



Informatiemodel Uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2016 met oplevering in 2017

December 2015

Inhoud

Vooraf	3
1. Inleiding	2
1.1 Inleiding	2
1.2 Informatiemodel UV Zvw 2016	2
1.3 Wijzigingen ten opzichte van Informatiemodel UV 2015	2
1.4 Mededeling in Staatscourant	3
2. Profiel zorgverzekeraar/organisatiestructuur	3
2.1 Activiteiten en werkgebieden	3
2.2 Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden)	3
3. Corporate governance	4
3.1 Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur	4
3.2 Expliciete verantwoording over de naleving van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap van ZN	4
4. Consumentenbelang	4
4.1 Informatieverstrekking aan verzekerden	4
4.2 Invloed van verzekerden	4
4.3 Afhandeling van klachten en geschillen	5
5. Naleving wettelijke verplichtingen	5
5.1 Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie	5
5.2 Zorgplicht	5
5.3 Betaalbaarheid zorgstelsel	5
5.4 Overige wettelijke verplichtingen	6
Bijlage 1. Specifieke aandachtspunten verantwoording acceptatieplicht	7
Bijlage 2. Specifieke aandachtspunten verantwoording verbod op premiedifferentiatie	8
Bijlage 3. Specifieke aandachtspunten verantwoording zorgplicht	9
Bijlage 4. Specifieke aandachtspunten verantwoording naleving Zvw met betrekking tot wanbetalers	12
Bijlage 5. Bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag	13

Vooraf

Zorgverzekeraars leveren jaarlijks vóór 1 juli hun uitvoeringsverslag aan bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het voorliggende Informatiemodel Uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2016 dient op grond van artikel 3.1 van de Regeling Zorgverzekering voor de inrichting van dit uitvoeringsverslag.

De NZa heeft de beweging ingezet naar meer principle based toezicht, dus minder detail in de (verantwoordings)voorschriften. Dit komt onder andere tot uiting in de geactualiseerde nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars die op 1 januari 2016 in werking treedt. Hierin is minder tot in detail voorgeschreven hoe controles moeten worden uitgevoerd, maar daar waar mogelijk meer vanuit het doel dat hiermee moet worden bereikt, waarbij de normen wel duidelijk, transparant en handhaafbaar zijn. In lijn hiermee zijn de verantwoordingsvoorschriften voor de naleving van de wettelijke verplichtingen in het voorliggende informatiemodel ook meer vanuit het doelbereik geformuleerd. Dit is in de redactie tot uiting gebracht door in de hoofdtekst de doelstelling van de publieke randvoorwaarden aan te geven en te kiezen voor een algemene formulering van de voorschriften. De accenten die in de verantwoording tot uiting moeten komen zijn opgenomen in de bijlagen.

De NZa attendeert de zorgverzekeraars erop dat het uitvoeringsverslag een werkelijkheidsgetrouw beeld moet geven. Dit is vastgelegd in de bestuursverklaring die het bestuur van de zorgverzekeraar bij het uitvoeringsverslag afgeeft.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



1. Inleiding

1.1 Inleiding

De zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden tegen de achtergrond van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en de hieruit voortvloeiende normenkaders. Voor de inrichting van het Uitvoeringsverslag (UV)¹ zijn de zorgverzekeraars gehouden aan dit informatiemodel. Op aspecten die niet in dit model zijn opgenomen zijn zorgverzekeraars vrij om het UV vorm te geven.

1.2 Informatiemodel UV Zvw 2016

Het Informatiemodel UV Zvw 2016 is opgenomen in onderstaande tabel.

In de hoofdstukken 2 tot en met 5 is het model nader gespecificeerd voor de van toepassing zijnde onderdelen. In de bijlagen 1 tot en met 4 zijn de specifieke aandachtspunten opgenomen die de zorgverzekeraar *ten minste* in zijn verantwoording moet betrekken. Bijlage 5 bevat een model voor een bestuursverklaring. Alle hoofdstukken en bijlagen samen vormen integraal het informatiemodel UV Zvw 2016.

Onderwerp	Hoofdstuk
Profiel zorgverzekeraar/organisatiestructuur	2
– Activiteiten en werkgebieden	2.1
– Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden)	2.2
Corporate Governance	3
– Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur	3.1
– Expliciete verantwoording over de naleving van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap van ZN	3.2
Consumentenbelang	4
– Informatieverstrekking aan verzekerden	4.1
– Invloed van verzekerden ¹	4.2
– Afhandeling van klachten en geschillen	4.3
Naleving wettelijke verplichtingen	5
– Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie	5.1
– Zorgplicht	5.2
– Betaalbaarheid zorgstelsel	5.3
– Overige wettelijke verplichtingen.	5.4

¹ Hierbij gaat het om de wijze waarop verzekerden in de praktijk invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld inspraak via een ledenraad, met specifieke aandacht voor het zorginkoopbeleid.

1.3 Wijzigingen ten opzichte van Informatiemodel UV 2015

Het Informatiemodel UV Zvw 2016 is op de volgende punten gewijzigd:

- Naleving wettelijke verplichtingen
De verantwoordingsvoorschriften voor de naleving van de wettelijke verplichtingen (hoofdstuk 5) zijn meer vanuit het doelbereik (principle based) geformuleerd. De NZa heeft de beweging ingezet naar meer principle based toezicht. Dat houdt in dat minder gedetailleerd wordt voorgeschreven hoe zorgverzekeraars hun taken moeten uitvoeren, maar meer vanuit het doel dat hiermee moet worden bereikt. Daarbij zijn de normen wel duidelijk, transparant en handhaafbaar. In lijn hiermee zijn de verantwoordingsvoorschriften voor de naleving van de wettelijke verplichtingen (hoofdstuk 5) meer vanuit het doelbereik geformuleerd. Dit is in de redactie tot uiting gebracht door in de hoofdtekst de doelstelling van de publieke randvoorwaarden aan te geven en te kiezen voor een algemene formulering van de voorschriften. De accenten die in de verantwoording tot uiting moeten komen zijn aangegeven in de bijlagen 1 tot en met 4. Nota bene: de aandachtspunten uit de bijlagen moeten dus **in ieder geval** in de verantwoording meegenomen worden.

¹ Het is toegestaan het Informatiemodel Maatschappelijk Verslag van Zorgverzekeraars Nederland te hanteren. Het Informatiemodel UV NZa wordt hierin opgenomen.



Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie

De NZa ziet nauwlettend toe op de sturing van verzekerdenstromen door zorgverzekeraars omdat dit kan leiden tot risicoselectie. Uit de analyse van de verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden² blijkt dat zorgverzekeraars op diverse manieren via de aanvullende verzekering de verzekerdenpopulatie van de basisverzekering kunnen sturen. De NZa vindt sturing via de aanvullende verzekering onwenselijk als de grondbeginselen van de basisverzekering op dusdanige wijze worden aangetast, dat een goede werking van het stelsel wordt belemmerd. Om de ontwikkelingen op dit vlak te monitoren is nieuwe uitvraag toegevoegd over risicoselectie/sturing van verzekerden in bijlage 1 (specifieke aandachtspunten verantwoording acceptatieplicht). Daarnaast is in bijlage 2 de uitvraag over kortingen op de verschuldigde premie aangescherpt.

Andere wijzigingen in het informatiemodel 2016 ten opzichte van 2015 zijn:

- De uitvraag over Betaalbaarheid zorgstelsel (paragraaf 5.3) is in lijn gebracht met de geactualiseerde Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars die per 1 januari 2016 van kracht is.
- De uitvraag over de naleving van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw en privacy is verplaatst van hoofdstuk 3, Corporate governance, naar hoofdstuk 5, Naleving van de wettelijke verplichtingen, onderdeel naleving overige wettelijke verplichtingen (paragraaf 5.4). De reden hiervoor is dat alle uitvraag over wanbetalers nu op één plek bij elkaar staat.

Werkelijkheidsgetrouw beeld

De NZa attendeert de zorgverzekeraars erop dat het uitvoeringsverslag een werkelijkheidsgetrouw beeld moet geven van de uitvoering van de Zvw. Dit is vastgelegd in de bestuursverklaring die het bestuur bij het UV afgeeft.³ De NZa heeft signalen dat het positieve beeld dat uit de uitvoeringsverslagen naar voren komt, in enkele gevallen niet strookt met de situatie in de praktijk. Wij verwachten dat zorgverzekeraars in het UV over 2016 een werkelijkheidsgetrouwe verantwoording afleggen en eventuele afwijkingen van wet- en regelgeving vermelden.

1.4 Mededeling in Staatscourant

De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 1 december 2015 het 'Informatiemodel Uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2016 met oplevering in 2017' vastgesteld. Dit Informatiemodel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin deze mededeling is geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2016. U kunt dit Informatiemodel raadplegen op www.nza.nl.

2. Profiel zorgverzekeraar/ organisatiestructuur

2.1 Activiteiten en werkgebieden

De zorgverzekeraar schetst zijn profiel en betreft hierbij de volgende aspecten:

- aard van de activiteiten;
- landelijk of regionaal werkend en belangrijkste geografische gebieden

2.2 Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden)⁴

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de werkzaamheden door derden slechts voor zover deze direct zijn gerelateerd aan de uitvoering van de Zvw.

- Voor de (eventuele) verkoop en het beheer van verzekeringsproducten door volmachten verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:
 - de naam van de volmachten en de absolute en de relatieve omvang van de totale lasten in de jaarstaat Zvw, onderdeel A, inclusief balanspost;
 - hoe sturing is gegeven aan de werkzaamheden van de volmachten, welke afspraken zijn gemaakt en hoe de kwaliteit van de volmachten is geborgd;
- Voor de (eventuele) overige uitbestede werkzaamheden verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:

² Analyse verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden, NZa, juni 2015, op www.nza.nl.

³ Informatiemodel UV 2016, Bijlage 5, Bestuursverklaring bij het UV: 'Het bestuur van <statutaire naam zorgverzekeraar> verklaart dat de informatie in het UV Zvw 2016 juist en volledig is en niet strijdig is met andere beschikbare informatie.'

⁴ Als u als zorgverzekeraar werkzaamheden uitbesteedt, blijft u integraal verantwoordelijk voor de uitgevoerde werkzaamheden. Ook wanneer de zorgverzekeraar de plicht heeft om zorg te leveren en deze inkoop bij zorgaanbieders is er sprake van uitbestede werkzaamheden. Dit valt onder de zorgplicht van zorgverzekeraars en de informatie hierover wordt uitgevraagd in paragraaf 5.2.



- de wijze waarop is geborgd dat de juiste verschuldigde betalingen (onder andere premie, eigen risico) worden geïnd en tijdig worden verantwoord (inclusief de ontvangsten bij incassobureaus);
- de wijze waarop is geborgd dat de aan consumenten verstrekte informatie transparant is en niet misleidend;
- de wijze waarop is geborgd dat gegevens volledig en juist worden aangeleverd aan derden, waaronder het CAK (via onder andere Vektis);
- de wijze waarop andere dan de hierboven genoemde uitbestede werkzaamheden zijn geborgd door de zorgverzekeraar.

3. Corporate governance

3.1 Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur

De zorgverzekeraar verantwoordt zich specifiek over:

- wat de belangrijkste focuspunten in het gevoerde beleid zijn geweest en op welke belangrijkste punten het beleid afwijkt van dat van vorig jaar en waarom;
- de afwijkingen van het gevoerde beleid ten opzichte van het voorgenomen beleid;
- afwijkingen van de wet- en regelgeving, inclusief de genomen herstelacties.

3.2 Expliciete verantwoording over de naleving van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap van ZN

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, specifiek:

- de wijze waarop de zorgverzekeraar invulling geeft aan de gedragsregels en uitgangspunten uit deze code;
- eventuele niet-naleving van de Code motiveren.

4. Consumentenbelang

4.1 Informatieverstrekking aan verzekerden

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de informatie die wordt verstrekt aan zijn verzekerden, specifiek over hoe wordt geborgd dat alle informatie die aan consumenten wordt verstrekt (zowel mondeling, schriftelijk als per email), juist en volledig is. Het gaat in ieder geval om de informatieverstrekking over: gecontracteerd zorgaanbod, gecontracteerd zorgaanbod na 1 januari van het nieuwe polisjaar, inclusief de wijze waarop verzekerden worden geïnformeerd over de vergoedingsconsequenties hiervan voor lopende behandelingen, (kwaliteits)criteria op basis waarvan bepaalde aanbieders worden gecontracteerd, recht op zorg, vergoeding van zorg, bijbetalingen voor zorg.

Informatieverstrekking op nota's medisch specialistische zorg

De zorgverzekeraar geeft aan op welke wijze hij vorm heeft gegeven aan de uitbreiding van de te vermelden informatie op de nota's voor medisch specialistische zorg per 1 juni 2014.

De zorgverzekeraar geeft aan of en zo ja op welke wijze hij verzekerden betreft bij het controleren van declaraties (zo nee: waarom niet), en op welke wijze vragen over de zorgnota worden afgehandeld (beantwoordt de zorgverzekeraar deze zelf of worden verzekerden doorgestuurd naar de zorgaanbieder).

Transparantie polissen met selectieve contractering/beperkende kenmerken

De zorgverzekeraar geeft aan op welke wijze hij potentiële verzekerden duidelijkheid verschaft over:

- wat de beperkingen zijn voor het invoeren van zorg;
- wat de eventuele financiële gevolgen zijn als gebruikt wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgverleners.

4.2 Invloed van verzekerden⁵

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de wijze waarop in de praktijk invulling wordt gegeven aan de invloed van verzekerden. Daarbij gaat het om de invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar, met specifieke aandacht voor het zorginkoopbeleid. De zorgverzekeraar vermeldt of de uitgeoefende verzekerdeninvloed heeft geleid tot wijzigingen in zijn beleid en zo ja, welke wijzigingen.

⁵ Hierbij gaat het om de wijze waarop verzekerden in de praktijk invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld inspraak via een ledenraad, met specifieke aandacht voor het zorginkoopbeleid.



4.3 Afhandeling van klachten en geschillen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de afhandeling van klachten en geschillen en over de resultaten daarvan. Specifiek wordt verantwoording afgelegd over de volgende punten:

- informatie over de afhandeling van klachten en geschillen over genomen besluiten;
- procedure/registratie van klachten en geschillen;
- analyse/evaluatie van de klachten en hieruit voortvloeiende (procedure-)aanpassingen: is een klachtenanalyse uitgevoerd, en zo ja, welke verbeteringen zijn er naar aanleiding van deze klachtenanalyse doorgevoerd?
- de wijze waarop de verzekerde over het verloop van de klachtenprocedure wordt geïnformeerd;
- aantal (klachten en geschillen samen) en gemiddelde termijn van afhandeling, gespecificeerd naar in ieder geval de onderwerpen transparante informatie, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht.

5. Naleving wettelijke verplichtingen

De acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht hebben ten doel om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te borgen. Zorgverzekeraars zijn als uitvoerders van de Zvw verplicht om zich aan deze wettelijke bepalingen te houden en zich hierover te verantwoorden in het uitvoeringsverslag (artikel 38 Zvw). De verantwoording is vanuit het perspectief van het doel dat met de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht wordt beoogd (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid).

5.1 Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars accepteren iedereen voor de basisverzekering (acceptatieplicht) zonder daarvoor de premie te differentiëren (verbod op premiedifferentiatie). Voor een en dezelfde basisverzekering betaalt iedereen dezelfde premie, ongeacht leeftijd, geslachte en gezondheidssituatie. Vanuit dit doelbereik verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:

- De wijze waarop de naleving van de acceptatieplicht is geborgd. In de verantwoording betreft de zorgverzekeraar ten minste de specifieke aandachtspunten uit bijlage 1.
- De wijze waarop de naleving van het verbod op premiedifferentiatie is geborgd. In de verantwoording betreft de zorgverzekeraar ten minste de specifieke aandachtspunten uit bijlage 2.
- Eventuele afwijkingen van wet- en regelgeving, knelpunten of problemen die zich bij de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie hebben voorgedaan en hoe deze zijn opgelost.

5.2 Zorgplicht

Op grond van zijn zorgplicht zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekerden de (vergoeding van) zorg krijgen waaraan zij behoefte en wettelijk aanspraak op hebben. De zorg is kwalitatief goed, tijdig en bereikbaar voor verzekerden. In dit licht verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:

- De wijze waarop invulling is gegeven aan de zorgplicht; In de verantwoording betreft de zorgverzekeraar ten minste de specifieke aandachtspunten uit bijlage 3.
- Eventuele knelpunten of problemen die zich bij de zorgplicht hebben voorgedaan en hoe deze zijn opgelost.

5.3 Betaalbaarheid zorgstelsel

Zorgverzekeraars voeren controle activiteiten uit om de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders en verzekerden te controleren. Het doel hiervan is om de juistheid en volledigheid van de administratie en opgaven voor de verevening te borgen en daarmee de Zvw rechtmatig uit te voeren. In dit kader verantwoordt de zorgverzekeraar zich ten minste over de volgende punten:

- De zorgverzekeraar verantwoordt zich in het kader van de risicoverevening over eventuele betaling van zorg die niet onder de Zvw valt, waaronder in ieder geval de 'coulancebetalingen'. Geef aan hoe deze posten worden gefinancierd.
- De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de wijze waarop invulling is gegeven aan de vereisten uit de artikelen 4 tot en met 9 uit de Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars die per 1 januari 2016 van kracht is.



5.4 Overige wettelijke verplichtingen

Wanbetalers

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw, specifiek:

- is het Protocol nagekomen?
- zo nee, op welke onderdelen niet, waarom niet, en wat is in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden verricht?

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving Zvw met betrekking tot wanbetalers voor het verkrijgen van een bijdrage van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut)⁶ (artikel 34a Zvw).⁷ In de verantwoording betreft de zorgverzekeraar tenminste de specifieke aandachtspunten uit bijlage 4.

Privacy

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van privacyverplichtingen in het kader van de Zvw (eventuele niet- naleving motiveren).

⁶ Beoogd is om deze taak per 01-01-2016 over te hevelen van het Zorginstituut naar het CAK.

⁷ Per 1 september 2009 is de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers Zorgverzekering van kracht geworden. Hierbij is een overgangsregime van toepassing waarbij voor elke zorgverzekeraar een andere datum geldt waarop hij overgaat van het oude regime naar de nieuwe wetgeving. Bij dit onderdeel dient u zich alléén te verantwoorden over de naleving van de Zvw met betrekking tot wanbetalers voor de periode waarop dit voor u (eventueel) van toepassing is.



BIJLAGE 1. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VERANTWOORDING ACCEPTATIEPLICHT

De zorgverzekeraar betreft in zijn verantwoording ten minste de volgende punten (voor zover van toepassing):

- naleving acceptatieplicht;
- uitsluitingsgronden acceptatieplicht;
- de beschikbaarheid van alle polisvarianten voor (potentiële) verzekerden én naleving van de acceptatieplicht op de diverse polisvarianten;
- aantal weigeringen van aspirant-verzekerden met een splitsing naar soort uitsluitingsgrond (bijvoorbeeld fraude);
- vermelding van de doelgroepcollectiviteiten⁸ die worden aangeboden met eventuele bijbehorende toelatingscriteria; specifiek:
 - vermelding van de namen van de doelgroepcollectiviteiten die de verzekeraar aanbiedt;
 - nadere omschrijving van de doelgroep waarop de polis is gericht;
 - vermelding van de toelatingscriteria die voor de betreffende collectiviteit gelden;
 - vermelding van eventuele additionele eisen voor verzekerden die niet tot de doelgroep behoren en zich toch voor de collectiviteit willen inschrijven (bijvoorbeeld extra administratieve eisen voor inschrijving);
 - via welk kanaal de collectiviteit wordt aangeboden (bijvoorbeeld uitsluitend via internet);
- bij gebruik van volmachten en/of specifieke labels van de zorgverzekeraar: de doelgroepen die hiermee worden benaderd en de eventuele bijbehorende toelatingscriteria.

Risicoselectie/ sturing van de verzekerdenpopulatie van de basisverzekering via de aanvullende verzekering

De zorgverzekeraar verantwoordt zich op de volgende punten:

- Geldt een opslag op de aanvullende verzekering indien geen basisverzekering wordt afgesloten? Zo ja, hoe hoog is deze toeslag en hoeveel verzekerden hebben een 'losse' AV?
- Wordt een acceptatiebeleid voor aanvullende verzekeringen gehanteerd? Zo ja, geef aan voor welke av's dit geldt en wat de eisen zijn.
- Wordt de aanvullende verzekering automatisch beëindigd als een verzekerde zijn BV opzegt?
- Wordt aan specifieke doelgroepen een totaalpakket aangeboden dat bestaat uit diverse producten (een BV en een of meerdere AV's)? Zo ja, geef aan welke producten dit zijn en voor welke doelgroepen.
- Wordt een AV aangeboden waarmee de kosten van niet gecontracteerde zorg worden herverzekerd? Zo ja, geef aan welke AV's dit zijn.
- Wordt een AV aangeboden waarmee het verplicht en of vrijwillig eigen risico wordt herverzekerd? Zo ja, geef aan welke AV's dit zijn en welke vorm van het eigen risico (verplicht of vrijwillig) hiermee wordt herverzekerd.

⁸ Met doelgroepcollectiviteiten wordt bedoeld: collectiviteiten die specifiek gericht zijn op en/of uitsluitend toegankelijk zijn voor bepaalde doelgroepen zoals ouderen of studenten.



BIJLAGE 2. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VERANTWOORDING VERBOD OP PREMIEDIFFERENTIATIE

De zorgverzekeraar betreft in zijn verantwoording ten minste de volgende punten (voor zover van toepassing):

- expliciete vermelding of het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd;
- vermelding van eventuele kortingen die de zorgverzekeraar verstrekt, specifiek:
 - kortingen op de premiegrondslag voor collectiviteiten;
 - kortingen op het vrijwillig eigen risico;
 - kortingen op de verschuldigde premie, zoals:
 - welkomstkortingen
 - niet-financiële kortingen zoals (welkomst)cadeaus;
 - kortingen voor vooruitbetaling van de premie;
 - overige kortingen op de verschuldigde premie;
 - overige acties, zoals spaarsystemen of tijdelijke acties;
 - pakket korting als naast de basisverzekering ook andere verzekeringsproducten worden afgenomen (bijv. reisverzekering);
 - eenmalige financiële kortingen (cashbacks) bij afsluiting van een zorgverzekering.
 - eventuele kortingen/toeslagen op de aanvullende verzekering die samenhangen met de basisverzekering;
 - afspraken tussen zorgverzekeraar en tussenpersonen/volmachten over kortingen op de te betalen premie (bijv. teruggave van provisie)



BIJLAGE 3. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VERANTWOORDING ZORGPLICHT

De zorgverzekeraar betreft in zijn verantwoording ten minste de volgende punten (voor zover van toepassing):

A. Eisen aan het verkrijgen van (vergoeding van) zorg

- machtigingsprocedures;
 - borging van de medische deskundigheid;
 - gebruik van (standaard)formulieren;
 - doorlooptijden;
 - accepteren van de toestemming van een voorgaande zorgverzekeraar;
- vergoedingsprocedures;
- weigeringen tot het verkrijgen van zorg;⁹
 - de meest voorkomende motivaties (afwijzingsgronden) die hierbij zijn gehanteerd, met specifieke aandacht voor het gebruik van andere gronden dan zorginhoudelijke;¹⁰
 - per afwijzingsgrond de frequentie waarmee zorg geheel of gedeeltelijk is geweigerd;
- beperkingen van vergoeding van zorg ten opzichte van de polis;¹¹
 - de meest voorkomende motivaties die hierbij zijn gehanteerd;
 - per motivatie de frequentie waarmee vergoeding van zorg geheel of gedeeltelijk is beperkt.

Informatieverstrekking met betrekking tot afgewezen zorg/vergoeding van zorg;

- Hoe wordt geborgd dat de juiste afwijzingsgronden worden gegeven en dat deze toetsbaar zijn voor de verzekerden (aan polisvoorwaarden /regelgeving)?

B. De wijze waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van gecontracteerde zorg waarborgt (ongeacht de polsvorm).

NOTA BENE: geef hierbij aan voor elk van de volgende verstrekkingen:

- Huisartsenzorg
- Mondzorg
- Farmaceutische zorg
- Verloskundige zorg
- Ggz
- Medisch specialistische zorg
- Kraamzorg
- Fysiotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Ergotherapie
- Dieetadvies
- Hulpmiddelenzorg en Vervoer
- Wijkverpleging
- Zintuigelijk gehandicaptenzorg
- Ggz (verblijf en behandeling 2^e en 3^e jaar)

Welke initiatieven zijn genomen om aan de zorgplicht te voldoen, eventuele concrete knelpunten die zich daarbij hebben voorgedaan en hoe deze zijn opgelost. Concretiseer waar mogelijk.

C. Specifieke punten in de verantwoording hierover zijn (te beantwoorden per verstrekking indien er onderscheid in beantwoording is):

- Hoe worden verzekerden geïnformeerd over het gecontracteerde zorgaanbod per polis?
- Welke acties onderneemt de zorgverzekeraar om te zorgen dat het contracteringsproces tijdig – voor 1 november – is afgerond?
- Indien de contractonderhandelingen niet zijn afgerond op het moment dat verzekerden hun polis aanschaffen (overstapperiode): hoe heeft de zorgverzekeraar zijn verzekerden geïnformeerd over de consequenties die dit heeft voor de vergoeding van lopende behandelingen?
- Gecontracteerd zorgaanbod na 1 januari van het nieuwe polisjaar, alsmede de reden van de verlate contractering.
- Op basis van welke (kwaliteits)criteria zorgaanbieders worden gecontracteerd. Maak dit concreet, eventueel met uitsplitsing naar specialisme binnen de verstrekkingen. Geef ook aan als er niet ingekocht wordt op basis van (kwaliteits)indicatoren.

⁹ Het gaat hier ook om weigeringen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.

¹⁰ Bijvoorbeeld of een zorgaanbieder wel of niet is gecontracteerd, of dat er geen aanspraak bestaat op die zorg.

¹¹ Het gaat hier ook om beperkingen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.



- De wijze waarop de zorgverzekeraar inzicht verkrijgt in de kwaliteit en tijdigheid van zorg die zorgaanbieders in een bepaalde inkoopmarkt leveren en de bereikbaarheid van die zorgaanbieders ten opzichte van zijn verzekerden.
- Wat wordt vastgelegd in de contracten met de zorgaanbieder ten aanzien van kwaliteit en tijdigheid (wachtlijden). Indien er geen contractuele afspraken worden gemaakt over deze onderwerpen: aangeven voor welke verstrekkingen dit geldt.
- Op welke manier de zorgverzekeraar controleert of er zich kwaliteits-, tijdigheids- of bereikbaarheidsproblemen voordoen (welk proces) en hoe de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van een zorgaanbieder beoordeelt (welke toetsing).
- De (eventuele) situaties waarin gecontracteerde zorgaanbieders onvoldoende kwalitatieve zorg hebben geleverd (naar het oordeel van de IGZ of conform de eigen kwaliteitscriteria) en welke consequenties de zorgverzekeraar hieraan heeft verbonden.
- In hoeverre de zorgverzekeraar zijn verzekerden (proactief) ondersteunt bij het maken van een keuze voor een goede zorgaanbieder (bijvoorbeeld door selectief zorgaanbieders te contracteren of gerichte informatieverstrekking).
- In hoeverre de zorgverzekeraar zorgaanbieders prikkelt om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg te verhogen.
- In hoeverre de zorgverzekeraar transparant is naar zijn verzekerden over wat hij verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en in hoeverre zijn gecontracteerde zorgaanbieders op deze onderdelen presteren.
- In hoeverre de zorgverzekeraar afwijkt van gangbare normen en de motivatie hiervoor, zoals het hanteren van langere tijden dan de Treeknormen.
- De wijze waarop de zorgverzekeraar de zorgbehoefte van zijn verzekerden heeft bepaald (hoe wordt gewaarborgd dat er voldoende zorg wordt ingekocht).
- De beschikbaarheid van alternatieven in gevallen van schaarste of andere beschikbaarheidsproblemen.
- De (eventuele) situaties waarin het de zorgverzekeraar niet (direct) is gelukt om zorg te leveren en welke maatregelen toen zijn genomen om de beschikbaarheid van zorg voor betreffende verzekerden alsnog te waarborgen.

D. De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de wijze waarop de zorgplicht (met name de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg) is geborgd bij de op de markt polissen met selectieve contractering/beperkende kenmerken.¹²

E. Continuïteit van (cruciale) zorg:

- Geef aan voor elk van de volgende verstrekkingen:
 - Huisartsenzorg
 - Mondzorg
 - Farmaceutische zorg
 - Verloskundige zorg
 - Ggz
 - Medisch specialistische zorg
 - Kraamzorg
 - Fysiotherapie
 - Oefentherapie
 - Logopedie
 - Ergotherapie
 - Dieetadviesing
 - Hulpmiddelenzorg en Vervoer
 - Wijkverpleging
 - Zintuigelijk gehandicaptenzorg
 - Ggz (verblijf en behandeling 2^o en 3^o jaar)

Welke initiatieven zijn genomen om de continuïteit te borgen, eventuele concrete knelpunten die zich daarbij hebben voorgedaan en hoe deze zijn opgelost.

Indien geen initiatieven zijn genomen: licht toe wat de reden hiervan is en voor welke verstrekkingen dit geldt.

- Welke activiteiten onderneemt de zorgverzekeraar om vroegtijdig mogelijke beschikbaarheidsproblemen bij gecontracteerde zorgaanbieders te signaleren en om de continuïteit van zorg, in het bijzonder cruciale zorg (ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang geestelijke gezondheidszorg en AWBZ) te waarborgen;
- Is er een early warning systeem (EWS) waarmee vroegtijdig eventuele (financiële) problemen bij zorgaanbieders kunnen worden gesignaleerd?
- Zo ja, hoe ziet dit EWS er op hoofdlijnen uit?

¹² Kenmerken van deze polissen zijn bijvoorbeeld een lagere premie en keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders.



-
- Indien er geen EWS is, op welke wijze wordt dan zicht verkregen op (financieel) zwakke zorgaanbieders?
 - Wordt contractueel met de zorgaanbieders afspraken gemaakt over beschikbaarheidsproblemen?
 - De wijze waarop de beleidsregel 'Overmacht continuïteit van cruciale zorg' (TH/BR-011) is geïmplementeerd in de organisatie van de zorgverzekeraar.



BIJLAGE 4: SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VERANTWOORDING NALEVING ZVW MET BETREKKING TOT WANBETALERS

De zorgverzekeraar betreft in zijn verantwoording ten minste de volgende punten (voor zover van toepassing):

- Zijn de wettelijke verplichtingen voor het verkrijgen van de bijdrage van het Zorginstituut nagekomen? Zo nee, op welke onderdelen niet en waarom niet?
- Heeft de zorgverzekeraar uiterlijk tien werkdagen nadat een premieachterstand van twee maanden is geconstateerd, een betalingsregeling aangeboden die aan de eisen van artikel 18a Zvw voldoet?
- Heeft de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk nadat een premieachterstand van vier maanden is geconstateerd, de in artikel 18b bedoelde vierdemaandsmelding verricht?
- Heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer die tegen deze vierdemaandsmelding in het geweer is gekomen, niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld zolang niet onherroepelijk (ten nadele van de verzekeringnemer) is beslist?
- Heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer gedurende de looptijd van een schuldstabilisatie-overeenkomst niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld?
- Is bij aanmelding van een wanbetaler aan het Zorginstituut vastgesteld dat het door verzekeringnemer opgegeven adres overeen komt met het in Basisregistratie personen (BRP) opgegeven adres (of verklaring SVB/-werkgeversverklaring)?
- Is in alle gevallen waarbij de adresgegevens niet overeenkomen, afgezien van aanmelding van de verzekerde bij het Zorginstituut?
- Heeft de zorgverzekeraar bij de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regime jegens het Zorginstituut verklaard dat hij zich aan het voorgaande heeft gehouden?
- Heeft de zorgverzekeraar zich gehouden aan de verplichting artikel 18d, 3e lid Zvw?
- Heeft de zorgverzekeraar ook nog voldoende andere op incasso van de premieschuld gerichte activiteiten, als bedoeld in afdeling 3.3.2 van de Zvw?
- Heeft de zorgverzekeraar meegewerkt aan activiteiten van de verzekeringnemer of een schuldhulpverlener om iemand door middel van het sluiten van een schuldregeling weer uit het bestuursrechtelijke regime te krijgen?



BIJLAGE 5. BESTUURSVERKLARING BIJ HET UITVOERINGSVERSLAG

Deze bestuursverklaring stuurt u met het uitvoeringsverslag 2016 en het bijbehorende rapport van bevindingen van de accountant, ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Standaardtekst voor de bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag

Bestuursverklaring
Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat de informatie in het uitvoeringsverslag Zvw 2016 juist en volledig is en niet strijdig is met andere beschikbare informatie. ¹ De zorgverzekeraar heeft documentatie ter inzage beschikbaar zodat het uitvoeringsverslag en de totstandkoming ervan verifieerbaar is door de NZa. Ondertekening door bestuur Naam: Datum: Plaats: Handtekening:

¹ Te denken valt aan managementinformatie, andere verantwoordingen en uitgevoerde audits.

Bron: NZa