ontvangen dat polissen ten onrechte zouden zijn beëindigd. De NZa concludeert dat zorgverzekeringen niet ten onrechte door de zorgverzekeraars zijn beëindigd.

3.3 Toegang tot de zorg

De NZa heeft onderzoek²⁸ gedaan naar de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Daarin zijn de volgende aspecten betrokken:

- gestelde toestemmingsvereisten voor zorg;

²⁷ Bijvoorbeeld bij fraude of als een verzekerde niet meer in het werkgebied woont van een zorgverzekeraar. Door een verhuizing van de verzekerde of een wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar kan een verzekerde buiten het werkgebied komen te vallen van de zorgverzekeraar.

²⁸ NZa: Thematisch onderzoek Zorgplicht, juli 2007.

- zorg conform de wettelijke aanspraak;
- tijdigheid van de zorg;
- kwaliteit van de zorg.

3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg

Bij het onderzoek naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars heeft de NZa beoordeeld in hoeverre zorgverzekeraars toestemmingseisen stellen voor toegang tot de zorg. Het blijkt dat zorgverzekeraars toestemmingseisen stellen aan grotendeels dezelfde verzekerde prestaties, zoals bepaalde vormen van farmaceutische zorg, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelenzorg, mondzorg en medisch-specialistische zorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat deze vormen van zorg niet in alle gevallen tot de verzekerde zorg behoren. De zorgverzekeraars moeten daarom individuele verzoeken tot toestemming nader beoordelen. De procedures die verzekeraars hanteren voor de beoordeling van toestemmingsverzoeken verschillen weinig. Wel lopen de afwijzingspercentages tussen zorgverzekeraars uiteen. Verzekeraars met hoge afwijzingspercentages krijgen verhoogde aandacht in het signaaltoezicht van de NZa. Lage afwijzingspercentages kunnen wijzen op niet toegestane coulancevergoedingen en krijgen de aandacht in het vereveningsonderzoek van de NZa. Zie paragraaf 3.4.2.

De NZa heeft op basis van het onderzoek geen aanwijzingen dat de zorgverzekeraars onterecht streng omgaan met het verstrekkingenbeleid. Wel heeft de NZa geconstateerd dat een aantal zorgverzekeraars opnieuw het recht op een verstrekking beoordeelt nadat een verzekerde is overgestapt. De NZa heeft de zorgverzekeraars erop gewezen dat dit in strijd is met de regelgeving en neemt zonodig toezichtmaatregelen. In de komende overstapperperiode houdt de NZa in de gaten of zij zich hieraan houden.

De NZa concludeert dat de toestemmingseisen die zorgverzekeraars stellen in het algemeen geen onterechte drempel opwerpen voor de toegang tot de zorg, met uitzondering van het opnieuw beoordelen van het recht op een verstrekking bij 'overstappers'.

3.3.2 Zorg conform wettelijke aanspraak

De zorg waar verzekerden aanspraak op kunnen maken is vastgelegd in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars.

Hulpmiddel elastische kousen

De NZa heeft een signaal ontvangen dat verzekerden niet de zorg krijgen waar ze volgens de modelovereenkomst recht op hebben. Dit betreft het niet verstrekken van het hulpmiddel voor het aan- en uittrekken van elastische kousen. Dit hulpmiddel maakt thuiszorg voor die handeling overbodig. Zorgverzekeraars zijn verplicht om dit hulpmiddel te vergoeden, omdat het onder de verzekerde prestaties van de Zvw valt²⁹. De NZa heeft de zorgverzekeraar, die dit hulpmiddel niet wilde vergoeden, gecorrigeerd. Daarnaast gaat ZN een circulaire uitbrengen, waarin staat uitgelegd waarom verzekeraars het hulpmiddel moeten vergoeden en waaraan zij moeten voldoen.

EHIC

De Minister heeft de NZa gevraagd toezicht te houden op de uitvoering van de EHIC door zorgverzekeraars. Alle verzekerden hebben op grond van de Zvw recht op deze kaart. De EHIC geeft de verzekerde recht op

²⁹ Brief van staatssecretaris VWS aan de Tweede Kamer, 10 september 2007.

medisch noodzakelijke zorg in het buitenland die niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in het thuisland. De EHIC is alleen geldig in EU/EER landen, Zwitserland en Australië.

Sommige verzekeraars gaven onjuiste informatie door alleen de EU als dekkend gebied te noemen. Ook hebben sommige verzekeraars niet duidelijk gemaakt wat het verschil is tussen de Nederlandse Zorgpas en de EHIC. Voorts gaven niet alle verzekeraars juiste voorlichting over de wijze van bekostiging, de omvang van de dekking en de vergoeding. In sommige gevallen was sprake van misleidende informatie. De zorgverzekeraars hebben hun informatieverstrekking verbeterd na interventie van de NZa.

De NZa vindt dat de voorlichting aan consumenten nog beter kan, vooral over het verschil in het gebruik van de Nederlandse zorgpas en de EHIC en de gevolgen voor de vergoeding van de kosten.

Op advies van de NZa onderzoekt ZN samen met CVZ hoe zij de voorlichting (verder) kunnen verbeteren.

PGB

Sinds 1 januari 2007 kunnen verzekerden met een ernstige visuele beperking bij experiment voor visuele hulpmiddelen een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen bij hun zorgverzekeraar. Op verzoek van het Ministerie van VWS heeft de NZa bekeken of de uitvoering van de PGB-regeling meerwaarde biedt boven een situatie waarin de verzekerde achteraf zijn kosten krijgt gerestitueerd. De NZa kon nog geen definitieve conclusies trekken omdat zorgverzekeraars nog in de implementatiefase zaten en er onduidelijkheden bestonden over de formele mogelijkheden van het PGB. In de reglementen hulpmiddelen van de zorgverzekeraars blijkt vooralsnog een productgerichte benadering te overheersen. De reglementen verwijzen naar de hulpmiddelen zelf en niet naar de functies die deze vervullen. Dit kan een beperking van de keuzemogelijkheid betekenen.

Een aantal zorgverzekeraars werkt met een voorschotregeling. Dit maakt het PGB minder aantrekkelijk omdat verzekerden bedragen gedeeltelijk moeten voorschieten. De NZa heeft bij enkele zorgverzekeraars onjuiste informatie over de mogelijkheden van de PGB-regeling geconstateerd. De NZa heeft bij deze verzekeraars geïntervenieerd. Inmiddels hebben het Ministerie van VWS en het CVZ aangegeven welke mogelijkheden de PGB-regeling biedt. Hierbij is gekozen voor een functiegerichte benadering in plaats van een productgerichte benadering.

Duidelijkheid over de formele regeling is slechts één van de noodzakelijke randvoorwaarden voor een goede invulling van het PGB. De NZa vindt een bredere evaluatie wenselijk wegens het experimentele karakter van de PGB-regeling en de invoering van een PGB voor de geestelijke gezondheidszorg in de Zvw. Daarbij moet er aandacht zijn voor andere randvoorwaarden zoals de omvang van het PGB en de kwaliteitsborging van de zorg. De NZa pakt die bredere evaluatie op in 2008 gezien het belang voor de consument en de uitbreiding van de Zvw met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met ingang van 2008.

De NZa concludeert dat, gezien het wettelijk pakket, de verzekerde in het algemeen krijgt waar hij recht op heeft. De NZa heeft bij enkele signalen interventies gepleegd.

3.3.3 Eigen risico en no-claim

Zorgverzekeraars kunnen een variant van de zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico aanbieden. Hier staat een korting op de premiegrondslag tegenover. Een beperkt gedeelte (6,2% in 2006 en

5,3%³⁰ in 2007) van de verzekerden kiest voor een variant van het eigen risico.

Verzekerden hebben recht op een no-claimteruggave voor zover het zorggebruik³¹ minder is dan € 255.

Onjuiste toepassing eigen risico en no-claim

De NZa heeft signalen ontvangen over een onjuiste toepassing van het eigen risico en no-claim bij één zorgverzekeraar. Daarbij is de volgorde van de no-claim en het eigen risico ten onrechte omgewisseld. De door de verzekerden ingediende schade is direct verrekend met het eigen risico, terwijl eerst verrekening met de no-claim had moeten plaatsvinden. Hierdoor heeft een aantal verzekerden met een eigen risico deze kosten moeten voorschieten. De betreffende verzekerden ontvangen hiervoor compensatie bij de verwerking van de no-claim over 2006. Het probleem werd veroorzaakt door tekortkomingen in het automatiseringssysteem van de zorgverzekeraar in de tweede helft van 2006. Inmiddels is het probleem hersteld.

Korting eigen risico en premiegrondslag

De NZa heeft geconstateerd dat een aantal zorgverzekeraars over de periode 2006 en 2007 de korting van het eigen risico en de collectiviteitskorting op een onjuiste manier van premiegrondslag aftrekken. Hierdoor betalen verzekerden die én een eigen risico én een collectiviteitskorting hebben, een te hoge premie. De. Het gaat om gemiddeld € 10 ten nadele van de verzekerde per jaar. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dit per 1 januari 2008 te wijzigen, omdat eerdere aanpassing een te grote administratieve last genereert. Het betreft een beperkte groep verzekerden, die zowel een eigen risico als een collectief contract heeft. Bovendien is het bedrag per verzekerde relatief beperkt van omvang. Ook wordt de groep beperkt tot de verzekerden bij die zorgverzekeraars, die de ene korting nominaal en de andere korting procentueel hebben verwerkt. Als beide kortingen of nominaal of procentueel zijn verwerkt is de impact nihil. De totale impact schat de NZa op € 2 miljoen.

De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars erop gewezen dat individuele verzekerden over 2006 en 2007 de mogelijkheid hebben om over deze kwestie een klacht in te dienen of naar de burgerlijke rechter te stappen.

Invloed correctie overfinanciering op no-claim

In 2006 is sprake van een 'overfinanciering' van de ziekenhuizen, veroorzaakt door te hoge tarieven. Tussen betrokken partijen, waaronder het Ministerie van VWS, CVZ, ZN, NZa en Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), is afgesproken om deze overfinanciering achteraf te corrigeren. Deze correctie wordt toegerekend op ziekenhuis- en zorgverzekeraarniveau en niet op verzekerdeniveau. Het gevolg hiervan kan zijn dat een verzekerde een te lage no-claimteruggave ontvangt, als hij een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) heeft genoten in het A-segment. Het overgrote deel van de DBC's in het A-segment komt echter boven de grens voor de no-claimteruggave ad € 255 uit. Het effect zal daarom naar verwachting beperkt zijn.

Onderlinge verrekening en no-claim

Van de verzekerden die begin 2006 van zorgverzekeraar zijn veranderd, hebben de oude en de nieuwe zorgverzekeraar onderling de zorgkosten verrekend. Nog niet alle zorgverzekeraars hebben deze kosten op

³⁰ Bron: NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt, mei 2007.

³¹ De verstrekkingen huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg, evenals zorggebruik door minderjarigen hebben geen invloed op de hoogte van de no-claim.

verzekerdenniveau geregistreerd, waardoor de kosten nog niet ten laste van de no-claim zijn gebracht. Gevolg hiervan is dat een aantal verzekerden in april 2008 nog een correctie op de no-claim kunnen krijgen.

De NZa concludeert dat de toepassing van het eigen risico en de no-claim niet geheel volgens de norm is verlopen. In een aantal gevallen heeft correctie plaatsgevonden, in de andere gevallen volgt de NZa de afwikkeling hiervan. De NZa gaat het nieuwe systeem van het verplichte eigen risico³² nauwgezet volgen, mede in samenhang met het vrijwillige eigen risico.

3.3.4 Tijdigheid zorg

De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten voldoende zorg inkopen bij een polis met gecontracteerde zorg en/of bemiddelen naar een zorgaanbieder als een verzekerde daarom verzoekt.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Daarbij is op verzoek van het Ministerie van VWS nagegaan of productieafspraken voor plastische chirurgie achterblijven bij de ontwikkeling van wachttijden. Aanleiding hiervoor was de constatering van het Ministerie dat verzekeraars ondanks lange wachttijden geen extra productie inkopen voor plastische chirurgie.

Uit het onderzoek blijkt dat de wachttijden voor plastische chirurgie bij de algemene ziekenhuizen gemiddeld korter worden. De wachttijden zijn lager dan de Treek-normen, behalve voor de dagbehandeling en klinische zorg. Deze waren in 2006 nog wel hoger dan de Treek-normen. Voor 2007 zijn nog geen gegevens beschikbaar.

Een analyse van de verhouding tussen de ontwikkeling van de wachttijden en van de productieafspraken op macro niveau geeft geen reden te veronderstellen dat zorgverzekeraars structureel te lage productieafspraken maken voor plastische chirurgie. Nadere maatregelen voor dergelijke productieafspraken acht de NZa niet nodig.

Er zijn ziekenhuizen waar wachttijden en productieafspraken nog uiteenlopen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven in die gevallen op andere manieren aan hun zorgplicht te voldoen, bijvoorbeeld door te bemiddelen bij zorgaanbieders met kortere wachttijden. De NZa ziet zorgbemiddeling als een goed alternatief voor het contracteren van voldoende zorg en staat hier positief tegenover. Zorgverzekeraars hanteren in afnemende mate de lokale productiegebonden component³³ (LPC) om oplossingen voor wachttijdproblemen te financieren omdat wachttijdproblemen zijn teruggelopen.

De NZa concludeert dat de inspanningen van zorgverzekeraars bij de tijdigheid van de zorg in grote lijnen voldoende zijn.

3.3.5 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

De vergoeding bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet overeenstemmen met de vergoedingsbepalingen in de modelovereenkomst. De NZa heeft geen indicaties dat de vergoeding, die

³² Per 1 januari 2008 wordt het systeem van verplicht eigen risico ingevoerd ter hoogte van € 150, waarbij enkele verstrekkingen worden uitgezonderd van het verplichte eigen risico.

³³ Dit is de vrije financiële ruimte voor verzekeraars en ziekenhuizen om afspraken te maken bovenop het budget.

de verzekerde ontvangt bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, lager is dan de bepalingen in de modelovereenkomst.

De zorgverzekeraars vergoeden in 2006 bij niet-gecontracteerde zorg gemiddeld 80 tot 100%³⁴ van het Wmg- of marktconforme tarief. De vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg zijn in 2007 niet of nauwelijks veranderd ten opzichte van 2006. Omdat zorgverzekeraars in 2006 en 2007 ruim hebben gecontracteerd, blijven de financiële gevolgen voor verzekerden voorsnog beperkt.

Bij de beoordeling van de modelovereenkomsten hanteert de NZa het standpunt dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits de zorgverzekeraar hierover voldoende transparant is richting de (aspirant)verzekerde. In haar Richtsnoer Informatieverstrekking heeft de NZa aangegeven dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over de hoogte van de korting bij niet-gecontracteerde zorg, zodat voor de verzekerde duidelijk is hoeveel de korting bedraagt. De NZa betreft de naleving hiervan door verzekeraars in het transparantieonderzoek 2007-2008. Als blijkt dat verzekeraars dit punt niet of onvoldoende naleven, gaat de NZa over tot het stellen van nadere regels. De NZa betreft de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars bij het beoordelen van de effecten van de bijbetalingen voor de publieke belangen. Een randvoorwaarde is namelijk dat de zorgverzekeraar wel voldoende zorgaanbieders moet hebben gecontracteerd.

De NZa verricht in de tweede helft van 2007/begin 2008 onderzoek naar de contracteercyclus. Belangrijkste aandachtspunt hierin is de mogelijkheid om de contracteercyclus en de overstapcyclus beter op elkaar aan te laten sluiten, zodat (aspirant)verzekerden op het moment van afsluiten van een polis voldoende informatie hebben over het gecontracteerde zorgaanbod.

3.3.6 Kwaliteit zorg

De Memorie van Toelichting op de Zvw gaat in op de normen voor de kwaliteit van de zorg.³⁵

In het onderzoek naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars heeft de NZa de kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder betrokken. Daarbij is uitsluitend gekeken naar ziekenhuiszorg verleend door ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's), omdat de omvang van deze verstrekking het grootst is.

Uit de analyse blijkt dat de zorgverzekeraars de structurele kwaliteitsborging van de zorginkoop via de contracten met de zorgaanbieders nog sterk moeten verbeteren. Afspraken over kwaliteit

³⁴ Incidenteel is dit lager. Zo is er een zorgverzekeraar die 75% vergoedt van zorg afgenomen bij ZBC's extramuraal werkende specialisten en een zorgverzekeraar die 50% vergoedt bij 'overige prestaties' fysiotherapie.

³⁵ Bij polissen met gecontracteerde zorg moet de verzekeraar garanderen dat de zorg die verzekerden krijgen als goed kan worden gekwalificeerd. Dat betekent dat de verzekeraar bij zijn zorginkoop aandacht moet besteden aan kwaliteit. Bij polissen met niet-gecontracteerde zorg is er vanuit de zorg gezien alleen een relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde, waar de verzekeraar buiten staat. De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren en voldoen aan de eisen die de Wet Big en de Kwaliteitswet zorginstellingen stellen. In deze situatie is er vanuit kwaliteitsbewaking alleen een rol weggelegd voor de IGZ³⁵. Er mag wel van zorgverzekeraars verwacht worden dat bij zorgbemiddeling de verzekerde niet naar een hulpverlener wordt gestuurd die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. De zorgverzekeraar moet daar op letten.

bevinden zich nu nog vooral in de fase van het transparant krijgen van de kwaliteit van het zorgaanbod. Wel maken de zorgverzekeraars veelal op projectbasis kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen via de invulling van de LPC. Het is wenselijk dat kwaliteitsafspraken een structureel karakter krijgen. Met ZBC's maken zorgverzekeraars nauwelijks kwaliteitsafspraken en speelt de prijs een dominante rol in de onderhandelingen. Zorgverzekeraars onderzoeken wel de kwaliteit van ZBC's als zij deze contracteren.

Bij kwaliteitsproblemen bij zorgaanbieders treedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op. In het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden verzekeraars op de hoogte gebracht van de voortgang van de verbeteringen die de IGZ eist.

De NZa heeft verschillende keren aangegeven welke verbeteringen nodig zijn op het gebied van de kwaliteit van zorginkoop. Dit betreft onder meer het begeleiden van verzekerden naar voorkeursaanbieders met een goede prijs/kwaliteitsverhouding, ofwel keuzeondersteuning. Ook dringt de NZa bij marktpartijen aan op het transparant maken van kwaliteit. Wanneer nadere invullingen hiervan beschikbaar komen, stelt de NZa aan de hand van een eigen normenkader vast of de consument over voldoende handvatten beschikt om een goede keuze te maken.

Zittend ziekenvervoer

Naar aanleiding van berichtgeving in de media en door de NZa ontvangen klachten heeft de NZa nader onderzoek gedaan naar kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer. Vervoersbedrijven die door zorgverzekeraars zijn gecontracteerd, zouden patiënten te lang laten wachten. Uit het onderzoek blijkt dat diverse zorgverzekeraars de geschetste problematiek erkennen en dat zij maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit van het vervoer voldoende te waarborgen.

De NZa blijft de situatie de komende periode monitoren. Zij vraagt de verzekeraars naar de eisen die zij stellen aan de kwaliteit van het vervoer bij het sluiten van een contract. De NZa toetst de contracten en de borging hiervan. Op basis daarvan beoordeelt de NZa of dit toereikend is om te voldoen aan de zorgplicht. Als dit onvoldoende is, schrijft de NZa zonnodig zelf criteria voor. De NZa is van mening dat de kwaliteit van het vervoer onder de zorgplicht van de verzekeraars valt. Bovendien treft de problematiek een kwetsbare groep consumenten.

De NZa concludeert dat de zorgverzekeraars de structurele borging van de kwaliteit van de zorg verder moeten verbeteren.

3.4 Betaalbaarheid

3.4.1 Hogere dekking dan wettelijk pakket

Het CVZ (in de rol van pakketbeheerder) kan adviezen geven over het wel of niet opnemen in het wettelijk voorgeschreven pakket. De wetgever bepaalt wat er in het pakket wordt opgenomen. Het is niet toegestaan minder te vergoeden dan het voorgeschreven wettelijke pakket. Uit oogpunt van de betaalbaarheid van het stelsel mag een zorgverzekeraar ook niet een zorgverzekering aanbieden die méér prestaties³⁶ vergoedt dan in de Zvw zijn omschreven. Uiteraard kan een zorgverzekeraar deze wel onderbrengen in een aanvullende verzekering. Niet alle verstrekkingen vallen 'automatisch' onder het wettelijk voorgeschreven pakket. Voor fysiotherapie, onderdeel van de

³⁶ Artikel 1, lid d, Zvw.

verstrekking paramedische zorg, vallen bijvoorbeeld voor personen van 18 jaar en ouder de eerste negen behandelingen niet onder het wettelijk voorgeschreven pakket. Voor minderjarigen is dit wel het geval. Vanaf de tiende behandeling valt de behandeling voor zowel minder- als meerderjarigen alleen binnen het wettelijk voorgeschreven pakket als de aandoening voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen (Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering) en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden.

De NZa heeft, zoals in paragraaf 2.2.1 aangegeven, de verzekerde prestaties in de modelovereenkomst beoordeeld. Daarnaast heeft de NZa signalen beoordeeld, die erop kunnen wijzen dat zorgverzekeraars structureel meer ten laste van de basisverzekering brengen dan het wettelijk voorgeschreven pakket. De NZa heeft geen indicaties dat hiervan sprake is. In het kader van het onderzoek van de vereveningsopgave onderzoekt de NZa de juistheid van de kosten die zorgverzekeraars inbrengen in de risicoverevening. De zorgverzekeraars hebben niet structureel meer ten laste van de basisverzekering gebracht dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

3.4.2 Vereveningsopgave

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verevening ligt bij het CVZ. Het CVZ bepaalt op basis daarvan welke gegevens de zorgverzekeraars moeten aanleveren. De NZa ziet toe op de juistheid van de gegevens in de jaarstaat A. De niet openbare rapporten met de bevindingen over de individuele zorgverzekeraars worden aan de betreffende zorgverzekeraar en het CVZ verzonden. Tijdens het opstellen van dit samenvattend rapport was het onderzoek van de NZa nog niet afgerond. De volgende bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter.

De zorgverzekeraars:

- moeten in veel gevallen de materiële controles op de 'feitelijke levering' verbeteren of zelfs nog geheel uitvoeren;
- moeten de controle op de specifieke risicoaspecten van de posten in de jaarstaat A in veel gevallen verbeteren;
- moeten in een aantal gevallen de borging van de betrouwbaarheid van de gegevens van volmachten verbeteren;
- hebben op ruime schaal de accountantsverklaringen bij de gefactureerde omzet DBC's van de ziekenhuizen niet gebruikt. Ter versterking van de controleketen vindt de NZa dat zij hier zoveel mogelijk gebruik van moeten maken;
- moeten de opgave van de betalingsachterstanden in veel gevallen verbeteren;
- hebben in de bestuursverklaring bij de jaarstaat vaak vermeld dat alle feitelijke onjuistheden zijn gecorrigeerd, terwijl dit niet altijd het geval is;
- moeten in enkele gevallen de check tussen de verzekerdenadministratie van de zorgverzekeraar en de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en de analyse van de verschillen verbeteren;
- hebben in zeer beperkte mate boetes opgelegd aan verzekeringsplichtigen die niet tijdig een zorgverzekering afsluiten. Zie paragraaf 3.5.2.

De NZa scherpt op basis van bovenstaande bevindingen diverse passages aan in het Controleprotocol 2007 - zie paragraaf 2.3.4 - en koppelt opmerkingen en gevraagde maatregelen op individueel niveau terug. In een aantal gevallen moeten de zorgverzekeraars niet verrichte

controles en onderzoeken alsnog verrichten. Het CVZ houdt bij de voorlopige afrekeningen met de zorgverzekeraars geen rekening met de uitkomsten van deze aanvullende onderzoeken, maar betreft dit bij de definitieve afrekeningen.

3.5 Overige verplichtingen

3.5.1 Administratieverplichtingen

De Zvw kent diverse 'administratieverplichtingen'. De NZa heeft de volgende onderkend:

- verplichtingen voor het in- en uitschrijven van verzekerden, waaronder het tijdig verstrekken van bescheiden.
- de verplichting vóór 1 juli een jaarrekening en uitvoeringsverslag aan de NZa te zenden. Zie paragraaf 2.4;
- een verbod om de geldigheid van een aanvullende verzekering te koppelen aan een al bestaande basisverzekering (nietig beding)³⁷.

In- en uitschrijvingen

De NZa heeft veel signalen ontvangen dat het overstappen van verzekerden in de periode 2005/2006 en de bijbehorende in- en uitschrijvingen moeizaam is verlopen. De zorgverzekeraars hadden forse achterstanden in de afhandeling van de mutaties. Dit is onder meer veroorzaakt door een hogere dan verwachte verzekerdenmobiliteit in die periode. Voor verzekerden was het niet altijd duidelijk of en waar ze stonden ingeschreven en was er ook dikwijls sprake van dubbele inschrijvingen. Bij de afwikkeling van de geconstateerde problemen hebben de zorgverzekeraars zich over het algemeen coulant opgesteld.

Over één zorgverzekeraar heeft de NZa relatief veel klachten ontvangen over de administratieve verwerking. Na afstemming tussen de NZa en de zorgverzekeraar heeft deze verschillende operationele verbeteringen doorgevoerd.

De overstapperperiode 2006/2007 is aanmerkelijk beter verlopen, waarschijnlijk mede door de veel lagere mobiliteit -zie paragraaf 4.5- en de overstapservice van de zorgverzekeraars. De NZa heeft veel minder signalen ontvangen over problemen tijdens deze overstapperperiode.

(Ont)koppeling basis- en aanvullende verzekering bij overstap

De NZa heeft onderzocht of de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen van zorgverzekeraars aangeven dat zij de aanvullende verzekering automatisch beëindigen als de verzekerde overstapt voor de basisverzekering. In dat geval is het niet mogelijk om een basisverzekering op te zeggen los van de aanvullende verzekering. Een dergelijke bepaling is in strijd met de Zvw (artikel 120) en belemmert de mobiliteit.

De NZa heeft in 2006 geconstateerd dat in de voorwaarden van de aanvullende verzekering van acht zorgverzekeraars een 'nietig beding' stond. Dat houdt in dat de aanvullende verzekering de suggestie wekte dat het voor een verzekerde niet mogelijk is om zijn aanvullende verzekering te behouden als hij zijn basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar opzegt. Alle acht zorgverzekeraars hebben op aandringen van de NZa de bepaling in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering geschrapt. Voorts hebben de zorgverzekeraars hun verzekerden geïnformeerd over de wijziging in de polisvoorwaarden

³⁷ Artikel 120 Zvw.

en aangegeven dat behoud van de aanvullende verzekering mogelijk is bij opzegging van de basisverzekering.

De NZa heeft in 2007 geen overtredingen geconstateerd.

3.5.2 Boetebeschikkingen

Het CVZ legt een boetebeschikking op aan een verzekeringsplichtige die niet tijdig een zorgverzekering afsluit. Op basis van het Besluit Ondermandaat zorgverzekeraars is een deel van de activiteiten bij het opleggen van de boete gemandateerd aan de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden over de opgelegde boetes in de jaarstaat A.

De voorlopige conclusie van de NZa is dat het opleggen van boetes door zorgverzekeraar slechts zeer beperkt heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraars die de boetes over 2006 en 2007 niet of niet volledig hebben opgelegd, moeten dit alsnog vóór 1 april 2008 doen. De NZa volgt de voortgang via de kwartaalstaten.

3.5.3 Subsidieregelingen

Er zijn voor 2006 geen subsidieregelingen vastgesteld. De NZa heeft daarom geen bevindingen over dit nog theoretische risico.

3.5.4 Privacy

Onder het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw valt ook het toezicht op de naleving van privacybescherming onder de Zvw³⁸. Om invulling te geven aan deze toezichttaak, verricht de NZa in de tweede helft van 2007 onderzoek naar de bescherming van persoonsgegevens door zorgverzekeraars. In het protocol tussen de NZa en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) is de taakverdeling bij het toezicht op privacybescherming tussen beide partijen vastgelegd. De NZa rapporteert begin 2008 over de uitkomsten van het onderzoek.

3.6 Integriteit

De NZa ontwikkelt een integriteitbeleid. Daarin maakt zij strategische keuzes op welke integriteitaspecten zij toezicht gaat houden. Vooruitlopend op dit beleid beoordeelt de NZa een aantal zorgspecifieke integriteitaspecten gericht op de zorgverzekeraars. Deze beoordeling richt zich vooral op:

- de naleving van de acceptatieplicht. Zie paragraaf 3.2.2.1;
- het verbod op premiedifferentiatie. Zie paragraaf 3.2.2.2;
- de naleving van de zorgplicht. Zie paragraaf 3.3.1 tot en met 3.3.6;
- de juiste inbreng in de verevening, inclusief de uitvoering van materiële controles gericht op de vaststelling of de zorg feitelijk is geleverd. Zie paragraaf 3.4.2;
- het privacytoezicht. Zie paragraaf 3.5.4;
- het transparantieonderzoek. Zie paragraaf 4.3.

Deze aspecten zijn in dit rapport aan bod gekomen.

³⁸ Het toezicht van de NZa op de naleving van privacybescherming is beperkt tot de Zvw. De NZa kan de bepalingen die zien op de bescherming van persoonsgegevens bestuursrechtelijk handhaven met een last onder dwangsom en/of bestuurlijke boete. In 2007 is een wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer, waarin is geregeld dat de NZa ook toezicht- en handhavingstaken krijgt op het gebied van privacybescherming in de aanvullende verzekering en de AWBZ.

DNB beoordeelt daarnaast de algemene bedrijfsvoering van zorgverzekeraars, inclusief maatregelen voor een integere bedrijfsvoering en fraudebestrijding.

3.7 Conclusie

Toegang verzekering

Er zijn geen aanwijzingen dat zich problemen voordoen bij de toegang tot de basisverzekering.

De NZa heeft enkele signalen ontvangen die betrekking hadden op mogelijke verschillen in toegankelijkheid, verschillen in premiestelling voor verschillende doelgroepen en knelpunten bij het uitschrijven van verzekerden onder een andere verzekeringsnemer. Na afstemming met de betreffende zorgverzekeraars hebben deze hun informatie hierop aangepast en waar nodig de uitvoering gecorrigeerd. De NZa heeft geen signalen ontvangen dat daadwerkelijk risicoselectie door zorgverzekeraars plaatsvindt. In de tweede helft van 2007 verricht de NZa verder onderzoek naar risicoselectie.

Toegang zorg

Er zijn geen aanwijzingen dat de toegang tot de zorg in gevaar is. Zorgverzekeraars stellen geen onredelijke toestemmingseisen voor de toegang tot de zorg. Wel zijn er enkele signalen op grond waarvan de NZa actie heeft ondernomen. Dit betreft onder meer de toepassing van kortingen voor het eigen risico, toepassing no-claim, de verstrekking van hulpmiddelen (elastische kousen), de herbeoordeling van het recht op een verstrekking bij overstap door de verzekerde, een onjuiste informatieverstrekking over de EHIC en het PGB, alsmede klachten over zittend ziekenvervoer. De NZa heeft actie ondernomen richting de zorgverzekeraars en blijft de toegang tot zorg nauwlettend volgen.

Betaalbaarheid

Uit signalenonderzoek en uit onderzoek van de vereveningsinformatie zijn geen indicaties naar voren gekomen dat zorgverzekeraars structureel meer ten laste van de basisverzekering brengen dan het wettelijk voorgeschreven pakket. De zorgverzekeraars moeten de controles op de juistheid van de posten in de jaarstaat A verbeteren.

Overige verplichtingen

De overstapperperiode 2005/2006 is moeizaam verlopen. Er waren forse achterstanden bij de zorgverzekeraars in de afhandeling van in- en uitschrijvingen van verzekerden. De overstapperperiode 2006/2007 is beter verlopen, waarschijnlijk mede door de lagere mobiliteit en de overstapservice van de zorgverzekeraars.

De NZa heeft in 2006 enkele overtredingen van artikel 120 Zvw geconstateerd. De betreffende zorgverzekeraars hebben hun gedrag aangepast. In 2007 heeft de NZa geen overtredingen geconstateerd. De zorgverzekeraars hebben de boeteregeling voor verzekeringsplichtigen, die niet tijdig een zorgverzekering hebben afgesloten, niet of nauwelijks uitgevoerd. De zorgverzekeraars moeten de boeteregeling alsnog over 2006 en 2007 uitvoeren. De NZa verricht in de tweede helft van 2007 een onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door zorgverzekeraars. Begin 2008 rapporteert de NZa over de uitkomsten van het onderzoek.

4. Randvoorwaarden

Bevindingen en acties NZa

- De randvoorwaarden werking vereveningsmodel, transparantie, verzekerdeninvloed en mobiliteit werken op dit moment voldoende voor de inschatting van de risico's binnen het RAM.
- De NZa staat positief tegenover de afbouw van de ex post verevening, mits de ex ante verevening adequaat werkt. Verdere verfijning van het model en actualisatie van de parameterwaardes verdienen continu aandacht.
- De informatieverstrekking door zorgverzekeraars over de premie en dekking is voldoende. De NZa stimuleert verzekeraars om hun informatievoorziening op andere aspecten, waaronder de hoogte van bijbetalingen en machtigingen, te verbeteren.
- De NZa verzoekt marktpartijen om de kwaliteit van het zorgaanbod transparanter te maken.
- Zorgverzekeraars moeten de informatieverstrekking over klachten- en geschillenregelingen en opzegmogelijkheden verbeteren. De NZa bevordert dit door de uitgifte van een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking. Ook bevordert de NZa om via kiesBeter.nl meer informatie te publiceren over klachten- en geschillenregelingen.
- De NZa heeft gereageerd op diverse signalen over onjuiste of onvolledige informatieverstrekking. In diverse gevallen heeft dit geleid tot aanpassing van websites en brochures.
- De NZa verricht in het vierde kwartaal 2007 onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites.

4.1 Inleiding

Bij de inschatting van de risico's (RAM, zie paragraaf 1.2) voor de naleving van de wettelijke verplichtingen is uitgegaan van de werking van de volgende randvoorwaarden:

- het vereveningsmodel werkt in voldoende mate. Compensatie van 'slechte' risico's moet in voldoende mate plaatsvinden zodat verzekeraars geen prikkel hebben om de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie te overtreden;
- de verzekerde moet beschikken over voldoende transparante en betrouwbare (keuze)informatie;
- de verzekerde moet daadwerkelijk zijn recht kunnen halen (invloed van verzekerden);
- de verzekerde heeft de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

Zoals in paragraaf 1.6 aangegeven, zijn deze randvoorwaarden van belang voor een goede werking van de checks and balances voor de Zvw. Als bijvoorbeeld de (aspirant)verzekerde niet tijdig beschikt over juiste, volledige en begrijpelijke informatie en/of als de verzekerde niet in voldoende mate zijn eigen recht kan halen via een klachtenprocedure, werken de checks and balances in de Zvw minder goed. De risico's voor niet-naleving van de Zvw worden dan groter. Verzekerden kunnen dan onvoldoende tegendruk bieden aan de zorgverzekeraars en zullen minder snel 'stemmen met de voeten'.

4.2 Werking vereveningsmodel

Het risicovereveningssysteem³⁹ is een belangrijk middel om eventuele prikkels bij de zorgverzekeraars te verminderen om de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet na te laten. De Minister heeft in januari 2007 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd waarin hij heeft aangegeven langs welk tijdpad en onder welke voorwaarden de afbouw van ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem mogelijk is. In september 2007 heeft de Minister als vervolg daarop een uitwerking gegeven van het risicovereveningssysteem en de ex-post compensatiemechanismen voor 2008. Door de aanpassing van de ex-post compensatie en door het toevoegen van de kapitaallasten van het zogenaamde B-segment van de ziekenhuizen neemt de risicodragendheid voor de zorgverzekeraars in 2008 toe.

De NZa is voorstander van de afbouw van de ex post verevening omdat er dan meer prikkels in de markt ontstaan voor goede zorginkoop en keuzeondersteuning van verzekerden⁴⁰. Randvoorwaarde hierbij is dat de ex ante verevening adequaat werkt.

Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg, die vanaf 2008 onder de Zvw komt te vallen, is een eenvoudig risicovereveningsmodel vormgegeven. De Minister gaat voor deze categorie kosten voor het jaar 2008 uit van dit model, in combinatie met een aanzienlijke inzet van ex-post compensaties.

Voor het risicovereveningsmodel zal voor 2008 een modelaanpassing plaatsvinden door de toevoeging van een parameter ' Sociaal economische status ' (SES). Met ingang van 1 januari 2008 wordt bij de bepaling van de vereveningsbijdrage ook rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van de invoering van een verplicht eigen risico van 150 euro.

Er is geconstateerd, zie paragraaf 3.2.2, dat in het vereveningssysteem 2006 groepen zijn te onderscheiden waarvoor een voorspelbaar verschil tussen kosten en verevening bestaat. Consequentie hiervan is dat, als de ex post verevening wordt afgebouwd zonder dat de ex ante verevening tegelijkertijd wordt verbeterd, meer prikkels zouden kunnen ontstaan voor risicoselectie. Blijvende aandacht voor de verdere verbetering van het vereveningsmodel en de actualisatie van de parameterwaarden is van belang. Deze waarden moeten worden geactualiseerd op basis van recentere gegevens die recht doen aan recente wijzigingen zoals de invoering van DBC's en de uitbreiding van de verevening met gegevens van (ex)particulier verzekerden. Diverse partijen, waaronder het Ministerie van VWS en CVZ, zijn bezig met de voortdurende evaluatie en verbetering van het vereveningsmodel. Eén van de mogelijke verbeteringen van het systeem waarnaar onderzoek gedaan wordt, is de zogenaamde hoge risicoverevening.

Op basis van de voortdurende aandacht voor de mogelijkheden tot verbetering van het risicovereveningsmodel is de werking van het vereveningsmodel als randvoorwaarde binnen het RAM voldoende.

³⁹ Het huidige risicovereveningssysteem bestaat uit een ex ante verevening en een ex post verevening. Bij de ex ante verevening vindt vooraf een zo goed mogelijke compensatie plaats voor te verwachten verschillen in zorgkosten per verzekerde. De ex post verevening, compenseert achteraf een deel van de werkelijk gemaakte kosten.

⁴⁰ Zie NZa, Visiedocument Richting geven aan keuzes, mei 2007.

4.3 Transparantie

De consument moet op basis van juiste, volledige en betrouwbare informatie een verantwoorde beslissing kunnen nemen over het aanschaffen of aanhouden⁴¹ van een zorgverzekering. De NZa stelt met het transparantietoezicht vast of de beschikbare informatie voor de consument voldoet aan de eisen. Hiertoe zijn informatiepakketten en websites beoordeeld en is een enquête gehouden onder verzekerden. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek. Meer informatie is te vinden in de NZa-Monitor Zorgverzekeringsmarkt van juni 2007.

Verzekerden zoeken vooral naar informatie over premies en de dekking van de -aanvullende- verzekering. De informatieverstrekking door de zorgverzekeraars op deze aspecten is voor de basisverzekering goed. Voor de aanvullende verzekering heeft de NZa op basis van signalen onderzoek gedaan naar de transparantie van de vergoedingsoverzichten. Vooral voor de tandheelkundige zorg bleken de vergoedingsoverzichten bij een aantal verzekeraars niet transparant. Na interventie van de NZa hebben zij dit gecorrigeerd.

De zorgverzekeraars moeten de informatievoorziening aan de consument verder op de volgende aspecten verbeteren:

- de hoogte van de bijbetalingen bij niet-gecontracteerde zorg;
- benodigde machtigingen;
- informatie over de kwaliteit van de verzekerde zorg;
- de klachten- en bezwaarprocedure;
- de snelheid van de restitutie van nota's;
- de opzegmogelijkheden bij koop op afstand.

Deze verbeterpunten voor 2007 zijn grotendeels hetzelfde als die voor 2006. Wel is in 2007 de beschikbaarheid van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de begrijpelijkheid van de informatie in het algemeen verbeterd. Door de uitgifte van een nieuwe Richtsnoer Informatieverstrekking voor ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen wil de NZa verzekeraars stimuleren om hun informatievoorziening op onder meer bovenstaande aspecten te verbeteren. De NZa gaat na of de marktpartijen deze verbeteringen in voldoende mate doorvoeren. Indien nodig stelt de NZa nadere regels die zij vervolgens zal handhaven.

De NZa heeft diverse verzekeraars gecorrigeerd die onjuiste en/of onvolledige informatie gaven waardoor consumenten mogelijk werden misleid.

Vergelijkingsites

Ook vergelijkingsites zijn een belangrijke bron van informatie voor verzekerden. Er bestaat veel onduidelijkheid over de kwaliteit van deze sites, omdat de hierop vermelde gegevens niet in alle gevallen correct zijn. Via de vergelijkingswebsite kiesBeter.nl biedt de overheid onafhankelijke en betrouwbare keuze-informatie over het aanbod van zorg en zorgverzekeringen aan de consument. Vanaf 2007 kan de NZa, in overleg met VWS en het RIVM, aanpassingen aanbrengen in kiesBeter.nl om de transparantie op de markt te optimaliseren. Op aandringen van de NZa is besloten de databases met keuze-informatie waar kiesBeter.nl gebruik van maakt ook open te stellen voor andere marktpartijen (vergelijkingswebsites). Alle vergelijkingswebsites kunnen dan werken met juiste en onafhankelijke informatie, waardoor de kans

⁴¹ Behalve de informatie die voorafgaand aan het afsluiten van een polis wordt verstrekt aan consumenten, dient ook de informatie die gedurende de looptijd van de verzekering wordt verstrekt aan bepaalde (transparantie)eisen te voldoen.

dat een consument te maken krijgt met goede keuze-informatie toeneemt. Op dit moment wordt gewerkt aan het openstellen van de databases van kiesBeter.nl voor gebruik door andere partijen. In het vierde kwartaal van 2007 moet dit gerealiseerd zijn.

De NZa heeft op haar website een aantal tips staan voor het gebruik van vergelijkingssites door consumenten. In het transparantieonderzoek besteedt de NZa aandacht aan de kwaliteit van vergelijkingssites. De NZa gaat hierbij negen vergelijkingssites 'scoren' op diverse criteria, zoals volledigheid (bijvoorbeeld aantal zorgverzekeraars en aantal polissen), onafhankelijkheid (bijvoorbeeld hoe de site is gefinancierd), correctheid van de gegevens en inzichtelijkheid. De NZa maakt deze uitkomsten openbaar.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarde 'transparantie' in het RAM voldoende werkt voor de aspecten prijs en dekking van het (aanvullend) pakket. Op diverse andere aspecten zijn verbeteringen noodzakelijk.

4.4 Invloed van verzekerden

Het is van belang dat verzekerden over voldoende instrumenten beschikken om het gedrag of beleid van hun zorgverzekeraar te beïnvloeden.

De NZa heeft onderzoek verricht naar de effectiviteit van de instrumenten voor verzekerdeninvloed⁴². Daarbij gaat het om de instrumenten klachten- en geschillenregeling, overstappen naar een andere zorgverzekeraar, beïnvloeding door participatie in leden- of verzekerdenraden en het inschakelen van de rechter. Daarnaast is te denken aan het inschakelen van media of consumentenorganisaties. Het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, is dat klagen bij de zorgverzekeraar of Ombudsman zinvol kan zijn. De klachtenregelingen van de zorgverzekeraars en de klachtenbemiddeling door de Ombudsman zorgverzekeringen leiden in ongeveer de helft van de gevallen tot een verbetering voor de verzekerde. Het aantal geschillen dat in het voordeel van de verzekerde is beslecht, ligt aanzienlijk lager. Dit komt onder meer doordat in het voortraject al veel zaken worden opgelost. Een overgroot deel van de verzekerden blijkt overigens geen klachten te hebben en is tevreden over zijn zorgverzekeraar.

Als verzekerden klachten indienen maken zij vooral gebruik van de reguliere klachten- en geschillenprocedures. In mindere mate vindt inschakeling van leden- of verzekerdenraden, consumentenorganisaties of -programma's en de rechter plaats. Bij het gebruik van middelen voor verzekerdeninvloed zijn geen grote belemmeringen geconstateerd.

De belangrijkste acties en aanbevelingen van de NZa, die voortkomen uit het onderzoek, zijn:

– *vergroten bekendheid beschikbare instrumenten*

Uit het onderzoek blijkt dat de bekendheid van de beschikbare instrumenten bij verzekerden beperkt is. Verbetering van de informatieverstrekking over klachten- en geschillenregelingen en over opzeggmogelijkheden door zorgverzekeraars is noodzakelijk. De NZa bevordert dit via een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking en door overleg met ZN over aanpassing van de Gedragscode van de

⁴² Effectiviteit is hierbij beoordeeld aan de hand van de bekendheid, het gebruik en de ervaren knelpunten met de instrumenten. Het thematisch onderzoek Verzekerdeninvloed is te raadplegen op www.nza.nl.

- zorgverzekeraar. Daarnaast stimuleert de NZa om via kiesBeter.nl meer informatie te publiceren over overstappen naar een andere zorgverzekeraar en over klachten en geschillenregelingen;
- *nadere invulling begrip 'redelijke mate van invloed'*
Artikel 28 Zvw geeft aan dat zorgverzekeraars een waarborg in de statuten moeten bieden dat verzekerden een redelijke mate van invloed hebben op het beleid. Het begrip 'redelijke mate' is in de wet open gelaten. Het is de bedoeling dat partijen hieraan zelf invulling gaan geven. Pas als het veld dit onvoldoende oppakt, zal de NZa samen met de betrokken partijen de hoofdlijnen voor een kader uitzetten. Een minimum kader is ook van belang om goed toezicht te kunnen uitoefenen;
 - *vergroten uniformiteit in klachtenregistratie*
De NZa vindt dat er meer uniformiteit in de registratie en omschrijving/definitie van klachten moet komen in het belang van de transparantie voor de consument. De NZa heeft dit met ZN afgestemd. De verdere uitwerking vindt plaats in het maatschappelijke verantwoordingstraject van ZN.

Op basis van het onderzoek concludeert de NZa dat de randvoorwaarde 'verzekerdeninvloed' voldoende werkt.

4.5 Mobiliteit verzekerden

De NZa heeft voor haar monitor Zorgverzekeringsmarkt onderzoek gedaan naar de mobiliteit van verzekerden.

In 2006 was het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar hoog, ongeveer 18%. In 2007 is dit 4,4%. Dit percentage ligt iets boven het niveau van voor de stelselwijziging. Ook het percentage verzekerden dat heeft overwogen om over te stappen is gedaald, van 44% naar 11%. De daling van het aantal overstappers is in belangrijke mate toe te schrijven aan tevredenheid met de huidige zorgverzekeraar. Ook de perceptie dat overstappen onvoldoende premievoordeel oplevert, speelt bij niet-overgestapte verzekerden een rol. Daarnaast was er in 2006 veel publiciteit over de stelselwijziging en de mogelijkheid om over te stappen. Dit speelde een veel minder grote rol in 2007. De afname van de mobiliteit duidt niet op (ernstige) tekortkomingen van de zorgverzekeringsmarkt.

De invloed van selectie voor de aanvullende verzekering is in 2006 en 2007 klein. De nieuwe zorgverzekeraar moet door de 'oude' zorgverzekeraar verstrekte machtigingen overnemen. Ook heeft ZN een gezamenlijke overstapservice ontwikkeld. Deze aspecten versoepelen het overstappen voor verzekerden.

Op dit moment werkt de randvoorwaarde 'mobiliteit' in het RAM voldoende.

4.6 Conclusie

De NZa concludeert dat de randvoorwaarden voldoende werken voor een juiste inschatting van risico's in het RAM. De verzekerde kan overstappen naar een ander zorgverzekeraar (mobiliteit) en kan zijn recht halen (verzekerdeninvloed). Om de werking van verzekerdeninvloed verder te verbeteren stimuleert de NZa een betere informatieverstrekking over klachten- en geschillenregelingen en opzegmogelijkheden door zorgverzekeraars via een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking. Daarnaast bevordert de NZa om via kiesBeter.nl meer informatie over

overstappen en klachten- en geschillen te publiceren, en voert zij overleg met ZN over het vergroten van de uniformiteit in klachtenregistratie.

Op het gebied van informatievoorziening aan de consument (transparantie) is het beeld gemengd. De informatie over de premie en de dekking van het basispakket is goed. Dit zijn tevens de voornaamste punten waarop de consument zijn keuze voor een zorgverzekeraar en polis baseert. De transparantie van vergoedingsoverzichten van tandheeskundige zorg liet in een aantal gevallen te wensen over, maar is inmiddels gecorrigeerd. De informatievoorziening op diverse andere aspecten, waaronder de hoogte van bijbetalingen voor niet-gecontracteerde zorg, machtigingen en kwaliteit van de verzekerde zorg, dient te verbeteren. De NZa stimuleert verzekeraars om hun informatievoorziening op deze punten te verbeteren door de uitgifte van een nieuw Richtsnoer Informatieverstrekking. De NZa heeft diverse signalen ontvangen over onjuiste of onvolledige informatie en heeft interventies gepleegd bij diverse zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben vervolgens hun websites en/of brochures aangepast. Blijvende aandacht voor de verdere verfijning van het vereveningsmodel en actualisatie van de parameterwaardes is van belang. Diverse partijen, waaronder het Ministerie van VWS en CVZ, zijn hiermee bezig.

Bijlage 1. Overzicht signalen

Tabel 3. Top drie signalen

| | 2006 | 2007-06 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Signalen over een onjuiste beëindiging van de polis door de zorgverzekeraar (19 signalen, 6 interventies). | Signalen over minder zorg dan waar de verzekerde recht op heeft (10 signalen, 4 interventies). |
| 2. | Het niet naleven van diverse administratieverplichtingen door de zorgverzekeraar (16 signalen, 7 interventies). | Signalen over mogelijk misleidende algemene informatieverstrekking door de zorgverzekeraar (8 signalen, 5 interventies). |
| 3. | Signalen dat de zorgverzekeraar de verzekerde geen gelijke toegang geeft tot de zorgverzekering (15 signalen, 7 interventies). | Het niet naleven van diverse administratieverplichtingen door de zorgverzekeraar (6 signalen, 2 interventies). |
| | Signalen over mogelijk misleidende algemene informatieverstrekking door de zorgverzekeraar (15 signalen, 5 interventies). | |

Bron: Signaaldatabase NZa

Toelichting 2006

De signalen over een onjuiste beëindiging en ook grotendeels de signalen over een onjuiste naleving van de administratieverplichtingen houden verband met de overstapproblematiek in de overstapperiode 2005/2006. Zie paragraaf 3.5.1. Deze problemen speelden in 2007 veel minder. Signalen over mogelijk algemene misleidende informatie kwamen in 2006 vrij vaak voor. Ook in 2007 komen deze signalen nog binnen. Zie paragraaf 4.3.

De signalen over een ongelijke toegang tot de zorgverzekering hadden vooral betrekking op het mogelijk niet naleven van de acceptatieplicht en op collectiviteiten. Zie de paragrafen 3.2.2.1 en 3.2.2.2).

Toelichting 2007

In 2007 vallen vooral de signalen over minder zorg dan de wettelijke aanspraak op. Zie paragraaf 3.3.2.