

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Minister T. van Ark  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**

**Telefoonnummer**

**E-mailadres**

**Kenmerk**

394477/846821

**Onderwerp**

Acties NZa voor en tijdens overstapperiode 2020-2021

**Datum**

1 april 2021

Geachte mevrouw Van Ark,

In deze brief ontvangt u een terugkoppeling over onze activiteiten op het gebied van ons toezicht op informatieverstrekking door zorgverzekeraars over zorgverzekeringen tijdens de afgelopen overstapperiode. Ook lichten wij in deze brief toe welke ontwikkelingen wij zien op de polismarkt en maken we een opmerking over de bekendmaking van het gecontracteerde aanbod.

Hieronder volgt een korte inleiding en geven wij een samenvatting van onze belangrijkste bevindingen. Vervolgens lichten wij onze afzonderlijke activiteiten uitgebreider toe. Aan het einde van de brief volgt een korte vooruitblik naar 2021 en de periode daarna.

### **Inleiding**

Allereerst willen wij u in deze brief wijzen op onze uitgangspunten voor transparantie, welke wij hanteren bij het beoordelen van de informatieverstrekking door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Deze uitgangspunten hebben we op 3 juni 2020 gepubliceerd op onze website, zie voor meer informatie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_310397\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_310397_22/1/)

Om ondersteunend te zijn aan het keuzeproces van de consument vinden we het van belang dat bij het verstrekken van informatie wordt voldaan aan de volgende drie uitgangspunten:

- Informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment
- Informatie sluit aan bij de vaardigheden van de consument
- Informatie is juist, vindbaar en vergelijkbaar

Met deze uitgangspunten geven we uitdrukking aan de al langer ingezette omslag van méér informatie naar vooral bruikbare informatie. Dit thema zal ook in onze eigen regelgeving meer centraal komen te staan. Zo zijn wij voornemens om onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten met kenmerk TH/NR-017 (hierna: Regeling) te herzien, om deze meer aan te laten sluiten bij de behoeften en vaardigheden van consumenten.

### **Belangrijkste bevindingen**

We hebben in de afgelopen jaren gezien dat er door zorgverzekeraars stappen zijn gezet om de informatie over zorgverzekeringen te verbeteren.<sup>1</sup> Informatie over zorgverzekeringen is veelal juist (in relatie tot bestaande regelgeving) en vindbaar. Wel denken we dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen maken door informatie op zo'n manier aan te bieden dat mensen daarmee eenvoudiger een keuze kunnen maken voor een geschikte polis. Ondersteuning van dit keuzeproces is belangrijk. En informatie die aansluit op de informatiebehoeften is essentieel.

**Kenmerk**  
394477/846821  
**Pagina**  
2 van 12

Hieronder volgt eerst een opmerking over de ontwikkeling van het polisaanbod. Daarna benoemen we een paar specifieke bevindingen naar aanleiding van onze toezichtsactiviteiten in het achterliggende overtapeseizoen.

- Hoewel één zorgverzekeraar zich in 2021 heeft teruggetrokken, ziet de NZa een toename in het polisaanbod. Er zijn in 2021 vijf nieuwe modelovereenkomsten bij gekomen, daar tegenover staat dat er drie worden beëindigd. Per saldo is het aanbod met twee toegenomen. De NZa vindt een toename van het polisaanbod geen wenselijke ontwikkeling, omdat dat niet bijdraagt aan de overzichtelijkheid van het polisaanbod, tenzij er daadwerkelijk meer te kiezen valt en dit ook op een duidelijke wijze kenbaar wordt gemaakt aan verzekerden.
- In de afgelopen overstapperperiode hebben wij gezien dat de contractering, met name in de MSZ, moeizaam is verlopen. Pas in december 2020 bereikten zorgverzekeraars en ziekenhuizen overeenstemming en communiceerden zij dat alle algemene en academische ziekenhuizen in 2021 zijn gecontracteerd. Hierdoor wisten verzekerden gedurende een groot deel van de overstapperperiode niet of hun zorgverzekeraar uiteindelijk een contract zou sluiten met het ziekenhuis waar hij/zij graag naartoe zou willen. Dat heeft uiteindelijk geen risico op voorzienbare teleurstellingen opgeleverd, doordat zorgverzekeraars in de communicatie wel eerder hebben laten doorklinken dat verzekerden erop konden rekenen dat ze bij het ziekenhuis van hun voorkeur terecht konden.
- Zorgverzekeraars typeren over het algemeen hun zorgverzekeringen conform de NZa-regelgeving. Hierdoor kunnen mensen (o.a. bij het kiezen van een zorgverzekering) eenvoudiger zien tot welk type polis een zorgverzekering behoort. Eén zorgverzekeraar had een polis in de polisvoorwaarden en op de website als restitutiepolis aangeduid, terwijl dit feitelijk een combinatiepolis betreft. Deze zorgverzekeraar heeft na interventie van de NZa aanpassingen doorgevoerd, waardoor nu wordt voldaan aan onze regelgeving.

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld de brief van de NZa 'Acties NZa voor en tijdens overstapperperiode 2019-2020' d.d. 12 maart 2020.

- We hebben bij vier zorgverzekeraars gecontroleerd of zij in de zorgzoekers informatie omtrent omzetafonds tonen conform NZa regelgeving. Drie zorgverzekeraars vermeldden omzetplafonds niet in de zorgzoeker indien in de contracten andere (bijkoop)afspraken zijn gemaakt, waardoor verzekerden altijd bij de betreffende ziekenhuizen terecht kunnen. Dit is niet conform de letter van onze regelgeving, maar wel in de geest van onze regelgeving. De NZa gaat bij de bredere herziening bekijken of aanpassing van de informatieverplichtingen op dit vlak nodig is om eenduidige toepassing ervan te borgen. Bij de vierde zorgverzekeraar was de zorgzoeker niet altijd conform regeling weergegeven, omdat deze niet werd geactualiseerd bij wijziging van de contractafspraken. Hierdoor waren de omzetplafonds met consequenties niet altijd vermeld. Deze zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van onze interventie het interne werkproces aangepast om een verkeerde registratie in de zorgzoeker in de toekomst te voorkomen.
- Tijdens de overstapperiode hebben wij gezien dat drie zorgverzekeraars de gewijzigde premie van enkele modelovereenkomsten kort na 12 november 2020 bekend hebben gemaakt en deze hebben laten ingaan per 1 januari 2021. Hierdoor hebben zij in strijd gehandeld met artikel 17 lid 7 Zvw. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken, maar tegelijkertijd geconstateerd dat haar instrumentarium niet toereikend is om op een adequate wijze gevolgen te verbinden aan deze overtreding. Dat komt doordat de NZa op grond van de Wmg enkel herstelsancties kan opleggen naar aanleiding van een overtreding van artikel 17 lid 7 Zvw. Een overtreding inhoudende het niet tijdig bekend maken van een wijziging in de grondslag van de premie, kan echter voor die overstapperiode niet worden hersteld. Daarom heeft het de voorkeur dat de NZa de wettelijke bevoegdheid krijgt om een punitieve sanctie op te leggen.

Kenmerk

394477/846821

Pagina

3 van 12

### **Ontwikkeling polismarkt**

Met ingang van 2021 zijn er in totaal 10 concerns met 20 zorgverzekeraars. Dat is een concern minder dan in 2020. Met ingang van 2021 is IptiQ gestopt als zorgverzekeraar. IptiQ bood in 2020 3 modelovereenkomsten aan. Een naturapolis voor Promovendum/Besured en National academic en een restitutie- en een naturapolis voor Aon One Underwriting. Deze 3 polissen zijn de enige drie polissen die in 2021 zijn beëindigd.

In 2021 worden 57 modelovereenkomsten aangeboden: 15 restitutie, 37 natura en 5 combinatiepolissen (in 2020 respectievelijk 17 restitutie, 34 natura en 4 combinatie). Dit zijn er twee meer dan in 2020. Er zijn in 2021 vijf nieuwe modelovereenkomsten bij gekomen en drie beëindigd. De nieuwe modelovereenkomsten zijn allemaal naturapolissen.

Het betreft VGZ en IZA basis Keuze en UMC Ruime keuze van het concern VGZ en de basisverzekering natura select van EUcare en Jaah basis van ONVZ. De bestaande restitutiepolis van ONVZ is omgezet naar een combinatiepolis.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
4 van 12

Het aantal modelovereenkomsten met beperkende voorwaarden (ook wel budgetpolissen genoemd) is fors gestegen van 10 naar 16 in 2021. De ruime keuze polis van Iptiq vervalt. Alhoewel de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg niet perse lager ligt dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, hebben Salland en Hollandzorg van ENO met ingang van 2021 minder dan 70% van de zorgaanbieders gecontracteerd voor geneesmiddelen, fysiotherapie, wijkverpleging. Deze modelovereenkomsten worden daarom als polissen met beperkende voorwaarden gezien. De basisverzekering natura select van EUcare, de Unive Zorg select polis en de VGZ Bewuzt basis vergoeden met ingang van 2021 wel minder dan 75% voor niet gecontracteerde zorg. Ten slotte zijn er twee nieuwe budgetpolissen bijgekomen met een vergoedingspercentage van minder dan 75% voor niet gecontracteerde zorg. Dat zijn IZA basi keuze en VGZ basis keuze. In totaal is er bij 10 modelovereenkomsten sprake van een vergoedingspercentage van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

We zien dat diverse zorgverzekeringsconcerns modelovereenkomsten via verschillende risicodragers aanbieden die inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Het aantal daadwerkelijk verschillende modelovereenkomsten bedraagt 41 van de 57 aangeboden modelovereenkomsten. In 2020 waren dit 40 van de 55 modelovereenkomsten. Dit beeld is dus redelijk gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar.

Uit bovenstaande volgt dat in 2021 meer modelovereenkomsten worden aangeboden dan het jaar er voor. De NZa is een voorstander van een overzichtelijk polisaanbod. Een toename van het aantal polissen draagt daar niet aan bij, tenzij een uitbreiding van het polisaanbod daadwerkelijk tot meer keuze leidt voor de consument. De NZa vindt het wenselijk dat het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten binnen hetzelfde verzekeraarsconcern wordt beperkt. Hierover heeft de NZa al eens eerder bericht.<sup>2</sup>

### **Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod**

Op grond van artikel 14 van de Regeling moeten zorgverzekeraars een actueel overzicht met gecontracteerde zorgaanbieders op hun website hebben. Daarnaast moeten zij verzekerden tijdig informeren over wijzigingen ten nadele van de verzekerde. Hieronder valt ook het gecontracteerde zorgaanbod. Alhoewel tijdig in ieder geval inhoudt voor het ingaan van de wijziging is de NZa van mening dat het gecontracteerde zorgaanbod al zo veel mogelijk bekend moet zijn bij de start van het overstapseizoen of te wel 12 november. Zo kan de verzekerde een weloverwogen keuze maken voor zijn zorgverzekering.

---

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld het samenvattend rapport zorgverzekeringwet 2019.

Wanneer een zorgverzekeraar nog niet kan aangeven of een zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd zal zijn in het nieuwe polisjaar verwachten wij van die zorgverzekeraar dat hij daar transparant over is en dat hij duidelijk maakt wat de gevolgen daarvan zijn voor de verzekerde. Zo weet de verzekerde in ieder geval waar hij aan toe is als hij een nieuwe zorgverzekering kiest.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
5 van 12

In de afgelopen overstapperiode hebben wij gezien dat met name bij de MSZ de contractering zeer moeizaam is verlopen. De coronapandemie leidde voor zorgaanbieders tot grote onzekerheid over hun financiële situatie. Pas wanneer duidelijk was hoe de gevolgen van de pandemie werden gecompenseerd door de zorgverzekeraars konden afspraken worden gemaakt over de contractering voor 2021. Als gevolg hiervan konden de zorgverzekeraars tot half december 2020 niet aangeven welke ziekenhuizen waren gecontracteerd voor 2021.

De NZa heeft zorgverzekeraars afgelopen jaar gewezen op hun verantwoordelijkheid om tijdig duidelijkheid te bieden over hun gecontracteerde aanbod. Mede naar aanleiding daarvan hebben de zorgverzekeraars op 27 november 2020 de intentie gecommuniceerd dat zij de afspraken van 2020 zoveel mogelijk willen continueren en dat consumenten ook in 2021 zoveel mogelijk terecht moeten kunnen bij hun vertrouwde ziekenhuis.<sup>3</sup> Uiteindelijk hebben zorgverzekeraars op 18 december 2020 bekendgemaakt dat in 2021 alle algemene en academische ziekenhuizen zijn gecontracteerd, zodat verzekerden overall terecht kunnen.<sup>4</sup>

Alhoewel de NZa begrip heeft voor de problemen waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich als gevolg van de coronapandemie mee geconfronteerd zien, vindt de NZa het belangrijk dat verzekerden juist en tijdig worden geïnformeerd tijdens de overstapperiode. We vinden het goed dat er uiteindelijk duidelijkheid is gekomen over het gecontracteerde aanbod, maar we vinden wel dat dit al op een eerder moment naar de verzekerden gecommuniceerd had moeten worden. Verzekerden wisten immers gedurende een groot deel van de overstapperiode niet of hun zorgverzekeraar uiteindelijk een contract zou sluiten met het ziekenhuis waar hij/zij graag naartoe zou willen. Dat heeft uiteindelijk geen risico op voorzienbare teleurstellingen opgeleverd, doordat zorgverzekeraars in de communicatie eerder wel hebben laten doorklinken dat verzekerden erop konden rekenen dat ze bij het ziekenhuis van hun voorkeur terecht konden.

### **Controle informatieverstrekking restitutiepolissen**

#### *Onderzoek polisvoorwaarden en websites zorgverzekeraars*

Om polissen goed te kunnen vergelijken, is het belangrijk dat de consument eenvoudig kan zien tot welk type polis een polis behoort.

---

<sup>3</sup> Zie: <https://zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5633867776>.

<sup>4</sup> Zie: <https://zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5712347136>.

De NZa schrijft daarom in artikel 29 van de Regeling voor dat een zorgverzekeraar voor elke polis moet aangeven tot welke van de volgende drie types polis een verzekering behoort: een natura-, een restitutie- of een combinatiepolis. Daarbij wordt aangegeven welk type wanneer moet worden gehanteerd. Zo is in onze regeling vastgelegd dat een zorgverzekeraar de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' alleen mag gebruiken om polissen te beschrijven die recht geven op vergoeding en bemiddeling en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.<sup>5</sup>

**Kenmerk**

394477/846821

**Pagina**

6 van 12

De NZa houdt toezicht op het naleven van artikel 29 van de Regeling en tijdens de overstapperiode hebben wij geconstateerd dat 1 zorgverzekeraar een polis in de polisvoorwaarden en op de website als restitutiepolis heeft aangeduid, terwijl dit feitelijk een combinatiepolis betreft. De polis kent namelijk een vergoedingsbeperking anders dan gedefinieerd in artikel 2.2. van het Besluit zorgverzekering, te weten een beperking van de vergoeding van zorg door kaakchirurgische behandelcentra. We hebben met deze zorgverzekeraar een gesprek gevoerd en vervolgens zijn er aanpassing doorgevoerd waardoor voldaan wordt aan onze regelgeving. Ook constateerden we dat 1 zorgverzekeraar met een restitutiepolis op de website een term gebruikte die niet hoort bij een restitutiepolis, namelijk de term gemiddeld tarief in plaats van marktconform tarief. Daarnaast zagen we dat 1 zorgverzekeraar op de website een zorgverzekeringskaart bij zijn polis had staan die niet hoorde bij de polis die werd aangeboden. Deze zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken en hebben de informatie inmiddels aangepast waardoor conform regelgeving wordt gehandeld.

#### *Informatieverzoek naar aanleiding van CBb-uitspraak*

Afgelopen zomer heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (hierna: CBb) een uitspraak gedaan over de vergoeding en berekening van excessieve tarieven bij restitutiepolissen. Zie de volgende link: <https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/College-van-Beroep-voor-het-bedrijfsleven/Nieuws/Paginas/Verzekeraar-moet-excessieve-zorgnota-aantonen.aspx>

Uit de uitspraak volgt dat wanneer een zorgverzekeraar een zorgnota (deels) weigert, deze zorgverzekeraar moet kunnen aantonen dat de voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is ('excessief'). Zorgverzekeraars mogen hierbij niet enkel een lijst met door henzelf vastgestelde bedragen als vast maximum hanteren, omdat zij anders in strijd handelen met artikel 11 Zvw en artikel 2.2 lid 2 Bzv. Zorgverzekeraars mogen een indicatief bedrag derhalve niet categorisch afwijzen.

---

<sup>5</sup> De zorgverzekeraar die prestaties in restitutievorm heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de nota volledig moet vergoeden. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

- a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Het CBb stelt dat uit de wettelijke bepalingen en bijbehorende toelichtingen volgt dat zorgverzekeraars een individuele beoordeling moeten verrichten, in die zin dat per declaratie dient te worden beoordeeld of deze excessief is. En dan ook per declaratie die niet volledig wordt vergoed, dient te worden gemotiveerd waarom deze niet volledig wordt vergoed. Bij restitutiepolissen gaan verzekerden namelijk uit van volledige vergoeding, maar door de motivatie kunnen zij teruglezen waarom de declaratie in het specifieke geval niet volledig wordt vergoed.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
7 van 12

De NZa heeft in de overstapperiode een informatieverzoek verzonden naar de zorgverzekeraars die restitutiepolissen aanbieden, om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan voornoemde uitspraak. Uit de reacties op het informatieverzoek blijkt dat ongeveer de ene helft wel en de andere helft niet voldoet aan de uitspraak en wetgeving. Dit betekent dat de helft van de zorgverzekeraars dus wel een individuele beoordeling doet en de andere helft niet. De NZa is van oordeel dat zorgverzekeraars die niet in lijn handelen met de uitspraak/huidige wetgeving hun beleid dienen aan te passen. De betreffende zorgverzekeraars zullen hier door ons op worden aangesproken.

### **Controle informatieverstrekking omzetplafonds**

Bij het bereiken van het omzetplafond dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben afgesproken, kan de zorgaanbieder mogelijk een patiëntenstop of een langere wachttijd voor de verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar invoeren. We vinden het belangrijk dat mensen weten bij welke zorgaanbieder zij met hun zorgvraag terecht kunnen en niet onverwachts geconfronteerd worden met het bereiken van een omzetplafond en de gevolgen daarvan. Daarom verwachten wij dat zorgverzekeraars (én zorgaanbieders) hun verzekerden en patiënten goed informeren over omzetplafonds.

In november 2019 hebben wij de transparantieverplichting omtrent omzetplafonds, in artikel 15 van de Regeling, gewijzigd. Uit dit artikel volgt dat als zorgverzekeraars omzetplafonds afspreken met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, de zorgverzekeraars dit in de zorgzoeker bij de betreffende zorgaanbieders vermelden. Daarbij moeten zorgverzekeraars helder uitleggen wat de mogelijke gevolgen van deze afspraken voor verzekerden kunnen zijn. Na afloop van de overstapperiode 2019-2020 hebben we geconcludeerd dat alle zorgverzekeraars conform de nieuwe transparantieverplichting informatie over omzetplafonds verstrekken.

Tijdens het afgelopen overstapeseizoen hebben we naar aanleiding van geluiden besloten opnieuw onderzoek te doen naar de informatieverstrekking omtrent omzetplafonds in de zorgzoekers. Wij hebben bij 4 zorgverzekeraars in de contracten van 2019 gekeken of zij met ziekenhuizen omzetplafonds met consequenties voor verzekerden hebben afgesproken en zo ja, of deze conform onze transparantieverplichting in de zorgzoekers stonden vermeld.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> We hebben in de contracten 2019 gekeken, omdat de NZa op dit moment geen beschikking heeft over de contracten 2020/2021.

Deze controle gaf slechts indicatieve en geen sluitende informatie, zorgverzekeraars kunnen immers voor 2020 of 2021 andere afspraken met ziekenhuizen hebben gemaakt.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
8 van 12

We hebben onze voorlopige bevindingen aan de betreffende zorgverzekeraars teruggelegd en daarbij specifiek gevraagd naar de situatie voor het achterliggende overstapeseizoen. In reactie hierop heeft een drietal zorgverzekeraars aangegeven dat zij bij sommige ziekenhuizen in 2020 en 2021 weliswaar omzetplafonds zonder volledige doorleverplicht hebben afgesproken, maar dat er in die gevallen andere (bijkoopt)afspraken zijn gemaakt. Volgens de zorgverzekeraars zijn er door deze bijkooptafspraken in de praktijk nooit consequenties voor verzekerden met betrekking tot de toegang tot zorg bij de betreffende zorgaanbieders.<sup>7</sup> Deze situaties worden daarom niet in de zorgzoekers vermeld. De vierde zorgverzekeraar heeft in tegenstelling tot de andere drie zorgverzekeraars wel aangegeven dat de zorgzoeker niet altijd conform regeling is weergegeven. Dit komt omdat de zorgzoeker bij deze zorgverzekeraar niet altijd geactualiseerd werd bij wijziging van de contractafspraken. De betreffende zorgverzekeraar heeft inmiddels het interne werkproces zodanig aangepast om een verkeerde registratie in de zorgzoekers in de toekomst te voorkomen.

Naar aanleiding van het bovenstaande stellen wij vast dat de onderzochte zorgverzekeraars voor het jaar 2021 met ziekenhuizen omzetplafonds zonder volledige doorleverplicht hebben afgesproken. Drie zorgverzekeraars hebben echter benadrukt dat zij in de contracten andere (bijkoopt)afspraken hebben gemaakt waardoor verzekerden altijd bij de betreffende ziekenhuizen terecht kunnen. De zorgverzekeraars zijn daarom van mening dat deze omzetplafonds niet bij de betreffende zorgaanbieders in de zorgzoeker hoeven te worden vermeld.

Voor de NZa staat het belang van de consument voorop: wij vinden het belangrijk dat consumenten weten bij welke zorgaanbieder zij met hun zorgvraag terecht kunnen en niet onverwachts geconfronteerd worden met het bereiken van een omzetplafond en de gevolgen daarvan. Uit de reacties van de drie zorgverzekeraars maakt de NZa op dat zij de norm van artikel 15 van de Regeling op eigen wijze, te weten niet conform letter van onze regelgeving, maar wel conform geest van onze regelgeving, hebben uitgelegd. In het kader van de ondersteuning in het keuzeprocess voor consumenten en de vergelijkbaarheid van informatie hierin, vinden wij het wel belangrijk dat zorgverzekeraars de transparantieplichting op dezelfde manier interpreteren waardoor informatie over omzetplafonds op de websites op dezelfde wijze wordt verstrekt. We zullen daarom de inzichten van onze actie daarom meenemen bij de wijziging van de Regeling zoals aan het einde van de brief wordt benoemd.

---

<sup>7</sup> Volledigheidshalve melden wij dat 1 van deze 3 zorgverzekeraars in haar reactie wel heeft aangegeven dat zij met 1 ziekenhuis geen aanvullende afspraken heeft gemaakt. Deze zorgverzekeraar vermeldde bij dit ziekenhuis terecht (en uit zichzelf) het omzetplafond in de zorgzoeker.



Tot slot wijst de NZa op het mogelijke risico dat in de praktijk toch situaties ontstaan waarbij consumenten, ondanks de aanvullende (bijkoop)afspraken van zorgverzekeraars, hinder kunnen ondervinden wat betreft de toegang tot zorg bij de betreffende zorgaanbieders. Op dit moment zijn hierover bij de NZa echter geen signalen bekend. Uiteraard zullen wij onze toezichtsactiviteiten op dit vlak intensiveren als wij wel signalen ontvangen.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
9 van 12

### **Te late premiebekendmaking**

De NZa vindt het de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat gewijzigde premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Op deze manier hebben verzekerden goed de tijd om zich te oriënteren en premies te vergelijken.

Uit artikel 17, zevende lid, Zorgverzekeringswet (hierna Zvw) volgt dat een wijziging in de grondslag van de premie niet eerder in werking treedt dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Hieruit volgt dat de dag na de mededeling de termijn voor inwerkingtreding van de wijziging begint te lopen. In de praktijk gaat een premiewijziging altijd per 1 januari in, waardoor zorgverzekeraars genoodzaakt zijn om zeven weken terug te rekenen voor de uiterlijke bekendmaking van het nieuwe premie aanbod. Dit betekent dat premiewijzigingen voor 2021 uiterlijk op 12 november 2020 aan de verzekeringnemer moet zijn medegedeeld, wil het in werking treden per 1 januari 2021.

De Zvw bepaalt niet in welke vorm de daar bedoelde mededeling dient te worden gedaan. Wel staat voorop dat er sprake moet zijn van een individuele mededeling. Dit betekent dat de bedoelde mededeling wel de specifieke wijziging voor de betreffende verzekeringnemer moet omvatten. Hieruit volgt dat een zorgverzekeraar niet kan volstaan met een algemene publicatie op de website. Ook een vooraankondiging van een wijziging is te algemeen om te zien als een individuele mededeling. Bovendien bevat een vooraankondiging geen mededeling van de wijziging zelf, maar een mededeling over de wijziging die nog gaat plaatsvinden.

Voor de volledigheid wijst de NZa er hierbij op dat zowel bij polissen met digitale als postale communicatie, zorgverzekeraars zich dienen te houden aan de wettelijke verplichting van artikel 17 lid 7 Zvw, waarbij de wijziging in de grondslag van de premie niet eerder in werking treedt dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Uit de ervaringen voor polisjaar 2019 bleek dat zorgverzekeraars een premiewijziging niet altijd tijdig aan verzekerden toezenden. Dit speelt vooral bij polissen die digitaal worden aangeboden, maar waarbij verzekerden geen toestemming hebben gegeven voor digitale communicatie. Bij digitale polissen concurreren zorgverzekeraars onderling sterk op de premie en wachten daarom tot het laatste moment (kort voor 13 november) met hun premiebekendmaking.

Voor verzekerden die geen toestemming hebben gegeven voor digitale communicatie zal de premiewijziging echter per post moeten worden verstuurd waardoor deze na 12 november wordt medegedeeld aan verzekerden.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
10 van 12

Gelet op bovenstaande situatie heeft de NZa haar toezichtsbeleid voor digitaal aangeboden zorgverzekeringen met ingang van polisjaar 2020 aangepast. De brief met de premiewijziging voor de verzekerden die geen toestemming hebben gegeven voor digitale toezending mag, onder strikte voorwaarden, binnen één dag na het verlopen van de zeven wekentermijn worden verzonden.<sup>8</sup>

Tijdens de overstapperiode hebben wij naar aanleiding van een signaal geconstateerd dat 3 zorgverzekeraars de nieuwe premie van een aantal polissen na 12 november 2020 bekend hebben gemaakt en deze hebben laten ingaan per 1 januari 2021, waardoor zij in strijd hebben gehandeld met artikel 17 lid 7 Zvw.<sup>9</sup> Dit betroffen polissen die digitaal worden aangeboden waarbij verzekerden soms toestemming voor digitale communicatie hebben gegeven, maar soms ook niet. In dat laatste geval moet de premiewijziging per post worden verstuurd.

De digitale premiewijziging aan verzekerden met toestemming voor digitale communicatie is door de betreffende zorgverzekeraars na 12 november medegedeeld vanwege extern ICT-problemen. Zo waren er bijvoorbeeld problemen bij de softwareleverancier in verband met de aflevering van grote hoeveelheden e-mails. Wat betreft het digitale premieaanbod aan verzekerden zonder toestemming voor digitale communicatie dat werd medegedeeld na 12 november, geldt dat niet volledig werd voldaan aan de eerder gestelde strikte voorwaarden van de NZa. Zo werd er geen vooraankondiging per post verstuurd (waarin staat dat de premie gaat wijzigen en deze uiterlijk 12 november in de 'Mijn Omgeving' van de verzekerde wordt vermeld). Ook werd de gewijzigde premie niet, uiterlijk zeven weken voordat deze ingaat, via het reguliere digitale individuele communicatiekanaal (zoals e-mail, niet zijnde de Mijn Omgeving) aan de verzekerden bekend gemaakt.

De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat gewijzigde premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Dit creert een gelijk speelveld voor concurrerende zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar latert publiceert kan hij zijn premie afstemmen op de premies van zijn concurrenten en zo bijvoorbeeld extra verzekerden binnen halen doordat zijn premie net iets lager is dan zijn concurrenten. Bovendien is de betreffende informatie tijdig nodig om de standaardpremie te bepalen op basis waarvan de zorgtoeslag wordt bepaald. Ten slotte is het steeds later bekend maken van premies niet in het belang van verzekerden. Zij hebben dan immers minder tijd om zicht te oriënteren.

---

<sup>8</sup> Zie de nieuwsbrief beoordeling modelovereenkomsten, nieuwsbrief nr.2 polisjaar 2020.

<sup>9</sup> Één andere zorgverzekeraars heeft zich uit zichzelf bij de NZa gemeld. Deze zorgverzekeraar heeft niet in strijd met artikel 17 Zvw gehandeld, nu zij de premie van de betreffende polissen later hebben doen ingaan.

Voor de NZa staat daarom voorop dat zorgverzekeraars zelf horen te onderzoeken welke maatregelen kunnen worden genomen in het eigen werkproces om tijdige bekendmaking van premiewijzigingen te waarborgen. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken, maar constateert dat haar instrumentarium niet toereikend is om op een adequate wijze gevolgen te verbinden aan de overtreding. Dat komt doordat de NZa op grond van de Wmg enkel herstelsancties kan opleggen naar aanleiding van overtreding van artikel 17 lid 7 (te weten, een aanwijzing en een last onder dwangsom). Echter, een overtreding inhoudende dat een wijziging in de grondslag van de premie niet tijdig bekend wordt gemaakt, kan voor die overstapperperiode niet worden hersteld. Dit betekent dat de NZa niet een sanctie kan opleggen die het concurrentievoordeel dat een zorgverzekeraar heeft bij te late premiebekendmaking weg kan nemen. Het heeft de voorkeur dat de NZa de bevoegdheid krijgt om een punitieve sanctie op te leggen.

**Kenmerk**  
394477/846821

**Pagina**  
11 van 12

Daarnaast speelt bij dit artikellid dat dit enkel betrekking heeft op een wijziging in de grondslag van de premie. Daardoor is dit artikellid niet van toepassing op de bekendmaking van de premie van een nieuwe modelovereenkomst. Bij een nieuwe modelovereenkomst is het daardoor mogelijk om te wachten tot concurrenten hun premie bekend hebben gemaakt en die informatie te gebruiken voor de premiestelling, waarmee deze zorgverzekeraar in een voordelige (informatie)positie ten opzichte van de andere zorgverzekeraars terechtkomt.

### **Vragen en meldingen**

De NZa heeft tijdens de overstapperperiode 2020-2021 32 vragen (per telefoon en e-mail) en 15 meldingen ontvangen bij het Informatie en Contact Centrum (ICC) van de NZa.<sup>10</sup> In dit verband merken wij op dat het ICC in verband met de COVID-pandemie anders werkt dan normaal. Het ICC is namelijk vanaf 16 maart 2020 telefonisch niet te bereiken, vanaf die datum konden vragenstellers het ICC wel whatsappen met een vraag inclusief het verzoek om teruggebeld te worden. De genoemde vragen per telefoon zijn dus terugbelvezoeken van mensen. E-mails en meldingen kwamen wel op de gebruikelijke manier binnen.

Van de 15 door het ICC ontvangen meldingen was er 1 concreet genoeg om aan de betreffende zorgverzekeraar terug te leggen. Deze melding ging over ontbrekende informatie in het prolongatiepakket. Volgens de Regeling vermelden zorgverzekeraars eventuele wijzigingen ten nadele van verzekerden op de website en in het prolongatiepakket. Dat laatste had in casu niet plaatsgevonden. De betreffende zorgverzekeraar is om een reactie gevraagd. De zorgverzekeraars heeft in haar reactie aangegeven dat zij deze fout (al voordat de NZa om een reactie vroeg) heeft hersteld. De NZa heeft dit geverifieerd en de melding vervolgens gesloten.

---

<sup>10</sup> De NZa ontving tijdens de overstapperperiode 2019-2020 76 vragen (per telefoon en e-mail) en 36 meldingen bij het ICC, waarvan er 2 voldoende concreet waren om terug te leggen. Tijdens de overstapperperiode 2018-2019 waren dat 240 vragen en 43 meldingen, waarvan er 5 concreet genoeg waren om terug te leggen.

## Vooruitblik 2021 en daarna

Kenmerk

394477/846821

Pagina

12 van 12

In de inleiding wezen we u op onze uitgangspunten transparantie, waaruit volgt dat de NZa zich in haar transparantietoezicht meer zal richten op bruikbare (keuze)informatie. Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten.

Dit thema zal ook in onze eigen regelgeving meer centraal komen te staan. We zijn daarom voornemens om in 2021 de Regeling te herzien. We stellen zorgverzekeraars daarbij zo veel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooien en zelf te bepalen op welke wijze ze aan de normen moeten voldoen. Waar nodig grijpen we in, als de informatieverstrekking onvoldoende is of onvoldoende duidelijk is hoe aan de normen voldaan moet worden. Bijvoorbeeld door de doelen nader te concretiseren dan wel door de normen anderszins nader in te vullen, of onze toezichtsactiviteiten anders te prioriteren.

Van zorgverzekeraars verwachten wij dat zij vanuit hun unieke positie met hun informatieverstrekking de consument in zijn keuzeproces begeleiden. We verwachten in ieder geval dat zij te allen tijde transparant zijn over de absolute basisinformatie die we in onze regelgeving vastleggen, maar ook zelf initiatieven ontplooien om goede informatie voor consumenten beschikbaar te stellen. Daarbij gebruik makend van de informatie over zoekgedrag en informatiebehoeften van consumenten en waar nodig de te verstrekken informatie voor de consument onderling met elkaar afstemmend.

Daarnaast zien wij ook grote overeenkomsten tussen het transparantietoezicht dat zich steeds meer richt op bruikbare (keuze)informatie en de adviezen omtrent de randvoorwaarden om passende zorg meer ruimte te geven. De onderzoeksagenda passende zorg richt zich op de vraag hoe zorgvragers op een zinvolle manier ondersteund kunnen worden bij het kiezen voor passende zorg.<sup>11</sup> Bij het opstellen van de onderzoeksagenda wordt rekening gehouden met de uitgangspunten informatieverstrekking en andere onderzoeken die eerder zijn uitgevoerd of die nog lopen, zoals de Transparantiemonitor die Nivel uitvoert in de periode 2018-2022, de onderzoeksagenda van het programma 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek', en projecten die subsidie ontvangen via de subsidieregeling 'Transparantie over de kwaliteit van zorg'.

Uit bovenstaande volgt dat het belang van goede informatievoorziening vanuit het perspectief van de verzekerden ook in 2021 en daarna binnen de NZa de nodige aandacht zal blijven krijgen.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur

---

<sup>11</sup> Zie het rapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu – november 2020 van Zorginstituut Nederland en de NZa.