

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2019

Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit in 2019?

De zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol in ons Nederlandse zorgstelsel. Verzekerden kiezen een polis omdat dat verplicht is, maar vooral ook om zorg te kunnen krijgen wanneer zij dat nodig hebben. Vanwege die maatschappelijke rol zijn er wettelijke plichten waaraan zorgverzekeraars zich moeten houden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt daar toezicht op door onderzoeken en gerichte acties uit te voeren. Daarbij stellen we prioriteiten. We richten ons op de belangrijkste risico's en problemen. In 2019 legden we de focus in ons toezicht op de zorginkoop van zorgverzekeraars, zorgplicht (toegankelijkheid/wachttijden) en vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie over zorg en zorgpolissen. Op basis van ons toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars in 2019 zijn we van oordeel dat al met al veel zaken goed gaan. Maar we zijn er nog niet. Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden, verwachten we meer regie van zorgverzekeraars.

In dit rapport staan onze bevindingen over het jaar 2019. Daar ligt de focus op. Op sommige punten in dit rapport blikken we ook vooruit naar de nabije toekomst. Daarvoor geldt dat de wereldwijde COVID-19-uitbraak ingrijpende gevolgen heeft. Sommige ambities zullen (tijdelijk) onhaalbaar blijken en er kunnen andere prioriteiten worden gesteld. Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol om de zorg voor nu en na de crisis te borgen. Zij hebben onder meer een continuïteitsbijdrage voor zorgaanbieders ingesteld. Hoe het concreet zal lopen, is bij het publiceren van dit rapport nog niet bekend.

Uitdagingen

Het knelt in de zorg. De toegankelijkheid van huisartsenzorg is in bepaalde regio's niet langer vanzelfsprekend. De wachttijden in de ggz blijven onverminderd hoog. Er zijn personeelstekorten en die lopen op. Het moet anders. Juiste zorg op de juiste plek: zorg moet waar mogelijk vervangen, verplaatst en voorkomen worden. Er moet meer samengewerkt en geïnoveerd worden – over de schotten heen. Alle partijen hebben hierin verantwoordelijkheid.

Zorgverzekeraars kopen de zorg in die op grond van de Zvw verzekerd is. Zij hebben zorgplicht en zijn daarmee mede verantwoordelijk voor het zorglandschap. Zij moeten de regie nemen, sturend optreden en gericht inkopen. Door samenwerking te zoeken met andere inkopers zoals gemeenten. Door samenwerking en coördinatie binnen de regio te stimuleren en faciliteren. En door zuinig te zijn in het belang van de premiebetaler, maar net zo belangrijk: investeren als de aanbieder zorg doelmatig kan leveren.

Vindbare, juiste en begrijpelijke keuzeinformatie

In ons zorgstelsel staan de behoeften van zorggebruikers en verzekerden centraal. De keuzes die zij kunnen maken voor zorgverzekering en zorgaanbod, stimuleren tot meer klantgericht en efficiënt werken in de zorg. Goede informatie is essentieel voor het maken van keuzes. We vinden het belangrijk dat de informatie die zorgverzekeraars aan consumenten geven, aansluit bij de behoefte van de consument en dat die informatie het keuzeproces ondersteunt. De inhoud is van belang, net als de manier waarop zorgverzekeraars informatie aanbieden. Zorgverzekeraars lieten in 2019 zien dat zij over het algemeen juiste en vindbare informatie over polissen geven. Daarnaast hechten we aan vergelijkbare en begrijpelijke informatie. Nu willen we graag dat zorgverzekeraars de volgende stap zetten door informatie op zo'n manier aan te bieden dat dit het keuzeproces van verzekerden ondersteunt. Wij zijn van plan om in de eerste helft van 2020 een paper uit te brengen waarin wij aangeven wat we zelf doen en wat we verwachten van zorgverzekeraars (en zorgaanbieders). We zullen hierbij ruimte geven voor een eigen invulling als we zien dat zorgverzekeraars zelf in staat zijn om informatie van voldoende kwaliteit te verstrekken. Als dat niet het geval is, kunnen we bijvoorbeeld minimum eisen stellen aan de informatie die wij als absolute basisinformatie beschouwen. We zullen de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten heroverwegen en waar nodig herzien.

Voor het keuzeproces van de consument helpt het niet dat zorgverzekeringsconcerns (bijna) identieke polissen aanbieden voor uiteenlopende premies. Daardoor wordt de markt alleen maar minder transparant. Een aantal zorgverzekeraars heeft, onder andere na ons aandringen, hun polisaanbod van veel op elkaar lijkende polissen verminderd. Daarnaast zien we dat sommige zorgverzekeraars hun premie na 12

november 2019 bekend hebben gemaakt. In het geval van nieuwe polissen is dat niet tegen de regels, maar we vinden het wel onwenselijk. Verzekerden moeten tijdig over alle benodigde informatie kunnen beslissen om een weloverwogen keuze te kunnen maken.

Controletaken/risicoverevening

Zorgverzekeraars hebben hun interne processen over het algemeen op orde als het gaat om het controleren van zorgdeclaraties en om hun eigen verantwoording. De financiële verantwoordingen van alle zorgverzekeraars zijn al jaren van goede kwaliteit. De fouten en onzekerheden blijven binnen de toegestane marges. We zien een ontwikkeling bij zorgverzekeraars van achteraf controleren en corrigeren, naar vooraf sturen op correcte declaraties van aanbieders. Deze ontwikkeling zien we vooral bij horizontaal toezicht van zorgverzekeraars en grotere instellingen in de msz en ggz en ook – in mindere mate – bij de materiële controles van zorgverzekeraars bij zorgaanbieders in het algemeen. De NZa vindt dit een positieve beweging die verder doorgezet moet worden.

Zorgplicht en zorginkoop

We staan voor grote uitdagingen in een veranderend zorglandschap. We verwachten meer inzet van zorgverzekeraars om de noodzakelijke veranderingen in de zorg op gang te brengen en te houden. Het is belangrijk om daarbij de zorgvraag van de patiënt meer centraal te stellen. Door tijdig zicht te hebben op continuïteitsrisico's van zorg ('early warning system') zodat patiënten niet worden overvallen door bijvoorbeeld een faillissement van een zorgaanbieder en waar nodig via zorgbemiddeling naar alternatieve zorgaanbieders worden geleid. Door goede afspraken te maken met zorgaanbieders. Niet alleen over tarieven, maar echte kwaliteitsafspraken over de zorg in de regio. Door te differentiëren, goede zorg te belonen en meerjarenafspraken te maken. Door afspraken te maken over taakherschikking en substitutie. Contracten zijn een belangrijk sturingsinstrument binnen de zorg en we zien dat hierin verbeteringen nodig en mogelijk zijn. De NZa zal de komende tijd de zorginkoop dan ook meer gaan volgen. Ook bij de aanpak van wachttijden in de ggz, msz en wijkverpleging zijn de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een blijvend aandachtspunt. Om aan de zorgplicht te voldoen en toegankelijke, tijdige zorg te borgen. We zien dat zorgverzekeraars in de aanpak van wachttijden over de hele linie meer inzet laten zien, maar dit is nog niet voldoende. De NZa volgt deze aanpak en gaat in specifieke regio's in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders gericht op de onderlinge samenwerking om de wachttijden terug te brengen.

1 Inleiding

Iedereen in Nederland moet erop kunnen vertrouwen dat er op tijd goede en betaalbare zorg beschikbaar is. Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Bij de uitvoering van hun taken moeten zij zich houden aan de Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving in het voorafgaande kalenderjaar hebben uitgevoerd.

De zorgverzekeraar heeft voor alle zorg uit het basispakket een zorgplicht voor zijn verzekerden. Zorgverzekeraars kopen zorg in en maken daarover afspraken met zorgaanbieders, bijvoorbeeld over prijs, volume en kwaliteit. Er is niet voorgeschreven welke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken: dat is aan hen. In het najaar kan iedereen kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars duidelijke informatie geven. Zorgverzekeraars moeten iedereen voor de basisverzekering accepteren, ongeacht leeftijd, leefstijl, inkomen of ziektehistorie. Ook mogen ze voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren. Nadat zorg is verleend, ontvangt de verzekerde of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Zorgverzekeraars controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die de Zvw stelt. Dat is in een notendop wat zorgverzekeraars (moeten) doen.

Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zvw, voeren wij gerichte onderzoeken en acties uit. We bepalen door analyses welke problemen in de zorg het belangrijkste zijn, in welke sectoren die zich (kunnen) voordoen en aangepakt moeten worden. Daarnaast reageren we op actualiteiten en op meldingen die we krijgen. We richten ons toezicht vooral op de gebieden waar zich (mogelijke) problemen voor burgers voordoen. In ons toezicht richten we ons niet alleen op het signaleren en corrigeren van tekortkomingen in de naleving van de bepalingen uit de Zvw, maar ook op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor burgers. In 2019 legden we de focus in ons

toezicht op de zorginkoop van zorgverzekeraars, zorgplicht (toegankelijkheid/wachttijden) en vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie.

2 Zorgplicht

Op grond van de Zvw moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat een verzekerde de zorg (natura), of vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling (restitutie), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Dit is de zorgplicht van de zorgverzekeraar, een belangrijke waarborg voor de toegankelijkheid van zorg in ons zorgstelsel.

De NZa ziet verschillende risico's voor de toegankelijkheid van zorg. Bijvoorbeeld te lange wachttijden voor zorg, dreigende discontinuïteit van zorg (bijvoorbeeld doordat een zorgaanbieder failliet gaat), langzaam op gang komende nieuwe zorgvormen en patiëntenstops als gevolg van bereikte omzetplafonds.

2.1 Aanpak wachttijden

Bij bepaalde aandoeningen in enkele sectoren staat de toegankelijkheid van zorg al langere tijd onder druk door wachtlijsten. Mensen moeten dan te lang wachten op de zorg die zij nodig hebben. Dat kan schadelijke gevolgen hebben voor hun gezondheid. Het is belangrijk dat de Treeknormen (en andere geldende tijdigheidsnormen) niet overschreden worden.

De oorzaken van de te lange wachttijden zijn divers, evenals de partijen die hier iets aan kunnen en moeten doen. Wij verwachten van zorgverzekeraars een actieve houding om samen met andere partijen de wachttijden terug te dringen.

We vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars inzicht hebben in de wachttijden bij aanbieders en dit actief monitoren. Ook is het belangrijk dat zorgverzekeraars verzekerden die daarom vragen, bemiddelen naar alternatieven. Zorgverzekeraars moeten concrete afspraken maken met zorgaanbieders over de aanpak van wachttijden. Voor de interne organisatie bij zorgverzekeraars is het belangrijk dat afdelingen inkoop en bemiddeling contact hebben met elkaar. Ook moeten zij sturen op resultaten en problemen die de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar te boven gaan, agenderen bij organisaties die dit wél kunnen oppakken.

Wij doen al langere tijd onderzoek naar de inspanningen van zorgverzekeraars op het gebied van wachttijden. In maart 2019 [publiceerden](#) we het rapport met de bevindingen van onze controles in 2018. Bij deze controles lag de focus op de wachttijden in de sectoren medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging (casemanagement dementie). Daarbij constateerden we dat niet alle zorgverzekeraars zich voldoende inspanden om tijdige zorg te leveren. Het inzicht in de wachttijden verschilde tussen zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars had geen structureel inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van de wachttijden. We zagen ook dat er zorgverzekeraars waren die specifieke afspraken maakten met zorgaanbieders om knelpunten op te lossen. Maar we zagen ook zorgverzekeraars die dit nog niet deden. Ook werd nog niet altijd gemonitord of de afspraken met zorgaanbieders inderdaad leidden tot kortere wachttijden. Verder controleerde bijna geen enkele zorgverzekeraar na zorgbemiddeling de verzekerde op tijd de zorg kreeg of er zelf voor koos om langer te wachten bij een specifieke zorgaanbieder.

In mei en juni 2019 hebben we de zorgverzekeraars opnieuw bezocht om de voortgang te beoordelen in dezelfde sectoren. In december 2019 [publiceerden](#) we de resultaten van die controles. In het rapport van december 2019 zien we dat alle verzekeraars aan de slag zijn gegaan met de geconstateerde verbeterpunten. Zij hebben zich hierin allemaal verbeterd. Zorgverzekeraars hebben beter inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden gekregen. Ook maken zorgverzekeraars meer afspraken met aanbieders (bijvoorbeeld in de contracten voor 2020) om te zorgen dat verzekerden binnen de Treeknorm de zorg krijgen die ze nodig hebben. Wel stellen we opnieuw vast dat een aantal zorgverzekeraars de effectiviteit van wachtlijstbemiddeling en de gemaakte afspraken met zorgaanbieders nog onvoldoende evalueert. Dat blijven aandachtspunten. Wij verwachten dat verzekeraars hier actief mee aan de slag gaan. Wij blijven in nauw contact met zorgverzekeraars over de voortgang. Op basis van de terugkoppeling van de stand van zaken door zorgverzekeraars bepalen we onze vervolgstapen van 2020.

De komende tijd richten we ons specifiek op de regionale aanpak van wachttijden door zorgverzekeraars. Op basis van de regionale wachttijdgegevens hebben we zicht op de regionale verschillen en knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg, medisch specialistische zorg en wijkverpleging (casemanagement dementie). We richten onze inspanningen op de grootste probleemgebieden. Bijvoorbeeld door met zorgverzekeraars en

zorgaanbieders te kijken wat zij meer kunnen doen om de wachttijden te verkorten. Voor de geestelijke gezondheidszorg kijken we samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de manier waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars samenwerken om de wachttijden terug te brengen en naar de verbeteringen die hierin mogelijk zijn. We verkennen de mogelijkheden om met IGJ ook voor de medisch specialistische zorg en voor casemanagement dementie een passende gezamenlijke regionale aanpak uit te rollen.

2.2 Toegankelijkheid acute zorg

Al enkele jaren zien we dat de drukte in de acute zorg toeneemt. We zien onder andere dat spoedeisende hulpposten (seh's) steeds vaker tijdelijke stops inlassen om piekdrukke te beheersen en dat ambulances niet altijd binnen de normtijd van 15 minuten (bij spoedritten) de patiënt kunnen bereiken.

Op basis van de bestaande normen en onze huidige bevindingen [constateren](#) we dat de acute zorg voldoende toegankelijk is: de seh's waarover wij data hebben, zijn gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar en de responstijd van ambulances is vergelijkbaar met vorig jaar. Daarnaast spannen zorgverzekeraars zich aantoonbaar in om samen met zorgaanbieders de responstijden van ambulances te verbeteren.

De druk in de acute zorg blijft de komende jaren naar verwachting echter toenemen. Hoewel de oplossing hiervoor niet uitsluitend binnen de zorgplicht van zorgverzekeraars ligt, vinden wij dat zorgverzekeraars samen met andere partijen hun verantwoordelijkheid moeten (blijven) nemen. Daarom zullen we de ontwikkelingen nauwgezet blijven volgen.

2.3 Continuïteit van zorg

Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk en aanspreekbaar voor het organiseren van continuïteit van zorg voor patiënten. Voor patiënten is het belangrijk dat ze kunnen blijven rekenen op de noodzakelijke zorg. Als er, bijvoorbeeld door financiële en organisatorische kwetsbaarheid bij een zorgaanbieder, een risico is voor de continuïteit van zorg, moet dit door de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar worden gesignaleerd en vervolgens worden opgepakt. Hiervoor hebben zorgverzekeraars allemaal een systeem van vroegsignalering ingericht. Daarmee analyseren zij harde en zachte signalen die relevant zijn voor de inschatting van continuïteitsrisico's en voor het vervolgens handelen richting zorgaanbieder en verzekerde.

In 2019 hebben de NZa en de zorgverzekeraars [afspraken](#) gemaakt over hoe zij elkaar over continuïteitsrisico's informeren. In 2020 evalueren we deze. Ook hebben de NZa en IGJ afspraken gemaakt over hoe zij elkaar informeren en ook over het moment waarop het ministerie van VWS op de hoogte wordt gebracht. Deze afspraken dragen eraan bij dat iedere partij zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Zo wordt gezamenlijk de continuïteit van zorg zo goed mogelijk geborgd en (maatschappelijke) onrust zoveel mogelijk voorkomen.

3 Proces zorginkoop

Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars in het huidige zorgstelsel de mogelijkheid om te sturen op prijs, volume, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Er geldt een contracteervrijheid van partijen. Zorgverzekeraars kunnen zich ten opzichte van elkaar onderscheiden met de aanbieders die ze contracteren en de afspraken die ze daarbij maken.

Een goede contractering is op te delen in drie belangrijke pijlers:

1. [Het contracteerproces](#)

De omgangsvormen en informatievoorziening tussen zorgverzekeraars en aanbieders zijn randvoorwaarden om goede contracten te kunnen sluiten.

2. [Inhoud van de contracten](#)

De afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken, moeten verder gaan dan prijs en volume. Concrete afspraken om zorg op de juiste plek en waardegedreven in te richten horen ook in contracten thuis.

3. [De contracteergraad](#)

Het aandeel gecontracteerde zorgaanbieders moet zodanig zijn dat voldoende zorg kan worden geleverd aan de eigen verzekerden.

3.1 Het contracteerproces

In 2019 speelden knelpunten in contractering in verschillende sectoren een rol. Zo voelden zorgaanbieders in enkele eerstelijnssectoren zich niet gehoord door zorgverzekeraars tijdens de contracteerperiode. Vooral in de [paramedische zorg](#) was er veel onvrede.

In 2019 gaven we vier verschillende [zorgverzekeraars](#) een formele [waarschuwing](#), omdat zij tijdens het zorginkoopproces onvoldoende transparant waren naar zorgaanbieders.

3.2 Inhoud van contracten

Zorgaanbieders in de [paramedische zorg](#) zouden meer inzicht moeten geven in kwaliteit en de uitkomsten van hun behandelingen voor de patiënt. Zorgverzekeraars kunnen dan meer gaan inkopen op kwaliteit en moeten meer inzicht geven in de opbouw van tarieven en wanneer je daar als zorgaanbieder voor in aanmerking komt.

Dat de inkoop op kwaliteit sterker zou moeten worden vormgegeven, zagen we ook in de [hulpmiddelenzorg](#) waar zorgverzekeraars vooral scherp inkopen op de prijs.

Als het gaat om het veranderende zorglandschap waarbij regionale samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines centraal staat, dan zien we in de [huisartsenzorg](#) dat de contractafspraken over samenwerking in de regio grote verschillen laten zien. In diverse regio's komen deze brede afspraken niet tot stand. Ook in de inkoopcontracten in de [medisch specialistische zorg](#) zagen we weinig stimulering van preventie, innovatie of substitutie terug om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. In de [monitor transformatiegelden](#) constateerden we dat de afspraken nog beperkt van de grond komen. Ook constateerden we in onze [monitor taakherschikking](#) dat het overnemen van medische handelingen van de medisch specialist door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of een physician assistant te weinig aan bod komt. Meer aandacht voor substitutie, taakherschikking, innovatie en preventie in de contractering is een noodzaak om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Nu en in de toekomst. We zullen de afspraken hierover dan ook gaan monitoren.

3.3 De contracteergraad

In de wijkverpleging zien we dat steeds meer zorgaanbieders geen contract hebben. Zorgverzekeraars [ontmoedigen](#) het niet-gecontracteerd zijn door aanvullende eisen te stellen aan vergoeding van zorg door zorgaanbieders zonder contract. Ook kunnen die zorgaanbieders de zorg niet rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar, maar moet de cliënt de rekening zelf voorschieten. Desondanks gaan veel zorgverleners in vrije vestiging en/of zien af van een contract, omdat zij zich door doelmatigheidseisen en tarieven van zorgverzekeraars beperkt voelen. Uit [onderzoek](#) van de NZa naar de redenen waarom zorgverzekeraars en aanbieders geen contract sluiten, blijkt dat aanbieders de eisen die zijn opgenomen in de contracten soms onterecht toeschrijven aan de zorgverzekeraars, terwijl deze voortvloeien uit wet- en regelgeving. Ook zijn zij niet altijd op de hoogte van actuele ontwikkelingen in de sector. Daar kunnen de aanbieders zelf, maar ook zorgverzekeraars zich voor inzetten.

Ook in de ggz is het aandeel ongecontracteerde zorg hoog. [Redenen](#) daarvoor zijn, net als in de wijkverpleging, onvrede bij zorgaanbieders over de inhoud van de contracten, het contracteerproces, de communicatie met zorgverzekeraars en het gebrek aan ruimte voor groei. Tegelijkertijd zagen we in de ggz dat er voor zorgverzekeraars nog altijd ruimte is voor verbetering in de [zorginkoop](#) om wachttijden terug te dringen. Net als in de wijkverpleging zien we in de ggz een toenemende tendens van zorgverleners om in vrije vestiging te gaan en is de schaarste aan gekwalificeerd personeel en de toenemende zorgvraag hier debet aan.

3.4 Toezicht op contractering

Om goede omgangsvormen en transparante informatievoorziening tussen zorgverzekeraars en aanbieders te waarborgen tijdens het contracteerproces, publiceerden we de [Nadere Regel Transparantie zorginkoopproces Zvw](#).

Gezien de roering over contractering in de zorg, zal de NZa nog sterker inzetten op het toezicht hierop en ook een meer faciliterende rol vervullen bij problemen die zich richten op de inhoud van contracten. De NZa heeft daarbij de uitdrukkelijke ambitie om het veranderende zorglandschap –waarbij de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd – te stimuleren. Dit moet naar onze mening grotendeels worden vastgelegd en aangestuurd vanuit contractafspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de zorgverlening die aan deze ambitie tegemoet komt, moet worden beloond.

We zullen niet voorschrijven welke concrete inhoudelijke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken in contracten, maar we zullen meer op randvoorwaarden gaan sturen zoals op afspraken:

- over de uitkomsten van zorg waarbij de burger/cliënt centraal staat;
- over het gebruik van meetinstrumenten om de gewenste uitkomsten en ontwikkelingen inzichtelijk te maken;
- over meerjarenafspraken die gewenste uitkomsten en ontwikkelingen stimuleren;
- over de transparantie van het bijcontracteringsproces, zoals de termijnen en de voorwaarden.

In 2019 hebben we in de [paramedische zorg](#) en in de [wijkverpleging](#) een eerste stap gezet en aanbevelingen aan zorgverzekeraars voor de zorginkoop 2020 geformuleerd die ingaan op bovenstaande randvoorwaarden.

Daarnaast is voor vijf sectoren de contractering 2020 gemonitord die grotendeels in 2019 plaatsvond, waarbij enerzijds de hoofdlijnakkorden en anderzijds 'de juiste zorg op de juiste plek' de belangrijkste kern vormden: [paramedische zorg](#), [wijkverpleging](#), [huisartsenzorg](#), [ggz](#) en msz. Vier monitors hebben we in het voorjaar van 2020 [gepubliceerd](#). De monitor msz volgt later dit jaar.

3.5 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Mensen die gezondheidsrisico's lopen door overgewicht krijgen vanaf 2019 hulp bij afvallen en gedragsverandering vergoed vanuit de basisverzekering. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een nieuwe zorgvorm gericht op preventie via een gezonde leefstijl.

Om de zorg betaalbaar, toegankelijk en goed te houden, is het belangrijk om met preventie te investeren in kwaliteit van leven. Bovendien kan daardoor de vraag naar zorg later in het leven verminderen. Vanuit onze rol als marktmeester houden we daarom een vinger aan de pols bij de implementatie van GLI in het basispakket.

We vroegen in 2019 in verschillende rondes aan de zorgverzekeraars op welke manier zij via de zorginkoop voldoende aanbod voor hun verzekerden garanderen en hoe ze informatie geven aan hun verzekerden over GLI. In het voorjaar 2019 zagen we dat zorgverzekeraars er meer werk van konden en moesten maken om voldoende contracten voor deze zorg af te sluiten. Ook was de informatievoorziening aan verzekerden nog niet optimaal. We deden hiervoor een aantal aanbevelingen en bespraken dit met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn hiermee aan de slag gegaan.

In het [najaar](#) van 2019 zagen we dat de inkoop van GLI langzaam op gang begon te komen en dat de informatie van zorgverzekeraars over dit relatief nieuwe zorgaanbod voldoende is, maar nog beter kan. Zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als verwijzers hebben een taak om goed te informeren over GLI. Begin 2020 checken we opnieuw of de informatie over GLI op de websites van zorgverzekeraars verbeterd is en of zorgverzekeraars zorgen voor voldoende aanbod in de regio. We hebben de zorgverzekeraars daarvoor om een plan van aanpak gevraagd. Afhankelijk hiervan bepalen we mogelijke vervolgstapen.

4 Polisaanbod

De NZa brengt jaarlijks een [monitor zorgverzekeringen](#) uit. In deze monitor volgt de NZa aan de hand van een vaste set basisindicatoren de belangrijkste ontwikkelingen op deze markt. Daarnaast wordt, indien wenselijk, ingegaan op een aantal specifieke thema's. De NZa gebruikt de informatie uit de monitor als input voor haar toezichtbeleid. Hieronder wordt ingegaan op enkele van de belangrijkste ontwikkelingen die de NZa in 2019 op de zorgverzekeringsmarkt heeft waargenomen.

4.1 Verzekeren vrijwillig eigen risico

Verzekerden kunnen naast het verplicht eigen risico ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In het verleden kwam het voor dat zorgverzekeraars sommige verzekerden de mogelijkheid boden om het maximaal vrijwillig eigen risico alsnog (aanvullend) te verzekeren. Op die manier resteert per saldo een lagere premie voor verzekerden. Dit werd voorheen vooral aangeboden aan studenten en seizoensarbeiders.

De NZa vindt het alsnog verzekeren van het eigen risico via de aanvullende verzekering onwenselijk. Op deze manier wordt de aanvullende verzekering gebruikt om verplichtingen uit de Zvw te omzeilen. Concreet kan zo het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild. Het alsnog verzekeren van het eigen risico neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist een doel is van het eigen risico.

Twee zorgverzekeraars hebben aangegeven vanaf 2020 het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering te verzekeren. Daarnaast is er een zorgverzekeraar die hiervoor gebruik maakt van een derde verzekeraar om deze service aan te bieden. Omdat de NZa dit zeer ongewenst vindt heeft zij samen met De Nederlandsche Bank (DNB) en het ministerie van VWS de betrokken zorgverzekeraars hierop aangesproken. De

verzekeraars hebben hierop toegezegd met ingang van 2021 te stoppen met het herverzekeren van het vrijwillig eigen risico. Het lukt vanwege contractafspraken met collectiviteiten niet om hier met ingang van 2020 al mee te stoppen.

4.2 Ontwikkelingen polismarkt

In 2019 zijn er 24 zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars vallen onder 11 verzekeringsconcerns. Zorgverzekeraars stellen voor iedere variant van een zorgverzekering een modelovereenkomst vast en overleggen die aan de NZa. Het aantal modelovereenkomsten is in 2019 ten opzichte van 2018 [gestegen](#) van 55 in 2018 naar 59.

De NZa is voorstander van een overzichtelijk polisaanbod. Een toename van het aantal polissen draagt daar niet aan bij. De NZa streeft daarom naar een vermindering van het polisaanbod. De oplossing ligt wat ons betreft in het beperken van het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten op concernniveau. Enkele grotere concerns bieden in 2019 vier tot wel zes polissen aan die nagenoeg niet van elkaar verschillen, behalve de prijs.

In 2020 zijn er zes nieuwe overeenkomsten bijgekomen en er zijn er tien vervallen. EUcare en iptiQ hebben hun aanbod gezamenlijk met drie polissen uitgebreid. Daarnaast biedt a.s.r. twee nieuwe modelovereenkomsten aan en CZ één nieuwe. VGZ heeft drie modelovereenkomsten geschrapt, Zilveren Kruis zes en CZ heeft één modelovereenkomst geschrapt.

Tabel polisaanbod:

Soort modelovereenkomst	2018	2019	2020
Natura	31	34	34
Restitutie	20	21	17
combinatie	4	4	4
Totaal	55	59	55
Aantal zorgverzekeraars	23	24	21

4.3 Te laat bekend maken premiewijzigingen

De zorgverzekeringsmarkt is voor consumenten zeer complex en moeilijk te doorgronden. Daarom hebben we regels over het tijdig bekendmaken van de premie en polisvoorwaarden in de overstapperiode. De NZa vindt het voor verzekerden van groot belang dat zij voor het nieuwe zorgverzekeringsjaar een geïnformeerde keuze kunnen maken. De NZa ziet hier in de overstapperiode op toe.

Bekendmaking premiewijzigingen voor 2020

Zorgverzekeraars maken jaarlijks uiterlijk zeven weken voor 1 januari hun gewijzigde premies voor het nieuwe jaar bekend. Dit is verplicht op grond van artikel 17 van de Zvw.

De NZa vindt het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat premies tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Zo zullen zij er bijvoorbeeld voor moeten zorgen dat alle mailadressen aanwezig zijn en kloppen en dat wijzigingen tijdig worden verzonden.

Desondanks waren enkele zorgverzekeraars voor het polisjaar 2019 voor een aantal verzekerden te laat met de bekendmaking van de premies. Ook voor 2020 gaf een zorgverzekeraar aan dat voor een beperkte groep verzekerden de premie later bekend is gemaakt dan de bedoeling was. De NZa heeft de betrokken verzekeraar hier op aangesproken.

Voor het polisjaar 2019 bleek dat het voor verzekeraars niet goed mogelijk is om, bij digitale polissen, verzekerden die geen toestemming hebben gegeven voor digitale toezending, de premiewijziging op tijd toe te zenden. Dit komt doordat verzekeraars onderling sterk concurreren op de premie. Daarom wachten zij tot het laatste moment met hun premiebekendmaking. Dit botst echter met het tijdig per brief informeren van verzekerden over hun premiewijziging. De NZa heeft haar beleid voor digitaal aangeboden zorgverzekeringen daarom met ingang van polisjaar 2020 aangepast. De brief met het premieaanbod voor de verzekerden die geen toestemming hebben gegeven voor digitale toezending, mag binnen een dag na het verlopen van de zeven wekentermijn worden verzonden.

Bekendmaking premie nieuwe zorgverzekeringen

Voor het polisjaar 2020 constateerde de NZa dat twee zorgverzekeraars voor in totaal drie nieuwe modelovereenkomsten hun premie na 12 november 2019 bekend hebben gemaakt. Omdat het hier om nieuwe zorgpolissen gaat, zijn de betreffende zorgverzekeraars niet wettelijk verplicht om de premie uiterlijk op 12 november bekend te maken. Toch vinden wij dit zeer onwenselijk. Verzekerden moeten tijdig over alle benodigde informatie beschikken om een weloverwogen keuze te kunnen maken. We hebben de bestuurders van de betrokken zorgverzekeraars hierop aangesproken.

5 Transparante informatieverstrekking

De NZa vindt het belangrijk dat verzekerden kunnen vertrouwen op de beschikbare informatie over verschillende polissen. Ook vindt de NZa het belangrijk dat mensen goed bij deze benodigde (keuze-) informatie kunnen komen. Informatie moet niet alleen correct zijn, maar ook helder, vindbaar, vergelijkbaar en op het juiste moment worden aangeboden. Dit is voor de NZa een belangrijke randvoorwaarde om verzekerden te ondersteunen in hun keuze voor een passende zorgverzekering. In het overstapeseizoen 2019-2020 hebben we [aandacht](#) besteed aan verschillende thema's op het gebied van transparante informatieverstrekking.

De informatie die zorgverzekeraars over polissen geven, is in de regel juist en volledig. De vindbaarheid van informatie is in 2019 ten opzichte van 2018 verbeterd. Wel hebben we in 2019 gezien dat de informatieverstrekking over specifieke thema's, zoals over omzetplafonds, beter kan. Ook kunnen zorgverzekeraars op het gebied van vergelijkbaarheid van informatie nog wel een verbetering maken. De informatiebehoefte van de verzekerde en de ondersteuning van het keuzeproses zijn ook thema's die in onze eigen regelgeving en het toezicht op transparante informatieverstrekking meer centraal zullen komen te staan. Wij zijn van plan om in de eerste helft van 2020 een paper uit te brengen waarin wij toelichten waar wij heen willen met ons toezicht op transparante informatieverstrekking door zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) en wat daarbij onze belangrijkste uitgangspunten zijn. In de paper geven wij specifiek aan wat we zelf gaan doen en wat we verwachten van zorgverzekeraars (en zorgaanbieders). We zullen hierbij ruimte geven voor een eigen invulling als we zien dat zorgverzekeraars zelf in staat zijn om informatie van voldoende kwaliteit te verstrekken. Als dat niet het geval is, kunnen we bijvoorbeeld minimum eisen stellen aan de informatie die wij als absolute basisinformatie beschouwen. Zelf zullen we onder andere onze [transparantieregeling](#) grondig gaan heroverwegen en op basis daarvan waar nodig herzien.

Het belang van goede informatievoorziening vanuit het perspectief van de verzekerden zal in 2020 en daarna onverminderd hoog op onze agenda staan. We zullen hierover de dialoog met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumentenorganisaties blijven opzoeken.

5.1 Informatie over omzetplafonds

Uit monitors en signalen bleek dat het voor verzekerden niet altijd duidelijk is wat de mogelijke consequenties zijn als een zorgverzekeraar omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders. Ook is in de media regelmatig aandacht voor dit onderwerp geweest.

Bij het bereiken van het omzetplafond dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben afgesproken, kan de zorgaanbieder een patiëntenstop of een langere wachttijd voor de verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar invoeren. We vinden het belangrijk dat mensen weten bij welke zorgaanbieder zij met hun zorgvraag terecht kunnen en niet onverwachts geconfronteerd worden met het bereiken van een omzetplafond en de gevolgen daarvan. Daarom verwachten wij dat zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) hun verzekerden en patiënten goed informeren over omzetplafonds. Dit is ook [een van de redenen](#) waarom we de transparantieplichting omtrent dit onderwerp per 1 november 2019 in de Regeling hebben aangescherpt.

Zo staat nu in onze Regeling dat zorgverzekeraars moeten aangeven met welke zorgaanbieders zij een contract hebben afgesloten, maar ook of er sprake is van een omzetplafond bij de betreffende zorgaanbieder. Daarbij moeten zorgverzekeraars helder uitleggen wat de gevolgen van die afspraken voor verzekerden kunnen zijn.

In februari 2020 controleerden wij of de informatie in de polisvoorwaarden en op de websites van alle zorgverzekeraars voldoet aan de gestelde eisen. De algemene informatie over omzetplafonds in de polisvoorwaarden zijn bij alle zorgverzekeraars volledig conform de Regeling. De algemene informatie op de websites van een aantal zorgverzekeraars voldeed in eerste instantie echter niet aan de transparantieplichting. Ook konden we bij het zoeken naar individuele zorgaanbieders in de zoekers van zorgverzekeraars vaak geen informatie vinden of er met die specifieke zorgaanbieder een omzetplafond is afgesproken.

Naar aanleiding van onze constatering hebben de betreffende zorgverzekeraars de algemene informatie over omzetplafonds op de websites aangepast, zodat deze nu voldoen aan de transparantieplichting. Met betrekking tot de vaak ontbrekende informatie op de zorgzoekers, reageerden zorgverzekeraars als volgt. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat verzekerden geen consequenties ondervinden van de afgesproken omzetplafonds, omdat er sprake is van een doorleverplicht. Voor deze zorgverzekeraars is artikel 15 lid 2 van de Regeling daarom niet van toepassing. Andere zorgverzekeraars hebben bewijzen overlegd waaruit blijkt dat de zorgzoekers conform de transparantieregeling zijn ingericht en de pagina's (continu) worden geactualiseerd met bijvoorbeeld de laatste status van de zorgcontractering.

Na een tweede controleronde concluderen we dat de zorgverzekeraars op dit moment voldoen aan artikel 15 van de Regeling. Uiteraard zullen wij onze toezichtsactiviteiten op dit vlak intensiveren als signalen daartoe aanleiding geven.

5.2 Onderzoek websites zorgverzekeraars

In 2019 hebben we opnieuw een [onderzoek](#) gedaan naar de vindbaarheid van informatie op websites van zorgverzekeraars. We vroegen een onderzoeksbureau om een vijftal vragen voor te leggen aan verzekerden en de benodigde informatie op websites van zorgverzekeraars te laten opzoeken. Onze belangrijkste conclusie is dat mensen steeds beter informatie kunnen vinden op de website van een zorgverzekeraar. We zien dat de vindbaarheid van informatie is verbeterd ten opzichte van 2018. De NZa vindt dit een zeer positieve ontwikkeling. Wel zien we verschillen in de websites, zowel tussen de concerns als binnen één concern. Dat betekent dat ook binnen een concern er verbeteringen mogelijk zijn door te leren van een website die beter scoort.

Onze onderzoeksbevindingen bieden voor zorgverzekeraars concrete handvatten om hun informatieverstrekking verder te optimaliseren. We roepen zorgverzekeraars dan ook op om hier gebruik van te maken en te leren van elkaars websites. In onze [brief](#) aan de minister van VWS d.d. 8 november 2019 en het onderzoeksrapport zelf (bijlage bij de brief) staan alle details hierover.

5.3 Nagenoeg gelijke polissen

Het kan voor mensen moeilijk zijn om zich te oriënteren op de polismarkt. Het aanbod is groot en polissen kunnen op meerdere onderdelen van elkaar verschillen. Het feit dat zorgverzekeringsconcerns (bijna) identieke polissen aanbieden voor uiteenlopende premies maakt deze keuze alleen maar moeilijker. Het is aannemelijk dat in de praktijk veel polissen worden afgesloten waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat. Dat is toegestaan, als verzekerden maar wel een weloverwogen keuze kunnen maken en op de hoogte zijn van de andere, bijna gelijke, en goedkopere polissen. Daarom verplichten wij zorgverzekeraars die - al dan niet in concernverband - gelijke of nagenoeg gelijke polissen aanbieden, om een overzicht van deze polissen op hun website te zetten.

Per 1 november 2019 hebben we in onze [Regeling](#) voorgeschreven op welke plek zorgverzekeraars het overzicht op de website moeten plaatsen. Namelijk op een direct zichtbare plek waar ook het aanbod van premies en polissen staat. Dit schrijven we voor omdat wij het belangrijk vinden dat de overzichten in ieder geval tijdens het oriëntatieproces naar een passende polis direct zichtbaar zijn. Het is aannemelijk dat mensen stoppen met het zoeken en lezen als zij de informatie pas na meerdere 'klikken' kunnen tegenkomen in het zoekproces. Dit brengt met zich mee dat het overzicht zowel bij het algemene aanbod als bij de berekening van de premies bij het individuele aanbod moet worden getoond.

Tijdens onze controles in de [overstapperperiode 2019-2020](#) constateerden we helaas dat niet alle zorgverzekeraars (volledig) aan de nieuwe verplichting voldeden. Zo stonden de overzichten nog niet altijd direct bij het aanbod van premies en polissen en waren deze soms alleen na meerdere 'klikken' te vinden. Ook zagen we dat er 'oude' overzichten (over eerdere jaren) op de website stonden. Dit is niet conform (de bedoeling van de) regelgeving. We hebben de betreffende zorgverzekeraars hierin de overstapperperiode op aangesproken. Uiteindelijk hebben alle zorgverzekeraars hun websites aangepast. We hebben vastgesteld dat de voorschriften vanaf dat moment, zoals de verplichting voorschrijft, direct zichtbaar waren voor mensen die zich nog oriënteerden op een voor hun passende zorgverzekering.

5.4 Vergelijkingsites

Vergelijkingsites spelen een belangrijke rol in het keuzeprocess van een verzekerde die een zorgverzekering wil kiezen. Dit is de reden waarom de Nza, net als vorig jaar, een controle heeft uitgevoerd naar de informatieverstrekking door vergelijkingsites. We controleerden op juistheid van informatie en op het risico dat

de verzekerde naar een niet-passende verzekering wordt geleid (mismatch tussen de behoeften van de verzekerde en de voorgestelde verzekering). We hebben 10 vergelijkingsites bekeken voor twee verschillende fictieve personen. Uit ons onderzoek volgt dat de informatie op de vergelijkingsites die we hebben onderzocht over het algemeen juist en duidelijk is. Wel zagen wij dat enkele vergelijkingsites in de standaardvergelijking alleen de verzekeringen tonen die direct via die sites af te sluiten zijn. Dat laatste wordt er dan niet duidelijk bij vermeld. Hierdoor bestaat het risico dat een verzekerde denkt de vergelijking objectief en volledig is, terwijl de best passende polis mogelijk niet wordt getoond. Alle aangesproken vergelijkingsites pasten de informatieverstrekking op dit punt aan.

6 Declaraties en financiële verantwoording

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

6.1 Onderzoek juistheid verantwoordingen risicoverevening

De zorgconsumptie verschilt per verzekerde. Zo maakt een man van 85 jaar die diabetes heeft gemiddeld meer kosten dan een gezonde vrouw van 20 jaar. Sommige zorgverzekeraars hebben naar verhouding meer verzekerden met een hoog risico op zorgkosten en andere zorgverzekeraars hebben weer meer verzekerden met een laag risico op zorgkosten. Bedrijfseconomisch gezien is het logisch om aan verzekerden met een hoog risico op zorgkosten een hogere premie te vragen of deze zelfs een verzekering te weigeren.

Zorgverzekeraars zijn echter wettelijk verplicht iedereen te accepteren. Ook zijn zij wettelijk verplicht aan elke verzekerde een basisverzekering aan te bieden voor dezelfde premie, ongeacht het risico op zorgkosten. Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar (on)gunstig risicoprofiel. Zorgverzekeraars ontvangen hiervoor een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (in 2018: 24,6 miljard en in 2019: 25,4 miljard). Door de risicoverevening wordt de toegankelijkheid tot de zorgverzekering, en zo tot zorg, gewaarborgd.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2019 aangeleverde informatie voor de risicoverevening. Het gaat hier vooral om informatie over de uitbetaalde kosten van prestaties (declaraties) en informatie over verzekerdenaantallen en -kenmerken. Zorginstituut Nederland stelt onder meer op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen vast die de zorgverzekeraars ontvangen. De NZa heeft onderzoek gedaan, omdat onjuiste informatie kan leiden tot onjuiste bijdragen.

Er zijn in 2019 238 verantwoordingen door de zorgverzekeraars opgesteld. Hiervan moest er in acht gevallen een verbeterde verantwoording worden aangeleverd, omdat de oorspronkelijke versie onjuistheden/onvolkomenheden bevatte. Overall beeld is dat de laatste jaren de aangeleverde informatie voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars van goede kwaliteit is.

6.2 Accentverschuiving in uitvoering materiële controles zorgverzekeraars

De NZa roept zorgverzekeraars op om nog meer de kanteling in te zetten van het achteraf controleren naar het erop sturen dat zorgaanbieders correct declareren.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren stevig geïnvesteerd in activiteiten die gericht zijn op correct registreren en declareren. We zien dat er een omslag gaande is naar 'gefundeerd vertrouwen'. Ook is er steeds meer het besef dat een goede declaratie begint met een goede registratie aan de bron: bij de zorgprofessional zelf. Bij deze kentering past een accentverschuiving van repressieve controles door zorgverzekeraars (achteraf) naar preventieve afspraken met zorgaanbieders.

We zijn er daarom voorstander van dat zorgverzekeraars zoveel mogelijk via preventieve maatregelen de zorgkosten beheersen. Bijvoorbeeld door de zorginkoop te richten op effectieve verzekerde zorg die past bij wat een patiënt nodig heeft.

Ook kan het goed werken als zorgverzekeraars afwijkende declaratiepatronen meer met zorgaanbieders bespreken. Hierdoor kunnen meer zorgaanbieders in beeld komen dan met een repressieve (materiële) controle. Als dan blijkt dat er iets niet goed gaat, kan sneller worden bijgestuurd en helpt dit zorgaanbieders verbeterpunten meteen op te pakken. Zorgverzekeraars hoeven dan minder snel over te gaan tot

detailcontroles, waarbij vaak medische persoonsgegevens worden betrokken. Ook hebben zorgaanbieders hierdoor eerder zekerheid over de rechtmatigheid van hun inkomsten en hoeven ze minder rekening te houden met correcties over voorgaande jaren.

Daar waar signalen of vermoedens bestaan van misbruik, er structureel onjuist wordt gedeclareerd en/of gefundeerd vertrouwen niet op z'n plek is, kan de zorgverzekeraar natuurlijk eerder moeten overgaan naar een zwaardere vorm van materiële controle of uiteindelijk fraudeonderzoek.

De NZa wil er in 2020 samen met zorgverzekeraars op inzetten dat de controlecapaciteit van zorgverzekeraars en de NZa zo optimaal mogelijk wordt benut om zorgaanbieders die zorggeld niet of niet op juiste wijze besteden aan zorg nog effectiever te kunnen aanpakken.

6.3 Horizontaal toezicht

Horizontaal toezicht is een vorm van samenwerking tussen de zorgverzekeraars en een zorgaanbieder die gebaseerd is op gerechtvaardigd vertrouwen en transparantie in handelen. Horizontaal toezicht richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven. In plaats van gegevensgerichte controles achteraf werken partijen samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen aan de voorkant te borgen. Dit is naar verwachting van de ketenpartijen een efficiëntere en effectievere manier om correct registreren en declareren te borgen.

Horizontaal toezicht is een initiatief van de ketenpartijen. Zij zijn verantwoordelijk voor de goede opzet en uitvoering van horizontaal toezicht. De NZa ondersteunt actief de doelstelling van horizontaal toezicht. Een betere beheersing van de registratie en declaratieprocessen aan de voorkant van de keten heeft de voorkeur ten opzichte van controles achteraf. Om die reden faciliteert de NZa het proces van horizontaal toezicht waar nodig en waar mogelijk.

In toenemende mate werken instellingen in de msz en ggz aan de overstap naar horizontaal toezicht. Ook zijn zij samen met de zorgverzekeraars bezig om het proces verder te verfijnen. Te denken valt aan de wijze van assurance verschaffen, de rol van accountants, de verdere ontwikkeling van het representatiemodel, het betrekken van het thema gepast gebruik en de rol van IT.

De NZa vindt dat het voor de verdere ontwikkeling van horizontaal toezicht en voor een adequate beheersing van belang is dat instellingen en zorgverzekeraars investeren in een beheerste IT-omgeving:

- Zonder een adequaat beheerste IT-omgeving (inclusief de zogenaamde general IT controls) bij instellingen is het niet goed mogelijk om te kunnen steunen op de werking van de in het systeem opgenomen controles. Een effect hiervan is dat veelal moet worden terug gevallen op vervangende, handmatige controles, zoals bijvoorbeeld steekproeven of deelwaarnemingen. Naast dat het (mogelijk) minder efficiënt is en foutgevoeliger doet het ook minder recht aan de filosofie van horizontaal toezicht, namelijk groeien naar een adequate beheersing. Een beheersing is meer adequaat als dit wordt geborgd in het proces en de ondersteunende systemen zelf. De borging van de werking van de IT-systemen is hierbij een belangrijk aandachtspunt.
- Softwareleveranciers hebben ook een rol om de werking van ingebouwde controles in softwarepakketten aan te tonen.
- Zorgverzekeraars geven aan soms onvoldoende deskundigheid/capaciteit in huis te hebben om de geautomatiseerde (controle)omgeving bij instellingen goed te kunnen beoordelen. Dat is een aandachtspunt, zeker als in de toekomst mogelijk de assuranceverstrekking (o.a. over de werking van de general IT controls) door de externe accountant voor horizontaal toezicht komt te vervallen. Dit vraagt om een andere deskundigheid van de zorgverzekeraar.

6.4 Wanbetalers

Verzekerden van 18 jaar en ouder zijn verplicht de premie voor de basisverzekering te betalen aan de zorgverzekeraar bij wie hij of zij zich heeft verzekerd. Als iemand zijn premie voor de basisverzekering niet betaalt, blijft hij in beginsel wel verzekerd, maar komt hij in de wanbetalersregeling terecht.

Zorgverzekeraars met wanbetalers in hun verzekerdenbestand kunnen hiervoor een wanbetalersbijdrage ontvangen. Deze wanbetalersbijdrage moet voorkomen dat de zorgverzekeraar de verzekerde royeert, omdat hij de premie niet betaalt. Om in aanmerking te komen voor de wanbetalersbijdrage, meldt de zorgverzekeraar verzekerde aan bij het CAK. De verzekerde moet dan wel zes maanden of meer premieachterstand hebben voor zijn basisverzekering.

Na aanmelding bij het CAK ontvangt de zorgverzekeraar een wanbetalersbijdrage per maand, per verzekerde, zolang verzekerde is aangemeld bij het CAK. De openstaande premieschuld vóór aanmelding bij het CAK, is

voor risico van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars zijn wel verplicht om proactief en preventief activiteiten te verrichten om wanbetaling tegen te gaan.

De verzekerde die door de zorgverzekeraar is aangemeld bij het CAK, betaalt vanaf dat moment per maand een bestuursrechtelijke premie (premie + boete). De verzekerde blijft deze bestuursrechtelijke premie betalen tot de schuld (voor aanmelding) bij de zorgverzekeraar is voldaan. Daarnaast kan verzekerde opgeschort (afgemeld) worden bij het CAK, als er een betalingsregeling met de zorgverzekeraar wordt afgesproken om de openstaande schuld af te lossen. De verzekerde betaalt dan op dat moment een aflossingstermijn en zijn maandpremie basisverzekering aan de zorgverzekeraar en wordt dan niet extra belast met de bestuursrechtelijke premie.

Onderzoek wanbetalersregeling

Dit is het derde jaar dat de NZa een intensief onderzoek heeft uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars die gebruik maken van de wanbetalersregeling. In het eerste jaar (boekjaar 2016, onderzoek in 2017) hebben wij het intern aanmaantraject bij de zorgverzekeraars beoordeeld. Het tweede jaar (boekjaar 2017, onderzoek in 2018) hebben wij ons meer gefocust op het minnelijk aanmaantraject van de externe incassopartners. Het derde jaar (boekjaar 2018, onderzoek in 2019) hebben we het totaal traject beoordeeld, met als doel vast te stellen of zorgverzekeraars voldoende inspanningen leveren om verzekerden uit de wanbetalersregeling te krijgen en te houden.

Onze verbeterpunten en aanbevelingen van voorgaande jaren zijn grotendeels overgenomen door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars pakken hiermee hun rol. Het aantal wanbetalers is dan ook fors aan het dalen. Van 326.819 mensen in 2014 tot 219.616 in 2018. De NZa vindt dit een positieve ontwikkeling.

Ondanks de goede ontwikkeling en daling van het aantal wanbetalers bij het CAK, hebben wij ook dit jaar nog verbeterpunten en aanbevelingen. Hieronder de top drie uit het onderzoek:

- betalingsregeling naar draagkracht verzekerden;
- betalingsregeling heroverwegen bij meerdere keren niet nakomen van betalingsafpraak;
- onterecht aan- en afmelden bij het CAK.

Samen met de externe incassopartners zijn de zorgverzekeraars intensief bezig om betalingsregelingen af te sluiten met verzekerden die aangemeld zijn bij het CAK. De NZa constateert wel dat er een draaideureffect ontstaat van aan- en afmelden bij het CAK. Het effect wordt veroorzaakt door steeds een betalingsregeling af te sluiten met verzekerden die vervolgens niet wordt nagekomen. De NZa is van mening dat zorgverzekeraars meer het gesprek aan moeten gaan met de verzekerden om gezamenlijk tot een realistische en haalbare aflossingstermijn te komen. Als het niet haalbaar is voor verzekerden om de achterstand te voldoen, dan zal een schuldhulpverleningstraject uitkomst moeten bieden.

Het onterecht afmelden bij het CAK komt voornamelijk doordat zorgverzekeraars bij het treffen van betalingsregelingen niet goed afstemmen met de externe incassopartners. De verzekerde wordt dan niet opgeschort (afgemeld bij het CAK) en blijft dan de bestuursrechtelijke premie betalen aan het CAK. Het onterecht aanmelden bij het CAK heeft er vooral mee te maken dat verzekerden nog in het gerede twijfel proces zitten en niet aangemeld mogen worden bij het CAK. Dat betekent dat dan nog onduidelijkheid over adresgegevens en verzekeringsplicht.

Verder worden ook andere activiteiten ontplooid door de zorgverzekeraars, zoals bijvoorbeeld contracten met gemeenten, huisbezoeken aan verzekerden door derden, analyse op bestanden, belacties. De meeste zorgverzekeraars zijn continu bezig om hun eigen aanmaningsproces te verbeteren, om zo verzekerden met een betalingsachterstand beter en slimmer te benaderen.

Door alle inspanningen van zorgverzekeraars is de verwachting dat het aantal wanbetalers aangemeld bij het CAK in 2019 nog licht zal dalen.