

Samenvattend rapport

Uitvoering

Zorgverzekeringswet 2008

oktober 2009

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Vooraf | 5 |
| Managementsamenvatting | 7 |
| 1. Inleiding | 13 |
| 1.1 Wettelijk kader | 13 |
| 1.2 Risicoanalysemodel | 13 |
| 1.3 Toezicht NZa | 14 |
| 1.4 Handhaving | 15 |
| 1.5 Toezichtvisie Zvw | 17 |
| 1.6 Overige toezichtactiviteiten | 18 |
| 1.7 Afbakening rapport | 18 |
| 1.8 Leeswijzer | 19 |
| 2. Verantwoording en controle | 21 |
| 2.1 Inleiding | 21 |
| 2.2 Verantwoordingen | 21 |
| 2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw | 21 |
| 2.2.2 Staten CVZ | 22 |
| 2.3 Protocol | 23 |
| 3. Wettelijke verplichtingen | 25 |
| 3.1 Inleiding | 26 |
| 3.2 Toegang zorgverzekering | 26 |
| 3.2.1 Modelovereenkomsten | 26 |
| 3.2.2 Gelijke toegang aangeboden polisvarianten | 27 |
| 3.2.2.1 Acceptatieplicht | 28 |
| 3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie | 28 |
| 3.2.2.3 Risicoselectie | 29 |
| 3.2.3 Beëindiging polis | 30 |
| 3.3 Toegang tot de zorg | 30 |
| 3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg | 30 |
| 3.3.2 Zorg volgens wettelijke aanspraak | 31 |
| 3.3.3 Tijdigheid zorg | 33 |
| 3.3.4 Kwaliteit zorg | 33 |
| 3.4 Betaalbaarheid | 34 |
| 3.4.1 Eigen betalingen | 34 |
| 3.4.2 Uitvoering regeling compensatie chronisch zieken | 35 |
| 3.4.3 Vereveningsopgave | 35 |
| 3.5 Overige verplichtingen Zvw | 38 |
| 3.5.1 Verplichtingen rond in- en uitschrijving | 38 |
| 3.5.2 Verplichtingen verslaglegging en gegevensverstrekking | 39 |
| 3.5.3 Ontkoppeling basis- en aanvullende verzekering | 39 |
| 3.5.4 Boetebeschikkingen | 40 |
| 3.5.5 Verwerking persoonsgegevens | 40 |
| 3.6 Conclusie | 41 |
| 4. Randvoorwaarden | 43 |
| 4.1 Inleiding | 43 |
| 4.2 Werking vereveningsmodel | 44 |
| 4.3 Transparantie | 44 |
| 4.4 Invloed van verzekerden | 46 |
| 4.5 Mobiliteit verzekerden | 46 |
| 4.6 Conclusie | 47 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Bijlage 1. Overzicht signalen | 49 |
| Bijlage 2. Risico's RAM | 51 |

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars. Daarbij gaat het om de naleving van de publieke randvoorwaarden door de zorgverzekeraars zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en andere bepalingen in de Zvw¹. De NZa rapporteert hierover jaarlijks in een samenvattend rapport. In dit rapport komt aan de orde hoe de zorgverzekeraars de Zvw hebben uitgevoerd en de activiteiten die de NZa heeft ondernomen en gaat ondernemen. Het consumentenbelang, bestaande uit toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, is bij deze activiteiten leidend. Voor de totstandkoming van dit rapport is vooral gebruik gemaakt van eigen onderzoeken en van verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars hebben de Zvw in 2008 voor het derde jaar uitgevoerd. Het algehele beeld is dat zij dit in voldoende mate hebben gedaan. Deze conclusie volgt uit de uitgevoerde (thematische) onderzoeken, het risicoanalysemodel, signalen, de beoordeling van modelovereenkomsten, de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars, het vereveningsonderzoek en informatie van andere marktpartijen. Het aantal afwijkingen van de wettelijke vereisten uit de Zvw was beperkt en de gevolgen hiervan zijn gecorrigeerd. Voor deze correcties heeft de NZa geïntervenieerd bij zorgverzekeraars en heeft zij ook gebruik gemaakt van haar formele handhavinginstrumenten. De NZa heeft de indruk dat het veld steeds beter bekend raakt met de regels en de werking van het stelsel. Dit blijkt onder andere uit de afname van het aantal signalen over zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zvw.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarden voor de uitvoering van de Zvw voldoende werken. Bij de zorgverzekeringspolis blijft transparante informatieverstrekking over onder andere het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg een aandachtspunt. De NZa heeft de zorgverzekeraars gewezen op de benodigde verbeteringen².

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. E.J. Mulock Houwer
lid Raad van Bestuur a.i.

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

¹ Daarmee onderscheidt het samenvattend rapport zich van de jaarlijkse monitor Zorgverzekeringsmarkt, die is gericht op ontwikkelingen in de markt, het aanbod en het overstapgedrag van verzekerden en de gevolgen voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid (NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt, juni 2009).

² Op grond van de bevindingen uit het transparantieonderzoek (zie paragraaf 4.3).

Managementsamenvatting

Conclusie

De zorgverzekeraars hebben de Zvw in 2008 voldoende uitgevoerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kwalificeert de uitvoering als voldoende als het aantal afwijkingen van de wettelijke vereisten uit de Zvw beperkt is en de gevolgen daarvan zijn gecorrigeerd. Het algemene beeld is dat de zorgverzekeraars in 2008 hebben voldaan aan de eisen uit de Zvw. De NZa concludeert dit op basis van de uitgevoerde thematische onderzoeken, het risicoanalysemodel, signalen, de beoordeling van modelovereenkomsten, de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars, het vereveningsonderzoek en informatie van andere marktpartijen.

Dit is het derde samenvattende rapport dat de NZa uitbrengt. Op hoofdlijnen is sprake van een vrij constante, licht positieve tendens bij de uitvoering van de Zvw in de periode 2006-2008. Indicatoren die hierop wijzen zijn onder andere een afname van het aantal signalen over zorgverzekeraars en verbeteringen bij de verevening.

Doelstelling

Met dit rapport informeert de NZa de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in het verslagjaar 2008³. Het rapport gaat in op de naleving van de publieke randvoorwaarden acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht door de zorgverzekeraars. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan deze publieke randvoorwaarden en andere verplichtingen uit de Zvw.

Het rapport belicht het kalenderjaar 2008. Om het rapport zo actueel mogelijk te maken, zijn hierin ook de onderzoeksbevindingen tot 1 juli 2009 opgenomen⁴. Er is enige overlap met het samenvattende rapport 2007 omdat daarin ook de bevindingen over de eerste helft van 2008 waren opgenomen.

Toezichtmethodiek

Het toezicht van de NZa is risico georiënteerd, gericht en gedoseerd door te werken met een RisicoAnalyseModel (RAM). Met het RAM wordt vastgesteld welke risico's kunnen optreden op het niveau van de zorgverzekeringssector als geheel (systeemniveau), wat de kans van optreden van deze risico's is en wat de negatieve effecten hiervan zijn. De risico-georiënteerde toezichtmethodiek maakt het mogelijk om jaarlijks op andere aspecten in het toezicht de nadruk te leggen.

Handhaving

De NZa kan op verschillende manieren bewerkstelligen dat zorgverzekeraars wet- en regelgeving naleven. Naast normoverdragende gesprekken en brieven kan zij formele handhavingsinstrumenten inzetten. Dit zijn het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom en/of bestuurlijke boete aan zorgverzekeraars en het toepassen van bestuursdwang. Ook kan de NZa de getroffen handhavingmaatregelen openbaar maken.

³ Dit is vastgelegd in artikel 24 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

⁴ Voor ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt wordt verwezen naar de 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt' (NZa: 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt' juni 2008 en juni 2009).

In 2008 en de eerste helft van 2009 heeft de NZa verschillende keren geïntervenieerd bij zorgverzekeraars om hen te corrigeren of bij te sturen in de uitvoering van de Zvw en/of Wmg⁵. Behalve brieven en gesprekken heeft de NZa gebruik gemaakt van formele handhavingsinstrumenten. Daarbij ging het onder andere om zorgverzekeraars die de acceptatieplicht niet volledig naleefden of hierover onjuiste informatie verstrekten en het niet (tijdig) nakomen van aanleververplichtingen voor verantwoordingsinformatie.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal geregistreerde signalen over het toezicht op de zorgverzekeraars en het naar aanleiding van deze signalen gepleegde aantal interventies. Ook is het aantal ingezette formele handhavingsinstrumenten, uitgesplitst naar instrument, weergegeven en de verhouding tussen het aantal interventies plus handhavingsinstrumenten en signalen.

Uit de tabel blijkt dat het aantal signalen in de periode 2006-2008 is afgenomen. Naar verwachting komt dit doordat zorgverzekeraars beter bekend zijn met de regelgeving en de werking van het stelsel. Hoewel het aantal signalen is verminderd, heeft de NZa hierbij verhoudingsgewijs wel vaker ingegrepen. De verklaring hiervoor is ten eerste dat de aard van de signalen het nodig maakte om vaker op te treden. Ten tweede is de wet- en regelgeving inmiddels duidelijk(er) geworden, zodat minder misverstanden bestaan over de interpretatie van bepaalde regels zoals in 2006 en in 2007 nog het geval was. Bij de interventies in 2008 is minder gebruik gemaakt van formele handhavingsinstrumenten dan in 2007.

Tabel 1. Overzicht aantal interventies en inzet handhavinginstrumenten in verband met signalen

| | 2006 | 2007 | 2008 | Eerste helft 2009 |
|---|------|------|------|-------------------|
| Aantal signalen | 130 | 82 | 52 | 32 |
| Aantal interventies | 45 | 25 | 30 | 14 |
| Aantal aanwijzingen | - | 14 | 6 | 0 |
| Aantal lasten onder dwangsom | - | 0 | 0 | 0 |
| Interventies/handhaving t.o.v. signalen | 35% | 48% | 69% | 44% |

Bron: Database signalen, overzicht handhavingsmaatregelen.

Behalve de aanwijzingen in verband met signalen heeft de NZa in 2008 ook aanwijzingen opgelegd in verband met de verplichtingen tot aanlevering van informatie (zie Tabel 2). Daarbij ging het om informatie over de stand van zaken over de uitvoering van de boeteregeling en de aanlevering van verantwoordingsinformatie zoals het uitvoeringsverslag, en de diverse opgaven voor de verevening.

Voor de toename van het aantal aanwijzingen in 2008 zijn twee hoofdredenen te geven. Ten eerste is het aantal in te dienen documenten groter dan in 2007, doordat de NZa aanvullende informatie over de uitvoering van de boeteregeling heeft opgevraagd. Ten tweede heeft de NZa de indieningstermijnen strikter gehandhaafd. In 2009 hebben zorgverzekeraars zich beter aan de indieningstermijnen gehouden en zijn geen aanwijzingen opgelegd.

⁵ De interventies op grond van de Wmg hebben vooral betrekking op informatieverplichtingen.

Tabel 2. Overzicht inzet handhavinginstrumenten in verband met informatieverplichtingen

| | 2006 | 2007 | 2008 | Eerste helft 2009 |
|------------------------------|------|------|------|-------------------|
| Aantal aanwijzingen | - | 1 | 57 | - |
| Aantal lasten onder dwangsom | - | 1 | - | - |

Bron: Overzicht handhavingmaatregelen

Toegankelijkheid van de zorgverzekering

De zorgverzekering is voldoende toegankelijk. Van belang voor de toegankelijkheid zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en risicoselectie. De NZa heeft een aanwijzing gegeven aan een aantal zorgverzekeraars die de acceptatieplicht niet volledig naleefden. Deze zorgverzekeraars weigerden aspirant-verzekerden voor de basisverzekering omdat zij een betalingsachterstand hadden bij hun huidige verzekeraar. De betreffende zorgverzekeraars hebben toegezegd hun handelwijze voor 2009 aan te passen. Ook hebben alle zorgverzekeraars aangegeven dat hun acceptatiebeleid voor 2009 in lijn is met de Zvw. Bij de beoordeling van de verantwoordingsinformatie over 2009 schenkt de NZa extra aandacht aan mogelijke overtredingen van de acceptatieplicht.

Risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie komt op dit moment niet voor. Wel zijn er ontwikkelingen buiten de reikwijdte van de Zvw waarbij zorgverzekeraars zich richten op specifieke, voor hen aantrekkelijke groepen verzekerden. Uit oogpunt van risicoselectie is de omvang hiervan echter beperkt. Een voorbeeld van zulke ontwikkelingen zijn constructies met collectieve verzekeringen, waarbij het verplicht (en eventueel vrijwillig) eigen risico wordt afgekocht via een aanvullende verzekering. Verzekerden worden echter niet geweigerd op basis van persoonskenmerken. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit vlak nauwgezet volgen, zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt.

Toegankelijkheid van de zorg

Er zijn geen indicaties dat verzekerden onvoldoende toegang hebben tot zorg. De NZa doet momenteel vervolgonderzoek naar de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht en rapporteert hierover in 2010. Aandachtspunten zijn de borging van de zorgplicht bij en door zorginkoop, toestemmingsprocedures en het recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling.

De NZa heeft actie ondernomen naar aanleiding van signalen over zorgverzekeraars die onjuiste informatie verstrekten over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kregen ten onrechte niets vergoed, terwijl zij volgens de polisvoorwaarden wel recht hadden op vergoeding, bijvoorbeeld ter hoogte van 80%. Na optreden van de NZa hebben deze zorgverzekeraars hun gedrag aangepast.

Enkele verzekeraars bleken de regelgeving voor de verstrekking van hulpmiddelen voor elastische kousen nog steeds onjuist toe te passen. Zorgverzekeraars zijn verplicht om dit hulpmiddel te vergoeden omdat het onder de verzekerde prestaties van de Zvw valt. De NZa heeft normconform gedrag afgedwongen via brieven. De zorgverzekeraars hebben bevestigd dat hun handelwijze nu in lijn is met wet- en regelgeving. Sindsdien heeft de NZa geen signalen meer ontvangen.

De NZa heeft geadviseerd om het experiment met het Persoonsgebonden budget (PGB) in de huidige vorm na 1 januari 2010 te beëindigen. Dit experiment omvat een PGB voor hulpmiddelen voor verzekerden met een visuele beperking en een PGB voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het PGB biedt in de huidige vorm weinig meerwaarde en de administratieve lasten voor een PGB-aanvraag zijn hoger dan bij verstrekking van zorg in natura of via restitutie. Daarnaast sluit het PGB in de huidige vorm niet goed aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in een marktomgeving ervaren.

Kwaliteit

Bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over zorginkoop is de aandacht voor kwaliteit toegenomen, maar is de prijs nog steeds doorslaggevend. Initiatieven om kwaliteit transparant te maken zijn in volle gang maar hebben tijd nodig. De NZa adviseert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij de keuze van sectoren waarvoor kwaliteitsindicatoren moeten worden ontwikkeld.

Betaalbaarheid van de zorg

Bij de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico is bij een klein deel van de rechthebbenden (2,5%) vertraging opgetreden bij de uitbetaling van de compensatie. De zorgverzekeraars, Vektis en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) hebben diverse acties ondernomen waardoor inmiddels veel is verbeterd. Vanuit het perspectief van het consumentenbelang blijft de NZa de uitvoering van de compensatieregeling volgen.

De zorgverzekeraars hebben in het algemeen de bij het vorige verantwoordingsonderzoek geconstateerde bevindingen over de afhandeling van 2006 goed opgevolgd. In enkele gevallen waarbij de bevindingen niet (volledig) zijn afgehandeld heeft de NZa de zorgverzekeraars gevraagd naar de reden hiervoor. De NZa heeft bij de zorgverzekeraars sterk aangedrongen op verbeteringen bij volmachten. Zij hebben hieraan gehoor gegeven en diverse acties ondernomen om de betrouwbaarheid van gegevens bij volmachten te verbeteren. Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft de gevraagde verbeteringen inzake de boeteregeling doorgevoerd of is met de uitvoering gestart. Uit het verantwoordingsonderzoek 2008 blijkt (voorlopig) dat veel zorgverzekeraars de boeteregeling inmiddels op hoofdlijnen naar tevredenheid uitvoeren. Omdat binnenkort een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend over de herziening van de boeteregeling, heeft de NZa besloten vooralsnog geen extra acties te ondernemen en eerst meer duidelijkheid over de nieuwe regeling af te wachten.

Andere voorlopige bevindingen zijn dat verzekeraars hun controlemethodiek verder hebben verbeterd, maar dat nog een verbeteringslag is te maken bij het toetsen van de risicoanalyse op de specifieke situatie van de individuele verzekeraar. Aandachtspunten zijn resterende vragen rond volmachten en verbeteringen bij de basisvoorwaarden voor de materiële controle. Uit het verantwoordingsonderzoek volgen geen indicaties dat verzekeraars structureel meer ten laste brengen van de zorgverzekering dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

Overige verplichtingen

De administratieve afhandeling van de overstapperiode 2008/2009 is in het algemeen soepel verlopen. Tijdens deze overstapperiode heeft de NZa de opzegservices van alle zorgverzekeraars gecontroleerd op de mogelijkheid tot behoud van de aanvullende verzekering bij opzegging van de basisverzekering. In 2008 had de meerderheid van de

zorgverzekeraars namelijk een opzegservice waarbij het niet mogelijk was om alleen de aanvullende verzekering te behouden. Na enkele aanvullende interventies van de NZa is het inmiddels bij alle opzegservices mogelijk om uitsluitend de aanvullende verzekering voort te zetten.

Zorgverzekeraars hebben in 2007 beter invulling gegeven aan materiële controles dan in 2006. Verdere verbeteringen blijven echter mogelijk. Dat blijkt uit het onderzoek van de NZa naar de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars. Op grond van het onderzoek heeft de NZa voor alle zorgverzekeraars individueel verbeterpunten geformuleerd en hen gevraagd zich over de opvolging hiervan te verantwoorden.

De zorgverzekeraars hebben veel verbeterpunten uit het onderzoek naar de naleving van privacywetgeving opgevolgd. Dit laat onverlet dat alle zorgverzekeraars nog één of meerdere verbeterpunten hebben openstaan of de ingezette verbeteracties nog niet volledig hebben afgerond.

Werking randvoorwaarden

Bij de inschatting van de risico's voor de naleving van de wettelijke verplichtingen gaat de NZa uit van een aantal randvoorwaarden. Dit zijn de werking van het vereveningsmodel, transparantie, invloed van verzekerden en mobiliteit van verzekerden. De NZa concludeert dat deze randvoorwaarden nog steeds voldoende werken voor een goede risico-inschatting in het RAM.

Alle zorgverzekeraars hebben de invloed van verzekerden geborgd in hun statuten. Daarnaast hebben zij hun informatieverstrekking over het indienen van klachten en geschillen op verzoek van de NZa verbeterd. Hiermee beschikken verzekerden over een handvat om zonedig hun recht te halen. Binnen het stelsel van de Zvw zijn er geen factoren die de mobiliteit onnodig belemmeren. Verzekerden kunnen van zorgverzekeraar wisselen, maar maken beperkt gebruik van de overstapmogelijkheden. De informatieverstrekking aan verzekerden kent nog een aantal tekortkomingen (transparantie). Vooral de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg schiet tekort. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken, waarna zij hun informatieverstrekking hebben aangepast of hebben toegezegd deze te zullen aanpassen. De NZa blijft de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in 2009 volgen via een *self assessment*. Daarbij moeten verzekeraars zich verantwoorden over de naleving van de transparantievereisten. Het *self assessment* sluit aan bij de principes uit de toezichtvisie van de NZa, waarin toezicht op afstand en verdiend vertrouwen centraal staan. De kwaliteit van de informatie op vergelijkingsites voor zorgverzekeringen is verder verbeterd.

Door aanpassingen in de ex-post verevening is de risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van DBC's uit het B-segment toegenomen. De NZa staat hier positief tegenover, omdat hierdoor meer prikkels in de markt ontstaan voor goede zorginkoop en keuzeondersteuning van verzekerden.

Follow-up acties samenvattend rapport 2007

De NZa heeft in het samenvattend rapport 2007 een aantal acties aangekondigd. De follow-up die aan deze acties is gegeven komt in dit rapport aan de orde. Daarbij gaat het om:

- afronding van de bredere evaluatie van het Persoonsgebonden budget Zvw (paragraaf 3.3.2);
- verdiepend onderzoek materiële controle (paragraaf 3.4.3);

- follow-up onderzoek privacy (paragraaf 3.5.6);
- monitor eigen risico (paragraaf 3.4.2);
- follow-up onderzoek zorgplicht (paragraaf 3.3);
- onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingssites voor het zorgaanbod;
- vaststellen en toepassen van een toetsingskader voor de transparantie van de zorg (paragraaf 4.3).

Alle aangekondigde acties zijn gestart of afgerond, met uitzondering van het onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingssites voor het zorgaanbod. Dit onderzoek start in 2009; rapportage vindt naar verwachting in 2010 plaats.

Acties NZa 2009/2010:

- onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingssites voor het zorgaanbod;
- afronding vervolgonderzoek zorgplicht (deelonderzoek zorginkoop).

Vooruitblik

De NZa gaat de principes uit haar toezichtvisie de komende periode verder uitwerken en toepassen in de praktijk. Daartoe worden onder andere instrumenten voor het principe 'verdiend vertrouwen' ontwikkeld. Verdiend vertrouwen houdt in dat de NZa een lichter toezichtregime hanteert als zorgverzekeraars hun intern toezicht goed hebben georganiseerd en uit hun verantwoording blijkt dat zij wet- en regelgeving naleven. Verdiend vertrouwen betekent ook dat de NZa streng optreedt c.q. kan optreden als partijen het vertrouwen beschamen.

De NZa heeft het principe 'verdiend vertrouwen' al ingezet door een experiment met interne certificering voor diversen gegevensopgaven voor de verantwoording 2007 (zie paragraaf 2.3). Dit experiment wordt verder uitgebreid naar interne certificering van het uitvoeringsverslag. Een ander voorbeeld van de toepassing van verdiend vertrouwen is het self assesment waarmee in 2009 de naleving van de transparantievereisten door verzekeraars wordt getoetst (zie paragraaf 4.3).

1. Inleiding

1.1 Wettelijk kader

De NZa rapporteert op grond van artikel 24 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) jaarlijks vóór 1 november aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) haar bevindingen over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in een samenvattend rapport. Dit rapport gaat in op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in 2008. Om de actualiteitswaarde te verhogen, is ook de uitvoering in 2009 betrokken⁶. Er is enige overlap met het samenvattend rapport 2007 omdat daarin ook de bevindingen over de eerste helft van 2008 zijn betrokken. Het samenvattend rapport is openbaar en staat op www.nza.nl.

1.2 Risicoanalysemodel

De NZa houdt risicogeorieënteed en gedoseerd toezicht op de zorgverzekeraars. Daartoe gebruikt zij het Risicoanalysemodel (RAM)⁷. Dit model definieert, mede vanuit de relevante wetgeving (Zvw, Wmg), een aantal risico's dat op systeemniveau kan optreden. De focus ligt daarbij op aspecten waar het consumentenbelang in gevaar kan komen. Deze risicogeorieënteede methodiek maakt het mogelijk om jaarlijks andere accenten te leggen in het toezicht.

Eén van de uitgangspunten van het RAM is dat de NZa alleen additionele (verantwoordings-)informatie opvraagt als daartoe aanleiding is. Voor de risico's die in het RAM als laag zijn ingeschat, vraagt de NZa in beginsel geen structurele verantwoordingsinformatie op bij de zorgverzekeraars, maar baseert zij zich op signalen. Ook maakt de NZa zoveel mogelijk gebruik van andere beschikbare informatie, zoals informatie van andere toezichthouders, consumentenorganisaties en websites van zorgverzekeraars. Zo worden de administratieve toezichtlasten voor de zorgverzekeraars zoveel mogelijk beperkt.

De inschaling van de risico's in het RAM wordt bepaald door de kans dat een risico optreedt en het negatieve effect hiervan op de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De kans dat een risico optreedt, vermindert door controle- en beheersmechanismen (checks and balances) in het stelsel. Voorbeelden van zulke risicoverlagende factoren zijn dat verzekerden hun recht kunnen halen door het indienen van klachten of dat zij kunnen dreigen met overstappen. Hierdoor kunnen verzekerden de zorgverzekeraars 'bijsturen' in de uitvoering van de Zvw. Het totaaloordeel over de kans op optreden van een risico en het negatieve effect hiervan bepaalt de uitkomst van het RAM.

Daarbij zijn drie soorten risico's te onderscheiden:

- lage (groene) risico's: hiervoor vraagt de NZa geen structurele informatie uit; het toezicht is vooral gebaseerd op signalen (passief);

⁶ Dit betreft vooral de beoordeling van de modelovereenkomsten 2009, in 2009 uitgevoerde thematische onderzoeken en ontvangen signalen (van verzekerden, media, andere toezichthouders, en dergelijke) tot 1 juli 2009.

⁷ Een uitgebreide beschrijving van het RAM is te vinden in de Brochure RisicoAnalyseModel, januari 2007, op www.nza.nl.

- gemiddelde (oranje) risico's: hiervoor houdt de NZa actief toezicht en let goed op of er signalen zijn die duiden op onvoldoende beheersing van de risico's;
- hoge (rode) risico's: de NZa houdt intensief toezicht en voert zondig onderzoek uit.

De uitkomsten van het RAM bepalen de intensiteit van het toezicht. Het RAM is een dynamisch model dat periodiek wordt herijkt op basis van de ontvangen signalen en onderzoeksbevindingen. Ook de indeling van de risico's wordt periodiek opnieuw beoordeeld en zo nodig aangepast. Ontwikkelingen rond risico's op basis van gewijzigde regelgeving, onderzoeksbevindingen en signalen uit de markt kunnen leiden tot een nieuwe rangschikking en waardering van risico's in het RAM.

Na drie jaar het RAM te hebben gebruikt, concludeert de NZa dat dit instrument toereikend is om de toezichtactiviteiten te richten en te doseren. Het RAM is een adequaat middel om de belangrijkste risico's op de zorgverzekeringsmarkt in kaart te brengen. De NZa is momenteel bezig om ook een RAM te ontwikkelen voor andere deelsectoren, bijvoorbeeld zorgaanbieders.

1.3 Toezicht NZa

Het toezicht concentreert zich op afwijkingen van de wettelijke vereisten uit de Zvw (publieke randvoorwaarden), zowel op het niveau van de zorgverzekeringssector als geheel als op het niveau van individuele zorgverzekeraars. Als de NZa afwijkingen constateert, treedt zij corrigerend op bij individuele zorgverzekeraars. Behalve corrigerend optreden bij individuele zorgverzekeraars treedt de NZa signalerend op door tekortkomingen van het systeem te melden aan beleidsverantwoordelijken.

Activiteiten die de NZa jaarlijks uitvoert in het kader van het toezicht op de Zvw zijn:

- de beoordeling van modelovereenkomsten (zie paragraaf 3.2.1);
- onderzoek vereveningsopgaven (zie paragraaf 3.4.3).

Ook verricht de NZa op grond van het toezicht op de Wmg jaarlijks transparantieonderzoek (zie paragraaf 4.3).

De concrete toezichtactiviteiten worden mede bepaald door de uitkomsten van het RAM. Ten opzichte van vorig jaar is het RAM weinig gewijzigd. Inhoudelijk is slechts sprake van een beperkte herordening van risico's. Eén risico is in een andere categorie geplaatst ('verzekeraar berekent eigen betalingen onjuist' van de categorie 'Toegang tot de zorg' naar 'Betaalbaarheid zorgstelsel') en van één risico waarvan nog geen inschaling was gemaakt, is dit gebeurd ('zorgverzekeraar verwerkt persoonsgegevens onzorgvuldig' (oranje). Daarnaast zijn twee nieuwe risico's toegevoegd. Dit zijn 'onjuiste uitvoering van de compensatieregeling door het CAK' en 'de ziektekostenverzekeraar betaalt of vergoedt een tarief dat niet gedeclareerd mag worden door een zorgaanbieder'. Dit laatste risico valt buiten de Zvw en komt daarom in dit rapport niet verder aan de orde. De wijzigingen zijn opgenomen in de toezichtwerkzaamheden.

De NZa kan voor oranje en rode risico's thematische onderzoeken uitvoeren. Via het werkprogramma worden de onderwerpen voor deze onderzoeken geselecteerd. Daarnaast kunnen de uitvoeringsverslagen

van zorgverzekeraars als aanvullende informatiebron worden gebruikt. Voor onderwerpen waarvoor een eerste nulmeting is uitgevoerd wordt na een bepaalde periode een vervolgonderzoek gedaan. De NZa heeft in de periode 2008/2009 de volgende (thematische) onderzoeken verricht:

- brede evaluatie PGB-experiment (zie paragraaf 3.3.2);
- zittend ziekenvervoer (zie paragraaf 3.3.5);
- onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door de verzekeraars (zie paragraaf 3.5.5);
- onderzoek naar vergelijkingsites voor zorgverzekeringen (zie paragraaf 4.3);
- monitor eigen risico (zie paragraaf 3.4.2);
- onderzoek materiële controle (zie paragraaf 3.4.3).

Behalve (thematische) onderzoeken hebben signalen van verzekerden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, andere toezichthouders en belangenpartijen zoals Consumentenbond en NPCF, een belangrijke functie in het toezicht⁸. Zonodig vraagt de NZa naar aanleiding van signalen aanvullende informatie op. Voor de oranje en rode risico's gaat de NZa actief na of er signalen zijn door het periodiek beoordelen van onder andere reclame-uitingen, brochures en websites van zorgverzekeraars.

Het type signalen in 2008 is hetzelfde als in 2007 en 2006. In alle jaren hebben de meeste signalen betrekking op informatieverstrekking en de zorgplicht. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de top drie van ontvangen signalen in 2006, 2007, 2008 en de eerste helft van 2009. De signalen uit de eerste helft 2009 gaan vooral over de uitvoering van de Wmg (informatieverstrekking).

1.4 Handhaving

Als een zorgverzekeraar een overtreding heeft begaan, kan de NZa overgaan tot handhaving. Zij kan er voor kiezen om eerst met een gesprek en/of een brief normconform gedrag te bereiken. Als dit niet toereikend is kan de NZa formele handhavinginstrumenten inzetten. Daarbij wordt een instrument ingezet dat in verhouding staat tot de overtreding (evenredigheid). Handhaving is er immers op gericht om naleving van de wet te bewerkstelligen.

De NZa beschikt over de volgende formele handhavinginstrumenten:

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

Naar aanleiding van signalen heeft de NZa 30 interventies gepleegd in 2008. Daarbij zijn zorgverzekeraars met brieven of telefoongesprekken aangestuurd op gedragsaanpassing. Door deze interventies zijn de zorgverzekeraars zich normconform gaan gedragen. In de eerste helft van 2009 heeft de NZa 14 interventies gepleegd.

Daarnaast heeft de NZa zes aanwijzingen opgelegd aan zorgverzekeraars in 2008. Daarbij ging het om het niet volledig naleven van de

⁸ Deze signalen komen onder meer binnen via een informatielijn/meldpunt. De Informatielijn is op werkdagen bereikbaar op telefoonnummer 0900-770 70 70 (€ 0,05 per minuut). Vragen, klachten of meldingen kunnen ook per e-mail worden ingediend: informatielijn@nza.nl.

acceptatieplicht en onjuiste informatieverstrekking hierover. Deze aanwijzingen zijn alle opgevolgd.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal geregistreerde signalen inzake het toezicht op de zorgverzekeraars, het naar aanleiding van deze signalen gepleegde aantal interventies en het aantal ingezette formele handhavingsinstrumenten (uitgesplitst naar instrument), alsmede de verhouding hiertussen.

Tabel 1. Overzicht aantal interventies en inzet handhavingsinstrumenten in verband met signalen

| | 2006 | 2007 | 2008 | Eerste helft 2009 |
|---|------|------|------|-------------------|
| Aantal signalen | 130 | 82 | 52 | 32 |
| Aantal interventies | 45 | 25 | 30 | 14 |
| Aantal Aanwijzingen | - | 14 | 6 | 0 |
| Aantal last onder dwangsom | - | 0 | 0 | 0 |
| Interventies/handhaving t.o.v. signalen | 35% | 48% | 69% | 44% |

Bron: Database signalen, overzicht handhavingsmaatregelen.

Het aantal signalen over zorgverzekeraars is in de periode 2006-2008 afgenomen. Vermoedelijk komt dit omdat zorgverzekeraars inmiddels beter bekend zijn met de Zvw en de werking van het stelsel. Ook informeren zorgverzekeraars vooraf bij de NZa of bepaalde voorgenomen activiteiten zijn toegestaan. Uit overleg tussen de NZa en de Consumentenbond en tussen de NZa en de NPCF bleek dat ook deze consumentenorganisaties het afgelopen jaar minder signalen over ziektekostenverzekeraars hebben ontvangen. Hoewel het aantal signalen is afgenomen, heeft de NZa hierbij verhoudingsgewijs wel vaker ingegrepen. De verklaring hiervoor is ten eerste dat de aard van de signalen het nodig maakte om vaker op te treden. Ten tweede is de wet- en regelgeving inmiddels duidelijk(er) geworden, zodat minder misverstanden bestaan over de interpretatie van bepaalde regels zoals in 2006 en in 2007 nog wel het geval was. Bij de interventies in 2008 zijn vaker 'informele' middelen, zoals brieven en gesprekken, dan formele instrumenten gebruikt dan in 2007.

Naast de aanwijzingen in verband met signalen heeft de NZa in 2008 ook aanwijzingen opgelegd wegens de verplichtingen tot aanlevering van informatie (zie Tabel 2). Daarbij ging het om de aanlevering van verantwoordingsinformatie zoals het uitvoeringsverslag, opgaven voor de verevening en de jaarstaten en aanvullende informatie over de uitvoering van de boeteregeling. Voor de toename van het aantal aanwijzingen in 2008 zijn twee hoofdredenen te geven. Ten eerste is het aantal in te dienen documenten groter dan in 2007, door de (incidentele) uitvraag van aanvullende informatie over de boeteregeling. Ten tweede heeft de NZa de indieningstermijnen strikter gehandhaafd. In 2009 hebben zorgverzekeraars zich beter aan de indieningstermijnen gehouden. In de eerste helft van 2009 zijn geen aanwijzingen opgelegd.

Tabel 2. Overzicht inzet handhavinginstrumenten in verband met informatieverplichtingen

| | 2006 | 2007 | 2008 | Eerste helft 2009 |
|------------------------------|------|------|------|-------------------|
| Aantal aanwijzingen | - | 1 | 57 | - |
| Aantal lasten onder dwangsom | - | 1 | - | - |

Bron: Overzicht handhavingmaatregelen

1.5 Toezichtvisie Zvw

Op 20 maart 2009 heeft de NZa het visiedocument Zicht op toezicht gepubliceerd⁹. Deze toezichtvisie beschrijft de algemene uitgangspunten van het toezichtbeleid van de NZa en het doel daarvan. De NZa gaat de beginselen uit de toezichtvisie de komende periode verder uitwerken en toepassen in haar toezichtwerkzaamheden. Daartoe worden ook instrumenten voor het concept 'verdiend vertrouwen' (zie hierna) verder ontwikkeld.

Een belangrijk uitgangspunt van het toezicht van de NZa is dat marktpartijen zelf verantwoordelijk zijn voor juist marktgedrag. Dit uitgangspunt past in het nieuwe zorgstelsel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars een grotere vrijheid hebben om op doelmatige wijze kwalitatief goede en toegankelijke zorg aan te bieden (zorg op maat). Waar sprake is van gereguleerde marktwerking gaat de focus verschuiven van nalevings- en uitvoeringstoezicht naar meer markttoezicht. Op markten die (vooralsnog) niet voor gereguleerde marktwerking in aanmerking komen, ligt de nadruk in het toezicht op de naleving en uitvoering van de verplichtingen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben op grond van de Zvw, Wmg, en AWBZ.

Het *Leitmotiv* in de toezichtvisie is het beginsel 'verdiend vertrouwen'. Dit houdt in dat als zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan bepaalde voorwaarden voldoen de NZa in beginsel een lichter toezichtregime zal hanteren. Daar staat tegenover dat de NZa streng zal optreden als marktpartijen dit vertrouwen beschamen. Bij zorgverzekeraars is bijvoorbeeld het toezicht op de vaststelling van de juistheid van de vereveningsinformatie in belangrijke mate gestoeld op het principe van verdiend vertrouwen. De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de verevening en overlegt een accountantsverklaring. De NZa verricht een review op de werkzaamheden van de externe accountant. Het uitgangspunt van verdiend vertrouwen past in het streven van de NZa om de administratieve lasten van het toezicht zoveel mogelijk te beperken.

Als marktmeester in de zorg heeft de NZa de wettelijke taak om op zorgmarkten de randvoorwaarden te stellen voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Het uiteindelijke doel hiervan is dat de consument keuzevrijheid heeft in de zorg en daarmee de optimale prijs-/kwaliteitverhouding mede kan bepalen. Met toezicht beoogt de NZa een marktsituatie te creëren waarin consumenten erop kunnen vertrouwen dat zorgmarkten goed werken en zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun wettelijke verplichtingen nakomen. Daartoe voert zij onderzoek uit.

De NZa heeft de ambitie om haar toezichtvisie de komende drie jaar volledig te implementeren. Dit gebeurt langs de volgende pijlers:

⁹ Zicht op Toezicht, beschikbaar op www.nza.nl.

- meer openheid over het eigen toezicht;
- introductie van risicoanalyse bij het toezicht op zorgaanbieders en de uitwerking van instrumenten voor het concept 'verdiend vertrouwen';
- versterking van het markttoezicht en bevordering van transparantie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- oprichting van een aparte Directie Toezicht en Handhaving per medio juli 2009.

De NZa evalueert haar toezichtvisie in 2011¹⁰.

1.6 Overige toezichtactiviteiten

De NZa ontvangt ook regelmatig signalen over ongewenste situaties in de zorg die buiten haar werkterrein vallen. Deze signalen zijn wel geanalyseerd omdat de NZa werd gevraagd om een standpunt.

Voorbeelden van zulke situaties uit 2008 zijn:

- De NZa heeft via een televisieprogramma een signaal gekregen over het vergoeden van een orgaantransplantatie door een zorgverzekeraar. De NZa heeft dit signaal betrokken in het vereveningsonderzoek. Daaruit bleek dat er géén kosten ten onrechte ten laste van de verevening zijn gebracht. Het Ministerie van VWS heeft naar aanleiding van deze casus de regelgeving voor orgaantransplantaties aangescherpt.
- De NZa heeft van een consumentenprogramma het signaal ontvangen dat zorgverzekeraars te korte termijnen hanteren voor het indienen van nota's. Uit nader onderzoek van de modelovereenkomsten bleek dat een overgrote meerderheid van de zorgverzekeraars inderdaad te korte termijnen hanteerde voor het indienen van de nota's. Dit betreft echter bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek en vallen daardoor buiten het takenpakket van de NZa. De NZa heeft wel een brief gestuurd naar alle zorgverzekeraars met het verzoek aandacht te besteden aan conformiteit van de informatieverstrekking en de modelovereenkomsten met het Burgerlijk Wetboek.

1.7 Afbakening rapport

Marktontwikkelingen

Het samenvattend rapport Zvw concentreert zich op de uitvoering van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving door de zorgverzekeraars. Daarnaast brengt de NZa jaarlijks diverse monitors¹¹ uit waarin over de marktontwikkelingen gerapporteerd wordt. Enige overlap van de monitor Zorgverzekeringsmarkt met het Samenvattend rapport Zvw is onvermijdelijk. Voorbeelden van overlap zijn de onderwerpen transparantie van de verstrekte informatie en de mobiliteit van verzekerden. Deze komen aan de orde in de monitor Zorgverzekeringsmarkt, maar zijn ook in dit rapport opgenomen (zie 4.3 en 4.5) 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).

¹⁰ Informatie over de toezichtvisie van de NZa is beschikbaar op:

www.nza.nl/nza/Nieuws/Zicht_op_toezicht.

¹¹ NZa: Monitor Zorgverzekeringsmarkt juni 2008 en juli 2009, Monitor ziekenhuiszorg juli 2008 en mei 2009, Monitor najaarsrapportage prijsontwikkeling ziekenhuiszorg december 2008, Monitor Fysiotherapie juni 2007, Monitor Huisartsenzorg maart 2009.

Aanvullende verzekeringen

Dit rapport is primair gericht op de naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de basisverzekering. Voor de leesbaarheid en volledigheid is ook informatie over de aanvullende verzekering opgenomen. De taken van de NZa ten aanzien van de aanvullende verzekering zijn beperkt 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 3.5.3);
- 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. Het transparantietoezicht op de aanvullende verzekering is beperkter dan dat op de basisverzekering (zie paragraaf 4.3);
- De aanvullende verzekering zou een rol kunnen spelen bij risicoselectie. Daarom betreft de NZa de aanvullende verzekering als instrument voor risicoselectie op de basisverzekering bij de beoordeling (zie paragraaf 3.2.2.3).

1.8 Leeswijzer

In de overige hoofdstukken komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- de verantwoording van en controle op de uitvoering van de Zvw (hoofdstuk twee);
- de naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars (hoofdstuk drie);
- de werking van de randvoorwaarden waarvan de NZa is uitgegaan voor de risico-inschattingen (hoofdstuk vier).

2. Verantwoording en controle

2.1 Inleiding

De zorgverzekeraars stellen verschillende verantwoordingen op over de uitvoering van de Zvw. De NZa gebruikt de verantwoordingsproducten van de zorgverzekeraars en de daarbij behorende accountantsproducten onder andere bij het toezicht. De belangrijkste producten voor de NZa zijn:

- het uitvoeringsverslag Zvw (zie paragraaf 2.2.1);
- de vereveningsstaten College voor zorgverzekeringen (CVZ) (zie paragraaf 2.2.2).

Daarnaast stellen zorgverzekeraars een jaarrekening en verslagstaten op voor de Nederlandsche Bank (DNB). De zorgverzekeraars moeten de jaarrekening jaarlijks vóór 1 juli aan de NZa zenden¹². De NZa stelt geen specifieke eisen aan de jaarrekening en gebruikt deze als algemene informatiebron. De zorgverzekeraars moeten de verslagstaten vóór 1 juni bij DNB aanleveren.

2.2 Verantwoordingen

2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw

De NZa heeft de onderdelen waarover zorgverzekeraars zich in hun uitvoeringsverslag moeten verantwoorden gepubliceerd in het informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2008. Ten opzichte van 2007 zijn aan het informatiemodel 2008 enkele items toegevoegd en/of scherper geformuleerd. De NZa gebruikt het uitvoeringsverslag als bron van informatie over mogelijke afwijkingen van de Zvw en als sluitstuk van het toezicht. Daarbij vergelijkt de NZa de bevindingen uit reeds verrichte thematische onderzoeken en het signaaltoezicht met het beeld dat naar voren komt uit de uitvoeringsverslagen.

Zorgverzekeraars mogen het uitvoeringsverslag integreren in het maatschappelijk verslag. Evenals over 2007 heeft ruim de helft van de zorgverzekeraars voor het verantwoordingsjaar 2008 een afzonderlijk uitvoeringsverslag opgesteld.

De zorgverzekeraars moeten het uitvoeringsverslag jaarlijks vóór 1 juli bij de NZa aanleveren. In 2008 hebben de zorgverzekeraars zich verantwoord over de uitvoering van de Zvw in 2007. In 2008 heeft de NZa veertien zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven omdat zij het uitvoeringsverslag 2007 en/of rapport van bevindingen van de accountant niet tijdig hadden aangeleverd¹³.

In 2009 hebben de zorgverzekeraars het uitvoeringsverslag 2008 en het rapport van bevindingen van de accountant tijdig ingediend. In 2009 heeft de NZa dan ook geen aanwijzingen opgelegd voor het overschrijden van de indieningstermijn.

¹² De formele termijn is zes maanden na afsluiting van het boekjaar.

¹³ Omdat in een aantal gevallen bleek dat zorgverzekeraars die onder één concern vallen het uitvoeringsverslag gecombineerd hebben bleek het uiteindelijk om zes Uitvoeringsverslagen en/of rapporten van bevindingen van de accountant te gaan.

Net als vorig jaar hebben zorgverzekeraars over 2008 op zeer uiteenlopende wijzen invulling gegeven aan de verantwoording over de honorering van bestuur en directie. Om te kunnen voldoen aan de informatiebehoefte van de Tweede Kamer heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa verzocht de informatie-uitvraag op dit punt uit te breiden. Deze informatiebehoefte is afgestemd tussen VWS en ZN. De NZa heeft de herziene uitvraag opgenomen in het Informatiemodel 2009. De NZa zal de verkregen informatie alleen beoordelen op aansluiting met het informatiemodel en vervolgens verstrekken aan VWS. VWS zal de informatie inhoudelijk analyseren.

De belangrijkste punten waarover de verantwoording over 2008 onvoldoende is, zijn klachtenanalyse/evaluatie, selectieve contractering en sturing van verzekerden naar voorkeursaanbieders alsmede zittend ziekenvervoer. De laatste twee punten zijn nieuwe onderdelen in het informatiemodel. Misschien moeten zorgverzekeraars hier nog bekend mee raken en een manier vinden om zich hierover adequaat te verantwoorden.

De NZa heeft de bevindingen teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars met als doel verbeteringen op gang te brengen. Vorig jaar heeft dit gewerkt: de zorgverzekeraars hebben de verbeterpunten naar aanleiding van de verantwoording over 2007 opgevolgd.

De uitvoeringsverslagen hebben het beeld dat de NZa had over de uitvoering van de Zvw, bevestigd.

Rapport externe accountant bij het uitvoeringsverslag

De externe accountant van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag en rapporteert hierover in een rapport met feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag. In dit rapport komt aan de orde:

- of het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met het daarvoor opgestelde informatiemodel;
- 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 en toepassing eigen risico heeft plaatsgevonden volgens de wet- en regelgeving.

De conclusie is dat de uitvoeringsverslagen in het algemeen zijn opgesteld overeenkomstig de daarvoor geldende verantwoordingsvoorschriften.

De totstandkoming van de niet-financiële informatie voldoet in het algemeen aan de daarvoor opgestelde eisen. In enkele gevallen verdient de registratie van klachten nadere aandacht.

2.2.2 Staten CVZ

Het Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet van het CVZ geeft het format met toelichting voor de kwartaal- en jaarstaten en de overige verantwoordingen, die nodig zijn voor de verevening. Onderdeel A van de jaarstaat bevat informatie over onder andere kosten van verstrekkingen en verzekerdenstanden, die het CVZ gebruikt voor de verevening, en gaat vergezeld van een accountantsverklaring. Daarnaast stellen zorgverzekeraars de opgaven hoge kosten compensatie, farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken op, die alle vergezeld gaan van een assurancerapport. De NZa houdt toezicht op de

juistheid van bovengenoemde verantwoordingen en heeft hiervoor een controleprotocol opgesteld (zie paragraaf 2.3).

Ten tijde van het opstellen van dit rapport was het NZa-onderzoek naar de verantwoordingen van de zorgverzekeraars nog niet volledig afgerond. De bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter. De conclusie is dat verzekeraars hun controlemethodiek verder hebben verbeterd, maar dat nog een verbeteringslag is te maken bij het toesnijden van de risicoanalyse op de specifieke situatie van de individuele verzekeraar. Aandachtspunten zijn onder andere resterende vragen rond volmachten en verbeteringen bij de basisvoorwaarden voor de materiële controle. De bevindingen van het onderzoek zijn opgenomen in paragraaf 3.4.3.

2.3 Protocol

In het 'Protocol vereveningsonderzoek Zvw 2008' geeft de NZa voorschriften voor de accountantswerkzaamheden. De accountant van de zorgverzekeraars onderzoekt het uitvoeringsverslag Zvw en de diverse verantwoordingen, die nodig zijn voor de verevening (zie paragraaf 2.2.2). De NZa verricht vervolgens een review op de werkzaamheden van de externe accountant. Het doel van de review is om vast te stellen of en in hoeverre de NZa de door de accountant verrichte werkzaamheden kan gebruiken.

Voor de verantwoording over 2007 heeft de NZa een experiment met interne certificering gehouden. Acht zorgverzekeraars hebben hieraan deelgenomen. Het experiment hield in dat de interne accountant van de zorgverzekeraar het accountantsproduct voor de opgaven van farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken kon afgeven, mits voldaan was aan een aantal randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden hebben betrekking op de onafhankelijk positie van de interne accountant binnen de organisatie, de kwalificaties van de accountant, de aanmelding tot deelname bij de NZa en het ter beschikking stellen van het controleplan. Resultaat is dat bij de review geen belangrijke tekortkomingen zijn gesignaleerd. De zorgverzekeraars hebben het experiment positief ervaren. De NZa beschouwt het experiment als geslaagd en zet dit in 2009 voort. In 2010 wordt de interne certificering voor de opgaven farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken breed geïmplementeerd.

In navolging van het experiment interne certificering start de NZa in 2009 een experiment waarbij de interne accountant van de zorgverzekeraar het rapport van feitelijke bevindingen over het Uitvoeringsverslag 2008 kan afgeven. De voorwaarden voor deelname hieraan zijn minder vergaand dan de voorwaarden voor het experiment interne certificering.

3. Wettelijke verplichtingen

Bevindingen en acties NZa

Toegang tot de zorgverzekering

- De NZa heeft een aanwijzing gegeven aan een aantal zorgverzekeraars dat de acceptatieplicht niet volledig heeft nageleefd. Zij hebben deze aanwijzing opgevolgd.
- Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat hun acceptatiebeleid voor 2009 conform de Zvw is. Bij de beoordeling van de verantwoordingsdocumentatie 2009 let de NZa extra op mogelijke overtredingen van de acceptatieplicht.
- Er zijn geen indicaties dat het verbod op premiedifferentiatie niet is nageleefd.
- De zorgverzekeringen die zorgverzekeraars op de markt hebben gebracht voldoen aan de bepalingen uit de Zvw.
- Risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie komt op dit moment niet voor. Wel zijn er ontwikkelingen buiten de reikwijdte van de Zvw waarbij zorgverzekeraars zich richten op specifieke, voor hen aantrekkelijke groepen verzekerden. Uit oogpunt van risicoselectie is de omvang hiervan echter beperkt.

Toegang tot de zorg

- De toegang tot de zorg is voldoende geborgd. De verzekerde krijgt over het algemeen waar hij volgens het wettelijk pakket recht op heeft.
- De NZa heeft alle zorgverzekeraars via een brief geattendeerd op hun verplichting tot juiste informatieverstrekking. Aandachtspunten hierbij waren de informatieverstrekking over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en het gecontracteerde zorgaanbod.
- Het PGB biedt in zijn huidige vorm weinig meerwaarde en sluit niet goed aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in een marktomgeving ervaren. De NZa heeft geadviseerd om het experiment met het PGB in de huidige vorm na 1 januari 2010 te beëindigen.
- In 2009 voert de NZa een vervolgonderzoek uit naar de zorgplicht en rapporteert hierover in 2010. Aandachtspunten zijn de borging van de tijdigheid van zorg bij en door zorginkoop, toestemmingsprocedures, de vergoeding van zorg en zorgbemiddeling.
- Behoudens de uitkomsten van het vervolgonderzoek zorgplicht nemen zorgverzekeraars voldoende maatregelen om de tijdigheid en kwaliteit van de zorg te borgen.
- Bij de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico is bij een klein deel van de rechthebbenden vertraging opgetreden bij de uitbetaling van de compensatie. Inmiddels is veel verbeterd. De NZa blijft de uitvoering van de compensatieregeling volgen.
- De zorgverzekeraars hebben in het algemeen de bij het vorige verantwoordingsonderzoek geconstateerde bevindingen over de afhandeling van 2006 goed opgevolgd. Ook hebben de zorgverzekeraars op aandringen van de NZa diverse acties ondernomen om de betrouwbaarheid van gegevens bij volmachten te verbeteren.
- Uit het verantwoordingsonderzoek 2008 blijkt (voorlopig) dat zorgverzekeraars hun controlemethodiek verder hebben verbeterd en de verantwoordingsrichtlijnen beter hebben toegepast. Aandachtspunten zijn het toesnijden van de risicoanalyse op de specifieke situatie van de betreffende verzekeraar, resterende vragen

rond volmachten, en verbeteringen bij de basisvoorwaarden voor de materiële controle.

- Zorgverzekeraars brengen structureel niet meer ten laste van de zorgverzekering dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

Overige verplichtingen

- Alle zorgverzekeraars hebben de verantwoordingsinformatie over 2008 tijdig aangeleverd bij de NZa.
- De NZa heeft de opzegservices van alle zorgverzekeraars gecontroleerd. Na enkele aanvullende interventies is het momenteel bij alle opzegservices mogelijk om alleen de aanvullende verzekering te behouden bij opzegging van de basisverzekering.
- De zorgverzekeraars hebben in 2007 beter invulling gegeven aan materiële controles dan in 2006. Dat neemt niet weg dat er nog ruimte is voor verdere verbeteringen.
- Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft de gevraagde verbeteringen inzake de boeteregeling doorgevoerd of is met de uitvoering ervan gestart. Veel zorgverzekeraars voeren de boeteregeling inmiddels op hoofdlijnen naar tevredenheid uit.
- De zorgverzekeraars hebben veel verbeterpunten uit het onderzoek naar de verwerking van persoonsgegevens opgevolgd.

3.1 Inleiding

Het RAM onderscheidt zeventien risico's voor de naleving van de wettelijke verplichtingen¹⁴. Een overzicht van deze risico's is opgenomen in bijlage 2.

Vergeleken met vorig jaar is het RAM weinig gewijzigd. Inhoudelijk is slechts sprake van een beperkte herordening van risico's. Het risico 'verzekeraar berekent eigen betalingen onjuist' is verplaatst van de categorie 'Toegang tot de zorg' (paragraaf 3.3) naar 'Betaalbaarheid zorgstelsel' (paragraaf 3.4). Daarnaast is het eindoordeel (kleur) van het risico 'zorgverzekeraar verwerkt persoonsgegevens onzorgvuldig' (paragraaf 3.5.6) ingevuld (oranje, was nog niet bepaald) en zijn er twee nieuwe risico's toegevoegd. Dit zijn 'onjuiste uitvoering van de compensatieregeling door het CAK' (paragraaf 3.4.2) en 'de ziektekostenverzekeraar betaalt of vergoed een tarief dat niet gedeclareerd mag worden door een zorgaanbieder'. Dit laatste risico valt niet onder de Zvw maar onder de Wmg en komt daarom in dit rapport niet nader aan de orde.

3.2 Toegang zorgverzekering

3.2.1 Modelovereenkomsten

Een zorgverzekeraar moet het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren melden bij de NZa. Daarnaast moeten zorgverzekeraars op grond van de Zvw wijzigingen in modelovereenkomsten en nieuwe modelovereenkomsten¹⁵ en reglementen vooraf melden bij de NZa. Voor de start van het polisjaar beoordeelt de NZa of de modelovereenkomsten en bijbehorende

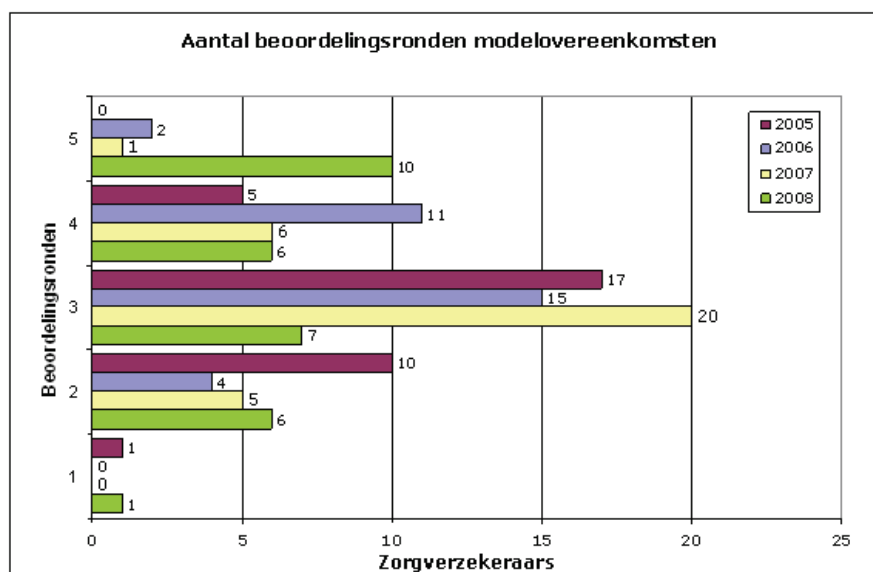
¹⁴ Jaarlijks evalueert de NZa het RAM en de daarin gedefinieerde risico's en past zij zo nodig de geconstateerde risico's en de hierbij horende inschattingen aan. In het vierde kwartaal 2009 verricht de NZa opnieuw een herijking van het model.

¹⁵ 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.

reglementen voldoen aan de eisen uit de Zvw. Bij deze 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 2008 als 2009 heeft de NZa vastgesteld dat alle aangeboden conceptmodelovereenkomsten op diverse punten afwijken van de gestelde eisen. De afwijkingen voor 2008 kwamen door de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de AWBZ naar de Zvw en in 2009 doordat de behandeling van dyslexie in de Zvw is opgenomen. Voor de definitieve modelovereenkomsten 2008 en 2009 heeft de NZa vastgesteld dat het gaat om zorgverzekeringen in de zin van de Zvw.

Figuur: Beoordelingsronden modelovereenkomsten



Bron: project beoordeling modelovereenkomsten NZa

Voor polisjaar 2008 heeft het gemiddeld drie beoordelingsrondes en voor polisjaar 2009 gemiddeld drieënhalve beoordelingsronde geduurd voordat de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars voldeden aan de in de Zvw gestelde eisen. In tegenstelling tot de verwachting dat het beoordelingsproces na een aantal jaren korter zou duren, blijkt over het algemeen nog steeds een redelijk aantal beoordelingsrondes nodig te zijn.

De NZa concludeert dat de zorgverzekeraars geen zorgverzekeringen op de markt hebben gebracht die afwijken van de bepalingen in de Zvw.

3.2.2 Gelijke toegang aangeboden polisvarianten

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen voor de zorgverzekering te accepteren tegen dezelfde nominale premie¹⁶. Deze wettelijke bepalingen gelden niet voor de aanvullende verzekering. Hiervoor mogen zorgverzekeraars een acceptatiebeleid voeren en medische selectie toepassen.

¹⁶ 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. Ook kan een korting worden gegeven voor de keuze van een bepaalde hoogte van het vrijwillig eigen risico.

3.2.2.1 Acceptatieplicht

In 2008 heeft één zorgverzekeraar 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 in de vorm van collectiviteiten en niet voor individuele verzekerden. De NZa heeft deze zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven die hij heeft opgevolgd.

In het samenvattend rapport 2007 is vermeld dat de NZa bezig was met onderzoek naar mogelijke overtreding van de acceptatieplicht door een aantal zorgverzekeraars. Uit de uitvoeringsverslagen 2007 van diverse zorgverzekeraars bleek dat zij aspirant-verzekerden voor de basisverzekering hadden geweigerd omdat deze een betalingsachterstand hadden bij hun huidige verzekeraar. De verzekeraars baseerden hun weigering op een afspraak binnen ZN-verband. Deze afspraak houdt in dat bij verzekerden met een betalingsachterstand die willen overstappen de oude verzekeraar hen niet uitschrijft en de nieuwe verzekeraar hen niet inschrijft. Achterliggende gedachte hiervan is dat zorgverzekeraars ernaar handelen om drie effecten tegen te gaan. Ten eerste de creatie van een carroussel van wanbetalers – als de oude zorgverzekeraar de opzegging van de wanbetalers accepteert – en ten tweede de dubbele verzekering van wanbetalers – als de oude verzekeraar de opzegging van de wanbetalers niet accepteert. Ten derde het voorkomen van onverzekerdheid. De afspraak is echter in strijd met de Zvw, omdat hierin alleen is geregeld dat verzekerden met een betalingsachterstand hun verzekering niet mogen opzeggen. Een zorgverzekeraar mag aspirant-verzekerden met een betalingsachterstand niet weigeren.

De NZa heeft de zorgverzekeraars waarbij dit aan de orde was een aanwijzing gegeven. Daarnaast heeft de NZa alle zorgverzekeraars per brief gevraagd naar hun acceptatiebeleid. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat hun acceptatiebeleid al conform de Zvw is of eventuele onjuiste handelwijzen voor 2009 aan te passen. Concreet betekent dit dat zorgverzekeraars voor 2009 verzekerden met een betalingsachterstand niet meer zullen weigeren.

Tevens heeft de NZa ZN erop gewezen dat zij onjuiste informatie heeft verstrekt aan de zorgverzekeraars. ZN heeft vervolgens een aangepaste, herziene circulaire aan de zorgverzekeraars gestuurd.

De NZa concludeert dat een aantal zorgverzekeraars de acceptatieplicht in 2008 niet volledig heeft nageleefd. De zorgverzekeraars die ten onrechte verzekerden met een betalingsachterstand hebben geweigerd, hebben toegezegd dit in 2009 niet meer te zullen doen. Ook hebben alle overige zorgverzekeraars aangegeven dat hun acceptatiebeleid voor 2009 in lijn is met de Zvw. Bij de beoordeling van de uitvoeringsverslagen over 2009 zal de NZa nogmaals scherp letten op de redenen voor het weigeren van aspirant-verzekerden.

3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars moeten voor elke variant van de basisverzekering voor alle verzekerden dezelfde premie hanteren. Het is wel toegestaan om een korting te geven op de premiegrondslag als de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast mag aan collectiviteiten maximaal 10% korting worden gegeven.

De gemiddelde collectieve korting voor 2009 is stabiel gebleven en ligt met ongeveer 7% ruim binnen dit toegestane maximum van 10%.

De NZa heeft geen signalen ontvangen over de overtreding van het verbod op premiedifferentiatie. Wel zijn er signalen binnengekomen over constructies met collectieve verzekeringen, waarbij het verplicht (en eventueel vrijwillig) eigen risico via een aanvullende verzekering wordt afgekocht. Bij zulke constructies werd gesuggereerd dat het verbod op premiedifferentiatie onder druk kwam te staan. Dit was echter niet het geval. Het verbod op premiedifferentiatie is namelijk geënt op een gelijke premiegrondslag. Verschillen in de daarvan afgeleide verschuldigde premie, die ontstaan door de (gelimiteerde) wettelijke kortingsmogelijkheden zoals de collectiviteitskorting, zijn toegestaan. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars nog overige kortingen verstrekken die leiden tot een lagere te betalen premie, zoals betalingskortingen, pakketkortingen en kortingen via een tussenpersoon. De NZa stelt zich op het standpunt dat deze overige kortingen op de verschuldigde premie toegestaan zijn voor zover ze niet afhankelijk zijn van verzekerdenkenmerken van de verzekerdenpopulatie. Het herverzekeren van het eigen risico via een aanvullende verzekering leidt niet tot een gewijzigde premiegrondslag, noch tot een andere verschuldigde premie, en is dus niet in strijd met het verbod op premiedifferentiatie.

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.

3.2.2.3 Risicoselectie

Voor de zorgverzekering moeten zorgverzekeraars iedereen accepteren tegen dezelfde premie. Binnen deze grenzen van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie mogen zorgverzekeraars zich richten op bepaalde doelgroepen. Op dit moment zijn er geen indicaties dat risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie voorkomt.

De NZa signaleert wel ontwikkelingen bij verzekeringsproducten buiten het bereik van de Zvw die risico's inhouden voor de toegankelijkheid van verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico. Er zijn diverse initiatieven bij aanvullende verzekeringen en/of collectiviteiten¹⁷. Zo heeft de NZa signalen ontvangen over constructies met collectieve verzekeringen, waarbij het verplicht (en eventueel vrijwillig) eigen risico via een aanvullende verzekering wordt afgekocht (zie paragraaf 3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie).

Het mogelijk optreden van risicoselectie via verzekeringsproducten buiten de reikwijdte van de Zvw, en de ernst hiervan, wordt bepaald door verschillende factoren. Een belangrijk aspect is het solidariteitsbeginsel binnen de Zvw dat bepaalt dat (individuele) consumenten niet mogen worden geweerd op basis van persoonskenmerken. Tot op heden is alleen zichtbaar dat sommige verzekeringsproducten aantrekkelijk worden gemaakt voor bepaalde doelgroepen. Verzekerden worden niet geweigerd op grond van gezondheidskenmerken.

¹⁷ Zulke initiatieven kunnen ontstaan doordat zorgverzekeraars zich richten op meer dan gemiddeld gezonde groepen verzekerden. Achtergrond hiervan is dat het risicovereveningssysteem niet alle gezondheidsrisico's evenredig compenseert en werkt met parameterwaarden op basis van gegevens uit het verleden. Hierdoor zijn groepen te onderscheiden die (beperkt) winst- of verliesgevend zijn.

De conclusie is dat risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie op dit moment niet voorkomt. Wel zijn er ontwikkelingen buiten de reikwijdte van de Zvw waarbij zorgverzekeraars zich richten op specifieke, voor hen aantrekkelijke groepen verzekerden, bijvoorbeeld via het doelgroepenbeleid bij collectiviteiten. De NZa heeft geen mogelijkheden om op grond van wettelijke bepalingen op te treden tegen zulke ontwikkelingen. Wel zal de NZa de ontwikkelingen op dit vlak, zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt, nauwgezet blijven volgen.

3.2.3 Beëindiging polis

Het beëindigen van de zorgverzekering is geregeld in artikel 6 en verder van de Zvw¹⁸.

De NZa heeft in 2008 en het eerste halfjaar 2009 geen signalen ontvangen dat zorgverzekeraars ten onrechte de basisverzekering hebben beëindigd.

3.3 Toegang tot de zorg

In de Zvw is bepaald dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. De zorgplicht is een belangrijke randvoorwaarde om de positie van de consument te waarborgen. Het is een onderwerp met een brede maatschappelijke relevantie, dat ook regelmatig terugkomt in politieke en maatschappelijke discussies. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg

Als een verzekerde recht heeft op zorg (natura) kan hij terstond levering van zorg vorderen van zijn zorgverzekeraar. Bij restitutie heeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten en moet de zorgverzekeraar actie ondernemen als de verzekerde vraagt om zorgbemiddeling.

In 2007 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars¹⁹. Daarbij is gekeken naar de toestemmingsvereisten voor zorg, zorg volgens de wettelijke aanspraak en de tijdigheid en kwaliteit van de zorg. De uitkomsten van dit onderzoek zijn opgenomen in het samenvattend rapport 2006.

Inzicht in de invulling van de zorgplicht en wijzigingen hierin ten opzichte van 2007 is noodzakelijk om goed toezicht te kunnen houden. Daarom voert de NZa in 2009 een vervolgonderzoek naar de zorgplicht uit. Het doel hiervan is om zo concreet mogelijk in beeld te brengen hoe zorgverzekeraars invulling geven aan de zorgplicht en daarbij een vergelijking te maken met de bevindingen uit 2007. Zo zal zij bekijken in hoeverre zorgverzekeraars de aanbevelingen van de NZa uit het onderzoek uit 2007 hebben opgevolgd.

De zorgplicht omvat meerdere aspecten. Om deze aspecten goed in kaart te kunnen brengen, zullen ze niet allemaal tegelijk onderzocht worden, maar belegd worden in meerdere deelonderzoeken. Op dit moment doet de NZa onderzoek naar de naleving van de zorgplicht bij

¹⁸ In een aantal gevallen eindigt de zorgverzekering van rechtswege. Bijvoorbeeld bij fraude of als een verzekerde niet meer in het werkgebied woont van een niet-landelijk opererende zorgverzekeraar (o.a. door een verhuizing of wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar).

¹⁹Thematisch onderzoek Zorgplicht, NZa, juli 2007.

en door zorginkoop. De bevindingen van dit onderzoek worden naar verwachting in 2010 gepubliceerd. Eind 2009 tot medio 2010 zal zij onderzoek doen naar toestemmingsprocedures en het invullen van het recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

De NZa heeft signalen ontvangen dat zorgverzekeraars onjuiste informatie verstrekken over afwijzingen van aanvragen van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. De belangrijkste onjuiste afwijzingsgrond is dat consumenten niets vergoed krijgen als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, terwijl zij volgens de polisvoorwaarden wel recht hebben op een vergoeding, bijvoorbeeld ter hoogte van 80%. De NZa kreeg diverse signalen dat een aantal zorgverzekeraars met zo'n polis de verzekerde meedeelde dat hij helemaal geen recht heeft op vergoeding. Deze informatie is niet juist en is daarmee een overtreding van artikel 40 Wmg. De NZa heeft de desbetreffende zorgverzekeraars aangesproken op hun onjuiste gedrag, waarna zij dit hebben aangepast. Ook hebben alle zorgverzekeraars een brief gekregen waarin de NZa nogmaals wijst op hun verplichting tot juiste informatieverstrekking. Dit punt is bovendien opgenomen in het Richtsnoer Informatieverstrekking Zorgverzekeraars.

Uitvoeringsverslagen 2008

Voor sommige vormen van zorg gelden toestemmingseisen. In de uitvoeringsverslagen over 2008 geven zorgverzekeraars aan vooral toestemming vooraf te eisen wegens kostenbeheersing en om te toetsen of aan de voorwaarden uit wet- en regelgeving is voldaan. Daarbij gaat het om vormen van zorg die alleen tot het verzekerde pakket behoren als aan bepaalde indicatiecriteria is voldaan, zoals bepaalde DBC's en zittend ziekenvervoer.

Verder blijkt uit de uitvoeringsverslagen dat een aantal zorgverzekeraars probeert om machtigingsprocedures te vereenvoudigen en om het aantal zorgvormen waarvoor een machtiging vereist is te verminderen. Geen enkele verzekeraar geeft aan zorg te hebben geweigerd.

De NZa concludeert dat de toegang tot zorg niet in gevaar is.

3.3.2 Zorg volgens wettelijke aanspraak

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

Evaluatie Persoonsgebonden budget (PGB)

In het Samenvattend rapport 2007 is aangegeven dat de NZa bezig is met de afronding van de brede evaluatie van het persoonsgebonden budget (PGB)²⁰. Het PGB is vanaf 1 januari 2007 als driejarig experiment ingevoerd in de Zvw. Verzekerden met een visuele beperking kunnen sindsdien een PGB aanvragen voor één of meer hulpmiddelen. Sinds 1 januari 2008 is het ook mogelijk om voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) een PGB aan te vragen. Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa in 2008 het PGB in de Zvw geëvalueerd.

Uit de evaluatie blijkt dat het aantal aangevraagde en daadwerkelijk verstrekte PGB's erg klein is, zowel voor de ggz als voor de visuele hulpmiddelen (peildatum juli 2008). Dit betekent niet dat verzekerden

²⁰ Evaluatierapport 'Het PGB in de Zvw', oktober 2008, beschikbaar op www.nza.nl.

geen behoefte hebben aan een PGB, maar is het gevolg van diverse factoren die elkaar versterken. Daarbij gaat het om het volgende:

- de prikkels en verwachtingen van partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van het PGB (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden) komen niet overeen. Zo hebben zorgverzekeraars – die het experiment moeten uitvoeren – geen prikkel om zich te profileren met het PGB, terwijl verzekerden juist een prikkel hebben om wel voor een PGB te kiezen vanwege de keuzevrijheid en mogelijkheid tot inkoop van 'zorg op maat';
- onvoldoende juiste en volledige informatie over het bestaan en de mogelijkheden van het PGB;
- de omvang van de doelgroepen van beide PGB's is kleiner dan bij de introductie werd verondersteld en bovendien zijn deze doelgroepen niet het meest geschikt voor een PGB;
- voor de verzekerde en de zorgverzekeraar zijn de administratieve lasten voor de aanvraag van een PGB hoger dan bij de verstrekking van zorg in natura of via restitutie. De verzekerde moet voor een PGB een aanvraagproces doorlopen en zich verantwoorden over de besteding van het budget. Voor de zorgverzekeraar kost de beoordeling van een PGB-aanvraag naar verwachting meer tijd dan de beoordeling voor een verstrekking in natura of restitutie, en moet hij zijn organisatie inrichten op een andere vorm van verstrekking;
- de meerwaarde van het PGB boven verstrekking in natura of via restitutie is bij de huidige invulling beperkt.

In de huidige vorm sluit het PGB niet aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in de marktomgeving ervaren. Hierdoor zal er weinig draagvlak voor het PGB bij zorgverzekeraars zijn. Draagvlak bij alle betrokken partijen is echter essentieel voor het welslagen van het experiment.

Gelet op het bovenstaande heeft de NZa geadviseerd om het experiment in de huidige vorm na 1 januari 2010 te beëindigen. Als het PGB wordt voortgezet, adviseert de NZa om de vormgeving van de regeling aan te passen, in overleg met zorgverzekeraars en belangenorganisaties. De NZa heeft een aantal randvoorwaarden geformuleerd waaraan een PGB-experiment in ieder geval zou moeten voldoen. Dit zijn:

- voldoende draagvlak bij de betrokken partijen;
- beschikbaarheid van voldoende juiste en volledige informatie over de mogelijkheden van het experiment;
- de doelgroep moet geschikt zijn voor de introductie van meer vraagsturing;
- de administratieve lasten van een PGB of andere vorm van vraagsturing moeten zoveel mogelijk worden beperkt.

Bij het toezicht op de invulling van het PGB-experiment door zorgverzekeraars heeft de NZa een aantal acties ondernomen. Ten eerste heeft de NZa de zorgverzekeraars gewezen op een juiste berekening van de hoogte van het PGB, als de verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Ook zijn zorgverzekeraars erop gewezen dat in zo'n geval afwijzing van het PGB onjuist is. Ten tweede treedt de NZa op tegen zorgverzekeraars die verzekerden onjuist informeren. Ten slotte blijft de NZa de beleidsontwikkelingen rond het PGB volgen.

Hulpmiddel elastische kousen

Net als in voorgaande jaren heeft de NZa ook in 2008 nog enkele signalen ontvangen over de verstrekking van aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen. Zorgverzekeraars blijken de regelgeving voor dit hulpmiddel nog steeds niet juist toe te passen. Voor een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te

vergoeden prestaties hebben de NZa en het CVZ hun standpunt over de vergoeding van aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen in een gezamenlijke brief expliciet onder de aandacht gebracht bij zorgverzekeraars. Sindsdien is het aantal signalen hierover sterk verminderd. Ondanks de brief van de NZa en het CVZ waren er echter nog enkele verzekeraars die de regelgeving onjuist toepasten. De NZa heeft normconform gedrag bij hen afgedwongen via brieven. De zorgverzekeraars hebben bevestigd dat hun handelwijze nu in lijn is met wet- en regelgeving. Sindsdien heeft de NZa geen signalen meer ontvangen.

Uit de uitvoeringsverslagen over 2008 blijkt dat zorgverzekeraars geen beperkingen toepassen op (vergoedingen van) het wettelijk pakket waarop volgens de Zvw recht bestaat.

De NZa concludeert dat de verzekerde over het algemeen krijgt waar hij volgens het wettelijk pakket recht op heeft.

3.3.3 Tijdigheid zorg

De NZa onderzoekt op dit moment de manier waarop zorgverzekeraars bij en door zorginkoop waarborgen dat verzekerden tijdig zorg kunnen krijgen. De wijze waarop zorgverzekeraars waarborgen dat de verzekerde tijdig de vergoeding en zorgbemiddeling krijgt waarop hij aanspraak maakt, wordt onderzocht vanaf eind 2009 tot medio 2010.

Diverse zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven dat er in 2008 problemen waren bij het leveren van kraamzorg. Door een landelijk kraamzorgtekort hebben verzekeraars extra inspanningen moeten leveren om voldoende zorg te contracteren. Daarnaast is de problematiek in enkele gevallen opgelost door aanvulling met huishoudelijke ondersteuning, zodat schaarse kraamverzorgenden zich volledig op zorg konden richten. Dankzij hun inspanningen hebben alle zorgverzekeraars aan de vraag naar kraamzorg kunnen voldoen.

Onder voorbehoud van de uitkomsten van het onderzoek naar zorginkoop concludeert de NZa dat de zorgverzekeraars zich in het algemeen voldoende inspanssen om de tijdigheid van de zorg te borgen.

3.3.4 Kwaliteit zorg

Op dit moment onderzoekt de NZa de manier waarop zorgverzekeraars bij en door zorginkoop waarborgen dat de zorg die verzekerden krijgen kwalitatief goed is. De manier waarop zorgverzekeraars waarborgen dat zij verzekerden naar kwalitatieve goede zorg bemiddelen, maakt onderdeel uit van het onderzoek dat eind 2009 tot medio 2010 uitgevoerd wordt.

Zittend ziekenvervoer

De NZa heeft in 2008 de kwaliteitsproblemen bij het zittend ziekenvervoer nader onderzocht omdat zij hierover vele signalen heeft ontvangen (zie Samenvattend Rapport 2007). Factoren die hierbij een rol speelden waren onder andere: korte aanbestedings- en implementatietrajecten waardoor knelpunten bij de uitvoering ontstonden, een afname van de financiële ruimte in de markt en de toegenomen verkeersdrukte in de randstad waardoor problemen rond wacht- en reistijden ontstonden. Verder bleken bij de kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraars en vervoerders vooral grote verschillen te bestaan in het opleidingsniveau van de chauffeur, hulp bij het afleveren van de patiënt op de bestemming en de bereikbaarheid.

Naar aanleiding van het onderzoek heeft de NZa een aantal individuele zorgverzekeraars erop gewezen dat het noodzakelijk is om de kwaliteitsafspraken met vervoerders te verbeteren. Daarnaast volgt de NZa de verantwoording over klachtenbehandeling, klanttevredenheidsonderzoeken en kwaliteitsafspraken via de uitvoeringsverslagen. Ten slotte volgt zij via het signaaltoezicht meldingen over knelpunten en onderneemt zij acties om deze op te lossen.

Op dit moment onderzoekt de NZa de stand van zaken bij de kwaliteit in het zittend ziekenvervoer. Als daaruit blijkt dat onvoldoende verbetering zichtbaar is bij kwaliteitsafspraken, stelt de NZa zelf een norm voor de kwaliteit van zittend ziekenvervoer en gaat zij deze handhaven. Ook volgt de NZa bij het onderzoek de initiatieven van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat voor het contractvervoer. De bevindingen van het onderzoek zullen naar verwachting in 2010 gepubliceerd worden.

Bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is de aandacht voor kwaliteit in 2009, evenals in 2008, toegenomen²¹. De prijs is op dit moment echter nog steeds doorslaggevend. In de toekomst gaan de kwaliteit van zorg en de transparantie van kwaliteit een nog belangrijkere rol spelen bij zorginkoop. De NZa vindt het belangrijk dat het transparant maken van kwaliteit aansluit bij de uitbreiding van het B-segment, omdat inzicht in kwaliteit noodzakelijk is voor het vaststellen van de gewenste prijs-kwaliteitverhouding. Er zijn veel initiatieven en ontwikkelingen op dit vlak die echter tijd nodig hebben. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een traject ingezet dat over een aantal jaren moet resulteren in een uniforme set kwaliteitsinformatie. De NZa adviseert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij de keuze van sectoren waarvoor kwaliteitsindicatoren moeten worden ontwikkeld.

De NZa concludeert dat initiatieven ter verbetering van de (transparantie van) kwaliteit van zorg een belangrijk aandachtspunt blijven.

3.4 Betaalbaarheid

3.4.1 Eigen betalingen

Sinds 1 januari 2008 geldt voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009). Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook zorgverzekeringen aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. In de modelovereenkomsten moeten zorgverzekeraars aangeven welke hoogten van het vrijwillig eigen risico zij aanbieden en welke korting daar tegenover staat.

De NZa heeft in 2008 een signaal ontvangen dat een zorgverzekeraar de korting voor het vrijwillig eigen risico en de collectiviteitskorting op een onjuiste manier van de premiegrondslag aftrekt. Deze zorgverzekeraar is hierop per brief geattendeerd en heeft zijn gedrag aangepast. Daarnaast is momenteel nog één signaal in behandeling.

Vanaf 1 januari 2009 mogen verzekeraars het eigen risico ook gebruiken als sturingsinstrument. Ze kunnen ervoor kiezen geen eigen risico te berekenen voor zorg die verzekerden afnemen bij gecontracteerde aanbieders. Door deze sturing kunnen verzekeraars goede afspraken maken met zorgaanbieders over de kwaliteit, de prijs en de hoeveelheid

²¹ NZa, monitor ziekenhuiszorg 2009, mei 2009.

zorg, wat in het voordeel is van de verzekerde. In 2009 zet 58% van de verzekeraars het eigen risico in als sturingsinstrument. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars er ook voor kiezen geen eigen risico te berekenen als verzekerden gebruik maken van bepaalde preventieprogramma's. In 2008 heeft geen enkele zorgverzekeraar hiervan gebruik gemaakt.

Uit een inventarisatie bij verzekeraars blijkt verder dat de administratiekosten voor de in- en uitvoering van het verplicht eigen risico hoger uitkomen dan vooraf was ingeschat. De kosten verschillen per verzekeraar en hangen af van de gekozen aanpak en hun computersystemen. Verzekeraars kunnen hun structurele administratiekosten beperken door de premiebetaling en het verrekenen van het eigen risico te integreren. Belangrijke voorwaarde is volgens de NZa dat de prikkel tot een weloverwogen gebruik van zorg blijft bestaan.

De NZa blijft als marktmeester het sturen van verzekerden via het eigen risico nauwgezet volgen.

3.4.2 Uitvoering regeling compensatie chronisch zieken

Om consumenten te stimuleren meer afgewogen gebruik te maken van zorg kent de Zvw een systeem van eigen betalingen. Daarbinnen neemt het eigen risico een belangrijke plaats in. Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten en verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven (1,85 miljoen personen) hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van het verplicht eigen risico. Halverwege maart 2008 was er een aanzienlijke vertraging in de uitbetaling van de compensatie aan 2,5% van de rechthebbenden (46.000 personen). Dit werd veroorzaakt doordat een aantal zorgverzekeraars onvolledige farmaciebestanden over 2006 of 2007 had aangeleverd en dat rekeningnummers en/of de NAW-gegevens van de rechthebbenden ontbraken of onjuist waren. Redenen dat deze gegevens niet bekend of onjuist waren, zijn overlijden, emigratie, een geheim adres van de rechthebbende en geen overeenkomst tussen de naam en het rekeningnummer bij de bank, waardoor het CAK de betaling niet kon uitvoeren. De zorgverzekeraars, Vektis en het CAK hebben voldoende acties ingezet om de ontbrekende gegevens van de rechthebbenden te achterhalen. Zodra deze bekend zijn, krijgen zij of hun nabestaanden de compensatie alsnog uitgekeerd.

De NZa heeft klachten ontvangen over de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK en de zorgverzekeraars. Dit betrof onder andere de hierboven genoemde vertraging in de uitbetaling van de compensatie. De NZa heeft hieraan aandacht besteed in de monitor eigen risico²². Inmiddels is al veel verbeterd.

De NZa concludeert dat de betrokken partijen voldoende acties hebben ondernomen om de vertraging in de uitbetaling te verhelpen en blijft toezicht houden op de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico.

3.4.3 Vereveningsopgave

De toezichtrol van de NZa bij de betaalbaarheid van de zorg uit de Zvw beperkt zich tot de controle van de juistheid van de vereveningsopgave van de zorgverzekeraars. 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 vereveningsopgaven. De niet openbare

²² NZa, Monitor eigen risico 2008, maart 2009.

rapporten met de bevindingen over de individuele zorgverzekeraars worden aan de betreffende zorgverzekeraar en het CVZ verzonden.

Onderzoek verantwoording 2007

In het vorige samenvattend rapport zijn de voorlopige bevindingen uit het onderzoek naar de verantwoording 2007 weergegeven. Inmiddels is het onderzoek afgerond en zijn de volgende definitieve bevindingen te melden:

- Afhandeling verantwoording 2006: de zorgverzekeraars hebben in het algemeen goed opvolging gegeven aan de in 2006 geconstateerde bevindingen. In enkele gevallen zijn de bevindingen niet (volledig) afgehandeld. Dit zijn de afwikkeling van fouten/onzekerheden 2006, de afwikkeling van het onderzoek verzekerden en de verbetering van materiële controle. De NZa heeft besloten hier geen handhavingsmaatregelen aan te verbinden. In het geval van de materiële controles is de reden hiervoor dat de NZa hiernaar nog een verdiepend onderzoek verricht (zie verderop in deze paragraaf) en daarover in 2009 afzonderlijk heeft gerapporteerd. In de andere gevallen is afgezien van handhavingsmaatregelen omdat de impact van de bevindingen gering was. In die gevallen zijn de zorgverzekeraars gevraagd aan te geven waarom de bevindingen niet zijn afgehandeld.
- Volmachten: de NZa heeft bij de verzekeraars sterk aangedrongen op verbeteringen bij volmachten. De verzekeraars hebben hieraan gehoor gegeven. In de loop van 2008 hebben zij diverse acties ondernomen om de betrouwbaarheid van gegevens bij volmachten te verbeteren, onder andere door de instructie van volmachten, het verkrijgen van accountantsverklaringen bij volmachten en eigen controles. Op grond daarvan heeft de NZa besloten om voor enkele zorgverzekeraars geen aanvullende maatregelen voor 2006 en 2007 te vragen. De opgaven van de andere zorgverzekeraars met volmachten zijn na aanvullend onderzoek geaccordeerd. In één geval heeft de NZa in een gesprek met de verzekeraar deze de verplichting opgelegd dat hij de opgave van de volmachten zelf borgt.
- Boeteregeling: een groot deel van de verzekeraars heeft de gevraagde verbeteringen doorgevoerd. Een ander deel heeft de uitvoering inmiddels opgestart. Zie paragraaf 3.5.4 voor een nadere toelichting.

Onderzoek verantwoording 2008

Ten tijde van het opstellen van dit samenvattend rapport was het NZa-onderzoek naar de vereveningsopgave 2008 nog niet afgerond. De bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter.

Voor de vereveningsopgave 2008 gelden de volgende (voorlopige) bevindingen:

- controlemethodiek: de reeds vorig jaar gesignaleerde trend van verdere verbetering van de controlemethodiek zet zich voort. De controle van de verzekeraars is gebaseerd op een vorm van risicogeoriënteerde insteek. Verbeterslagen zijn nog te halen bij het toesnijden van de risicoanalyse op de specifieke situatie van de betreffende zorgverzekeraar en het verder inbedden daarvan in de controlewerkzaamheden;
- afhandeling verantwoording 2007: in over het algemeen is goed opvolging gegeven aan de over 2007 geconstateerde bevindingen. In de meeste gevallen zijn de bevindingen goed afgehandeld. In een enkel geval heeft de zorgverzekeraar de geconstateerde punten nog niet afgehandeld en zal de NZa zich beraden over mogelijke stappen;
- kosten van verstrekkingen: in het vereveningsonderzoek over het jaar 2007 is geconstateerd dat een aantal zorgverzekeraars de verantwoordingsrichtlijnen voor het al dan niet meenemen van

balansposten, prudentiemarge, ramingsposten bij vroegtijdige afsluiting boekjaar, voorschotten en/of overfinanciering ziekenhuizen onjuist had toegepast. Hierbij kon het om aanzienlijke bedragen gaan. (Mede) op grond hiervan heeft de NZa het protocol aangepast en scherper en gedetailleerder geformuleerd. De richtlijnen zijn mede daardoor over het jaar 2008 beter toegepast en de verwachting is dat er over 2008 geen omvangrijke correcties meer zullen zijn. In een aantal gevallen voldoen de aangeleverde specifieke bestanden (DBC-gegevens, farmaciegegevens, persoonskenmerken) nog steeds niet aan de technische specificaties en is sprake van verkeerde aanlevering. De vulling van deze bestanden is weliswaar verbeterd in vergelijking met 2007, maar vergt in diverse gevallen nog nadere aandacht;

- volmachten: de voorbereidingen voor en afspraken rond de aanlevering van de volmachten is verbeterd. Desondanks levert de review door de NZa nog veel vragen op waarvan de impact momenteel nog niet te overzien is;
- ggz: nieuw in de controle van de vereveningsopgave is de opgave van ggz-gegevens. Door de invoering van de DBC-systematiek voor de ggz per 1 januari 2008 is een na-ijleffect ontstaan, doordat DBC's pas na afsluiting van de DBC worden gedeclareerd. Dit kan een vertraging van maximaal één jaar veroorzaken. Hierdoor is sprake van grote onzekerheden in de opgave. Veel verzekeraars hebben deze onzekerheid echter gemitigeerd door de omvang van de budgetten (mede) als basis voor de prognoses te gebruiken;
- teruggaveregeling no-claim: verzekeraars blijken zich in een aantal gevallen te baseren op de controleresultaten van het voorafgaande jaar in plaats van op geactualiseerde bevindingen. Het aantal geconstateerde bijzonderheden en de financiële risico's is echter beperkt;
- gemiddelde verzekerdenstanden: geconcludeerd kan worden dat de basis controlesystematiek bij de verzekeraars op dit onderdeel goed in elkaar zit. Voor zover sprake is van aandachtspunten gaat het om specifieke gevallen, zoals het ontbreken van BSN-nummer van een aantal seizoenarbeiders;
- boeteregeling: de uitvoering van de boeteregeling door de zorgverzekeraars is verder verbeterd. Ook de zorgverzekeraars die later met de uitvoering zijn gestart, voeren de regeling inmiddels op hoofdlijnen naar tevredenheid uit;
- betalingsachterstand nominale premie: hier zijn in enkele gevallen nog onjuistheden in de opgave geconstateerd, mede door de complexiteit van de regeling. Omdat de regeling per 1 september 2009 is vervangen door een andere regeling die fasegewijs wordt ingevoerd, is het belang van de geconstateerde onjuistheden beperkt. De naleving van het incassoprotocol is ten opzichte van de vorige review verder verbeterd;
- materiële controle: voor 2008 is ervoor gekozen om de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars via een apart onderzoek te adresseren (zie onderaan deze opsomming);
- in het kader van de vereveningsopgave onderzoekt de NZa de juistheid van de kosten die zorgverzekeraars inbrengen in de risicoverevening. (Voorlopige) conclusie uit dit onderzoek is dat de zorgverzekeraars niet structureel meer ten laste van de basisverzekering gebracht hebben dan het wettelijk voorgeschreven pakket;
- experiment IAD (zie ook paragraaf 2.3): mits voldaan is aan een aantal randvoorwaarden, kan de interne accountant van de zorgverzekeraar bij wijze van experiment het accountantsproduct afgeven voor de opgaven farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken. Evenals voor het verantwoordingsjaar 2007 heeft ongeveer een derde van de zorgverzekeraars zich voor 2008

voor het experiment aangemeld. Over beide jaren is de indruk positief.

Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij verbindt aan de geconstateerde tekortkomingen en verbeterpunten.

Onderzoek materiële controle

Voor 2008 is ervoor gekozen om de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars via een apart onderzoek te adresseren²³. In 2009 zal dit weer een onderdeel vormen van het vereveningsonderzoek.

Aanleiding voor het onderzoek was de constatering bij de controle van de Jaarstaat Zvw 2006 dat zorgverzekeraars in veel gevallen de materiële controle op de 'feitelijke levering' van de zorg moeten verbeteren of zelfs nog geheel moeten uitvoeren. Uit het onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars in 2007 een betere invulling hebben gegeven aan de materiële controles dan in 2006. Dat neemt niet weg dat nog verdere verbeteringen mogelijk zijn. Ook blijkt dat er een verschil is in de controles tussen de grote en kleine zorgverzekeraars. Grote verzekeraars stellen maatregelen op aan de hand van risicoanalyses. Kleinere verzekeraars beperken hun controles vaak tot het analyseren van klachten over no-claim, eigen risico overzichten of het versturen van een overzicht van declaraties. Het uitvoeren van een materiële controle zonder risicoanalyse is volgens het protocol materiële controle²⁴ niet toegestaan. Zonder risicoanalyse is het niet mogelijk om de controle op een effectieve manier uit te voeren. De NZa heeft verzekeraars die geen risicoanalyse hebben uitgevoerd, gevraagd dit alsnog te doen.

De resultaten van het onderzoek zijn individueel teruggekoppeld aan de verzekeraars met daarbij eventuele aanbevelingen en verbeterpunten. De NZa heeft de verzekeraars verzocht de verbeterpunten op te pakken en zich hierover uiterlijk 1 september 2009 te verantwoorden. De beoordeling tijdens het vereveningsonderzoek, dat vóór die verantwoordingsdatum bij de meeste verzekeraars al was gestart, is daarom gericht op de twee belangrijkste basisvoorwaarden voor materiële controle: het uitvoeren van statistische analyse en de beschikbaarheid van een controleplan dat is gebaseerd op een risicoanalyse. De (voorlopige) uitkomsten van het vereveningsonderzoek 2008 geven aan dat er op deze aspecten nog verbeteringen mogelijk zijn.

3.5 Overige verplichtingen Zvw

3.5.1 Verplichtingen rond in- en uitschrijving

De NZa heeft geen signalen ontvangen over knelpunten bij de in- en uitschrijving van verzekerden. De administratieve afhandeling van het overstappen is in de periode 2008-2009 in het algemeen goed verlopen.

²³ NZa, Materiële controle door zorgverzekeraars, juli 2009.

²⁴ Het protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is onderdeel van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen en het Addendum zorgverzekeraars. Sinds februari 2008 is de goedkeuring van de Gedragscode en het protocol verlopen.

3.5.2 Verplichtingen verslaglegging en gegevensverstrekking

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven leveren de zorgverzekeraars periodiek de volgende informatie aan de NZa:

- uitvoeringsverslag;
- jaarstaten;
- opgaven hoge kosten compensatie (HKC), farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken;
- jaarrekening.

De zorgverzekeraars moeten de jaarstaat A 2008, farmaciegegevens en DBC-gegevens vóór 1 juni bij de NZa aanleveren. Voor de aanlevering van het uitvoeringsverslag, de opgaven persoonskenmerken en de definitieve jaarstaat 2006 alsmede de jaarrekening is de indieningstermijn vóór 1 juli.

De NZa heeft in 2008 in totaal 57 aanwijzingen opgelegd wegens niet-tijdige aanlevering van één of meerdere van de gevraagde documenten. De zorgverzekeraars hebben de gevraagde stukken vervolgens alsnog aangeleverd. In de eerste helft van 2009 zijn geen aanwijzingen opgelegd.

3.5.3 Ontkoppeling basis- en aanvullende verzekering

Zorgverzekeraars stellen in hun aanvullende verzekeringen vaak voorwaarden die een koppeling leggen met de basisverzekering. Zo is het vaak niet mogelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten zonder basisverzekering, of moeten verzekerden een hogere premie betalen als zij geen basisverzekering nemen. Bij de overstapperiode 2009 is gebleken dat zorgverzekeraars op hun website vaak geen informatie geven over de voorwaarden van hun aanvullende verzekeringen. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars opgedragen hun websites aan te passen. Zij moeten hierop aangeven of een aanvullende verzekering zonder basisverzekering mogelijk is en wat het kost om uitsluitend een aanvullende verzekering te nemen (in nominale of absolute bedragen). De zorgverzekeraars in kwestie hebben hun websites op deze punten aangepast.

Opzegservice

In 2008 hanteerde het merendeel van de zorgverzekeraars een opzegservice met beperkingen voor de verzekerde. De verzekerde kon daarbij niet kiezen om bijvoorbeeld alleen de basisverzekering te laten opzeggen en de aanvullende verzekering te behouden. Dit is in strijd met artikel 40, lid 3 van de Wmg omdat de informatie die zorgverzekeraars via de opzegservice geven niet in overeenstemming is met wat artikel 120 van de Zorgverzekeringswet beoogt²⁵. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars opgedragen de opzegservice aan te passen. Bij de overstapperiode 2008/2009 heeft de NZa de opzegservices gecontroleerd. Na enkele aanvullende interventies voldoen momenteel alle opzegservices aan de eisen van de NZa. Dat betekent dat de opzegservices van de zorgverzekeraars het toestaan dat verzekerden alleen de aanvullende verzekering voortzetten.

Artikel 120 Zvw

Bij één zorgverzekeraar was in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering 2008 een nietig beding opgenomen. Dat houdt in dat de aanvullende verzekering de suggestie wekt dat het voor een verzekerde niet mogelijk is om zijn aanvullende verzekering te behouden als hij zijn

²⁵ Artikel 120 Zvw verbiedt om de geldigheid van een aanvullende verzekering te koppelen aan een al bestaande zorgverzekering (nietig beding).

zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar opzegt. De NZa heeft deze zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven die hij heeft opgevolgd.

3.5.4 Boetebeschikkingen

Vorig jaar heeft de NZa een aantal zorgverzekeraars gevraagd om de volledigheid en voortgang van de uitvoering van de boeteregeling te verbeteren. Uit het onderzoek Zvw 2007 is gebleken dat een groot deel van de verzekeraars de gevraagde verbeteringen heeft doorgevoerd. Een ander deel heeft de uitvoering inmiddels opgestart. De NZa is op grond daarvan akkoord gegaan met de opgave van deze zorgverzekeraars over 2006, onder voorwaarde dat de tweede groep de in behandeling zijnde zaken moet afhandelen. Omdat op korte termijn een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend over de herziening van de boeteregeling, heeft de NZa besloten voorsnog geen extra acties te ondernemen en eerst meer duidelijkheid over de nieuwe regeling af te wachten.

De NZa heeft geen signalen dat zorgverzekeraars te hoge boetes opleggen.

3.5.5 Verwerking persoonsgegevens

Onder het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw valt ook het toezicht op de naleving van privacybescherming onder de Zvw. In het protocol tussen de NZa en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) is de taakverdeling bij het toezicht op privacybescherming tussen beide partijen vastgelegd.

In de tweede helft van 2007 heeft de NZa een nulmeting gedaan naar de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars (zie Samenvattend rapport 2007). Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek zijn voor alle zorgverzekeraars individueel verbeterpunten geformuleerd. De zorgverzekeraars moesten zich uiterlijk 1 oktober 2008 verantwoorden over de opvolging van de verbeterpunten. Hoewel de zorgverzekeraars veel verbeterpunten hebben opgevolgd, geldt voor alle zorgverzekeraars dat zij nog verbeterpunten hebben openstaan of de ingezette verbeteracties nog niet geheel hebben afgerond.

De nog openstaande of niet volledig opgevolgde verbeterpunten hebben vooral betrekking op de onderwerpen: doelbinding, beleid over rechten van betrokkenen, controle op naleving van procedures en maatregelen voor de beginselen van de Wet bescherming persoonsgegevens, bewaartermijnen, procedure acceptatiebeleid, fraudeonderzoeken in aanvullende verzekering en bepalingen materiële controle. Bij dit laatste aspect zij opgemerkt dat de NZa in 2008 een apart onderzoek heeft uitgevoerd naar de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars²⁶ (zie paragraaf 3.4.3).

Lastig is dat de NZa knelpunten ondervindt bij de uitvoering van haar toezicht- en handhavingstaak. De goedkeurende verklaring van het CBP voor de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en het bijbehorende Addendum Zorgverzekeraars is verlopen op 4 februari 2008. Als gevolg hiervan kan de NZa formeel grotendeels geen invulling geven aan haar toezicht- en handhavingstaak bij privacy.

²⁶ Bij de start van dit onderzoek was de verwachting dat er binnen een redelijke termijn een nieuwe Gedragscode zou zijn en dat de uitgangspunten van een geactualiseerde Gedragscode en bijbehorend Addendum ongewijzigd zouden blijven. Daarom is de invulling van materiële controle onderzocht met het verlopen protocol.

De NZa heeft dit knelpunt in april 2009 per brief bij het Ministerie van VWS onder de aandacht gebracht. De NZa heeft het Ministerie in overweging gegeven het privacytoezicht van de NZa uitsluitend via een ministeriële regeling vorm te geven. Daardoor zou het toezicht niet meer afhankelijk zijn van een gedragscode.

3.6 Conclusie

Toegang tot de zorgverzekering

De zorgverzekering is voldoende toegankelijk. De NZa heeft opgetreden tegen een aantal zorgverzekeraars dat de acceptatieplicht niet volledig heeft nageleefd. Deze zorgverzekeraars hebben toegezegd hun handelwijze voor 2009 aan te passen. Ook hebben alle zorgverzekeraars aangegeven voor 2009 een acceptatiebeleid te voeren dat in lijn is met de Zvw. Bij de beoordeling van de verantwoordingsinformatie over 2009 schenkt de NZa extra aandacht aan mogelijke overtredingen van de acceptatieplicht. De NZa heeft geen indicaties dat het verbod op premiedifferentiatie niet is nageleefd of dat basispolissen ten onrechte zijn beëindigd. Risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie komt in de verslagperiode niet voor. Wel zijn er ontwikkelingen buiten de reikwijdte van de Zvw waarbij zorgverzekeraars zich richten op specifieke, voor hen aantrekkelijke groepen verzekerden, bijvoorbeeld via het doelgroepenbeleid bij collectiviteiten. Hoewel de NZa geen bevoegdheden heeft om hierbij in te grijpen, blijft zij de ontwikkelingen op dit vlak nauwgezet volgen. Dit geldt zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt.

Toegang tot de zorg

Er zijn geen indicaties dat de toegang tot zorg onvoldoende is. Wel heeft de NZa actie ondernomen naar aanleiding van signalen over zorgverzekeraars die onjuiste informatie verstrekten over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

De NZa heeft geadviseerd om het experiment met het PGB in de huidige vorm na 1 januari 2010 te beëindigen. De meerwaarde van het PGB in de huidige vorm is beperkt en de administratieve lasten voor een PGB-aanvraag zijn hoger dan bij verstrekking van zorg in natura of via restitutie. Daarnaast sluit het PGB in de huidige vorm niet goed aan bij de prikkels die zorgverzekeraars in een marktomgeving ervaren.

Bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over zorginkoop is de aandacht voor kwaliteit toegenomen, maar is de prijs nog steeds doorslaggevend. Initiatieven om kwaliteit transparant te maken zijn in volle gang maar hebben tijd nodig. De NZa adviseert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij de keuze van sectoren waarvoor kwaliteitsindicatoren moeten worden ontwikkeld.

Betaalbaarheid

Bij de uitvoering van de compensatieregeling eigen risico is bij een klein deel van de rechthebbenden (2,5%) vertraging opgetreden bij de uitbetaling van de compensatie. De zorgverzekeraars, Vektis en het CAK hebben diverse acties ondernomen waardoor inmiddels veel is verbeterd. Vanuit het perspectief van het consumentenbelang blijft de NZa de uitvoering van de compensatieregeling volgen.

De zorgverzekeraars hebben in het algemeen de bij het vorige verantwoordingsonderzoek geconstateerde bevindingen over de afhandeling van 2006 goed opgevolgd. In enkele gevallen waarbij de bevindingen niet (volledig) zijn afgehandeld heeft de NZa de

zorgverzekeraars gevraagd naar de reden hiervoor en daarbij benadrukt dat dit eenmalig moet zijn. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars op aandringen van de NZa diverse acties ondernomen om de betrouwbaarheid van gegevens bij volmachten te verbeteren. Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft de gevraagde verbeteringen inzake de boeteregeling doorgevoerd of is met de uitvoering gestart. Uit het onderzoek naar de verantwoording 2008 blijkt (voorlopig) dat veel zorgverzekeraars de boeteregeling inmiddels op hoofdlijnen naar tevredenheid uitvoeren. Omdat binnenkort een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend over de herziening van de boeteregeling, heeft de NZa besloten vooralsnog geen extra acties te ondernemen en eerst meer duidelijkheid over de nieuwe regeling af te wachten.

Andere voorlopige bevindingen uit het onderzoek 2008 zijn een verdere verbetering van de controlemethodiek en betere toepassing van de verantwoordingsrichtlijnen door verzekeraars. Aandachtspunten zijn het toesnijden van de risicoanalyse op de specifieke situatie van de individuele verzekeraar, resterende vragen rond volmachten, en verbeteringen bij de basisvoorwaarden voor de materiële controle. Uit het verantwoordingsonderzoek volgen geen indicaties dat verzekeraars structureel meer ten laste brengen van de zorgverzekering dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

Overige verplichtingen

De administratieve afhandeling van het overstappen is in de periode 2008/2009 in het algemeen goed verlopen. Tijdens deze overstapperiode heeft de NZa de opzegservices van alle zorgverzekeraars gecontroleerd op de mogelijkheid tot behoud van de aanvullende verzekering bij opzegging van de basisverzekering. Na enkele aanvullende interventies van de NZa is het momenteel bij alle opzegservices mogelijk om uitsluitend de aanvullende verzekering voort te zetten.

In 2008 heeft één zorgverzekeraar artikel 120 Zvw overtreden. Dat houdt in dat de aanvullende verzekering de indruk wekte dat het voor een verzekerde niet mogelijk is om zijn aanvullende verzekering te behouden als hij zijn zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar opzegt. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven die hij heeft opgevolgd.

Zorgverzekeraars hebben in 2007 een betere invulling gegeven aan materiële controles dan in 2006. De indruk is dat de opzet van materiële controle steeds beter wordt. Verdere verbeteringen blijven echter mogelijk. De NZa heeft de zorgverzekeraars verzocht om de verbeterpunten uit het onderzoek naar materiële controle op te volgen en zich hierover te verantwoorden.

De zorgverzekeraars hebben veel verbeterpunten uit het onderzoek naar de naleving van privacywetgeving opgevolgd. Dit laat onverlet dat alle zorgverzekeraars nog één of meerdere verbeterpunten hebben openstaan of de ingezette verbeteracties nog niet volledig hebben afgerond.

4. Randvoorwaarden

Bevindingen en acties NZa

- De randvoorwaarden vereveningsmodel, transparantie, verzekerdeninvloed en mobiliteit werken voldoende voor de risico-inschatting in het RAM.
- Door aanpassingen in de ex-post verevening is de risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van DBC's uit het B-segment toegenomen. De NZa staat hier positief tegenover.
- De NZa heeft de zorgverzekeraars erop gewezen dat zij hun informatieverstrekking over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg moeten verbeteren. Alle zorgverzekeraars hebben of gaan hieraan gevolg geven.
- De NZa gaat het Richtsnoer Informatieverstrekking voor 2009 toetsen via een self-assessment. Daarbij moeten zorgverzekeraars zich verantwoorden over de naleving van de eisen voor informatieverstrekking.
- De kwaliteit van de informatie op vergelijkingssites voor zorgverzekeringen is in 2009 nog iets verder verbeterd. De NZa gaat ook onderzoek doen naar de kwaliteit van vergelijkingssites voor het zorgaanbod.
- De NZa heeft een toetsingskader voor de transparantie van zorg opgesteld waarmee de transparantie in de zorg structureel kan worden getoetst en verbeterd. De NZa gaat het toetsingskader gebruiken om de transparantie op zorgmarkten in kaart te brengen en knelpunten te signaleren en aan te pakken.
- Alle zorgverzekeraars hebben de invloed van verzekerden geborgd in hun statuten. Op verzoek van de NZa hebben zorgverzekeraars hun informatieverstrekking over klachten- en geschillenregelingen verbeterd.

4.1 Inleiding

Bij de inschatting van de risico's voor de naleving van de wettelijke verplichtingen in het RAM (zie paragraaf 1.2) veronderstelt de NZa dat de volgende randvoorwaarden werken:

- het vereveningsmodel werkt voldoende. 'Slechte' risico's moeten voldoende worden gecompenseerd zodat verzekeraars geen prikkel hebben om de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie te overtreden;
- de verzekerde moet voldoende transparante en betrouwbare (keuze)informatie hebben;
- de verzekerde moet daadwerkelijk zijn recht kunnen halen (invloed van verzekerden);
- de verzekerde kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar (mobiliteit).

Deze randvoorwaarden zijn belangrijk voor een goede werking van de checks and balances voor de Zvw. Als deze checks and balances minder goed werken nemen de risico's voor het niet-naleven van de Zvw toe. Dit is bijvoorbeeld het geval als de (aspirant)verzekerde niet tijdig beschikt over juiste, volledige en begrijpelijke informatie en/of als hij niet in voldoende mate zijn recht kan halen via bijvoorbeeld een klachtenprocedure. Verzekerden kunnen dan onvoldoende tegendruk bieden aan de zorgverzekeraars.

4.2 Werking vereveningsmodel

Het risicovereveningssysteem is een belangrijk middel om eventuele prikkels bij de zorgverzekeraars te verminderen om de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet na te leven. In september 2008 heeft de minister een uitwerking gegeven van het risicovereveningssysteem en de ex-post compensatiemechanismen voor 2009, en daarbij op onderdelen aangegeven welke verdere aanpassingen in 2010 zullen volgen. Binnen de ex-post verevening ziekenhuiskosten is een nieuw segment gecreëerd voor de kosten van dbc's uit het B-segment, waardoor het risico voor deze specifieke categorie kosten voor zorgverzekeraars toeneemt. Voor 2009 was het nog niet mogelijk om het hele B-segment af te zonderen en risicodragend te maken vanwege het gebrek aan marktprijzen. Daarom geldt voor 2009 hetzelfde kostensegment b-dbc's als in 2008 (ruim 20% van de totale ziekenhuiskosten). Voor 2009 wordt hier nog 15% op nagecalculeerd. Insteek is dat voor 2010 voor het hele B-segment zoals dat in 2009 geldt – ongeveer 35% van de ziekenhuiskosten – de nacalculatie vervalt (met een nacalculatiepercentage van 0%). Voor 2009 lopen de zorgverzekeraars hiermee risico over ruim 60% van de ziekenhuiskosten.

Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg, die sinds 2008 onder de Zvw valt, is een eenvoudig risicovereveningsmodel ontwikkeld. De ex-post compensatie voor dit segment was voor 2008 vastgesteld op 100% nacalculatie; voor 2009 is dit gehandhaafd.

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 voor keuzeondersteuning van verzekerden. Randvoorwaarde hierbij is dat de ex-ante verevening adequaat werkt. De NZa heeft overlegd met VWS om nauwer betrokken te worden bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel. In de plannen voor 2010 is opgenomen dat de kennis over het vereveningsmodel bij de NZa zal worden geborgd.

Op basis van de voordurende aandacht voor de mogelijkheden tot verbetering van het risicovereveningsmodel en de actualisatie van de gegevens, concludeert de NZa voor 2008 dat het vereveningsmodel als randvoorwaarde binnen het RAM voldoende werkt.

4.3 Transparantie

Juiste, volledige en betrouwbare informatie is voor de consument essentieel om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekering.²⁷

In het transparantietoezicht doet de NZa jaarlijks onderzoek naar de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. De basis voor het transparantietoezicht is het richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en volmachten. In het richtsnoer Informatieverstrekking voor 2008 was in tegenstelling tot de voorgaande jaren niet alleen opgenomen welke informatie de zorgverzekeraar moet verstrekken, maar ook via welk medium. Aan de hand van het richtsnoer heeft de NZa de websites van de ziektekostenverzekeraars onderzocht. Daarbij bleken de belangrijkste tekortkomingen te liggen bij de informatieverstrekking over het gecontracteerde zorgaanbod en de

²⁷ Behalve de informatie die voorafgaand aan het afsluiten van een polis wordt verstrekt aan consumenten, moet ook de informatie die gedurende de looptijd van de verzekering wordt verstrekt, aan bepaalde (transparantie)eisen voldoen.

vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Op deze onderdelen voldeden veel zorgverzekeraars niet aan het richtsnoer. Doordat de contracteercyclus nog niet was afgerond voor de overstapperiode, was de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod nog niet actueel. De NZa heeft de bevindingen teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven hun website te hebben aangepast of nog zullen aanpassen.

Voor 2009 gaat de NZa de naleving van het richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en volmachten toetsen via een *self assessment*. Daarbij moeten ziektekostenverzekeraars zich verantwoorden over de naleving van de eisen voor informatieverstrekking. Als aan bepaalde eisen niet is voldaan, moeten zij deze afwijkingen toelichten (*comply or explain*). Het *self assessment* sluit aan bij de principes uit de toezichtvisie van de NZa, waarin toezicht op afstand en verdiend vertrouwen centraal staan. Via het *self assessment* zal de NZa ook de geconstateerde knelpunten bij de informatieverstrekking over 'gecontracteerd zorgaanbod' en 'vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg' blijven volgen.

Vergelijkingsites

In 2008 heeft de NZa voor de tweede keer de vergelijkingswebsites voor zorgverzekeringen beoordeeld. Vergelijkingswebsites en de informatie van zorgverzekeraars zijn de informatiebronnen die verzekerden het meest gebruiken bij hun keuze voor een zorgverzekering. Door de kwaliteit van de vergelijkingsites zichtbaar te maken, neemt de zelfredzaamheid van de consument toe.

De NZa heeft de informatie op de vergelijkingsites voor 2009 onderzocht.²⁸ De NZa concludeert dat de kwaliteit van vergelijkingsites in vergelijking met vorig jaar is verbeterd. Bijna alle vergelijkingsites zijn volledig in het vermelden van zorgverzekeraars en polissen. Ook de basispremies en kortingen voor het vrijwillig eigen risico van de polissen die op de vergelijkingsites staan, zijn allemaal correct weergegeven. Bij acht van de negen vergelijkingsites is het type polis correct vermeld. De NZa blijft de informatie op vergelijkingsites voor zorgverzekeringen volgen. In 2009 gaat de NZa ook onderzoek doen naar vergelijkingswebsites voor het zorgaanbod.

Visiedocument Transparantie

In maart 2009 heeft de NZa haar visie op transparantie gepubliceerd²⁹. Daarin staat onder andere welke eisen gesteld moeten worden aan de informatievoorziening op zorgmarkten opdat consumenten over goede keuze-informatie kunnen beschikken. De NZa wil hiermee ook richting geven aan de ontwikkeling van nieuwe keuze-informatie. In de visie is een toetsingskader voor de transparantie van zorg opgenomen waarmee de transparantie in de zorg op een structurele manier kan worden getoetst en verbeterd. De NZa gaat het toetsingskader toepassen in de verschillende monitors om de transparantie op de betreffende markten te in kaart te brengen. Zo ontstaat inzicht in de knelpunten in transparantie en kan de NZa zonnodig maatregelen nemen. Het toetsingskader biedt daarmee een basis om knelpunten in de transparantie te signaleren en aan te pakken en uiteindelijk de transparantie op zorgmarkten te bevorderen.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarde 'transparantie' in 2008 voldoende werkt. Bij de informatieverstrekking over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg waren echter

²⁸ NZa, Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen, december 2008

²⁹ NZa, Visiedocument Transparantie, maart 2009.

verbeteringen nodig. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken waarna zij hebben toegezegd hun websites op deze punten te zullen aanpassen of hebben aangepast. De NZa blijft de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in 2009 volgen via het *self assessment*.

4.4 Invloed van verzekerden

Verzekerden beschikken over verschillende middelen om het gedrag of beleid van hun zorgverzekeraar te beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn klachten- en geschillenregelingen, inschakeling van de rechter of participatie in leden- en verzekerdenraden.

Klachten en geschillen

In het jaarlijkse onderzoek naar de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars (transparantieonderzoek, zie paragraaf 4.3) wordt ook gekeken naar de beschikbaarheid van informatie over het indienen van klachten en geschillen. Uit het transparantieonderzoek 2008 blijkt dat alle zorgverzekeraars op hun website informatie geven over het indienen van klachten en geschillen, maar dat deze informatie niet altijd volledig is. Vaak ontbreekt de vermelding dat een verzekerde zijn klacht ook kan indienen bij de burgerlijk rechter. De NZa heeft haar bevindingen teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven hun websites te zullen aanpassen of hebben aangepast. Aldus is geborgd dat verzekerden over de benodigde informatie kunnen beschikken als zij een klacht willen indienen bij hun zorgverzekeraar. Uit de uitvoeringsverslagen over 2008 blijkt dat zorgverzekeraars aandacht hebben voor klachten. De ruime meerderheid geeft aan klachten te analyseren. Sommige verzekeraars geven aan dat zij op basis van de klachtenanalyse processen aanpassen.

Statuten

Op grond van de Zvw moeten zorgverzekeraars in hun statuten waarborgen bieden voor 'een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid'³⁰. Bij de beoordeling van de statuten heeft de NZa geconstateerd dat alle zorgverzekeraars verzekerdeninvloed statutair hebben geregeld. Zorgverzekeraars met de rechtsvorm van een stichting of van een onderlinge waarborgmaatschappij hebben een ledenraad. Zorgverzekeraars met de rechtsvorm van een naamloze vennootschap (NV) hebben verzekerdeninvloed meestal geregeld via lidmaatschap van de coöperatie of vereniging binnen het concern.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarde 'verzekerdeninvloed' in 2008 voldoende werkt. Alle zorgverzekeraars hebben de invloed van verzekerden in hun statuten geborgd. Met de beschikbaarheid van informatie over het indienen van klachten en geschillen hebben verzekerden een instrument in handen om hun recht te halen.

4.5 Mobiliteit verzekerden

In 2009 is de mobiliteit van verzekerden stabiel gebleven. Het percentage overstappers ligt op 3,6%, ongeveer hetzelfde niveau als in 2008. Ook het aantal verzekerden dat overweegt om over te stappen ligt op ongeveer hetzelfde niveau (rond 10%).

³⁰ Artikel 28, lid 1 sub b, Zvw.

De NZa heeft geen signalen dat er problemen zijn om over te stappen. De administratieve afhandeling van het overstappen verloopt over het algemeen goed. Om de vrees voor administratieve rompslomp bij overstappen onder consumenten weg te nemen, heeft de NZa verschillende media een overzicht aangeboden. Dit overzicht laat zien op welke manier zorgverzekeraars en de NZa zich inspinnen om de barrières voor overstappen te minimaliseren.

Evenals in 2008 hanteren zorgverzekeraars in 2009 voor enkele aanvullende verzekeringen medische selectie. Dit zijn vooral de duurste aanvullende pakketten waarvoor potentiële verzekerden een gezondheidsverklaring moeten invullen. Dit heeft niet of nauwelijks negatieve gevolgen voor de mobiliteit.

Hoewel de mobiliteit beperkt is, hebben verzekerden wel de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te switchen. Binnen het stelsel van de Zvw zijn er geen onnodige structurele belemmeringen voor overstappen. De NZa heeft de beperkte mobiliteit betrokken bij de herijking van het RAM. Daarbij bleek het niet noodzakelijk om het RAM aan te passen. De tegendruk die verzekerden kunnen uitoefenen op zorgverzekeraars door (de dreiging van) overstappen volstaat. De NZa concludeert dat de randvoorwaarde mobiliteit in 2008 voldoende werkt.

4.6 Conclusie

De randvoorwaarden werken voldoende voor de inschatting van risico's in het RAM.

Alle zorgverzekeraars hebben de invloed van verzekerden geborgd in hun statuten. Daarnaast hebben zij hun informatieverstrekking over het indienen van klachten en geschillen op verzoek van de NZa verbeterd. Hierdoor beschikken verzekerden over een handvat om zonedig hun recht te halen. Binnen het stelsel van de Zvw zijn er geen factoren die de mobiliteit onnodig belemmeren. Verzekerden kunnen van zorgverzekeraar wisselen, maar maken beperkt gebruik van de overstapmogelijkheden. De informatieverstrekking aan verzekerden kent nog een aantal tekortkomingen. Dit betreft vooral de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken waarna zij hebben toegezegd hun websites op deze punten te zullen aanpassen of hebben aangepast. De NZa blijft de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in 2009 volgen via het *self assessment*.

Door aanpassingen in de ex-post verevening is de risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van DBC's uit het B-segment toegenomen. De NZa staat hier positief tegenover, omdat daardoor meer prikkels in de markt ontstaan voor goede zorginkoop en keuzeondersteuning van verzekerden.

Bijlage 1. Overzicht signalen

Tabel 3. Top drie signalen

| | 2006 | 2007 | 2008 | Eerste half jaar 2009 (1 juli) |
|------|--|---|--|--|
| 1. | Signalen over een onjuiste beëindiging van de polis door de zorgverzekeraar (19 signalen, 6 interventies). | Signalen over mogelijk misleidende algemene informatieverstrekking door de zorgverzekeraar (17 signalen, 8 interventies). | Signalen over misleidende informatie (onjuist, onvolledig, onbegrijpelijk en/of niet-tijdig) (23 signalen, 12 interventies) | Signalen over misleidende informatie (onjuist, onvolledig, onbegrijpelijk en/of niet-tijdig) (20 signalen, 9 interventies) |
| 2. | Het niet naleven van diverse administratieverplichting en door de zorgverzekeraar (16 signalen, 7 interventies). | Signalen over minder zorg dan waar de verzekerde recht op heeft (13 signalen, 4 interventies). | Signalen dat verzekerde minder (vergoeding van) zorg krijgt van dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft (6 signalen, 3 interventies) | De verzekerde krijgt minder zorg / vergoeding voor zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft. (5 signalen, 1 interventie) |
| 3.a. | 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 (13 signalen, 4 interventies). | Signalen over ongelijke toegang van verzekerden tot de aangeboden varianten van de zorgverzekering (5 signalen, 3 interventies) | De verzekeraar berekent de eigen betalingen onjuist. (4 signalen, 1 interventie) |
| 3.b. | Signalen over mogelijk misleidende algemene informatieverstrekking door de zorgverzekeraar (15 signalen, 5 interventies). | | De verzekeraar berekent de eigen betalingen onjuist (4 signalen, 2 interventies) | |

Bron: Signaaldatabase NZa.

Bijlage 2. Risico's RAM

Toegang tot de zorgverzekering

- De op de markt gebrachte polis voldoet niet aan de eisen gesteld in de Zvw – groen risico (zie paragraaf 3.2.1).
- Verzekerden hebben geen gelijke toegang tot alle 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 belemmert de toegang tot de zorg of de vergoeding voor zorg door ongeoorloofde toestemmingseisen of procedures vooraf – oranje risico (zie paragraaf 3.3.1).
- De verzekerde krijgt minder zorg of vergoeding voor zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft – rood risico (zie paragraaf 3.3.2).
- De verzekeraar verricht onvoldoende inspanning om de verzekerde tijdige zorg te leveren – oranje risico (zie paragraaf 3.3.4).
- De kwaliteit van de gecontracteerde of bemiddelde zorg is onvoldoende gewaarborgd door de zorgverzekeraar – oranje risico (zie paragraaf 3.3.5).

Betaalbaarheid van het zorgstelsel

- De verzekeraar berekent de eigen betalingen onjuist – groen risico (zie paragraaf 3.3.3).
- Het CAK voert de 'regeling compensatie chronisch zieken' onjuist uit – oranje risico.
- De zorgverzekeraar krijgt een onjuiste uitkering in het kader van de verevening door een onjuiste vereveningsopgave – rood risico (zie paragraaf 3.4.1).

Overige verplichtingen voor zorgverzekeraars

- De verzekeraar leeft de verplichtingen rondom in- en uitschrijvingen niet na – groen risico (zie paragraaf 3.5.1).
- De verzekeraar komt de verplichtingen ten aanzien van verslaglegging en gegevensverstrekking aan de NZa niet na – oranje risico (zie paragraaf 3.5.2).
- De verzekeraar beëindigt ongevraagd de aanvullende verzekering bij het opzeggen van de basisverzekering door de verzekerde – groen risico (zie paragraaf 3.5.3).
- De zorgverzekeraar geeft geen (volledige) uitvoering aan het opleggen van boetebeschikkingen – oranje risico (zie paragraaf 3.5.4).
- De verzekeraar heeft een te hoge boete opgelegd – groen risico (zie paragraaf 3.5.4).
- De zorgverzekeraar verwerkt de persoonsgegevens op een onzorgvuldige wijze – oranje risico (zie paragraaf 3.5.5).
- De ziektekostenverzekeraar betaalt of vergoedt een tarief dat niet gedeclareerd mag worden door een zorgaanbieder – groen risico.