



Nederlandse  
Zorgautoriteit

**Uitvoering  
Zorgverzekeringswet  
2007**

**Samenvattend rapport**

# **Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007**

oktober 2008

# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Wettelijk kader	13
1.2 Risicoanalysemodel	13
1.3 Toezicht NZa Zorgverzekeringswet	14
1.4 Handhavingsbeleid NZa	15
1.5 Afbakening rapport	17
1.6 Leeswijzer	18
<b>2. Verantwoording en controle</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Verantwoordingen	19
2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw	19
2.2.2 Staten CVZ	21
2.3 Protocol	21
<b>3. Wettelijke verplichtingen</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	24
3.2 Toegang zorgverzekering	25
3.2.1 Voldoen polis aan Zvw	25
3.2.2 Gelijke toegang aangeboden polisvarianten	26
3.2.2.1 Acceptatieplicht	26
3.2.2.2 Verbod op premiedifferentiatie	27
3.2.2.3 Risicoselectie	28
3.2.3 Beëindiging polis	29
3.3 Toegang tot de zorg	29
3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg	30
3.3.2 Zorg conform wettelijke aanspraak	30
3.3.3 Eigen risico en no-claim	31
3.3.4 Tijdigheid zorg	33
3.3.5 Kwaliteit zorg	33
3.4 Betaalbaarheid	34
3.4.1 Vereveningsopgave	34
3.5 Overige verplichtingen	37
3.5.1 Verplichtingen rond in- en uitschrijving	37
3.5.2 Verplichtingen rond verslaglegging en gegevensverstrekking aan NZa	37
3.5.3 Ontkoppeling basis- en aanvullende verzekering	38
3.5.4 Boetebeschikkingen	39
3.5.5 Privacy	39
3.5.6 Subsidieregelingen	40
3.6 Integriteit	40
3.7 Conclusie	41
<b>4. Randvoorwaarden</b>	<b>43</b>
4.1 Inleiding	43
4.2 Werking vereveningsmodel	44
4.3 Transparantie	45
4.4 Invloed van verzekerden	48
4.5 Mobiliteit verzekerden	48
4.6 Conclusie	49
<b>Bijlage 1. Overzicht signalen</b>	<b>51</b>



## Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) rapporteert jaarlijks over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars in een samenvattend rapport. Dit rapport gaat in op de naleving van de publieke randvoorwaarden zoals acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht door de zorgverzekeraars en andere bepalingen in de Zvw<sup>1</sup>. Het rapport belicht hoe de zorgverzekeraars de Zvw hebben uitgevoerd en nageleefd, welke acties de NZa heeft ondernomen en gaat ondernemen. Bij de (toezicht)activiteiten van de NZa staat het consumentenbelang in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, centraal.

Dit is de tweede keer dat de NZa een samenvattend rapport over de uitvoering van de Zvw uitbrengt. Voor de totstandkoming van dit rapport is voornamelijk gebruik gemaakt van eigen onderzoeken en verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars hebben in 2007 de Zvw in voldoende mate uitgevoerd. De NZa baseert deze conclusie op uitgevoerde (thematische) onderzoeken, het risicoanalysemodel, signalen, de beoordeling van modelovereenkomsten, de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars en het vereveningsonderzoek, alsmede informatie van andere marktpartijen. De NZa heeft diverse interventie maatregelen getroffen om zorgverzekeraars te corrigeren en heeft ook gebruik gemaakt van haar formele handhavinginstrumenten.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarden voor de uitvoering van de Zvw voldoende werken. Kanttekening hierbij is dat de mobiliteit is afgenomen. De afname van de mobiliteit is niet toe te schrijven aan tekortkomingen binnen het juridisch kader van het zorgverzekeringsstelsel, maar is een marktwerkingvraagstuk dat wordt toegelicht in de monitor Zorgverzekeringsmarkt. De NZa betreft de afname van de mobiliteit bij de herijking van haar RisicoAnalyseModel (RAM). Om de transparantie te bevorderen, heeft de NZa de zorgverzekeraars erop aangesproken dat zij hun informatieverstrekking over onder meer de eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg en de transparantie van de vergoedingenoverzichten moeten verbeteren<sup>2</sup>. Initiatieven om de kwaliteit van de zorg transparant te maken en structureel te borgen, zijn van cruciaal belang.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter

---

<sup>1</sup> 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 2008).

<sup>2</sup> Naar aanleiding van het transparantieonderzoek (zie paragraaf 4.3).



## Managementsamenvatting

### *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 2007<sup>3</sup>. Het rapport richt zich 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 wettelijke verplichtingen.

Het rapport concentreert zich op het kalenderjaar 2007. Om de actualiteitswaarde van het rapport over 2007 te vergroten, heeft de NZa ook de onderzoeksbevindingen tot 1 juli 2008 hierin betrokken<sup>4</sup>. Enige overlap met het samenvattend rapport 2006 is onvermijdelijk aangezien daarin ook de bevindingen over de eerste helft van 2007 waren opgenomen.

### *Methodologisch kader*

De NZa houdt toezicht op maat om de administratieve toezichtlasten voor zorgverzekeraars zoveel mogelijk te beperken. Daarvoor gebruikt de NZa bij haar toezicht een RisicoAnalyseModel (RAM). Met dit model 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. Het RAM is een dynamisch model dat jaarlijks wordt herijkt op basis van de ontvangen signalen en onderzoeksbevindingen. Door het RAM is het toezicht risico-georiënteerd, gericht en gedoseerd. Inherent aan deze methodiek is dat jaarlijks andere accenten kunnen worden gelegd in het toezicht.

Het toezicht concentreert zich op afwijkingen van de wettelijke vereisten uit de Zvw (publieke randvoorwaarden), zowel op systeemniveau als op het niveau van individuele zorgverzekeraars. Het toezicht is erop gericht om afwijkingen op te sporen en corrigerend en signalerend op te treden. Daarbij gaat het om corrigerend optreden richting individuele zorgverzekeraars en signalerend optreden om tekortkomingen van het systeem te melden aan beleidsverantwoordelijken. Het toezicht heeft niet tot doel om tot individuele scores en een ranking van zorgverzekeraars te komen. Met andere woorden: de NZa geeft geen kwalificerend oordeel over de prestaties van een individuele zorgverzekeraar bij de uitvoering van de publieke randvoorwaarden van de Zvw.

### *Conclusie*

De zorgverzekeraars hebben in 2007 de Zvw in voldoende mate uitgevoerd. Gelet op het voorgaande is dit samenvattende oordeel voornamelijk gebaseerd op de mate waarin op bepaalde risicogebieden is afgeweken van de wettelijke vereisten uit de Zvw. Als het aantal afwijkingen beperkt is en de gevolgen daarvan zijn rechtgezet, is de uitvoering volgens de NZa voldoende. Het algehele beeld over de uitvoering in 2007 is dat aan de eisen uit de Zvw is voldaan. Dit beeld volgt uit de uitgevoerde thematische onderzoeken, het

<sup>3</sup> Dit is vastgelegd in artikel 24 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

<sup>4</sup> Voor ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt wordt verwezen naar de 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt' (NZa: 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt' juni 2007 en juni 2008).

risicoanalysemodel, signalen, de beoordeling van modelovereenkomsten, de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars en het vereveningsonderzoek, alsmede informatie van andere marktpartijen.

#### Handhaving

De NZa kan het gedrag van zorgverzekeraars bijsturen met normoverdragende gesprekken en brieven. Daarnaast beschikt de NZa over formele handhavingsinstrumenten<sup>5</sup>. Dit zijn bijvoorbeeld het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom en/of bestuurlijke boete aan zorgverzekeraars.

In de verslagperiode (2007 en de eerste helft van 2008) heeft de NZa verschillende keren bij zorgverzekeraars ingegrepen om hen te corrigeren of bij te sturen in de uitvoering van de Zvw en/of Wmg<sup>6</sup>. Naar aanleiding van de gesprekken en brieven hebben de betreffende zorgverzekeraars hun gedrag aangepast. Ook heeft de NZa in 2007/2008 ook formele handhavingsinstrumenten ingezet. Daarbij ging het om het niet voldoen aan informatieverzoeken van de NZa, aanleververplichtingen voor verantwoordingsdocumenten, transparantievereisten en zorgverzekeraars die onjuiste informatie verstrekten over de acceptatieplicht.

Onderstaand volgt een overzicht van het aantal geregistreerde signalen over:

- het toezicht op de zorgverzekeraars;
- het naar aanleiding van deze signalen gepleegde aantal interventies;
- het aantal ingezette formele handhavingsinstrumenten (uitgesplitst naar instrument), alsmede de verhouding hiertussen. Zie Tabel 1.

De cijfers geven aan dat er weliswaar minder signalen en interventies zijn, maar dat de NZa hierbij vaker handhavingsinstrumenten heeft ingezet.

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

	2006	2007	Eerste helft 2008
Aantal signalen	130	82	29
Aantal interventies	45	25	9
Aantal Aanwijzingen	-	14	1
Aantal lasten onder dwangsom	-	0	0
Interventies/handhaving t.o.v. signalen	35%	48%	34%

Bron: Database signalen, overzicht handhavingsmaatregelen

Naast de aanwijzingen in verband met signalen heeft de NZa in 2007 en de eerste helft van 2008 nog aanwijzingen opgelegd in het kader van de verplichtingen tot aanlevering van informatie (zie Tabel 2). Daarbij ging het om aanvullende informatie over de boeteregeling en de indiening van verantwoordingsdocumenten zoals het uitvoeringsverslag en opgaven voor de verevening. De toename van het aantal aanwijzingen ten opzichte van 2007 wordt met name veroorzaakt doordat het aantal in te

<sup>5</sup> De kaders die de NZa hanteert bij de inzet van handhavingsinstrumenten staan beschreven in het Handhavingsplan van de NZa.

<sup>6</sup> De interventies op grond van de Wmg hebben met name betrekking op informatieverplichtingen.



dienen documenten is toegenomen en de NZa de indieningstermijnen strikter heeft gehandhaafd.

**Tabel 2. Overzicht inzet handhavinginstrumenten in verband met informatieverplichtingen**

	2006	2007	Eerste helft 2008
Aantal Aanwijzingen	-	1	48
Aantal lasten onder dwangsom	-	1	-

Bron: Overzicht handhavingmaatregelen

#### *Toegankelijkheid van de zorgverzekering*

De zorgverzekering is voldoende toegankelijk. Daarbij is onder andere gekeken naar de naleving van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en risicoselectie. Naar aanleiding van signalen over informatieverstrekking waarin de acceptatieplicht niet werd nageleefd, heeft de NZa enkele zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven. Daarbij ging het om zorgverzekeringen die op basis van de informatie op websites en/of in folders alleen voor bepaalde doelgroepen toegankelijk leken in de vorm van collectiviteiten en niet voor individuele verzekerden. De verzekeraars hebben de aanwijzing opgevolgd en hun informatie gecorrigeerd.

De NZa onderzoekt enkele gevallen waarin de acceptatieplicht mogelijk is overtreden en onderneemt op basis van de uitkomsten actie richting de zorgverzekeraars. Daarbij gaat het om verzekeraars die aspirant-verzekerden met een betalingsachterstand bij hun huidige zorgverzekeraar geweigerd hebben in te schrijven. Behoudens de uitkomsten van het bovengenoemde onderzoek concludeert de NZa dat de zorgverzekeraars de acceptatieplicht hebben nageleefd.

Ook heeft de NZa actie ondernomen wegens een signaal over onjuiste weergave van de premie. Een zorgverzekeraar verstrekke aan alle verzekerden een standaard ledenkorting over de commerciële premie, waarna vervolgens nog een korting voor het eigen risico of collectiviteit werd gegeven. De NZa heeft deze zorgverzekeraar erop aangesproken dat deze constructie niet is toegestaan. Daarnaast is alle zorgverzekeraars meegedeeld dat constructies die de vergelijkbaarheid van premie-informatie verminderen zeer onwenselijk zijn vanuit het oogpunt van transparantie.

Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen voor de zorgverzekering te accepteren tegen dezelfde premie<sup>7</sup>. 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 heeft wel indicaties dat zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden om indirect te sturen op winst- of verliesgevende groepen verzekerden. Dit gebeurt via het (in)direct selecteren van verzekerden voor de zorgverzekering door instrumenten te gebruiken waarvoor geen wettelijke beperkingen gelden. Voorbeelden hiervan zijn extra strenge eisen voor de aanvullende verzekering en selectief gebruik van

<sup>7</sup> Artikel 3, lid 4 Zvw geeft aan wanneer een zorgverzekeraar niet verplicht is een zorgverzekering te sluiten. Dit is het geval bij opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer of de verzekerde, of bij het niet betalen van de premie.

communicatiemiddelen, bijvoorbeeld een strategie gericht op jongeren waarbij voornamelijk gecommuniceerd wordt via internet. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit vlak, zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt, nauwgezet volgen.

#### *Toegankelijkheid van de zorg*

De toegang tot de zorg is voldoende geborgd. Zorgverzekeraars spannen zich in het algemeen voldoende in om te voldoen aan hun zorgplicht. Wel heeft de NZa gereageerd op signalen over onder meer onduidelijke informatieverstrekking rondom afwijzingen van (vergoeding van) zorg, de verstrekking van hulpmiddelen (elastische kousen) en een onjuiste berekening van de kortingen voor het eigen risico en collectiviteiten door zorgverzekeraars.

In het belang van de consument blijft de NZa aandacht houden voor een correcte uitvoering van de inmiddels afgeschafte no-claimregeling en het eigen risico door zorgverzekeraars. Signalen over een onjuiste uitvoering van de no-claimregeling en de vergoeding van orgaantransplanties worden betrokken in het vereveningsonderzoek.

Het maken van structurele afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet verbeteren<sup>8</sup>. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken nog nauwelijks bindende kwaliteitsafspraken en kwaliteitsindicatoren ontbreken nagenoeg. Om de kwaliteit van zorg transparant te maken ontwikkelt de NZa een toetsingskader voor de transparantie van de zorg. Er is een consultatiedocument uitgebracht, 'Toetsingskader transparantie'<sup>9</sup>, dat op basis van de reacties wordt omgezet naar een visiedocument. De NZa zal het toetsingskader gebruiken om ontwikkelingen in de transparantie voor de consument te volgen, eventuele knelpunten aan te pakken en in afstemming met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij te dragen aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

#### *Betaalbaarheid van de zorg*

De zorgverzekeraars hebben in het algemeen goed invulling gegeven aan de bevindingen uit het onderzoek naar de verantwoording over 2006<sup>10</sup>. Resterende aandachtspunten zijn de borging van de betrouwbaarheid van de gegevens van de volmachten en de uitvoering van de boeteregeling. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie 2007 neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij hieraan verbindt. Er zijn geen indicaties dat zorgverzekeraars structureel meer ten laste van de zorgverzekering brengen dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

#### *Overige verplichtingen*

De administratieve afhandeling van de overstapperperiode 2007/2008 is in het algemeen goed verlopen. Het merendeel van de zorgverzekeraars heeft een opzegservice waarbij het niet mogelijk is om alleen de aanvullende verzekering voort te zetten. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars opgedragen om deze beperking in hun opzegservice aan te passen en controleert de komende overstapperperiode of dit is gebeurd.

<sup>8</sup> Zie 'Monitor Ziekenhuiszorg', juli 2008.

<sup>9</sup> Februari 2008.

<sup>10</sup> Deze conclusie is voorlopig aangezien het NZa-onderzoek naar de vereveningsopgave van de zorgverzekeraars nog niet was afgerond ten tijde van het opstellen van dit samenvattend rapport. Ook de hierna genoemde bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter.

Bij één zorgverzekeraar wekte de aanvullende verzekering de suggestie 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.

Veel zorgverzekeraars hebben zich niet gehouden aan de wettelijke termijn voor het indienen van verplichte documenten, zoals het uitvoeringsverslag, de jaarstaten en de jaarrekening, bij de NZa. Na een aanwijzing van de Nza hebben zij de stukken alsnog ingediend.

De uitvoering van de boeteregeling door de zorgverzekeraars is verbeterd. Bij de voortgang en volledigheid van de uitvoering zijn echter nog steeds verbeteringen noodzakelijk.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de naleving van de privacywetgeving door zorgverzekeraars. Uit het onderzoek komen geen aanwijzingen naar voren dat zorgverzekeraars medische gegevens onzorgvuldig verwerken. Wel zijn er verbeteringen nodig bij onder andere de bewaartermijnen van persoonsgegevens en procedures voor gegevensverwerking en controles. Op grond van het onderzoek heeft de NZa voor alle zorgverzekeraars individueel verbeterpunten geformuleerd. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars deze verbeterpunten opvolgen en rapporteert hierover in 2009 in een extern rapport.

#### *Werking randvoorwaarden*

De NZa hanteert een aantal randvoorwaarden voor het inschatten van risico's bij de naleving van de wettelijke verplichtingen. Dit zijn de werking van het vereveningsmodel, transparantie, invloed van verzekerden en mobiliteit van verzekerden. Conclusie is dat, voor een goede risico-inschatting door de NZa, de randvoorwaarden voldoende werken. Wel is de werking van de randvoorwaarde verzekerdenmobiliteit in 2007/2008 iets afgenomen in vergelijking met 2006/2007. Verzekerden zijn minder vaak overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en zijn minder geïnteresseerd in zorgverzekeringen. De afname van de mobiliteit wordt niet veroorzaakt door tekortkomingen binnen het wettelijk kader van het zorgverzekeringsstelsel, maar is een marktwerkingsvraagstuk (zie voor een nadere toelichting de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008). De NZa betreft de afname van de mobiliteit bij de herijking van het RAM.

De informatievoorziening aan verzekerden blijft voor verbetering vatbaar waar het gaat om transparantie. Dat geldt onder meer voor de informatie over de eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg en de transparantie van vergoedingenoverzichten. De NZa heeft de zorgverzekeraars erop aangesproken om hun websites en vergoedingenoverzichten aan te passen en controleert eind 2008 of dit is gebeurd. Daarnaast moet de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod verbeteren.

De kwaliteit van de informatie op vergelijkingssites voor zorgverzekeringen is licht verbeterd. De NZa gaat in 2009 ook de kwaliteit van de informatie op vergelijkingssites voor het zorgaanbod onderzoeken. Vanwege het belang van het vereveningsmodel als randvoorwaarde alsmede de prikkels die uitgaan van het model voor zorginkoop en risicoselectie door zorgverzekeraars, wil de NZa nauwer betrokken worden bij de ontwikkeling van het vereveningsmodel.

*Follow-up acties samenvattend rapport 2006*

De NZa heeft in het samenvattend rapport 2006 een aantal acties aangekondigd. In dit rapport doet de NZa verslag van de follow-up die aan deze acties is gegeven. Daarbij gaat het om:

- nader onderzoek naar risicoselectie (zie paragraaf 3.2.2.3);
- brede evaluatie PGB Zvw (zie paragraaf 3.3.2);
- monitoren van het eigen risico (zie paragraaf 3.3.3)
- onderzoek naar de kwaliteitseisen bij het zittend ziekenvervoer (zie paragraaf 3.3.5);
- onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving door zorgverzekeraars (zie paragraaf 3.5.5);
- onderzoek naar de mogelijkheid om de contracteercyclus aan te sluiten op de overstapcyclus (zie paragraaf 4.3);
- onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen (zie paragraaf 4.3).

**Acties NZa 2008/2009**

De NZa heeft voor de periode 2008/begin 2009 een aantal activiteiten gepland. De belangrijkste zijn:

- afronding van de bredere evaluatie van het Persoonsgebonden budget Zvw;
- onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor het zorgaanbod en mogelijkheden om dit te verbeteren;
- verdiepend onderzoek materiële controle;
- follow-up onderzoek privacy;
- monitor eigen risico;
- follow-up onderzoek zorgplicht;
- vaststellen en toepassen van een toetsingskader voor de transparantie van de zorg.

# 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 2007. Om de actualiteitswaarde te verhogen, is ook de uitvoering in 2008 betrokken<sup>11</sup>. Er is enige overlap met het samenvattend rapport 2006 omdat daarin ook de bevindingen over de eerste helft van 2007 zijn betrokken. Het samenvattend rapport is openbaar en staat op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

## 1.2 Risicoanalysemodel

De NZa maakt bij haar toezicht op de zorgverzekeraars gebruik van het Risicoanalysemodel (RAM)<sup>12</sup>. Het model definieert vanuit de Zvw en de Wmg een aantal risico's die op systeemniveau zouden kunnen optreden. Daarbij kijkt de NZa vooral naar aspecten waar het belang van de consument in gevaar zou kunnen komen. Door zich te richten op deze lijst met risico's kan de NZa risicogeoriënteerd en gedoseerd toezicht houden en worden de administratieve toezichtslasten voor de zorgverzekeraars zoveel mogelijk beperkt. Consequentie van deze methodiek is dat jaarlijks andere accenten kunnen worden gelegd in het toezicht.

Bij de beoordeling van de risico's wordt gekeken naar twee aspecten. De kans dat een risico optreedt en het negatieve effect hiervan op de publieke belangen, te weten toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De kans op optreden van risico's wordt verlaagd door controle- en beheersmechanismen, ofwel checks and balances. Dit zijn risicoverlagende factoren in het regime van de Zvw. Belangrijke mechanismen zijn bijvoorbeeld dat verzekerden de zorgverzekeraars kunnen 'dwingen' tot een goede uitvoering van de Zvw door klachten in te dienen of te dreigen met overstappen. 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);
- 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. Door met het RAM systematische keuzes vooraf te maken, streeft de NZa naar

<sup>11</sup> Dit betreft vooral de beoordeling van de modelovereenkomsten 2008, in 2008 uitgevoerde thematische onderzoeken en ontvangen signalen (van verzekerden, media, andere toezichthouders, en dergelijke) tot 1 juli 2008.

<sup>12</sup> Een uitgebreide beschrijving van het RAM is te vinden in de Brochure RisicoAnalyseModel, januari 2007, op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

het terugdringen van de reguliere en ad hoc informatiebehoefte. De NZa vraagt uitsluitend (verantwoordings-) informatie op bij de zorgverzekeraars als hiertoe aanleiding bestaat en er geen andere informatiebronnen beschikbaar zijn. Daarmee levert de NZa een bijdrage aan de administratieve lastenverlichting.

Het RAM is een dynamisch model dat jaarlijks wordt herijkt op basis van de ontvangen signalen en onderzoeksbevindingen. De indeling van de risico's wordt jaarlijks 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.

### 1.3 Toezicht NZa Zorgverzekeringswet

Het toezicht van de NZa richt 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. Het toezicht is erop gericht om afwijkingen op te sporen en corrigerend en signalerend op te treden. Daarbij gaat het om corrigerend optreden bij individuele zorgverzekeraars en signalerend optreden om tekortkomingen van het systeem te melden aan beleidsverantwoordelijken. Het toezicht heeft niet tot doel om tot individuele scores en een ranking van zorgverzekeraars te komen. De NZa geeft dus geen kwalificerend oordeel over het presteren van een individuele zorgverzekeraar bij de uitvoering van (de publieke randvoorwaarden van) de Zvw.

De uitkomsten van het RAM zijn van invloed op de concrete toezichtwerkzaamheden van de NZa. Ten opzichte van de voorgaande beoordeling van het RAM is een aantal risico's inhoudelijk gewijzigd en is een aantal risico's anders ingeschaald. Inhoudelijk gaat het om een geringe herordening waarbij de hoofdstructuur van het RAM niet is veranderd. Bij de inschaling is een aantal risico's hoger ingeschaald (niet-transparante informatie, verzekerde krijgt minder vergoeding van zorg dan waar hij wettelijk recht op heeft, tijdigheid zorg, verzekeraar leeft verplichtingen omtrent gegevensverstrekking en verslaglegging niet na en verzekeraar voert opleggen boetebeschikking niet volledig uit). Tevens is een aantal risico's lager ingeschaald (misleidende informatie, afdwingbaarheid prestaties via klacht of geschil, polis voldoet niet aan wettelijke verplichtingen Zvw). De wijzigingen zijn geïmplementeerd in de toezichtwerkzaamheden.

De NZa werkt aan de verdere ontwikkeling van haar visie op het toezicht. Deze visie heeft betrekking op het toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders en omvat het toezicht op de Zvw, de AWBZ, tarieven en prestaties alsmede gedragstoezicht en markttoezicht. Naar verwachting is deze visie eind 2008/begin 2009 gereed.

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

- beoordeling modelovereenkomsten (zie paragraaf 3.2.1.);
- onderzoek vereveningsopgaven (zie paragraaf 3.4.1.);
- transparantieonderzoek (zie paragraaf 4.3).

Voor de oranje en rode risico's vraagt de NZa informatie op via het uitvoeringsverslag van de zorgverzekeraars (zie paragraaf 2.2.1). Voor deze risico's kan de NZa er ook voor kiezen om thematische onderzoeken

te verrichten op bepaalde aspecten van de Zvw. De selectie van de thematische onderzoeken vindt plaats via de jaarlijkse begrotingsronde, waarvan het NZa-werkprogramma deel uitmaakt. Voor onderzoeken waarvoor de NZa in een eerder stadium een zogenaamde nulmeting heeft uitgevoerd wordt na een bepaalde periode een vervolgonderzoek ingesteld. De NZa heeft voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars in de periode 2007/2008 de volgende (thematische) onderzoeken verricht:

- onderzoek risicoselectie (zie paragraaf 3.2.2.);
- zorgplicht (zie hoofdstuk 3.3);
- 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);
- verzekerdeninvloed (zie paragraaf 4.4).

Naast deze onderzoeken vervullen signalen een belangrijke rol in het toezicht van de NZa. Bij het signaaltoezicht maakt de NZa gebruik van signalen van verzekerden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, andere toezichthouders, belangenpartijen, zoals Consumentenbond en NPCF, kamervragen, rechterlijke uitspraken en berichten in de media. Signalen komen onder meer binnen via een informatielijn/meldpunt<sup>13</sup>. Naar aanleiding van signalen kan de NZa aanvullende informatie opvragen als zij dit noodzakelijk acht. Voor de oranje en rode risico's gaat de NZa ook na of er signalen zijn door informatiestromen periodiek te beoordelen. Voorbeelden hiervan zijn reclame-uitingen, brochures, websites en informatiepakketten van zorgverzekeraars.

De belangrijkste signalen (zie hoofdstuk 3) die zich in 2007 en de eerste helft van 2008 hebben voorgedaan, hebben betrekking op:

- informatieverstrekking;
- informatieverstrekking;
- onjuiste berekening eigen betalingen;
- zorgplicht;
- acceptatieplicht.

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de top drie van ontvangen signalen in 2006, 2007 en de eerste helft van 2008.

Het geheel aan bevindingen uit bovenstaande onderzoeken leidt tot de conclusie die de NZa per risico(cluster) trekt in hoofdstuk drie. Bij onderwerpen waar de NZa alleen of vooral informatie heeft uit het signaaltoezicht en op basis daarvan gepleegde interventies, zijn de conclusies voorzichtiger geformuleerd dan bij onderwerpen waarnaar diepgaander onderzoek is verricht.

## 1.4 Handhavingsbeleid NZa

Signalen en bevindingen uit onderzoeken kunnen aanleiding geven tot onderzoek. Het gaat dan om onderzoek naar feiten en omstandigheden met betrekking tot een vermoedelijke overtreding. Als blijkt dat zorgverzekeraars een overtreding hebben begaan kan de NZa overgaan tot handhaving van normconform gedrag. In het handhavingplan van de

<sup>13</sup> De Informatielijn is op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 16.00 uur op telefoonnummer 0900-770 70 70 (€ 0,05 per minuut). Vragen, klachten of meldingen kunnen ook per e-mail worden ingediend: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl).

NZa<sup>14</sup> staan de kaders beschreven die worden gehanteerd bij de inzet van de handhavinginstrumenten. De NZa richt zich daarbij altijd op een maximaal effect met inzet van een evenredig instrument. Uitgangspunt hierbij is dat handhaving erop is gericht om naleving van de wet te bewerkstelligen.

Voorafgaand aan de inzet van formele handhavinginstrumenten kan de NZa er voor kiezen om met een gesprek en/of een brief normconform gedrag te bereiken. Als dit niet toereikend is kunnen formele handhavinginstrumenten worden ingezet. De formele handhavinginstrumenten zijn:

- 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.

De NZa heeft in 2007 en de eerste helft van 2008 diverse interventie maatregelen getroffen om zorgverzekeraars te corrigeren of bij te sturen in de uitvoering van de Zvw en/of Wmg. Deze interventies zijn effectief gebleken. Op basis van de gesprekken en brieven hebben de zorgverzekeraars het ongewenste gedrag aangepast. De interventies waren zowel gericht op individuele zorgverzekeraars of concerns als op de sector als geheel. Zo moesten bijna alle zorgverzekeraars de uitvoering verbeteren, of uitleg geven aan hoe de NZa een (open) norm interpreteert.

Daarnaast heeft de NZa in 2007 en in de eerste helft van 2008 ook formele handhavinginstrumenten ingezet. Daarbij ging het om de volgende soort overtredingen:

- niet naleving van transparantievereisten en de handhaving daarvan op grond van artikel 40 Wmg;
- niet naleving van informatieverplichtingen op grond van artikel 61 Wmg;
- niet naleving van de acceptatieplicht op grond van artikel 3 Zvw.

Hieronder volgt 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 handhavinginstrumenten (uitgesplitst naar instrument), alsmede de verhouding hiertussen.

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

	2006	2007	Eerste helft 2008
Aantal signalen	130	82	29
Aantal interventies	45	25	9
Aantal Aanwijzingen	-	14	1
Aantal last onder dwangsom	-	0	0
Interventies/handhaving t.o.v. signalen	35%	48%	34%

Bron: Database signalen, overzicht handhavingmaatregelen

<sup>14</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



Het aantal signalen in 2007 en 2008 is niet goed met elkaar te vergelijken. Oorzaak hiervan is dat het RAM op een aantal onderdelen is aangepast in 2008. Op dit moment is een sterke daling te constateren in het aantal signalen ten opzichte van 2007. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de spelregels nu beter zijn ingevuld en dat de Zvw nu bekend(er) terrein is geworden voor de zorgverzekeraars.

Naast de aanwijzingen in verband met signalen heeft de NZa in 2007 en de eerste helft van 2008 aanwijzingen opgelegd in het kader van de verplichtingen tot aanlevering van informatie (zie Tabel 2). In 2007 heeft de NZa één aanwijzing opgelegd in verband met de informatieverstrekking voor de nulmeting privacy. In dit geval is ook een last onder dwangsom opgelegd. In de eerste helft van 2008 (peildatum tot 1 juli) heeft de NZa 48 aanwijzingen opgelegd aan zorgverzekeraars. Deze aanwijzingen hadden betrekking op het te laat aanleveren van informatie aan de NZa. Dit betreft de informatie in het kader van de uitvoering van de boeteregeling en het aanleveren van verantwoordingsdocumenten. Zie 3.5.2. De toename van het aantal aanwijzingen ten opzichte van 2007 wordt met name veroorzaakt doordat het aantal in te dienen documenten is toegenomen en de NZa de indieningstermijnen strikter heeft gehandhaafd.

**Tabel 2. Overzicht inzet handhavinginstrumenten in verband met informatieverplichtingen**

	2006	2007	Eerste helft 2008
Aantal Aanwijzingen	-	1	48
Aantal last onder dwangsom	-	1	-

Bron: Overzicht handhavingmaatregelen

## 1.5 Afbakening rapport

### *Marktontwikkelingen*

De NZa volgt de marktontwikkelingen nauwgezet en rapporteert hierover in diverse monitors<sup>15</sup>. Het samenvattend rapport Zvw concentreert zich op de uitvoering van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving door de zorgverzekeraars, maar enige overlap met de monitor Zorgverzekeringsmarkt is onvermijdelijk. Zo komen in hoofdstuk vier van het samenvattend rapport (Randvoorwaarden) ook onderwerpen aan de orde die niet direct te maken hebben met de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan zijn de transparantie van de verstrekte informatie en de mobiliteit van de verzekerden. Deze onderwerpen komen ook aan de orde in de monitor Zorgverzekeringsmarkt. Ze zijn 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.

### *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:

<sup>15</sup> NZa: Monitor Zorgverzekeringsmarkt juni 2007 en juni 2008, Monitor B-segment juni 2007, Monitor Fysiotherapie juni 2007, Monitor Huisartsenzorg juli 2007, Monitorspecial ZBC's januari 2007.

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

## 1.6 Leeswijzer

Dit rapport gaat in op de volgende onderwerpen:

- de verantwoording- en controlecyclus voor de uitvoering van de Zvw (hoofdstuk 2);
- de naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars (hoofdstuk 3);
- de werking van de randvoorwaarden waarvan de NZa is uitgegaan voor de risico-inschattingen (hoofdstuk 4).

## 2. Verantwoording en controle

### 2.1 Inleiding

De zorgverzekeraars zijn primair verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de Zvw. De NZa maakt bij haar toezicht mede gebruik van de verantwoordingsproducten van de zorgverzekeraars en de daarbij gevoegde accountantsproducten. De zorgverzekeraars stellen verschillende verantwoordingen op. Voor de NZa zijn de belangrijkste:

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

Daarnaast stellen zorgverzekeraars een jaarrekening op en verslagstaten voor de Nederlandsche Bank (DNB). De zorgverzekeraars moeten de jaarrekening jaarlijks vóór 1 juli aan de NZa zenden<sup>16</sup>. 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. De NZa maakt voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw geen gebruik van de verslagstaten, maar betreft deze bij de monitor Zorgverzekeringsmarkt.

### 2.2 Verantwoordingen

#### 2.2.1 Uitvoeringsverslag Zvw

De NZa heeft in maart 2007 het informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2007 gepubliceerd. Dit is vooral gericht op de verantwoording over de naleving van de publieke randvoorwaarden acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht. In vergelijking met 2006 is de uitvraag concreter geformuleerd en beter afgestemd op de risico's die de NZa met het RAM heeft vastgesteld.

De NZa gebruikt het uitvoeringsverslag:

- als bron van informatie over mogelijke overtredingen van de Zvw;
- als sluitstuk van het toezicht. Daarbij worden de bevindingen uit reeds verrichte thematische onderzoeken en het signaaltoezicht van de NZa vergeleken met het beeld dat naar voren komt uit de uitvoeringsverslagen.

Zorgverzekeraars mogen het uitvoeringsverslag integreren in het maatschappelijk verslag. Voor het verantwoordingsjaar 2007 heeft ruim de helft van de zorgverzekeraars een afzonderlijk uitvoeringsverslag opgesteld. Dit is een kentering ten opzichte van 2006, toen de meerderheid van de zorgverzekeraars het uitvoeringsverslag had geïntegreerd in het maatschappelijk verslag. De stijging van het aantal zorgverzekeraars dat een afzonderlijk uitvoeringsverslag heeft opgesteld wordt veroorzaakt doordat twee concerns over 2007 een apart uitvoeringsverslag hebben opgesteld. Redenen hiervoor zijn onder andere dat zorgverzekeraars de vormvereisten voor het uitvoeringsverslag minder beperkend vinden dan die voor het maatschappelijk verslag, en het bereik van het maatschappelijk verslag gering achten. Bovendien ervaren verzekeraars de administratieve lasten van het uitvoeringsverslag als minder dan die van het maatschappelijk verslag. De toename van het aantal afzonderlijke uitvoeringsverslagen is opmerkelijk, gelet op de discussie van de afgelopen jaren met

<sup>16</sup> De formele termijn is zes maanden na afsluiting van het boekjaar.

veldpartijen om tot één efficiënt verantwoordingsdocument te komen waarin de informatiebehoefte van alle toezichthouders is opgenomen.

De zorgverzekeraars moeten het uitvoeringsverslag jaarlijks vóór 1 juli bij de NZa aanleveren. Veertien zorgverzekeraars hebben het uitvoeringsverslag en/of het rapport van bevindingen van de accountant bij het uitvoeringsverslag niet tijdig aangeleverd. De NZa heeft deze zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven, waarna zij de stukken alsnog binnen de gestelde termijn hebben aangeleverd.

Over 2007 is de verantwoording over de naleving van de publieke randvoorwaarden en de diverse gedragscodes aanmerkelijk verbeterd ten opzichte van 2006. In 2007 is de verantwoording over de naleving van de diverse gedragscodes<sup>17</sup> bij nagenoeg alle zorgverzekeraars in orde. Bij de verzekeraars waar de verantwoording nog niet volledig in orde was heeft de NZa dit teruggekoppeld in het vereveningsrapport. Ook hebben zorgverzekeraars hun verantwoording over klachten verbeterd.

Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben zich verantwoord over de honorering van het bestuur en de directie. Aan deze verantwoording is echter op sterk uiteenlopende wijzen vormgegeven, waardoor de informatie niet goed vergelijkbaar is. De verantwoording is vaak niet expliciet en/of onvolledig. Dit wordt veroorzaakt doordat het verantwoordingsvoorschrift in het informatiemodel zeer ruim gesteld is en ruimte biedt voor meerdere interpretaties. De NZa overlegt met het Ministerie van VWS over een duidelijkere en scherpere formulering van het verantwoordingsvoorschrift.

De kwaliteit van de ontvangen uitvoeringsverslagen 2007 schiet in een aantal gevallen tekort op de verantwoording over het aantal weigeringen voor het verkrijgen van zorg en de redenen hiervoor, het aantal ongegronde klachten alsmede de voorgenomen termijn van klachtafhandeling.

De NZa heeft de bevindingen teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars met als doel verbeteringen op gang te brengen. De bevindingen over de naleving van de wettelijke verplichtingen zijn verwerkt in hoofdstuk drie. De uitvoeringsverslagen bevestigen het beeld dat de NZa had over de uitvoering van de Zvw. De onderlinge vergelijkbaarheid van de informatie in de uitvoeringsverslagen blijft een aandachtspunt. Bij de vaststelling van het informatiemodel 2009 wordt een aantal vragen nog eens kritisch tegen het licht gehouden en worden definities zonodig aangescherpt.

#### *Rapport externe accountant bij het uitvoeringsverslag*

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

- of het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met het daarvoor opgestelde informatiemodel;
- over de procedurele totstandkoming van de niet-financiële verantwoordingsinformatie, inclusief de opgenomen prestatie-indicatoren;

---

<sup>17</sup> Dit betreft de Health Insurance Governance Code en de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

- of de uitvoering van de wettelijke verplichtingen voor de onderdelen premiekorting bij collectieve contracten en toepassing eigen risico heeft plaatsgevonden conform 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 voldoet de klachtenverantwoording nog niet geheel aan het informatiemodel van de NZa.

De rol van de externe accountant bij het uitvoeringsverslag is in de Zvw opgenomen (artikel 38, lid 4 Zvw). Vooral bij de naleving van de wettelijke bepalingen ziet de NZa een aantal belemmeringen bij de rol van de externe accountant. Dit zijn het nog in ontwikkeling zijnde normenkader voor de uitvoering van de Zvw, het bestaan van open normen en de expertise van de externe accountants die vooral ligt op financieel economische bedrijfsprocessen (zie ook samenvattend rapport 2006).

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

### 2.2.2 Staten CVZ

Het CVZ heeft met het Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet het format en de toelichting hierop gegeven voor de kwartaal- en jaarstaten en de overige verantwoordingen, die nodig zijn voor de verevening. Onderdeel A van de jaarstaat bevat informatie over onder andere kosten van verstrekkingen en verzekerdstanden, die het CVZ gebruikt voor de verevening, en gaat vergezeld van een accountantsverklaring. Daarnaast stellen zorgverzekeraars de opgaven farmaciegegevens, DBC-gegevens, persoonskenmerken en betalingsachterstanden 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 de controles door de zorgverzekeraars en/of het accountantsonderzoek op diverse aspecten verbeterd moet worden. De bevindingen van het onderzoek zijn opgenomen in paragraaf 3.4.1.

## 2.3 Protocol

De NZa heeft met het 'Protocol onderzoek Zvw 2007' voorschriften gegeven voor de accountantswerkzaamheden. Ten opzichte van het protocol 2006 is het Protocol 2007 op diverse punten aangescherpt. Belangrijkste reden hiervoor was dat het onderzoek naar de verevening moest worden verbeterd en het protocol 2006 op onderdelen globaal van aard was. De externe accountant van de zorgverzekeraars verricht

onderzoek naar 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 gebruik kan maken van de door de externe accountant verrichte werkzaamheden. Voor de verantwoording over 2007 heeft de NZa een experiment gestart waarbij, mits voldaan is aan een aantal randvoorwaarden, de interne accountant van de zorgverzekeraar het accountantsproduct voor enkele opgaven kan afgeven. Dit betreft de opgaven voor farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken. Het experiment beoogt de uitvoeringslasten voor de zorgverzekeraars te beperken. Ongeveer eenderde van de zorgverzekeraars heeft zich voor het experiment aangemeld.

### 3. Wettelijke verplichtingen

#### Bevindingen en acties NZa

##### *Toegang tot de zorgverzekering*

- Bij de toegang tot de zorgverzekering en bij het beëindigen van polissen hebben zich geen belangrijke problemen voorgedaan.
- De NZa heeft een aanwijzing gegeven aan enkele zorgverzekeraars die in hun informatieverstrekking de acceptatieplicht niet naleefden.
- De betreffende zorgverzekeraars hebben deze opgevolgd. De NZa onderzoekt momenteel enkele gevallen van mogelijke schending van de acceptatieplicht. Daarnaast heeft de NZa actie ondernomen naar aanleiding van een signaal over een onjuiste weergave van de premie.
- 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. Er zijn wel indicaties dat zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden om indirect te sturen op winst- of verliesgevende groepen verzekerden. De NZa overweegt om het gebruik van sturingsmogelijkheden en de gevolgen hiervan op de zorginkoop-, zorgverlenings- en zorgverzekeringsmarkt te onderzoeken.

##### *Toegang tot de zorg*

- Op grond van de toezichtactiviteiten zijn er geen indicaties dat de toegang tot zorg in gevaar is. Zorgverzekeraars zijn niet onterecht streng in hun verstrekkingenbeleid.
- Aandachtspunt is verduidelijking van de informatieverstrekking over afwijzingen van – vergoeding van – zorg.
- Onder voorbehoud van de uitkomsten van de brede evaluatie PGB – publicatie najaar 2008 –, krijgt de verzekerde in het algemeen waar hij op grond van het wettelijk pakket recht op heeft.
- De NZa heeft gereageerd op signalen over onder meer de verstrekking van hulpmiddelen en een onjuiste toepassing van kortingen voor het eigen risico en collectiviteiten. In het eerste geval hebben de NZa en het CVZ hun gezamenlijke standpunt aan de zorgverzekeraars gecommuniceerd. In de andere gevallen hebben zorgverzekeraars onjuistheden gecorrigeerd.
- In het belang van de consument blijft de NZa oog houden voor een juiste uitvoering van het eigen risico en de no-claim door de zorgverzekeraars. Er zijn indicaties dat enkele zorgverzekeraars de no-claimregeling onjuist hebben uitgevoerd. De NZa betreft deze signalen in haar onderzoek naar de verevening.
- Zorgverzekeraars ondernemen voldoende actie om de tijdigheid van de zorg te borgen.
- Het maken van structurele afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet verbeteren. Kwaliteitsindicatoren ontbreken nagenoeg.
- De NZa voert in 2008 een monitor Eigen Risico uit en rapporteert hierover begin 2009.
- De zorgverzekeraars hebben in het algemeen goed opvolging gegeven aan de bevindingen uit het verantwoordingsonderzoek 2006. Resterende aandachtspunten zijn de betrouwbaarheidsborging van de gegevens van de volmachten en de uitvoering van de boeteregeling. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie 2007 neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij hieraan verbindt.

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

#### *Overige verplichtingen*

- De NZa heeft achttien zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven vanwege het niet tijdig aanleveren van het uitvoeringsverslag en/of het bijbehorende accountantsrapport, de opgave betalingsachterstand en nominale premie en de opgave persoonskenmerken. Daarnaast hebben zeven zorgverzekeraars een aanwijzing gekregen vanwege het niet tijdig aanleveren van de jaarstaten. Alle zorgverzekeraars hebben de stukken vervolgens ingediend bij de NZa.
- De NZa heeft opgetreden tegen zorgverzekeraars met een opzegservice waarbij het niet mogelijk is om alleen de aanvullende verzekering voort te zetten. De komende overstapperiode controleert de NZa of de betreffende zorgverzekeraars deze beperking hebben aangepast.
- De uitvoering van de boeteregeling door de zorgverzekeraars is verbeterd, maar voortgang en volledigheid van de uitvoering behoeven nog steeds verbetering.
- De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars de verbeterpunten uit het onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving opvolgen en rapporteert hierover in 2009.

### **3.1 Inleiding**

De NZa heeft via het RAM vijftien risico's voor de naleving van de wettelijke verplichtingen onderkend<sup>18</sup>.

#### *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 / vergoeding voor zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft – rood risico (zie paragraaf 3.3.2).
- De verzekeraar berekent de eigen betalingen onjuist – groen risico (zie paragraaf 3.3.3).
- 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).

<sup>18</sup> Jaarlijks evalueert de NZa het RAM en de daarin gedefinieerde risico's en past zij indien nodig de geconstateerde risico's en de hierbij horende inschattingen aan. In het vierde kwartaal 2008 verricht de NZa wederom herijking van het model.



*Betaalbaarheid van het zorgstelsel*

- 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 3.5.5).
- De zorgverzekeraar schendt de privacy van verzekerden / maakt misbruik van persoonsgegevens – risico nog niet bepaald (zie paragraaf 3.5.5).

Bovenstaande risico's worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

## 3.2 Toegang zorgverzekering

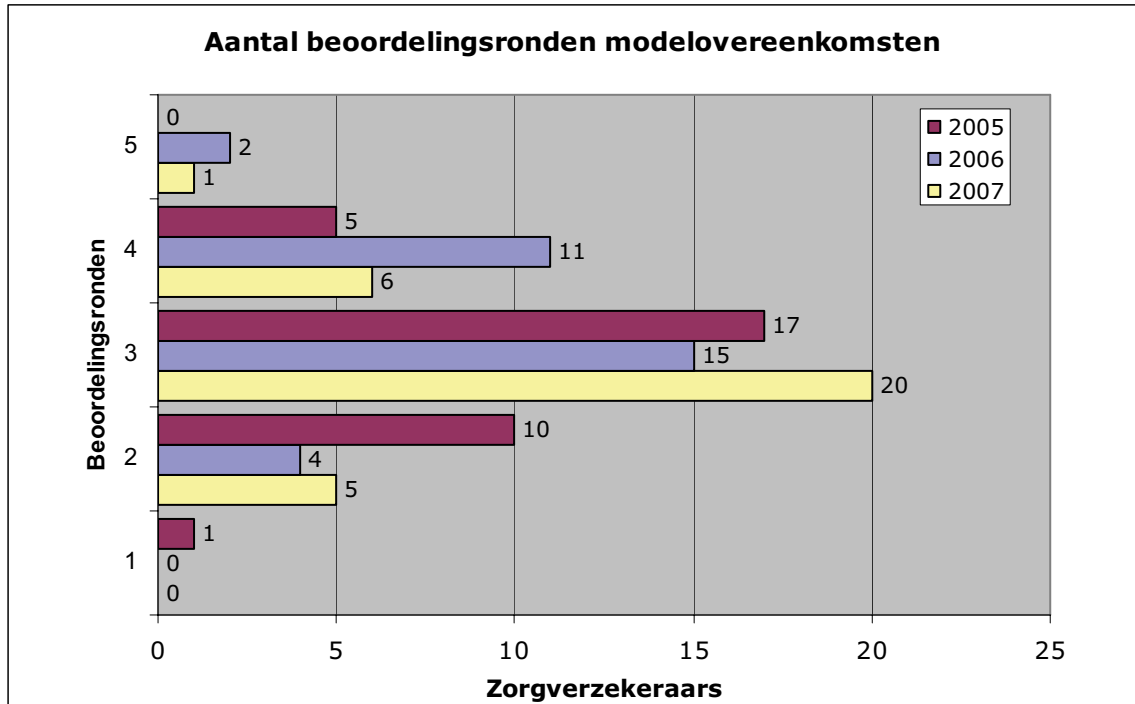
### 3.2.1 Voldoen polis aan Zvw

Een zorgverzekeraar moet het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren melden bij de NZa. Daarnaast zijn zorgverzekeraars op grond van de Zvw verplicht om wijzigingen in modelovereenkomsten<sup>19</sup> en nieuwe modelovereenkomsten en reglementen vooraf te melden bij de NZa. De NZa beoordeelt voorafgaand aan het jaar of de modelovereenkomsten en bijbehorende reglementen voldoen aan de eisen uit de Zvw. Bij deze beoordeling vraagt de NZa advies aan het CVZ over de vertaling van de functiegerichte aanspraken in de Zvw naar de concrete verzekerde prestaties.

Zowel voor polisjaar 2007 als 2008 heeft de NZa vastgesteld dat alle aangeboden conceptmodelovereenkomsten op diverse punten afwijken van de gestelde eisen. Voor 2007 kwamen de afwijkingen vooral doordat op een laat moment nog wetwijzigingen plaatsvonden. De afwijkingen voor 2008 kwamen door de overheveling van de GGZ naar de Zvw. Voor de definitieve modelovereenkomsten 2007 en 2008 heeft de NZa vastgesteld dat het gaat om zorgverzekeringen in de zin van de Zvw.

<sup>19</sup> 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.

**Figuur 1. Beoordelingsronden modelovereenkomsten**



Bron: project beoordeling modelovereenkomsten NZa

Voor het polisjaar 2007 is het gemiddeld aantal beoordelingsronden door een late wetswijziging ten opzichte van 2006 gestegen naar gemiddeld drie à vier beoordelingsrondes. Voor polisjaar 2008 heeft het gemiddeld drie beoordelingsrondes geduurd voordat de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars voldeden aan de in de Zvw gestelde eisen.

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 premie<sup>20</sup>. Deze wettelijke bepalingen gelden niet voor de aanvullende verzekering. Hiervoor mogen zorgverzekeraars een acceptatiebeleid voeren en medische selectie toepassen.

#### 3.2.2.1 Acceptatieplicht

In 2007 hebben twee zorgverzekeraars en tot 1 juli 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 zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven. De verzekeraars hebben deze opgevolgd.

<sup>20</sup> 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. Daarnaast kan er een korting worden gegeven voor de keuze van een bepaalde hoogte van het vrijwillig eigen risico.

De NZa heeft in 2007 geconstateerd dat op de website van een zorgverzekeraar onjuiste informatie stond over de acceptatieplicht. Deze zorgverzekeraar heeft een aanwijzing gekregen en opgevolgd.

De zorgverzekeraars hebben in hun uitvoeringsverslag aangegeven de acceptatieplicht na te leven. Uit het onderzoek naar de uitvoeringsverslagen is gebleken dat als verzekerden geweigerd werden, dit te maken had met het ontbreken van de verzekeringsplicht van de verzekerde. Dit is een geoorloofde weigeringsgrond. Uit de uitvoeringsverslagen van enkele zorgverzekeraars is echter ook gebleken dat zij geweigerd hebben om aspirant-verzekerden met een betalingsachterstand bij hun huidige verzekeraar in te schrijven. Zij baseren zich hierbij op een afspraak die in ZN-verband is gemaakt. In de Zvw is echter alleen geregeld dat verzekerden met een betalingsachterstand hun verzekering niet mogen opzeggen<sup>21</sup>. Een zorgverzekeraar mag aspirant-verzekerden met een betalingsachterstand niet weigeren in te schrijven. Dit zou kunnen betekenen dat de betreffende verzekeraars de acceptatieplicht hebben overtreden. Aangezien het een afspraak in ZN-verband betreft, speelt dit punt vermoedelijk bij meer zorgverzekeraars. De NZa heeft dit in onderzoek en onderneemt op basis van de uitkomsten actie richting de zorgverzekeraars.

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

Behoudens de uitkomsten van het bovengenoemde onderzoek, concludeert de NZa dat de zorgverzekeraars de acceptatieplicht hebben nageleefd.

### 3.2.2.2 *Verbod op premiedifferentiatie*

Zorgverzekeraars moeten voor elke variant van de basisverzekering (polis) voor alle verzekerden dezelfde premie hanteren. Wel mogen zij korting geven op de premiegrondslag als de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast is het bij collectiviteiten toegestaan om te differentiëren in de premiegrondslag. De maximale toegestane korting voor een collectiviteit is 10%.

In 2007 heeft de NZa een signaal ontvangen over een zorgverzekeraar die de premies in 2006 onjuist heeft berekend. Deze zorgverzekeraar presenteerde een commerciële premie voor de basisverzekering, waarover aan alle verzekerden een standaard ledenkorting van 5% werd verstrekt. Na aftrek van deze korting resulteerde de premiegrondslag, waarover vervolgens nog, wanneer van toepassing, korting op grond van eigen risico of collectiviteit werd verstrekt. Het toepassen van deze constructie is niet toegestaan op grond van de Zvw<sup>22</sup>. De gepresenteerde 'commerciële premie' is in feite de premiegrondslag en hierover mag uitsluitend korting worden gegeven voor een eigen risico of voor een collectiviteit. De betreffende zorgverzekeraar heeft de premies in 2007 wel juist gepresenteerd en de constructie niet meer gehanteerd. Desalniettemin heeft de NZa deze zorgverzekeraar per brief erop gewezen dat de in 2006 toegepaste constructie niet is toegestaan. Ook heeft de NZa alle zorgverzekeraars een brief gestuurd waarin is aangegeven dat constructies die de vergelijkbaarheid van premie-

<sup>21</sup> Een zorgverzekeraar mag een verzekerde met een betalingsachterstand wel royeren, maar in ZN-verband is afgesproken dat verzekeraars dit niet doen.

<sup>22</sup> Dit is strijdig met artikel 17, lid 4 Zvw: "De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 19 geldt of zou gelden."

informatie verminderen zeer onwenselijk zijn vanuit het oogpunt van transparantie.

#### *Collectiviteiten*

De premiekorting die zorgverzekeraars verstrekken aan collectiviteiten is in 2008 gestabiliseerd. De gemiddelde premiekorting voor collectiviteiten op de basisverzekering bedroeg in 2008 iets minder dan 7% (2007: 7,0%, 2006: 6,6%). De NZa heeft geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars hogere kortingen geven dan de maximale korting van 10% op collectiviteiten. Het is wel mogelijk dat door een combinatie van een collectiviteitskorting op de premiegrondslag en overige kortingen op de verschuldigde premie de totale korting boven 10% uitkomt. De overige kortingen bestaan bijvoorbeeld uit betalingskortingen<sup>23</sup>, 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. Een pakketkorting moet bijvoorbeeld aan iedereen worden gegeven die voldoet aan de hiervoor gestelde voorwaarden.

Zoals aangekondigd in het samenvattend rapport 2006 en de monitor zorgverzekeringsmarkt 2007, heeft de NZa aanvullend onderzoek gedaan naar collectiviteiten. Daarbij heeft zij onder meer gekeken of de nadere financiële afspraken tussen de zorgverzekeraar en de collectiviteit ertoe leiden dat verzekerden meer dan de toegestane 10% korting ontvangen. Uit de inventarisatie blijkt dat behalve de collectieve korting weinig extra financiële afspraken worden gemaakt en dat de kortingsgrens van 10% hierdoor niet wordt overschreden.

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. In 2006/2007 heeft de NZa geïnventariseerd of er indicaties zijn dat zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden om indirect te sturen op winst- of verliesgevende groepen verzekerden. Daartoe zijn ontvangen signalen geanalyseerd en zijn diverse rapporten<sup>24</sup> geraadpleegd. Uit de inventarisatie is gebleken dat zorgverzekeraars van plan zijn om sturingsmogelijkheden te gebruiken. Dit gebeurt via het (in)direct selecteren van verzekerden voor de zorgverzekering door instrumenten te gebruiken waarvoor geen wettelijke beperkingen gelden. Bijvoorbeeld via extra strenge eisen voor de aanvullende verzekering, het selecteren van collectiviteiten van potentieel winstgevende verzekerden of het selectief inzetten van communicatiemiddelen. Een voorbeeld van dit laatste is een doelgroepstrategie gericht op jongeren waarbij voornamelijk het internet wordt gebruikt.

<sup>23</sup> Veel zorgverzekeraars geven korting als de verzekerde de verschuldigde zorgpremie per kwartaal, half jaar of jaar vooruitbetaalt.

<sup>24</sup> iBMG/NPCF: 'Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering', maart 2005; 'Monitor risicoselectie', november 2005; 'Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006', april 2006; 'Risicoverevening in de zorgverzekering', december 2006; 'Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie', juni 2007.

In de tweede helft van 2007 is nader onderzoek verricht naar risicoselectie. Daarbij is vooral gekeken naar de mogelijke effecten van de inzet van de hierboven genoemde instrumenten, zoals de aanvullende verzekering en collectiviteiten, op risicoselectie. Mede op basis van concrete gevallen bleek dat het gebruik van deze instrumenten in sommige situaties onwenselijk zou kunnen zijn vanwege het verbod op risicoselectie.

De conclusie is dat risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie op dit moment niet voorkomt. Wel zijn er indicaties dat zorgverzekeraars gebruik maken van mogelijkheden om indirect te sturen op winst- of verliesgevende groepen verzekerden.

De NZa blijft de ontwikkelingen op dit vlak, zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt, nauwgezet volgen.

### 3.2.3 Beëindiging polis

Het beëindigen van de zorgverzekering is geregeld in artikel 6 en verder van de Zvw<sup>25</sup>.

In 2007 heeft de NZa twee signalen behandeld over de beëindiging van polissen (zie Samenvattend rapport uitvoering Zvw 2006). Eén signaal had betrekking op een zorgverzekeraar die tussentijds zijn voorwaarden voor de aanvullende verzekering eenzijdig aanpaste. De rechter verbood dit. De NZa heeft er vervolgens op toegezien dat deze zorgverzekeraar zijn verzekerden op juiste wijze heeft geïnformeerd over de rechterlijke uitspraak en de gevolgen daarvan. Ook heeft de NZa erop gelet dat deze zorgverzekeraar zijn verzekerden goed heeft geïnformeerd over de aanpassingen voor 2008. De afwikkeling door de zorgverzekeraar vormde geen aanleiding tot opmerkingen van de NZa.

Het andere signaal betrof een zorgverzekeraar die weigerde om een verzekerde, die op de polis van een verzekeringnemer stond, uit te schrijven. De NZa heeft deze zorgverzekeraar hierop gewezen waarna hij zijn gedrag heeft aangepast.

Naast bovenstaande gevallen heeft de NZa in 2007 en eerste helft 2008 geen signalen ontvangen dat zorgverzekeraars ten onrechte de basisverzekering hebben beëindigd.

## 3.3 Toegang tot de zorg

In 2007 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars<sup>26</sup>. Daarbij is gekeken naar de toestemmingsvereisten voor zorg, zorg conform de wettelijke aanspraak en de tijdigheid en kwaliteit van de zorg. De uitkomsten van dit onderzoek zijn beschreven in het samenvattend rapport 2006.

De belangrijkste conclusies van het onderzoek waren:

- de toestemmingseisen die zorgverzekeraars stellen werpen in het algemeen geen onterechte drempel op voor de toegang tot zorg, met uitzondering van het opnieuw beoordelen van het recht op een verstrekking bij overstappers;

<sup>25</sup> In een aantal gevallen eindigt de zorgverzekering van rechtswege. Bijvoorbeeld bij fraude of als een verzekerde niet meer in het werkgebied woont van een zorgverzekeraar (oa door een verhuizing of wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar).

<sup>26</sup> Thematisch onderzoek 'Zorgplicht', NZa, juli 2007.

- verzekerden krijgen in het algemeen de zorg waar zij recht op hebben;
- de inspanningen van zorgverzekeraars voor de tijdigheid van zorg zijn voldoende;
- de structurele borging van de kwaliteit van de zorg moet verder verbeteren.

Naar aanleiding van deze uitkomsten heeft de NZa alle zorgverzekeraars erop gewezen dat het opnieuw beoordelen van het recht op een verstrekking bij overstappers niet is toegestaan (zie 3.3.1)<sup>27</sup>. Daarnaast heeft de NZa benadrukt dat zorgverzekeraars hun toestemmingsprocedures korter en minder ingewikkeld kunnen maken door goede afspraken te maken met zorgverleners en verzekerden vooraf heldere informatie te geven.

### 3.3.1 Gestelde eisen voor toegang zorg

Uit het onderzoek naar de zorgplicht bleek dat een aantal zorgverzekeraars opnieuw het recht op een verstrekking beoordeelden nadat een verzekerde was overgestapt. De NZa heeft deze zorgverzekeraars er toen op gewezen dat dit in strijd is met de regelgeving. In de afgelopen overstapperperiode heeft de NZa geen signalen ontvangen dat zorgverzekeraars onterecht opnieuw het recht op een verstrekking hebben beoordeeld bij overstappers.

Wel heeft de NZa signalen ontvangen dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan verzekerden over afwijzingen van aanvragen voor (vergoeding van) zorg onduidelijk is. Zij heeft vervolgens alle zorgverzekeraars per brief gewezen op het belang van een volledige, juiste, tijdige en begrijpelijke onderbouwing van het afwijzen van een verzoek om (vergoeding van) zorg. Daarbij is ook aangegeven dat de NZa streng optreedt als zij hierover signalen blijft ontvangen. Een aantal zorgverzekeraars is tevens individueel aangesproken. Naar aanleiding van de interventie van de NZa is het gedrag van deze zorgverzekeraars normconform.

De NZa concludeert dat de toegang tot zorg niet in gevaar is. Op grond van het onderzoek zorgplicht zijn er geen redenen om aan te nemen dat zorgverzekeraars onterecht streng omgaan met het verstrekkingenbeleid. Wel verdient de informatieverstrekking rondom afwijzingen van (vergoeding van) zorg en machtigingsprocedures aandacht.

### 3.3.2 Zorg conform wettelijke aanspraak

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

#### *Hulpmiddel elastische kousen*

Zoals aangegeven in het samenvattend rapport 2006, heeft de NZa in 2007 signalen ontvangen over de verstrekking van aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen. Ook in de eerste helft van 2008 waren er signalen dat zorgverzekeraars de regelgeving voor dit hulpmiddel niet juist toepassen. In het kader van 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. Wanneer de

<sup>27</sup> Dit is in strijd met artikel 14 lid 5 Zvw.

NZa constateert dat de uitvoering niet in overeenstemming is met dit standpunt, gaat zij gebruik maken van haar handhavinginstrumenten.

#### *Vergoeding orgaantransplantaties*

De NZa heeft via een televisieprogramma een signaal ontvangen over de vergoeding van orgaantransplantaties door een zorgverzekeraar. Mogelijk zijn hierbij ten onrechte kosten ten laste van de verevening gebracht. De NZa betreft deze casus in het vereveningsonderzoek (zie paragraaf 3.4.1).

#### *Evaluatie Persoonsgebonden budget (PGB)*

Per 1 januari 2007 is het PGB bij wijze van driejarig experiment ingevoerd in de Zvw. Verzekerden met een visuele beperking kunnen vanaf die datum een PGB aanvragen voor een of meer hulpmiddelen. Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de NZa in de eerste helft van 2007 geëvalueerd of het PGB in de huidige vorm een meerwaarde heeft boven restitutie.

De resultaten van deze evaluatie zijn in augustus 2007 gepubliceerd in het rapport Thematisch onderzoek Zorgplicht.<sup>28</sup> Voornaamste bevindingen waren dat in het eerste halfjaar bij zorgverzekeraars nog onduidelijkheden bestonden over de mogelijkheden van het PGB, en dat een aantal verzekeraars met een voorschotregeling in termijnen werkte waardoor het PGB minder aantrekkelijk werd.

Vanwege de bevindingen uit de evaluatie en de invoering van het PGB voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de Zvw per 1 januari 2008 achtte de NZa een bredere evaluatie noodzakelijk. Daarbij zou dan ook aandacht kunnen worden besteed aan randvoorwaarden zoals de omvang van het PGB en kwaliteitsborging. De Minister van VWS heeft NZa verzocht een bredere evaluatie uit te voeren.

Deze evaluatie moet antwoord geven op de volgende vragen:

- hoe geven zorgverzekeraars invulling aan het PGB-experiment?;
- biedt de huidige invulling van het PGB experiment een meerwaarde boven verstrekking in natura of via restitutie?;
- voldoet het PGB in de Zvw aan de slaagfactoren en waar zitten mogelijke knelpunten?

De NZa is bezig met de afronding van de evaluatie. Zij verzamelt informatie aan de hand van een opgesteld evaluatiekader. Hiertoe zijn onder meer gesprekken gevoerd met diverse betrokken partijen en is een enquête uitgezet bij de zorgverzekeraars. De NZa verwacht in oktober 2008 haar bevindingen te rapporteren. Als de bevindingen hiertoe aanleiding geven, zal de NZa in de rapportage ook knelpunten signaleren en aanbevelingen doen.

Onder voorbehoud van de uitkomsten van de brede evaluatie PGB, concludeert de NZa dat de verzekerde in het algemeen krijgt waar hij op grond van het wettelijk pakket recht op heeft. Bij aanhoudende signalen over hulpmiddelen voor elastische kousen maakt de NZa gebruik van formele handhavinginstrumenten.

### **3.3.3 Eigen risico en no-claim**

Zorgverzekeraars kunnen een variant van de zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico aanbieden. In de modelovereenkomst moet de zorgverzekeraar aangeven welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt (€ 100, € 200, € 300, € 400 of € 500) en welke korting op

<sup>28</sup> NZa, Thematisch onderzoek Zorgplicht: 'Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?', augustus 2007



de premiegrondslag daar tegenover staat. Slechts een beperkt percentage verzekerden boven de 18 jaar (5,3%<sup>29</sup> in 2007 en 5,1% in 2008) kiest voor een variant van het eigen risico. In 2007 hadden verzekerden recht op een no-claimteruggave voor zover het zorggebruik<sup>30</sup> minder dan € 255 bedroeg. Vanaf 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150.

#### *Eigen risico en collectiviteitskorting*

De NZa heeft in 2007 een signaal ontvangen dat verschillende zorgverzekeraars de korting voor het vrijwillig eigen risico en de collectiviteitskorting op een onjuiste manier van de premiegrondslag aftrekken. De NZa heeft alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met de vraag wat hun beleid is voor de berekening van de verschuldigde premie. Bij drie zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat zij de verschuldigde premie onjuist berekenen. De NZa heeft deze verzekeraars dringend verzocht om voor de start van het polisjaar 2008 aan te tonen dat zij de premie correct berekenen. De drie verzekeraars hebben hieraan gehoor gegeven. Verder is in 2008 bij een zorgverzekeraar geconstateerd dat het vrijwillig eigen risico onjuist is berekend op de website, maar wel goed is berekend op het polisblad. Deze zorgverzekeraar heeft de website aangepast.

#### *Monitor eigen risico 2008*

Vanaf 1 januari 2008 is een nieuw systeem van eigen betalingen van kracht. Hierin heeft elke verzekerde een verplicht eigen risico van € 150 en is de no-claim vervallen<sup>31</sup>. Chronisch zieken en gehandicapten hebben recht op compensatie. Per 1 januari 2009 krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico niet op te leggen als de verzekerde gebruik maakt van preferente zorgaanbieders<sup>32</sup>. Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd een monitor eigen risico uit te voeren. De NZa rapporteert hierover in 2008 in de vorm van nieuwsberichten en in 2009 door middel van een integraal rapport. De resultaten worden tevens opgenomen in het samenvattend rapport 2008. Uit het eerste nieuwsbericht<sup>33</sup> blijkt dat de bepalingen over het verplicht eigen risico in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars overeenkomen met hetgeen in de Zvw is geregeld. Ook verstrekken de zorgverzekeraars over het algemeen juiste informatie over het verplicht en vrijwillig eigen risico in hun informatiepakketten en op websites, maar zijn zij daarin niet volledig. Vaak ontbreekt informatie over de compensatieregeling voor chronisch zieken en de betalingswijze van het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar. In het vierde kwartaal van 2008 verricht de NZa een evaluatie naar de uitvoering van de compensatieregeling door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

De NZa heeft enkele signalen ontvangen over zorgverzekeraars die de no-claimregeling onjuist hebben uitgevoerd. Dit gaat vooral om zorg bij zwangerschap. Deze zorg valt buiten de no-claim, terwijl de betreffende verzekeraars deze wél onder de no-claim hebben meegerekend. Ook heeft de NZa enkele signalen ontvangen dat het verplicht eigen risico onjuist is berekend. Deze signalen zijn meegenomen in het vereveningsonderzoek.

<sup>29</sup> Bron: NZa, 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt', mei 2007.

<sup>30</sup> De verstrekkingen huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg, evenals zorggebruik door minderjarigen hebben geen invloed op de hoogte van de no-claim.

<sup>31</sup> Uitgezonderd van het verplicht eigen risico zijn huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed en zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid Zvw, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

<sup>32</sup> Het kabinet heeft hiervoor inmiddels een amvb voorgelegd aan de Tweede Kamer.

<sup>33</sup> NZa, 'Monitor Eigen Risico', eerste rapportage, juli 2008, op nza.nl.



Samenvattend concludeert de NZa dat in enkele gevallen de korting voor het vrijwillig eigen risico en collectiviteiten onjuist is berekend. Deze onjuistheden zijn gecorrigeerd. Daarnaast is de berekening van het verplicht eigen risico en de uitvoering van de no-claim regeling in een aantal gevallen niet volgens de norm verlopen. De NZa onderzoekt dit nader in het kader van de verevening. De NZa blijft aandacht houden voor een juiste toepassing en uitvoering van de eigen risico- en no-claim regeling.

### 3.3.4 Tijdigheid zorg

De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten voldoende zorg inkopen bij een polis met gecontracteerde zorg en/of bemiddelen naar een zorgaanbieder als een verzekerde daarom verzoekt. De NZa heeft signalen ontvangen dat bij zittend ziekenvervoer verzekerden niet in alle gevallen tijdig de benodigde zorg ontvingen. Dit signaal is nauw gerelateerd aan de kwaliteit van zorg. Paragraaf 3.3.5 gaat verder in op het zittend ziekenvervoer en het onderzoek dat de NZa hiernaar heeft gedaan.

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

### 3.3.5 Kwaliteit zorg

#### *Selectieve contractering*

Eén zorgverzekeraar heeft voor het polisjaar 2008 een polis op de markt gebracht met selectieve contractering. Voor deze polis is op de website onjuiste informatie geplaatst over de acceptatieplicht. De NZa heeft deze zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven waaraan hij gevolg heeft gegeven.

Aan selectieve contractering is een aantal risico's verbonden dat van invloed kan zijn op een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Dit zijn het onvoldoende waarborgen van de zorgplicht, onvoldoende informatieverstrekking over de beperkende vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg en een negatief effect op de betaalbaarheid (kostenafwenteling) door de mogelijkheid tot maandelijkse opzegging. De NZa blijft deze aspecten nauwgezet volgen.

#### *Zittend ziekenvervoer*

De NZa heeft nader onderzoek gedaan naar de kwaliteitsproblemen bij zittend ziekenvervoer. Factoren die hierbij een rol blijken te spelen zijn onder andere korte aanbestedings- en implementatietrajecten, waardoor knelpunten bij de uitvoering zijn ontstaan. Ook is de financiële ruimte in de markt afgenomen (onder andere vanwege toegenomen prijsconcurrentie). Hierdoor kunnen vervoerders niet meer altijd dezelfde service bieden als in het verleden, terwijl de verwachtingen van consumenten gelijk zijn gebleven. Verder komen problemen rondom wacht- en reistijden van verzekerden in belangrijke mate voort uit de toegenomen verkeersdruk, vooral in de randstad.

Onderdeel van het onderzoek was ook een analyse van de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders van zittend ziekenvervoer in hun overeenkomsten opnemen en de manier waarop de naleving hiervan wordt gecontroleerd. Bij de afspraken over kwaliteit blijken vooral grote verschillen te bestaan in het opleidingsniveau van de chauffeur, hulp bij het afleveren van de patiënt op de bestemming en de bereikbaarheid. Voor de controle op de naleving van de kwaliteitsafspraken gebruiken zorgverzekeraars voornamelijk periodieke klachtenrapportages of managementrapportages.

Naar aanleiding van het onderzoek heeft de NZa een aantal aanbevelingen gedaan en acties aangekondigd. Zo is een aantal individuele zorgverzekeraars gewezen op de noodzaak tot het verbeteren van de gemaakte kwaliteitsafspraken. Daarnaast volgt de NZa de verantwoording over klachtenbehandeling, klanttevredenheidsonderzoeken en kwaliteitsafspraken via de uitvoeringsverslagen. Als begin 2009 onvoldoende verbetering is geboekt bij kwaliteitsafspraken, stelt de NZa een norm op voor de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer en gaat zij deze handhaven. Ten slotte volgt zij via het signaaltoezicht meldingen over knelpunten en onderneemt zij acties om deze op te lossen.

De NZa concludeert dat het maken van structurele afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet verbeteren. Naast de acties op grond van het onderzoek naar zittend ziekenvervoer moeten zorgverzekeraars meer aandacht schenken aan kwaliteit bij hun zorginkoop. Hoewel bij de onderhandelingen voor 2008 de aandacht voor kwaliteit is toegenomen, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog nauwelijks bindende kwaliteitsafspraken<sup>34</sup>. Omdat bindende afspraken kwaliteitsverbeteringen kunnen stimuleren, vindt de NZa het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij hun onderhandelingen voor 2009 meer bindende kwaliteitsafspraken gaan maken. Daarnaast is informatie over de kwaliteit van de zorg nog slechts in (zeer) beperkte mate beschikbaar. Concurrentie op kwaliteit komt hierdoor onvoldoende van de grond. De diverse initiatieven om kwaliteit transparant te maken blijken tijdrovend, waardoor kwaliteitsindicatoren niet op korte termijn beschikbaar zullen zijn. Gedurende deze ontwikkelingsfase is het van belang dat kwaliteitsinformatie zo snel mogelijk openbaar wordt gemaakt. De NZa hecht eraan dat de kwaliteitsindicatoren en -informatie voldoet aan de verwachtingen van de gebruikers. Daartoe ontwikkelt zij een toetsingskader voor de transparantie van de zorg. Er is een consultatiedocument uitgebracht ('Toetsingskader transparantie<sup>35</sup>') dat op basis van de reacties wordt omgezet naar een visiedocument. De NZa zal dit toetsingskader gebruiken om ontwikkelingen in transparantie voor de consument te volgen, eventuele knelpunten aan te pakken en in afstemming met de IGZ bij te dragen aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

## **3.4 Betaalbaarheid**

### **3.4.1 Vereveningsopgave**

De rol 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 rapporten met de bevindingen over de individuele zorgverzekeraars worden aan de betreffende zorgverzekeraar en het CVZ verzonden. Ten tijde van het opstellen van dit samenvattend rapport was het NZa-onderzoek naar de vereveningsopgave van de zorgverzekeraars nog niet afgerond. De bevindingen hebben daarom een voorlopig karakter.

<sup>34</sup> Zie: 'Monitor ziekenhuiszorg', juli 2008.

<sup>35</sup> Februari 2008.

*Afhandeling verantwoording 2006*

De bevindingen in het Samenvattend rapport 2006 (zie Samenvattend rapport Zvw 2006, p.34) over het onderzoek naar de vereveningsopgave hadden betrekking op de materiele controles, controle op specifieke risicoaspecten, borging van de gegevens van de volmachten, gebruik van de accountantsverklaringen bij de gefactureerde omzet DBC's van de ziekenhuizen, opgave betalingsachterstanden, de juistheid van de bestuursverklaring, de check tussen verzekerdenadministratie en Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en de oplegging van boetes. Aan deze voorlopige bevindingen is in een latere fase van het onderzoek nog toegevoegd de toerekening van kosten die onder de no-claim vallen. De NZa heeft de verzekeraars waarop deze bevindingen betrekking hadden opgedragen om deze toerekening te corrigeren, dan wel niet verrichtte controles en onderzoeken alsnog te verrichten.

Uit het onderzoek verantwoording 2007 blijkt voornamelijk dat de zorgverzekeraars in het algemeen goed opvolging hebben gegeven aan de in 2006 geconstateerde bevindingen. Dit neemt niet weg dat met name de borging van de betrouwbaarheid van de gegevens van de volmachten en de uitvoering van de boeteregeling nog aandacht behoeven. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie 2007 neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij hieraan verbindt.

Mede naar aanleiding van de bevindingen uit het onderzoek 2006 heeft de NZa een afzonderlijke thematisch onderzoek gestart naar materiële controles. De NZa publiceert de resultaten hiervan eind 2008.

*Verantwoording 2007*

Voor de vereveningsopgave 2007 gelden de volgende (voorlopige) bevindingen:

- een aantal zorgverzekeraars heeft de verantwoordingsrichtlijnen voor het al dan niet meenemen van balansposten, prudentiemarge, ramingsposten bij vroegtijdige afsluiting boekjaar, voorschotten en/of overfinanciering ziekenhuizen onjuist toegepast. Aangezien het in deze gevallen om aanzienlijke bedragen gaat heeft de NZa bij alle zorgverzekeraars extra aandacht besteedt aan deze problematiek. De NZa meldt aan het CVZ bij welke zorgverzekeraars onjuistheden zijn geconstateerd. Bij zeven zorgverzekeraars bleek al in een vroegtijdig stadium dat sprake was van onjuistheden en is het CVZ akkoord gegaan met indiening van een herziene opgave van de jaarstaten, inclusief nieuwe accountantsverklaringen;
- de opgaven die de zorgverzekeraars over 2007 voor het eerst moesten aanleveren (DBC's-Gegevens, farmaciegegevens en persoonskenmerken) zijn in het algemeen kwalitatief goed. Afgezien van de gevallen waarin de opgaven niet voldeden aan de technische specificaties en de zorgverzekeraar een nieuwe opgave heeft moeten aanleveren (zie 3.5.2), zijn in het algemeen weinig onjuistheden geconstateerd;
- betalingsachterstanden nominale premie: ten opzichte van 2006 zijn de ingediende opgaven verbeterd. Aandachtspunt is de nauwkeurige naleving van het incassoprotocol;
- verzekerdenstanden: de zorgverzekeraars hebben de in 2006 geconstateerde aandachtspunten bij de controle van de verzekerdenstanden over het algemeen goed opgepakt. Op enkele specifieke probleempunten kan de controle nog worden aangescherpt;
- volmachten: in het samenvattend rapport 2006 is geconcludeerd dat de borging van de betrouwbaarheid van de gegevens die volmachten aanleveren moet verbeteren. Hoewel de verzekeraars in de loop van 2008 hiervoor diverse acties hebben ondernomen roept de borging van de betrouwbaarheid nog steeds vragen op. Enkele verzekeraars hebben inmiddels de samenwerking met volmachten beëindigd;

- boeteregeling: in het samenvattend rapport 2006 heeft de NZa geconstateerd dat zorgverzekeraars slechts in zeer beperkte mate boetes hebben opgelegd aan verzekeringsplichtigen die niet tijdig een zorgverzekering afsluiten. Uit extra opgevraagde informatie en uit de controle van de vereveningsopgave 2007 is de - voorlopige - conclusie dat de boeteoplegging in 2007 weliswaar is verbeterd, maar dat de voortgang en volledigheid van de uitvoering nog steeds verbetering behoeft;
- 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: mits voldaan is aan een aantal randvoorwaarden, kan de interne accountant van de zorgverzekeraar het accountantsproduct voor enkele opgaven, zoals farmaciegegevens, DBC-gegevens en persoonskenmerken, bij wijze van experiment afgeven. Ongeveer eenderde van de zorgverzekeraars heeft zich voor het experiment aangemeld. Hoewel het experiment nog geëvalueerd moet worden en het oordeel van de deelnemende zorgverzekeraars daarin meegenomen zal worden is de voorlopige indruk positief;
- controlemethodiek: bij de verantwoording 2006 was geconstateerd dat de zorgverzekeraars de controle op de specifieke risicoaspecten moesten verbeteren. Uit het onderzoek 2007 blijkt dat bij de zorgverzekeraars over de gehele linie sprake is van een verschuiving naar een risico-georiënteerde insteek van de audit. De NZa verwacht dat deze trend zich in 2008 voortzet en dat dit zal leiden tot een verdere verbetering van de controlemethodiek bij de zorgverzekeraars.

De NZa scherpt op basis van bovenstaande bevindingen diverse passages aan in het Controleprotocol 2008 (zie paragraaf 2.3) en koppelt opmerkingen en maatregelen terug aan de individuele zorgverzekeraars. In een aantal gevallen moeten de zorgverzekeraars niet verrichte controles en onderzoeken alsnog verrichten. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij verbindt aan de resultaten van het onderzoek naar volmachten en naar uitvoering van de boeteregeling.

## 3.5 Overige verplichtingen

### 3.5.1 Verplichtingen rond in- en uitschrijving

#### *Meldpunt overstapperperiode 2007-2008*

Eind 2007 heeft de NZa een speciaal meldpunt voor de overstapperperiode geopend waar verzekerden meldingen en klachten over hun zorgverzekeraar konden doorgeven. De NZa heeft in totaal 24 meldingen ontvangen. De NZa heeft niet geïntervenieerd naar aanleiding van deze meldingen, omdat geen sprake was van een overtreding van de Zvw of Wmg.

De meldingen gingen onder andere over de volgende onderwerpen:

- informatie over de nieuwe polis voor 2008 was niet op tijd beschikbaar;
- onduidelijkheid over de ingangsdatum van de overstapperperiode. Verzekerden gaan er van uit dat zorgverzekeraars de nieuwe polis vóór 15 november toezenden en dat het overstapmoment ingaat op het moment dat de polis is ontvangen. Dit is echter onjuist. Verzekerden moeten uiterlijk 31 december hun zorgverzekering opzeggen en vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering afsluiten. Daarnaast kunnen verzekerden overstappen zodra de wijziging in premie of voorwaarden bekend is gemaakt;
- beperkingen van de vergoedingen in de aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars hebben de dekking van de aanvullende verzekeringen beperkt en tegelijkertijd de toestemmingsvereisten aangescherpt. De NZa heeft geen bevoegdheden inzake de inhoud en de toestemmingsvereisten voor de aanvullende verzekering.

#### *Aanmeldingsformulieren*

Enkele zorgverzekeraars hadden op hun aanmeldingsformulier onjuiste informatie staan over de acceptatieplicht. Dit betrof de mededeling dat zij aspirant verzekerden met een betalingsachterstand bij hun huidige verzekeraar volgens de Zvw niet zouden mogen accepteren. Dit is onjuist, omdat de nieuwe zorgverzekeraar altijd zijn acceptatieplicht behoudt. De betreffende zorgverzekeraars hebben de aanmeldingsformulieren gecorrigeerd.

### 3.5.2 Verplichtingen rond verslaglegging en gegevensverstrekking aan NZa

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

- uitvoeringsverslag;
- jaarstaten;
- opgaven farmaciegegevens, DBC-gegevens, persoonskenmerken en betalingsachterstanden;
- jaarrekening.

Mede in het beleid van de NZa om de administratieve lasten zoveel mogelijk te verminderen, probeert de NZa bij de uitvraag van deze informatie de lasten zo beperkt mogelijk te houden. Daartoe vindt regelmatig overleg plaats met veldpartijen over de informatievereisten zoals onder meer vastgelegd in de jaarstaten van het CVZ en in het NZa-protocol.

De zorgverzekeraars moeten de jaarstaten, farmaciegegevens en DBC-gegevens vóór 1 juni bij de NZa aanleveren. Alle zorgverzekeraars hebben de farmaciegegevens en DBC-gegevens tijdig aangeleverd. De NZa heeft zeven zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven omdat zij de gevraagde jaarstaten, inclusief bijbehorende bestuursverklaring en

accountantsverklaring, niet tijdig hadden ingediend. Deze zorgverzekeraars hebben de gevraagde stukken vervolgens alsnog binnen de gestelde termijn aangeleverd.

De zorgverzekeraars moeten het uitvoeringsverslag, de opgaven persoonskenmerken en betalingsachterstanden alsmede de jaarrekening vóór 1 juli bij de NZa aanleveren. De NZa heeft achttien zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven omdat zij één of meerdere van de gevraagde documenten, inclusief bijbehorende bestuursverklaring en accountantsverklaring, niet tijdig hadden ingediend. Dit betreft veertien keer het uitvoeringsverslag en/of het rapport van bevindingen van de accountant bij het uitvoeringsverslag, drie keer de opgave betalingsachterstand nominale premie en twee keer de opgave persoonskenmerken<sup>36</sup>. Deze zorgverzekeraars hebben de gevraagde stukken vervolgens alsnog aangeleverd.

Na overleg met de NZa heeft het CVZ de zorgverzekeraars per brief<sup>37</sup> geïnformeerd over het beleid bij onjuiste en/of niet-tijdige aanlevering van informatie. Daarbij is aangegeven dat de NZa dit beleid in 2008 streng zal handhaven. Bij de controle van de (tijdig) ingediende verantwoordingsdocumenten hebben zich twee problemen voorgedaan:

- in zes gevallen bleken de aangeleverde bestanden niet bruikbaar omdat deze niet voldeden aan de voorgeschreven bestandsspecificaties. Het CVZ heeft besloten om in deze gevallen eenmalig een nieuwe aanlevering van de bestanden te accepteren;
- in zeven gevallen hadden de zorgverzekeraars de instructies voor het opmaken van de jaarstaten onjuist geïnterpreteerd. Gevolg hiervan was dat voor enkele honderden miljoenen euro's te weinig aan schadelast was verantwoord. Omdat dit voor de betreffende zorgverzekeraars belangrijke tijdelijke financiële consequenties kon hebben en ook gevolgen kon hebben voor de overige zorgverzekeraars, heeft het CVZ besloten om (eenmalig) een nieuwe aanlevering te accepteren, voorzien van een nieuwe accountantsverklaring.

### 3.5.3 Ontkoppeling basis- en aanvullende verzekering

De NZa heeft acties ondernomen om de beperkende werking van contractvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen op het overstappen te verkleinen. Via de website zijn consumenten aandachtspunten meegegeven waar zij bij het overstappen op moeten letten. Voor een verdere toelichting zie de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008.

In 2008 is gebleken dat de opzegservice van het merendeel van de zorgverzekeraars beperkingen voor de verzekerde heeft. De verzekerde kan daarbij niet kiezen om bijvoorbeeld alleen de basisverzekering te laten opzeggen en de aanvullende verzekering te behouden. Dit is momenteel in strijd met artikel 40, lid 3 van de Wmg omdat de informatie die zorgverzekeraars via de opzegservice geven niet in overeenstemming is met hetgeen artikel 120 van de Zorgverzekeringswet beoogt<sup>38</sup>. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars opgedragen de opzegservice aan te passen. De zorgverzekeraars hebben toegezegd dit voor de komende

<sup>36</sup> Het aantal aanwijzingen telt op tot negentien omdat één zorgverzekeraar twee aanwijzingen heeft gekregen vanwege het niet tijdig aanleveren van twee verschillende documenten.

<sup>37</sup> Brief dd 19 september 2007.

<sup>38</sup> Artikel 120 Zvw verbiedt om de geldigheid van een aanvullende verzekering te koppelen aan een al bestaande zorgverzekering (nietig beding).

overstapperiode te zullen doen. De NZa controleert bij de overstapperiode 2008/2009 of dit ook daadwerkelijk is gebeurd.

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

### **3.5.4 Boetebeschikkingen**

Het CVZ legt een boetebeschikking op aan verzekeringsplichtigen die niet tijdig een zorgverzekering afsluiten. Een deel van de activiteiten bij het opleggen van een boete is gemandateerd aan de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden over de opgelegde boetes in de jaarstaat A.

Zoals eerder aangegeven (zie 3.4.1) heeft de NZa in het samenvattend rapport 2006 geconstateerd dat het opleggen van boetes slechts zeer beperkt had plaatsgevonden. Naar aanleiding van een bezwaarschrift van één van de betrokken zorgverzekeraars tegen één van de conclusies uit het vereveningsrapport, heeft de NZa beslist dat het in dit specifieke geval niet proportioneel zou zijn om van de zorgverzekeraar te vragen nogmaals te beoordelen of sprake is geweest van niet-verwijtbaar onverzekerd zijn. De NZa achtte in dit specifieke geval het effect van een nieuwe beoordeling over 2006 te gering in verhouding tot de inspanning die dit van de zorgverzekeraar vergt.

De NZa heeft per 1 april 2008 aanvullende informatie bij de zorgverzekeraars opgevraagd over de uitvoering van de boeteregeling. Deze informatie is deels pas in de loop van mei 2008 ontvangen, na aanwijzing daartoe van de NZa. Uit deze extra informatie en uit de controle in het kader van de vereveningsopgave 2007 is de (voorlopige) conclusie dat de boeteoplegging weliswaar is verbeterd, maar dat voortgang en volledigheid van de uitvoering nog steeds verbetering behoeft. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de verantwoordingsinformatie (vereveningsrapporten) neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij hieraan verbindt.

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

### **3.5.5 Privacy**

Onder het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw valt ook het toezicht op de naleving van privacybescherming onder de Zvw. Om invulling te geven aan deze wettelijke toezichttaak heeft de NZa in de tweede helft van 2007 onderzoek gedaan naar de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars<sup>39</sup>.

Het doel van het onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de organisatorische en technische maatregelen die zorgverzekeraars hebben getroffen voor de verwerking van persoonsgegevens, hoe deze maatregelen worden gewaarborgd en of deze voldoen aan de wet- en regelgeving. Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de zorgverzekeraars aandacht besteedt aan de bepalingen voor

<sup>39</sup> 'Privacy bij zorgverzekeraars – Onderzoek naar de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars', april 2008.



gegevensverwerking uit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en het Addendum Zorgverzekeraars. Er zijn geen indicaties dat medische persoonsgegevens onzorgvuldig worden verwerkt. Desalniettemin zijn bij vrijwel alle zorgverzekeraars verbeteringen nodig op de volgende punten:

- de procedures voor gegevensverwerking en controles op de naleving hiervan vastleggen;
- de bewaartermijnen van persoonsgegevens. De termijnen die zorgverzekeraars in de praktijk hanteren, komen vaak niet overeen met de normen uit de regelgeving;
- de bepalingen omtrent materiële controle en misbruik en oneigenlijk gebruik in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering opnemen.

Ook stroken bij enkele zorgverzekeraars de verantwoordelijkheden van de medisch adviseur niet met de bepalingen in het Addendum Zorgverzekeraars. De NZa beveelt zorgverzekeraars onder andere aan om structurele controles, specifiek gericht op privacy in te voeren om de naleving van regels en procedures te toetsen. Ook adviseert zij de zorgverzekeraars om de relevante regelgeving nog eens goed na te lopen om te bekijken waar (organisatorische) aanpassingen nodig zijn.

Op basis van de onderzoeksuitkomsten heeft de NZa voor alle zorgverzekeraars individueel verbeterpunten geformuleerd. De zorgverzekeraars moeten zich uiterlijk 1 oktober 2008 verantwoorden over de opvolging van de verbeterpunten. De NZa ziet toe op de opvolging van de verbeterpunten en rapporteert hierover in 2009 in een extern rapport.

Bij privacybescherming vormen materiële controles een belangrijk aandachtspunt. Bij de controle van de jaarstaten 2006 is gebleken dat zorgverzekeraars beperkt aandacht besteden aan materiële controles. Daarom is de NZa bezig met een verdiepend onderzoek materiële controle. Dit onderzoek wordt begin 2009 afgerond.

### **3.5.6 Subsidieregelingen**

Het Ministerie van VWS heeft bij ministeriële regeling bepaald dat het CVZ zelfstandig subsidies kan verstrekken ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Dit geldt voor de uitvoering van een aantal specifieke subsidieregelingen. Het Ministerie van VWS heeft besloten het aantal subsidies onder de Zvw verder te beperken, waardoor de omvang van de verleende subsidies scherp is afgenomen. Voor de nog bestaande subsidieregelingen stelt het CVZ de subsidieregeling en de eisen aan de accountantsverklaring vast en beoordeelt zij de subsidieverantwoording van de betreffende instellingen. Gezien de omvang van de verstrekte subsidies en de rol van het CVZ heeft de NZa geen afzonderlijk onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering van de subsidieregelingen.

## **3.6 Integriteit**

De NZa heeft haar visie op integriteit nader uitgewerkt en publiceert deze eind 2008. De visie richt zich op fraudebestrijding door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Met de visie maakt de NZa kenbaar welke toezichtactiviteiten zij onderneemt en hoe ze daaraan uitwerking geeft. Daarmee wordt ook duidelijk waarop de NZa is aan te spreken.

Om haar toezichtinstrumenten zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten gebruikt de NZa risicoanalyses. Daarbij worden risico's op niet-



integer gedrag toegevoegd aan de eerder ontwikkelde algemene risicoanalyses die voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders gebruikt gaan worden. De NZa stuurt op de beheersing van risico's in de vorm van in het zorg(verzekerings)stelsel aanwezige 'checks and balances', zoals de controle van declaraties door zorgverzekeraars. Onderdeel van de reguliere, uitvoerende taken van de NZa is om na te gaan of deze checks and balances goed werken.

De NZa legt in haar visie de taak bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te zorgen voor integriteit in de zorgsector. Zij kan wel beleid ontwikkelen om het uitwerken en toepassen van integriteitcodes te stimuleren, maar marktpartijen zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud van de codes.

### 3.7 Conclusie

#### *Toegang tot de zorgverzekering*

De toegang tot de zorgverzekering is voldoende geborgd. Naar aanleiding van signalen over mogelijke verschillen in toegankelijkheid heeft de NZa enkele zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven. De betreffende zorgverzekeraars hebben deze opgevolgd. Onderzoek naar een beperkt aantal gevallen waarin mogelijk sprake is van schending van de acceptatieplicht is momenteel gaande. Daarnaast heeft de NZa een zorgverzekeraar aangesproken op een onjuiste weergave van de premie. Risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie komt op dit moment niet voor. De NZa heeft wel aanwijzingen dat zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden om verzekerdenstromen te sturen. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit vlak, zowel voor de zorgverzekerings-, zorginkoop- als de zorgverleningsmarkt, nauwgezet volgen.

#### *Toegang tot de zorg*

Er zijn geen indicaties dat verzekerden onvoldoende toegang hebben tot zorg. Wel heeft de NZa gereageerd op signalen over onder meer onduidelijke informatieverstrekking rondom afwijzingen van (vergoeding van) zorg, de verstrekking van hulpmiddelen zoals elastische kousen en een onjuiste berekening van de korting voor het eigen risico en collectiviteiten door zorgverzekeraars. Signalen over een onjuiste uitvoering van de no-claimregeling en de vergoeding van orgaantransplantaties zijn betrokken in het vereveningsonderzoek. In het belang van de consument blijft de NZa aandacht houden voor de correcte uitvoering van de no-claimregeling en het eigen risico door zorgverzekeraars.

Het maken van structurele afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet verbeteren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken nog nauwelijks bindende kwaliteitsafspraken bij hun onderhandelingen over zorginkoop. Kwaliteitsindicatoren zijn in ontwikkeling, maar zijn niet op korte termijn beschikbaar. De NZa ontwikkelt een toetsingskader voor de transparantie van de zorg en zal dit gebruiken om ontwikkelingen in transparantie voor de consument te volgen, eventuele knelpunten aan te pakken en in afstemming met de IGZ bij te dragen aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

#### *Betaalbaarheid*

De zorgverzekeraars hebben in het algemeen goed invulling gegeven aan de bevindingen uit het verantwoordingsonderzoek over 2006. Resterende aandachtspunten zijn vooral de borging van de betrouwbaarheid van de gegevens van de volmachten en de uitvoering van de boeteregeling. Bij de vaststelling van de eindrapportages over de

verantwoordingsinformatie 2007 neemt de NZa een besluit over de consequenties die zij hieraan verbindt. Uit signaalonderzoek en uit onderzoek van de vereveningsinformatie zijn geen indicaties naar voren gekomen dat zorgverzekeraars structureel meer ten laste van de zorgverzekering brengen dan het wettelijk voorgeschreven pakket.

#### *Overige verplichtingen*

De administratieve afhandeling van de overstapperiode 2007/2008 is in het algemeen goed verlopen. De NZa heeft opgetreden tegen zorgverzekeraars met een opzegservice waarbij het niet mogelijk is om alleen de aanvullende verzekering voort te zetten. De NZa controleert in de overstapperiode 2008 of zij deze beperking in hun opzegservice hebben opgeheven.

De NZa heeft één overtreding van artikel 120 Zvw geconstateerd. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven die hij heeft opgevolgd.

Veel zorgverzekeraars hebben zich niet gehouden aan de wettelijke termijn voor het indienen van verplichte documenten bij de NZa. Nadat de NZa deze zorgverzekeraars een aanwijzing heeft gegeven hebben zij de stukken alsnog ingediend.

De uitvoering van de boeteregeling door de zorgverzekeraars is verbeterd. Bij de voortgang en volledigheid van de uitvoering zijn nog steeds verbeteringen noodzakelijk.

De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars de verbeterpunten uit het onderzoek naar de naleving van de privacywetgeving opvolgen en rapporteert hierover in 2009.

## 4. Randvoorwaarden

### Bevindingen en acties NZa

- De werking van de randvoorwaarden vereveningsmodel, transparantie, verzekerdeninvloed en mobiliteit is voldoende voor de risico-inschatting in het RAM. In vergelijking met 2006/2007 werkt de randvoorwaarde mobiliteit in 2007/2008 echter iets minder goed.
- Vanwege de prikkels van het risicovereveningsmodel voor zorginkoop en risicoselectie door zorgverzekeraars, wil de NZa nauwer betrokken worden bij de ontwikkeling van het vereveningsmodel.
- De NZa heeft de zorgverzekeraars erop aangesproken dat zij hun informatieverstrekking over eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg en de transparantie van hun vergoedingenoverzichten dienen te verbeteren. In de overstapperiode 2008/2009 controleert de NZa of zij hieraan gevolg hebben gegeven.
- De NZa heeft geïntervenieerd bij zorgverzekeraars die zich niet hielden aan het Richtsnoer Informatieverstrekking.
- De kwaliteit van de informatie op vergelijkingssites voor zorgverzekeringen is in 2008 licht verbeterd. De NZa gaat ook onderzoek doen naar de kwaliteit van vergelijkingssites voor het zorgaanbod.
- De NZa gaat de consument duidelijk maken dat zorgverzekeraars een soepele overstapprocedure administratief hebben geborgd. Doel hiervan is om de vrees voor rompslomp bij overstap te verminderen.

### 4.1 Inleiding

Bij de inschatting van de risico's, RAM, zie paragraaf 1.2, voor de naleving van de wettelijke verplichtingen gaat de NZa ervan uit 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 een klachtenprocedure. Verzekerden kunnen dan onvoldoende tegendruk bieden aan de zorgverzekeraars.

## 4.2 Werking vereveningsmodel

Het risicovereveningssysteem<sup>40</sup> is een belangrijk middel om eventuele prikkels bij de zorgverzekeraars te verminderen om de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet na te laten. De Minister heeft in januari 2007 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd waarin hij heeft aangegeven langs welk tijdpad en onder welke voorwaarden de afbouw van ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem mogelijk is. In september 2007 heeft de Minister als vervolg hierop een uitwerking gegeven van het risicovereveningssysteem en de ex-post compensatiemechanismen voor 2008. Door de aanpassing van de ex-post compensatie en door het toevoegen van de kapitaallasten van het zogenaamde B-segment van de ziekenhuizen is de risicodragendheid voor de zorgverzekeraars in 2008 toegenomen.

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

Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg, die vanaf 2008 onder de Zvw valt, is een eenvoudig risicovereveningsmodel ontwikkeld. De Minister is voor deze categorie kosten voor het jaar 2008 uitgegaan van dit model, in combinatie met ex-post compensatie op basis van 100% nacalculatie.

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<sup>41</sup>. Randvoorwaarde hierbij is dat de ex-ante verevening adequaat werkt.

In het vereveningssysteem 2006 zijn groepen te onderscheiden waarvoor een voorspelbaar verschil tussen kosten en verevening bestaat. Consequentie hiervan is dat, als de ex post verevening wordt afgebouwd zonder dat de ex ante verevening tegelijkertijd wordt verbeterd, meer prikkels zouden kunnen ontstaan voor risicoselectie. Blijvende aandacht voor de verdere verbetering van het vereveningsmodel en de actualisering van de parameterwaardes is van belang. Deze waarden moeten worden geactualiseerd op basis van recentere gegevens die recht doen aan recente wijzigingen zoals de invoering van DBC's en de uitbreiding van de verevening met gegevens van (ex)particulier verzekerden. Diverse partijen, waaronder het Ministerie van VWS en CVZ, zijn bezig met de voortdurende evaluatie en verbetering van het vereveningsmodel. Eén van de mogelijke verbeteringen van het systeem waarnaar onderzoek gedaan wordt, is de zogenaamde hoge risicoverevening. De Minister heeft aangegeven dat vanwege de technische complexiteit hoge risicoverevening niet vóór 2012 kan worden ingevoerd.

De NZa wil nauwer betrokken worden bij de ontwikkeling van en wijzigingen in het vereveningsmodel. Reden hiervoor is het belang van het vereveningsmodel als randvoorwaarde in combinatie met het belang van het model voor de prikkels die zorgverzekeraars krijgen bij de

<sup>40</sup> Het huidige risicovereveningssysteem bestaat uit een ex-ante verevening en een ex-post verevening. Bij de ex ante verevening vindt vooraf een zo goed mogelijke compensatie plaats voor te verwachten verschillen in zorgkosten per verzekerde. De ex-post verevening compenseert achteraf een deel van de werkelijk gemaakte kosten.

<sup>41</sup> Zie NZa, 'Visiedocument Richting geven aan keuzes', mei 2007.

zorginkoop. De NZa zal over haar nauwere betrokkenheid overleggen met VWS en het CVZ.

Op basis van de voortdurende aandacht voor de mogelijkheden tot verbetering van het risicovereveningsmodel en de actualisatie van de gegevens, concludeert de NZa voor 2007 dat het vereveningsmodel als randvoorwaarde binnen het RAM voldoende werkt.

### 4.3 Transparantie

De consument moet beschikken over juiste, volledige en betrouwbare informatie om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen over het aanschaffen of aanhouden<sup>42</sup> van een zorgverzekering.

De NZa doet jaarlijks onderzoek naar de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars de zogeheten transparantietoezicht<sup>43</sup>. Dit onderzoek is gericht op de beschikbaarheid, volledigheid en juistheid van de informatie op de websites en in de informatiepakketten van ziektekostenverzekeraars. Daarnaast houdt de NZa jaarlijks een enquête onder verzekerden. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Een uitgebreide toelichting staat in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008.

De uitkomsten van het transparantieonderzoek zijn teruggekoppeld aan de ziektekostenverzekeraars. De terugkoppeling bestond uit twee delen: een individuele terugkoppeling van geconstateerde punten en een algemene terugkoppeling van belangrijke punten voor alle ziektekostenverzekeraars. Bij dit laatste heeft de NZa alle ziektekostenverzekeraars gewezen op drie belangrijke punten in hun informatieverstrekking:

- een adequaat vergoedingsoverzicht;
- de hoogte van marktconforme tarieven bij zorg waarvoor geen tarief is vastgesteld;
- de veranderde rol van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) per 1 januari 2008.

Uit het onderzoek bleek dat bij een aantal zorgverzekeraars de informatievoorziening op deze punten tekort schoot.

Belangrijkste uitkomst uit de individuele terugkoppeling was dat elf ziektekostenverzekeraars zich niet hielden aan belangrijke punten uit het richtsnoer informatieverstrekking 2007. Zij hadden met name onvoldoende informatie over de klachtenregeling en de opzeggingsmogelijkheden op hun website staan. De betreffende ziektekostenverzekeraars hebben na aanwijzing door de NZa hun informatievoorziening aangepast.

Verzekerden ervaren de beschikbaarheid van informatie in 2008 als iets minder goed dan in 2007<sup>44</sup>. Het minst wordt evenals in 2007 de informatie over de kwaliteit van zorg, machtigingen en eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg ervaren. De NZa heeft de verzekeraars erop aangesproken dat zij hun informatieverstrekking over eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg en de transparantie van hun vergoedingsoverzichten dienen te verbeteren en controleert eind 2008 of zij hier gevolg aan hebben gegeven. De beschikbaarheid van

<sup>42</sup> Behalve de informatie die voorafgaand aan het afsluiten van een polis wordt verstrekt aan consumenten, dient ook de informatie die gedurende de looptijd van de verzekering wordt verstrekt aan bepaalde (transparantie)eisen te voldoen.

<sup>43</sup> De basis voor het transparantietoezicht is het Richtsnoer 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007'.

<sup>44</sup> Bron: NZa enquête onder verzekerden, 2008.

informatie over de premies en de dekking van de aanvullende verzekering is voldoende.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek naar aansluiting van de contracteercyclus en de overstapcyclus (zie verderop in deze paragraaf en de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 voor een uitgebreide toelichting<sup>45</sup>) dat op de websites van zorgverzekeraars informatie over de gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd gemakkelijk te vinden is. Ook is niet altijd duidelijk op welk jaar de contracten betrekking hebben. Zorgverzekeraars moeten hun informatie over het gecontracteerde zorgaanbod verbeteren en op hun website duidelijk aangeven welke zorgaanbieders zij in welk jaar en voor hoeveel jaren hebben gecontracteerd.

#### *Vergelijkingsites*

Zoals aangekondigd in het samenvattend rapport 2006, heeft de NZa de informatie op vergelijkingsites voor 2008 onderzocht.<sup>46</sup> Ten opzichte van 2007 is de kwaliteit van de vergelijkingsites licht verbeterd. De meest gebruikte sites zijn in het algemeen correct. Maar tegelijkertijd zijn slechts drie vergelijkingsites volledig in de vermelding van het aantal verzekeraars en polissen. Het aantal polissen dat de websites vergelijken moet verbeteren, of zij moeten duidelijk maken waarom sommige polissen op de site ontbreken. Ook is de informatie over de premie van de weergegeven polissen op de helft van de sites correct. Eén van de doelen van het onderzoek was om de vergelijkingsites te stimuleren om de kwaliteit te verbeteren. Dit is (deels) geslaagd: na terugkoppeling van de bevindingen is ruwweg de helft van de sites aangepast. Deze aanpassingen zijn meegenomen in de NZa rapportage. De NZa heeft geen bevoegdheden om aanpassingen bij de overige sites af te dwingen. In het onderzoek is niet gekeken naar kwaliteitsgegevens van het gecontracteerde zorgaanbod, maar de indruk is dat deze informatie nog vaak ontbreekt (zie ook 3.3.5). De belangrijkste actie die voortkomt uit het onderzoek is dat de NZa ook onderzoek gaat doen naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor het zorgaanbod.

#### *Aansluiten contracteercyclus en overstapcyclus*

In het samenvattend rapport 2006 heeft de NZa aangekondigd de mogelijkheden te onderzoeken om de contracteercyclus en de overstapcyclus op elkaar te laten aansluiten. Dit onderzoek is eind 2007/ begin 2008 uitgevoerd. Voor een goede werking van de Zorgverzekeringsmarkt is het belangrijk dat de consument beschikt over transparante informatie over het gecontracteerde zorgaanbod op het moment dat hij een zorgverzekering afsluit. Aangezien dit marktwerking betreft (keuzegedrag, transparantie, mobiliteit) heeft de NZa over dit onderzoek gerapporteerd in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. Voor de conclusies, aanbevelingen en vervolgacties wordt verwezen naar de monitor Zorgverzekeringsmarkt<sup>47</sup>.

#### *Misleiding vergoedingsoverzichten*

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de transparantie van de vergoedingsoverzichten van ziektekostenverzekeraars (peildatum overstapperiode polisjaar 2007). Dit onderzoek was gericht op de vergoedingsoverzichten van de aanvullende tandartsverzekeringen en op de overige verstrekkingen. Bij twee concerns bleek de informatie in de vergoedingsoverzichten misleidend voor de consument. De NZa heeft met deze zorgverzekeraars een normoverdragend gesprek gevoerd en

<sup>45</sup> NZa, 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008'.

<sup>46</sup> NZa, 'Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen', december 2007.

<sup>47</sup> NZa, 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008'.

geëist dat zij hun vergoedingsoverzichten direct aanpassen. Beide concerns hebben hieraan gehoor gegeven. Bij de overige verzekeraars waren de vergoedingsoverzichten wel voor verbetering vatbaar maar niet misleidend. De NZa heeft echter alle zorgverzekeraars er op aangesproken om voor het polisjaar 2008 de transparantie in de vergoedingsoverzichten te verbeteren.

#### *Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg*

De vergoeding bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet overeenstemmen met de vergoedingsbepalingen in de modelovereenkomst. Het merendeel van de zorgverzekeraars hanteert een norm van 80% vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft signalen dat een aantal zorgverzekeraars hun verzekerden niets vergoeden, terwijl zij volgens de polisvoorwaarden recht hebben op een vergoeding van 80%. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars hierop aangesproken, waarna zij hun onjuiste gedrag hebben aangepast. Ook hebben alle zorgverzekeraars een brief ontvangen waarin de NZa hen erop wijst dat de vergoeding overeen moet komen met de polisvoorwaarden.

#### *Verjaringstermijn declaraties*

Van een consumentenprogramma is een signaal ontvangen over de verjaringstermijn voor declaraties. Zorgverzekeraars nemen in de polisvoorwaarden een termijn op waarbinnen verzekerden declaraties moeten indienen. Als dit termijn wordt overschreden krijgen zij hun declaratie niet of niet volledig vergoed. In het Burgerlijk Wetboek (BW) is bepaald dat een verzekerde tot drie jaar na het ontstaan van de behoefte aan zorg een vordering bij de verzekeraar mag indienen. De NZa heeft alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met de uitleg over het BW en aangegeven dat zij de nodige aandacht moeten besteden aan de informatieverstrekking hierover aan verzekerden.

#### *Informatieverstrekking 18-jarigen*

De informatieverstrekking van zorgverzekeraars over verzekerden die de 18 jaar worden is voor verbetering vatbaar. De NZa heeft alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met het verzoek om deze informatieverstrekking te verbeteren. Alle verzekeraars hebben hieraan gevolg gegeven en hun aanbiedingsbrieven aan 18-jarigen herzien. Tevens heeft ZN een circulaire uitgebracht met informatie over het uitschrijven van verzekerden die 18 jaar zijn geworden.

#### *European Health Insurance Card (EHIC)*

Eind 2007 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de informatie die zorgverzekeraars op hun websites verstrekken over de EHIC. De informatieverstrekking op de websites over de EHIC is over het algemeen goed. Wel heeft de NZa een aantal zorgverzekeraars geadviseerd om duidelijk aan te geven dat de EHIC geen kosten dekt voor reizen naar het buitenland met de bedoeling een medische behandeling te ondergaan.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarde 'transparantie' van zorgverzekeraars naar verzekerden in 2007 voldoende werkt. Dit neemt niet weg dat op dit gebied nog diverse verbeteringen nodig zijn. Daarbij gaat het om het verbeteren van de informatie over de kwaliteit van zorg, machtigingen, eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg en informatie over het gecontracteerde zorgaanbod. De NZa heeft de zorgverzekeraars hierop aangesproken.

De informatieverstrekking over de premie van de basisverzekering en de premie en dekking van de aanvullende verzekering is voldoende.



#### 4.4 Invloed van verzekerden

In het samenvattend rapport 2006 heeft de NZa gerapporteerd over de uitkomsten van het onderzoek verzekerdeninvloed<sup>48</sup>. Een actiepunt dat hieruit voortvloeide is het vergroten van de uniformiteit in de klachtenregistratie bij zorgverzekeraars. Het opleggen van een eenduidige registratie blijkt echter tot zodanige extra administratieve lasten voor zorgverzekeraars te leiden dat dit niet opweegt tegen de baten van beter vergelijkbare informatie voor consumenten. Om die reden ziet de NZa er vooralsnog van af om een eenduidige registratie van het begrip klacht op te leggen. Hoewel het gebrek aan uniformiteit blijft bestaan, is in de uitvoeringsverslagen over 2007 wel zichtbaar dat zorgverzekeraars op individueel niveau hun klachtenverantwoording hebben verbeterd. De NZa heeft geen signalen dat verzekerden hun recht niet zouden kunnen halen.

De NZa concludeert dat de randvoorwaarde 'verzekerdeninvloed' in 2007 voldoende werkt.

#### 4.5 Mobiliteit verzekerden

De NZa doet jaarlijks onderzoek naar de mobiliteit van verzekerden voor de monitor Zorgverzekeringsmarkt.

In 2007 was het percentage overstappers ongeveer gelijk aan het overstappercentage vóór de stelselwijziging (4,4%; 2006:18%). Dit percentage is in 2008 gedaald tot 3,6%. Verzekerden blijken niet of nauwelijks meer (te overwegen om) over te stappen als zij eenmaal een collectieve verzekering hebben afgesloten. Ook hebben zij minder interesse in zorgverzekeringen.

In 2007 hebben veel zorgverzekeraars hun beleid uit 2006 voortgezet, waarbij zij met uitzondering van de meest uitgebreide tandartsverzekering geen medische selectie voor de aanvullende verzekering toepassen. In 2008 hebben enkele zorgverzekeraars meer medische selectie ingevoerd. Dit beperkt zich tot de meest uitgebreide aanvullende pakketten en de duurste tandartsverzekeringen. Het uiteindelijke effect van de toegenomen selectie is marginaal.

De administratieve borging van een soepele overstapprocedure is in 2008 niet veranderd in vergelijking met 2007. Toen hebben zorgverzekeraars verschillende verbeteringen doorgevoerd, zoals een overstapservice. Desondanks is er nog steeds een groep verzekerden die vreest voor rompslomp bij overstap. Om deze vrees weg te nemen gaat de NZa de consument duidelijk maken dat zorgverzekeraars ervoor hebben gezorgd dat overstappen soepel verloopt.

De afname van de mobiliteit is voornamelijk een marktwerkingsvraagstuk. Verzekerden hebben immers nog steeds de mogelijkheid om soepel van zorgverzekeraar te wisselen en het effect van selectie voor de aanvullende verzekering is gering. Binnen de kaders van de Zvw zijn er dan ook geen belemmeringen voor een voldoende werking van de randvoorwaarde 'mobiliteit'. Voor de risico-inschatting in het RAM is de tegendruk van verzekerden op zorgverzekeraars van belang en is te concluderen dat de werking van de randvoorwaarde mobiliteit in 2007/2008 is afgenomen in vergelijking met 2006/2007. De NZa betreft de afname van de mobiliteit bij de herijking van het RAM.

<sup>48</sup> 'Thematisch onderzoek Verzekerdeninvloed', NZa, mei 2007.



## 4.6 Conclusie

De randvoorwaarden werken voldoende om risico's in het RAM in te schatten. De randvoorwaarde mobiliteit werkt in 2007/2008 echter iets minder goed dan in 2006/2007. Verzekerden zijn minder vaak overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en hebben minder interesse voor zorgverzekeringen. De NZa betreft de afname van de mobiliteit bij de herijking van het RAM. De informatievoorziening aan verzekerden blijft voor verbetering vatbaar (transparantie). Dat geldt onder andere voor de informatie over de kwaliteit van zorg, machtigingen en eigen betalingen bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft zorgverzekeraars opgedragen om hun websites en vergoedingsoverzichten op deze punten aan te passen en controleert in 2008 of dit is gebeurd. Daarnaast moet de transparantie van de vergoedingsoverzichten en de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod verbeteren.

De werking van de randvoorwaarden verzekerdeninvloed en het vereveningsmodel binnen het RAM blijft voldoende. De NZa wil nauwer betrokken worden bij de ontwikkeling van het vereveningsmodel. Redenen hiervoor zijn het belang van het vereveningsmodel als randvoorwaarde alsmede de prikkels die uitgaan van het model voor zorginkoop en risicoselectie door zorgverzekeraars.



## Bijlage 1. Overzicht signalen

**Tabel 3. Top drie signalen**

	2006	2007	Eerste helft 2008 ( 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) (13 signalen, 5 interventies)
2.	Het niet naleven van diverse administratieverplichtingen door de zorgverzekeraar (16 signalen, 7 interventies).	Signalen over minder zorg dan waar de verzekerde recht op heeft (13 signalen, 4 interventies).	Signalen over onjuiste berekening van de eigen betalingen (4 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 minder zorg dan waar de verzekerde recht op heeft (2 signalen, 2 interventies)
3.b.	Signalen over mogelijk misleidende algemene informatieverstrekking door de zorgverzekeraar (15 signalen, 5 interventies).		Signalen over niet-transparante informatie van de zorgverzekeraar (2 signalen, 1 interventie)

Bron: Signaaldatabase NZa



Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.