



Nederlandse
Zorgautoriteit

Consumentenbond
T.a.v. de heer B. Combée
Postbus 1000
2500 BA DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
directie Toezicht en Handhaving

Telefoonnummer
030 296 81 11

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
227692/313293

Onderwerp
Reactie op uw brieven van 8 en 15 december 2016

Datum
30 december 2016

Geachte heer Combée,

Met deze brief reageren wij op uw brieven van 8 en 15 december 2016, waarin u uw zorgen uit over de contractering van zorg door zorgverzekeraars respectievelijk het aanbod van zorgverzekeringen. U verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) daarbij om maatregelen te nemen.

U behandelt in uw brieven verschillende onderwerpen die ik in deze brief puntsgewijs zal langslopen. In zijn algemeenheid wil ik u voorafgaand daaraan aangeven dat de NZa begrijpelijke, toegankelijke en volledige informatie over de zorg voor burgers van groot belang acht. Dit niet alleen vanuit het belang van een goede werking van het zorgstelsel, maar juist ook vanwege het belang voor de individuele burger om goede en betaalbare zorg te kunnen ontvangen, nu en in de toekomst. Transparante keuze-informatie is daarvoor onontbeerlijk. De NZa heeft ook afgelopen jaar weer diverse stappen gezet in het bevorderen van de transparantie; hiervan treft u in deze brief enkele voorbeelden aan. De NZa maakt bij deze stappen telkens een zorgvuldige belangenafweging.

Bij een onderwerp als transparantie is het, naast goede regelgeving, belangrijk dat alle betrokken partijen ook zelf de handschoen oppakken. In uw brieven uit u uw zorgen over de transparantie van zorgverzekeringen, en verzoekt de NZa maatregelen te nemen voor de contractering van zorg, de hoeveelheid polis-combinaties, het gebruik van het begrip restitutie en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Deze onderwerpen zal ik puntsgewijs bespreken.

Contractering van zorg

U geeft aan dat de contractering van zorgaanbieders door vier grote verzekeraars ook dit jaar niet is afgerond op het moment dat de verzekerden hun nieuwe polis ontvangen.

U verzoekt de NZa daarbij maatregelen te treffen om te zorgen dat de contractering 2018 medio november 2017 is afgerond. Tevens verzoekt u de overstapperiode voor het polisjaar 2017 te verlengen.

Kenmerk
227692/313293

Pagina
2 van 5

De NZa onderschrijft het belang van een tijdige afronding van de contractering en de transparantie van het gecontracteerde aanbod. Wij verplichten zorgverzekeraars in de regeling 'Informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007)' (hierna: de regeling) om vanaf het moment van aanbieden van de polis transparant te zijn over het gecontracteerde zorgaanbod dat bij die polis hoort. Dit door op de website een actueel overzicht te vermelden van de gecontracteerde aanbieders.

Het is in ieders belang om zo vroeg mogelijk een zo compleet mogelijk overzicht te hebben. Het is in het belang van de zorgverzekeraars om een zo compleet mogelijk overzicht te bieden van gecontracteerde aanbieders, omdat verzekerden eerder kiezen voor een polis waar 'hun' voorkeursaanbieders gecontracteerd zijn. Ook is het in het belang van een zorgaanbieder om op die lijst met gecontracteerde aanbieders te staan, zodat patiënten weten dat de zorg daar vergoed wordt.

De NZa heeft de afgelopen maanden een monitor uitgevoerd naar het contracteerproces tussen aanbieders van medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars.¹ Op grond daarvan constateren wij dat voor 2017 in minimaal 95% van de gevallen medisch-specialistische zorg in algemene en universitaire ziekenhuizen wordt vergoed als gecontracteerde zorg. Dit is goed nieuws voor verzekerden en kan helpen in de keus wel of niet over te stappen van zorgverzekeraar.

De vergoeding wordt over het algemeen gebaseerd op contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar aangaan. Ook dit jaar zien we dat een aantal zorgverzekeraars aangeeft, dat zij in sommige gevallen zorg vergoeden als gecontracteerde zorg, ook wanneer er nog geen afspraken met een specifieke zorgaanbieder zijn gemaakt.

Wij zien het opleggen van een verplichting om medio november de onderhandelingen afgerond te hebben, dan ook niet als noodzakelijke stap. Daarbij merken we op dat er geen plicht bestaat voor zorgverzekeraars om *alle* aanbieders te contracteren. Bovendien kan het opleggen van een deadline voor de contractering ongewenste effecten hebben op het onderhandelingsproces. Als één van de twee contractspartijen een van boven opgelegde deadline heeft, kan dat nadelig strategisch gedrag uitlokken van de andere partij.

In plaats van het opleggen van een dergelijke deadline ziet de NZa meer effect in het tijdig publiceren van de regelgeving en een goede informatievoorziening voor verzekerden.

¹ NZa, 22 december 2016, Monitor contracteerproces medisch-specialistische zorg 2016

Om de contractering van medisch-specialistische zorg voor 2017 en de jaren daarna te versoepelen, maakten de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Federatie van Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de NZa eerder dit jaar een set aan afspraken over het contracteerproces.

Kenmerk
227692/313293

Pagina
3 van 5

De NZa denkt bovendien mee over aanpassingen in de beleidscyclus om zo het proces van contracteren te versoepelen. Voortaan maakt de NZa het dbc-pakket (prestaties, tarieven en regelgeving) voor 1 mei bekend in plaats van 1 juli.

Voor het verlengen van de overstapperiode 2017 zien wij vooralsnog geen aanleiding. Daarbij merken we op dat deze termijnen vastgelegd zijn in de Zorgverzekeringswet.²

Hoeveelheid poliscombinaties

In uw brief van 15 december geeft u aan dat de Consumentenbond dit jaar opnieuw onderzoek heeft gedaan naar de door u genoemde 'polisjungle'. U geeft hierbij aan dat de aanscherping die de NZa in de regeling heeft opgenomen met betrekking tot het publiceren van een overzicht van gelijke polissen op de website, niet goed door de zorgverzekeraars nageleefd zou worden. U geeft aan meerdere gelijke of nagenoeg gelijke polissen te hebben aangetroffen zonder dat hier op de website van de verzekeraar iets over staat opgenomen.

De NZa onderzocht ook zelf in de afgelopen periode de websites van de zorgverzekeraars. Zo controleerden wij de informatie over het eigen risico, wachtlijstbemiddeling en gecontracteerde zorgaanbieders. Na de eerste controle bleek dat alle verzekeraars wel informatie op hun site hadden staan, maar dat deze informatie nog niet helemaal volledig was. Verzekeraars pasten hierna hun websites aan.

De NZa controleerde ook of de zorgverzekeraars zich houden aan de verplichting om – indien van toepassing – een overzicht te publiceren van (nagenoeg) gelijke polissen. Naar aanleiding van deze controle schreven we zorgverzekeraars die dat nog niet gedaan hadden, om direct over te gaan tot publicatie van een dergelijk overzicht. Mocht de Consumentenbond over voorbeelden beschikken van gevallen waarin een zorgverzekeraar nog steeds onterecht geen overzicht van (nagenoeg) gelijke polissen vermeldt op zijn website, dan vernemen wij dat graag van u.

Gebruik van het begrip restitutie

Per 1 november 2017 gelden strengere regels voor het gebruik van de termen restitutie- en naturapolissen voor de zorgverzekeraars. Zoals u ook aangeeft, zorgt dit ervoor dat de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' alleen nog maar gebruikt mogen worden voor polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg, en geen beperking kennen van de vergoeding bij niet-gecontracteerde aanbieders.

² Artikel 7 lid 1 Zorgverzekeringswet

De zorgverzekeraars mogen de vergoeding wel maximeren tot het marktconforme tarief, dat wil zeggen tot de kosten die in Nederland als passend kunnen worden beschouwd.³

Kenmerk
227692/313293

Pagina
4 van 5

U geeft aan dat verzekeraars op zeer verschillende wijze uitleg geven aan wat er vergoed wordt bij hun restitutiepolis. Gehanteerde termen zouden onder ander zijn 'gebruikelijke tarief', 'onredelijk hoog tarief', 'volgens marktomstandigheden redelijk tarief' en 'niet excessief tarief' zijn. U verzoekt ons de omschrijvingen bij de diverse verzekeraars met elkaar in lijn te brengen. Onze regeling gaat op dit moment niet zover dat we daar iets aan kunnen doen. Uw signaal in deze is wel aanleiding voor ons om goed naar deze termen te kijken en de noodzaak te onderzoeken of dit aangescherpt moet worden. Graag ontvangen wij daarvoor de achterliggende gegevens bij de resultaten van uw onderzoek.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

U signaleert dat een aantal verzekeraars modelovereenkomsten aanbiedt met een vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75%.

Ook wij hebben dit waargenomen. In de Zorgverzekeringswet staat dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen hinderpaal mag zijn voor patiënten om toch voor die zorgaanbieder te kiezen. Op basis van die jurisprudentie⁴ is de NZa van mening dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren.

Daarbij kan een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen. Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg.

Wij hebben de polissen die in 2016 een lagere vergoeding boden dan 75% getoetst aan deze criteria. Zorgverzekeraars hebben ons in deze gevallen toegelicht dat zij ofwel een hardheidsclausule hanteren, ofwel financieel kunnen onderbouwen dat naar verwachting geen hinderpaal zou ontstaan. Naar aanleiding van deze beoordeling besloot de NZa dat handhaving niet nodig was. Voor het komende polisjaar zal de NZa hier opnieuw kritisch naar kijken.

³ Als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering

⁴ De NZa heeft haar interpretatie van de jurisprudentie op dit punt nader geduid richting zorgverzekeraars in de Nieuwsbrief Modelovereenkomsten 2016 van 29 oktober 2015. Zie www.nza.nl.

Telefonische informatieverstrekking

Ten overvloede wijzen we u erop dat de NZa deze overstapperiode een onderzoek heeft uitgevoerd naar de telefonische informatieverstrekking door zorgverzekeraars. Hiervoor hebben we, op basis van vijf veel voorkomende situaties waar burgers tegen aan lopen, mystery-telefoontjes gepleegd met alle zorgverzekeraars. Uit het onderzoek blijkt dat er verschil zit in de kwaliteit van de telefonische informatieverstrekking. De laagste score juiste antwoorden van een individuele zorgverzekeraar is 70%, de hoogste score juiste antwoorden is 100%. De NZa neemt passende maatregelen bij een aantal verzekeraars waar de telefonische informatieverstrekking nog niet goed genoeg bleek te zijn. Deze verzekeraars hebben aangegeven de uitkomsten te hebben geanalyseerd en al verbeteringen in gang te hebben gezet. De NZa zal deze verbeteringen nauwgezet monitoren.

Kenmerk
227692/313293

Pagina
5 van 5

Ten slotte

We gaan graag verder met u in gesprek over de transparantie van zorgverzekeringen. Wij zullen daartoe het initiatief nemen voor het maken van een afspraak.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur