

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2022

Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2022?

6 juni 2023



Inhoudsopgave

1	Hoe voerden zorgverzekeraars de Zvw uit in 2022?	3
2	Rol zorgverzekeraars en toezicht door NZa	7
3	Zorgplicht en passende zorg	9
3.1	Passende zorg	10
3.2	Zorgplicht	10
4	Zorginkoop	15
4.1	Zorginkoopproces	16
4.2	Contractering in verschillende sectoren	16
5	Polismarkt	19
5.1	Modelovereenkomsten	20
6	Transparantie	23
6.1	Bruikbare informatie	24
6.2	Overstapperiode 2022-2023	24
6.3	Transparantie over financiële consequenties niet-gecontracteerde zorg	25
7	Financiële verantwoording t.b.v. risicoverevening en COVID-19 kosten	26
7.1	Onderzoek risicoverevening	27
7.2	Financiering van kosten in verband met COVID-19	28

1 Hoe voerden zorgverzekeraars de Zvw uit in 2022?

Samenvattend oordeel



De zorg “piept en kraakt”, van zorgverzekeraars verwachten we méér inspanningen

De zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol in ons Nederlandse zorgstelsel. Zij bieden een scala aan zorgpolissen voor de verplichte basisverzekering aan waaruit verzekerden een polis kiezen. Hiermee kunnen verzekerden zorg (vergoed) krijgen wanneer zij dat nodig hebben. Daartoe moeten zorgverzekeraars goede en toegankelijke zorg inkopen en de regie voeren op regiospecifiek en toekomstbestendig aanbod dat aansluit op behoeftes. Vanwege die maatschappelijke rol zijn er wettelijke plichten waaraan zorgverzekeraars zich moeten houden. Deze zijn onder meer vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa houdt toezicht op het naleven van die verplichtingen door risico's te onderzoeken en hierop gerichte acties uit te voeren. Op basis daarvan geven we in dit samenvattend rapport weer hoe de zorgverzekeraars de Zvw in 2022 hebben uitgevoerd.

We constateren dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland al langere tijd onder druk staan. Dat is zorgelijk. We hebben een kritisch punt bereikt: mensen kunnen niet altijd meer tijdig de zorg krijgen waar zij aanspraak op hebben. De vraag naar zorg stijgt onder meer door vergrijzing en innovatie. Tegelijkertijd wordt het zorgaanbod relatief steeds schaarser, onder meer door personeelstekorten en een hoog ziekteverzuim. Ook de betaalbaarheid staat onder druk: de kosten van zorg en dus ook de premies van de zorgverzekeringen blijven naar verwachting stijgen.

Wij zijn van oordeel dat zorgverzekeraars in 2022 over het algemeen veel inspanningen leverden, maar dat verbetering nodig is. Wij verwachten op diverse vlakken meer inspanning van zorgverzekeraars om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor hun verzekerden, zodat die op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit volgt uit de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars om tot het uiterste voldoende, goede zorg te organiseren voor naturaverzekerden.

Om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor burgers, verwachten we van zorgverzekeraars dat zij inzicht hebben in de zorgvraag en het zorgaanbod in hun kernwerkgebied(en), proactief regie nemen om samen met zorgaanbieders en relevante ketenpartners in de regio tot oplossingen te komen en daar op te sturen. Van zorgverzekeraars zonder kernwerkgebied verwachten wij dat zij zich ervan vergewissen dat ook hun zorgplicht naar de eigen naturaverzekerden voldoende wordt geborgd en passende zorg wordt geleverd.

In de zorg moeten we het anders gaan organiseren en keuzes maken. Zorgverzekeraars hebben daarin een belangrijke rol. De transformatie in de zorg is niet door individuele partijen alleen op te lossen. Samenwerking is noodzakelijk tussen de verschillende zorgverleners en tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en met het sociaal domein - waarbij de patiënt centraal staat. Dit constateerden we voorgaande jaren en die noodzaak is groter dan ooit.

In 2022 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en veel partijen in de zorg het integraal zorgakkoord (IZA) gesloten. Het IZA is een belangrijke stap in de transformatie naar passende zorg: betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen, ook in de toekomst. Samenwerking en goede informatiedeling is cruciaal om de resultaten van het IZA te behalen. Het gaat daarbij om een veelheid van aspecten, zoals preventie, samenwerking met het sociaal domein, versterking van de eerstelijnszorg, digitalisering en verbetering van contractering. De zorgverzekeraars hebben bij de realisatie van de afspraken van het IZA een belangrijke rol, bijvoorbeeld door regiobeelden en –plannen met andere partijen gezamenlijk tot stand te brengen, transformatieplannen voor impactvolle transformaties in de regio te beoordelen en helpen uit te voeren.

Zorgplicht en inkoop

Ons beeld is dat, naast enkele positieve ontwikkelingen, zorgverzekeraars meer coördinatie en afstemming in de zorgverlening kunnen initiëren om de transitie naar passende zorg te realiseren. Wij constateren in diverse onderzoeken van het afgelopen jaar dat de houding van de zorgverzekeraars te weinig sturend en proactief is. Wij missen regie op het optimaal benutten van de beschikbare zorgcapaciteit en het verkorten van wachttijden en wachtlijsten. Wij verwachten van zorgverzekeraars meer initiatief bij het maken van (resultaat)afspraken met zorgaanbieders om zo met de zorginkoop voor naturaverzekerden te sturen op het optimaal benutten van de schaarse beschikbare zorgcapaciteit. Zowel nu en in de toekomst, bijvoorbeeld via meerjarige afspraken.

Contractering is een belangrijk sturingsinstrument voor zorgverzekeraars om te komen tot kwalitatief goede, toegankelijke, tijdige en betaalbare zorg. Binnen verschillende sectoren blijven de inhoudelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een aandachtspunt. Verbredingen in de contractering zijn nodig om de noodzakelijke veranderingen, zoals ook overeengekomen in het IZA, op gang te brengen en te houden. Contractering is het sluitstuk van een goede zorginkoop. Voor een goede zorginkoop is het tevens nodig dat zorgverzekeraars sturen op inzicht in vraag en aanbod, de regie voeren op oplossingen voor schaarste en zo nodig (financieel) comfort bieden om zorg beschikbaar te houden en toekomstbestendig te maken. De contractering voor contractjaar 2023 was uitzonderlijk. Er was namelijk veel (financiële) onzekerheid tijdens de onderhandelingsperiode. Dit had een aantal oorzaken, zoals hoge inflatie en hoge energiekosten. Daarbij domineerde de coronapandemie afgelopen jaren, wat bijdroeg aan een beperkt inzicht van de zorgvraag en zorginkoop van 2023. Daarbovenop werd het IZA pas het in het najaar 2022 afgesloten en was er onduidelijkheid over de interpretatie van bepaalde afspraken, zoals over de doorrekening van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling. Hierdoor liepen de onderhandelingen extra lang door.

Transparantie

Zoals hierboven aangegeven verliep het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2023 nog moeizamer dan in voorgaande jaren. Doordat veel contracten pas na 1 januari 2023 rond waren, was voor verzekerden, in de periode waarin zij konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar, niet altijd duidelijk of de zorgaanbieder van hun keuze gecontracteerd is in het nieuwe polisjaar. Dat is onwenselijk. We vinden het daarom van groot belang dat consumenten aan het begin van de overstapperiode duidelijkheid hebben rondom het gecontracteerde zorgaanbod en de consequenties indien een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geraadpleegd.

Polismarkt

Vanwege premieconcurrentie heeft de focus van zorgverzekeraars de afgelopen jaren relatief veel op de jonge, gezonde verzekerde gelegen. Tot 2022 nam de segmentatie steeds verder toe: budgetpolissen groeiden hard en restitutiepolissen daalden hard. Dit kan duiden op een tweedeling tussen polissen voor jonge en gezonde verzekerden en polissen voor mensen die meer zorg nodig hebben. Hierover hebben we onze zorgen geuit. Hierdoor komt immers de risicosolidariteit, één van de pijlers onder het zorgstelsel, onder druk te staan.

Met ingang van 2023 is het aantal budgetpolissen gestabiliseerd. Mogelijk speelt de invoering van de zogenaamde bandbreedteregeling hierbij een rol. Deze regeling voor 2023 is tweeledig. Met behulp van deze regeling wordt bij polissen die sterk winstgevend zijn, de winst boven 50 euro per verzekerde per jaar grotendeels afgeroomd. Daarnaast worden polissen die sterk verliesgevend waren, gecompenseerd. Het doel van deze regeling is om over- en ondercompensaties te verminderen en om zo prikkels tot risicoselectie te beperken.

We zien nog steeds dat diverse zorgverzekeringsconcerns via verschillende risicodragers modelovereenkomsten aanbieden die inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Voor de verzekerde heeft dit nauwelijks toegevoegde waarde. We gaan de definitie van nagenoeg gelijke polissen in onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten aanpassen zodat meer polissen onder de verplichting vallen om ze te publiceren in een overzicht met op elkaar lijkende polissen. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij terughoudend zijn met het op de markt brengen van nieuwe polissen en dat alleen doen als die ook daadwerkelijk iets toevoegen voor verzekerden.

Financiële verantwoording t.b.v. risicoverevening en COVID-19 kosten

Zorgverzekeraars leveren in jaarstaten gegevens aan over de Zvw. Dit is onder meer relevant voor de risicovereveningsbijdrage. Vanwege onder andere de coronapandemie was het nog niet mogelijk om over de jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat assurance door de accountant te vragen. Dat kwam onder meer doordat het onderscheid tussen reguliere kosten en coronakosten niet te maken viel. Dit wordt opgelost bij de aanlevering van de jaarstaat 2022 in 2023. Via deze jaarstaat wordt alsnog assurance van de accountant gegeven bij de jaarlagen 2020 en 2021. Wij hebben daarom nog geen bestuurlijk oordeel over de jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat van zorgverzekeraars gegeven.

Voor de indirecte meerkosten door COVID-19 is een traject opgesteld met plausibiliteitsoordelen. Over het algemeen zien wij dat zorgverzekeraars dat redelijk goed uitvoeren.

2 Rol zorgverzekeraars en toezicht door NZa

Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Bij de uitvoering van hun taken moeten zij zich onder meer houden aan de Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2022 hebben uitgevoerd.

In het Nederlandse zorgstelsel moeten zorgverzekeraars zich houden aan de Zvw. Zo heeft de zorgverzekeraar voor alle zorg uit het basispakket een wettelijke zorgplicht voor zijn verzekerden. Dit betekent in grote lijnen dat de zorgverzekeraar moet zorgen voor voldoende tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg voor zijn verzekerden. Zorgverzekeraars maken daarover (inkoop)afspraken met zorgaanbieders. Ze moeten daarbij oog hebben voor de zorgvraag van nu en die van de toekomst. Wat is er in een specifieke regio nodig? Hoe zorgen we ervoor dat partijen passende zorg bieden?

In het najaar kan iedereen kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars informatie geven die bruikbaar is. Zorgverzekeraars moeten iedereen voor de basisverzekering accepteren, ongeacht leeftijd, leefstijl, inkomen of ziektehistorie. Ook mogen ze voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren. Nadat de verzekerde zorg heeft ontvangen, krijgt de verzekerde of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Zorgverzekeraars controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die de Zvw stelt.

De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. In dit samenvattend rapport belichten we – op basis van de door ons uitgevoerde onderzoeken - de uitvoering van de zorgverzekeraars van de Zvw aan de hand van de volgende onderwerpen:

- H3 zorgplicht en passende zorg;
- H4 zorginkoop;
- H5 polisaanbod;
- H6 transparantie;
- H7 financiële verantwoording t.b.v. risicoverevening en COVID-19 kosten.

Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zvw, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en onderliggende regelgeving, voeren wij gerichte onderzoeken en acties uit. We bepalen door analyses welke problemen in de zorg naar onze mening het belangrijkste zijn om aan te pakken. 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. We richten ons ook op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor burgers.

3 Zorgplicht en passende zorg

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die is vastgelegd in artikel 11 van de Zvw. De zorgplicht is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet 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 ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. De zorgplicht is een belangrijke waarborg voor de toegankelijkheid van zorg. De inzet op passende zorg is daarbij van groot belang. Wat wij van zorgverzekeraars verwachten bij de uitvoering van hun zorgplicht, beschrijven we in 'de beleidsregel toezichtkader zorgplicht' en in 'de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars'.

3.1 Passende zorg

We willen dat iedereen in Nederland, arm en rijk, ziek en gezond, kan rekenen op passende zorg. Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Patiënten en zorgverlener beslissen samen en de zorg wordt, waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd. Het gaat daarbij om gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Dit betekent dat we slim moeten organiseren, zodat alleen die zorg wordt ingezet die bijdraagt aan gezondheid en functioneren van mensen.

In 2022 hebben het ministerie van VWS en veel partijen in de zorg het IZA gesloten. Dit akkoord is een belangrijke stap in de transformatie naar passende zorg: betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen, ook in de toekomst. De NZa schreef de ministers en staatssecretaris van VWS samen met het Zorginstituut Nederland (ZIN) een brief om onze steun uit te spreken. Door de vergrijzing, stijgende zorgvraag en het personeelstekort staat de zorg in Nederland onder druk. Om de zorg voor alle inwoners van Nederland toegankelijk te houden, moet de zorg anders worden georganiseerd. Een oproep die ook is opgenomen in onze signaleringsbrief samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) aan het ministerie van VWS.

Samenwerking is cruciaal om de resultaten van het IZA te behalen. Het gaat om een veelheid van aspecten, zoals preventie, samenwerking met het sociaal domein en verbetering van contractering. Het is belangrijk dat het maatschappelijk belang altijd de focus blijft en zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorginkopers elkaar hierop aanspreken. Goede strakke samenwerkingsafspraken zijn nodig om te voorkomen dat het akkoord te vrijblijvend blijkt of we met elkaar verzanden in technische vraagstukken. Alleen door intensief samen te werken, kunnen we ervoor zorgen dat de Nederlandse gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in de transformatie naar passende zorg, bijvoorbeeld door in de regio regiobeelden en –plannen met andere partijen gezamenlijk tot stand te brengen. De NZa draagt onder andere bij door het ter beschikking stellen van gegevens. Zo delen wij regio-analyses die de basis kunnen vormen voor regionale samenwerking. Op de totstandkoming van deze samenwerking zien wij ook toe. In het IZA zijn afspraken gemaakt over transformatiemiddelen die nodig zijn om tot passende zorg te komen. Dat geld moet ingezet worden waar de investering het meest nodig is. Partijen kunnen hun plannen voor impactvolle transformaties indienen bij de marktleidende zorgverzekeraar in de betreffende regio. Deze beoordeelt het plan met de tweede zorgverzekeraar. Indien het plan wordt goedgekeurd, volgen alle zorgverzekeraars, worden transformatiemiddelen beschikbaar gesteld en handelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gelijkgericht conform het goedgekeurde transformatieplan. We ondersteunen partijen daarin, maar spreken het veld ook aan als dat nodig is om verdere stappen te zetten naar passende zorg.

3.2 Zorgplicht

Toegankelijkheid msz

De NZa heeft onderzocht in welke mate zorgverzekeraars sturen op het verkorten van de wachtlijsten en wachttijden in de msz, mede met het oog op zorg die is uitgesteld door corona. Vanuit hun wettelijke zorgplicht moeten zorgverzekeraars, in het geval van een natura-aanspraak, proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor verzekerden organiseren. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraars die het grootste marktaandeel hebben bij de ziekenhuizen met de langste wachttijden.

Wij constateerden dat zorgverzekeraars nog te beperkt zorgaanbieders in de regio samenbrengen en bespreken welke mogelijkheden er zijn om wachtlijsten en wachttijden te verminderen. Zorgverzekeraars kunnen vanuit hun cruciale regierol meer sturen op het optimaal benutten van de schaarse beschikbare zorgcapaciteit, zowel bij ziekenhuizen als bij zelfstandige behandelcentra (zbc's) en verderop in de keten. Voor zorgverzekeraars betekent dit dat zij met partijen binnen en buiten het zorgdomein om tafel moeten om tot concrete afspraken te komen. Hoewel regionale tafels van de grond komen, hebben deze nog onvoldoende geleid tot concrete (resultaat)afspraken met ziekenhuizen en zbc's over het verminderen van de wachttijden en wachtlijsten. Deze afspraken en een intensieve samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn nodig om de uitgestelde zorg weg te kunnen werken. In 2023 willen we als vervolg op deze bevindingen een onderzoek uitvoeren naar het proactief handelen door zorgverzekeraars.

Toegankelijkheid ggz

In het voorjaar van 2022 hebben drie sluitingen van specialistische ggz-afdelingen kort na elkaar voor maatschappelijke onrust gezorgd. De ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om te onderzoeken of de drie casussen met elkaar in verband staan. Wij constateerden in onze rode draden analyse dat dit niet geval is.

In twee van de drie gevallen waren de zorgverzekeraars vooraf door de zorgaanbieders geïnformeerd. De zorgverzekeraars hebben aan hun zorgplicht voldaan door vast te stellen dat voor de betrokken patiënten alternatieve zorg werd geregeld. In het derde geval werden de zorgverzekeraars overvallen door het besluit van de zorgaanbieder, maar zijn de patiënten van wie de zorg werd gestaakt op tijd ergens anders in zorg genomen. Hoewel in deze drie gevallen de zorgplicht niet is geschonden, vinden wij het belangrijk dat zorgverzekeraars actiever optreden als bepaalde zorg stopt of wordt afgebouwd. Verzekeraars moeten bij sluitingen ook uit zichzelf nagaan of de vervangende zorg voor hun patiënten goed geregeld is, niet pas als ze daarop worden bevraagd door de toezichthouder. Wij dringen erop aan dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten afspraken maken, en die ook vastleggen, om mensen met complexe psychische problemen tijdig passende zorg te bieden.

Later in het jaar brachten wij gezamenlijk met de IGJ een bezoek aan negen regio's die we vorig jaar ook bezochten. Wij bespraken met partijen de voortgang en resultaten van de gezamenlijke aanpak in de regio om de wachttijden voor de ggz te verminderen. We spraken daarbij met een brede vertegenwoordiging van de Regionale Taskforce (RTF) onder andere over de aanbevelingen die wij daarover meegaven in de vorige rapportbrief.

Ondanks de regionale inspanningen van afgelopen jaar is in geen van de bezochte regio's een substantiële daling van de wachttijden zichtbaar. Wel zien wij dat partijen elkaar steeds beter weten te vinden en meer samenwerken waardoor het onderlinge vertrouwen is gegroeid. In alle regio's participeren één of twee zorgverzekeraars in de RTF. De participatie loopt van een actieve bijdrage tot aan het zoeken naar de juiste rolinvulling. Zorgverzekeraars hebben op regioniveau, ondanks onze aanbeveling van 2021, nog onvoldoende inzicht in de zorgbehoefte en het zorgaanbod. In het IZA zijn afspraken gemaakt om op korte termijn te komen tot regiobeelden en regioplannen die per sector verder uitgewerkt moeten worden. De twee grootste zorgverzekeraars met twee gemeentes per regio moeten hierbij de regie nemen.

Samen met de IGJ publiceerden wij een brief over onze bevindingen in 2022. Voor de vervolgaanpak van ons toezicht op de regionale wachttijden ggz gaan wij de komende jaren gericht de ontwikkelingen in enkele regio's volgen en dieper op de materie inzoomen. Daarbij kijken we naar het samenwerkingsverband en vooral naar de rol van de individuele partijen daarin.

Toegankelijkheid huisartsenzorg

Zorgverzekeraars hebben een grote verantwoordelijkheid bij het regionaal passend organiseren en daarmee zo toegankelijk mogelijk houden van de huisartsenzorg. Vanuit de NZa is afgelopen drie jaar met alle zorgverzekeraars die in een regio preferent zijn contact geweest om de inspanningen van zorgverzekeraars op dit thema te toetsen aan onze verwachtingen. In kwartaal 4 2022 en kwartaal 1 van 2023 zijn de laatste gesprekken gevoerd. In deze gesprekken hebben we ingezoomd op de door de zorgverzekeraar als zorgelijk aangemerkte regio's van hun kernwerkgebied, hoe de samenwerking in de regio's is, welke acties er worden ondernomen om de toegankelijkheid te verbeteren en hoe ze naar de toekomst kijken.

Ook verwachten we van zorgverzekeraars dat zij goed inzicht hebben in de vraag naar huisartsenzorg in elke regio. Dit inzicht is nodig om de meest passende activiteiten te kunnen ondernemen, zoals het sturen op voldoende aanbod van huisartsenzorg in elke regio. Ook voor de rol als zorgbemiddelaar is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars een beeld hebben van het aantal verzekerden dat problemen heeft om zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk. Deze gegevens vragen we bij zorgverzekeraars op om te monitoren of dit inzicht er is en om een beter beeld te hebben van de kwetsbare regio's in het land.

Niet alleen spreken we zorgverzekeraars over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in brede zin, maar ook hebben we te maken met casuïstiek in regio's waar veel knelpunten zijn. Afhankelijk van het probleem, kijken we wat de beste interventie is. Soms zijn normoverdragende gesprekken met zorgverzekeraars voldoende. Andere situaties vragen een intensievere en bredere inzet vanuit toezicht en spreken we ook met bijvoorbeeld de zorggroep of het regionale samenwerkingsverband.

Toegankelijkheid geboortezorg

Enkele zorgverzekeraars hebben zich in 2022 collectief tot de NZa gewend met de vraag in hoeverre zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen nu de beschikbare capaciteit in de kraamzorg op piekmomenten in toenemende mate knelt. De NZa heeft in gesprekken met deze zorgverzekeraars geconstateerd dat zorgverzekeraars zich nog meer kunnen inspannen, onder andere door inzicht te hebben: tijdig weten wat de zorgvraag is, waar knelpunten spelen en wat de grenzen zijn van goede zorg.

Daarnaast zou in tijden van schaarste een prioriteringsbeleid van een zorgverzekeraar kunnen helpen om keuzes te maken, alsmede een goede oriëntatie op waar de grenzen liggen van wat acceptabel is. De NZa heeft dit in het najaar van 2022 aan betreffende zorgverzekeraars gecommuniceerd en stimuleert zorgverzekeraars actief om de zorgplicht optimaal te borgen voor een volgende periode van schaarste. Zorgverzekeraars hebben deze handschoen vooralsnog opgepakt, in samenspraak met brancheorganisaties en andere betrokken partijen.

Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)

Sinds 2019 maakt de GLI onderdeel uit van de basisverzekerde zorg. Vanaf dat moment zijn zorgverzekeraars verplicht om ervoor te zorgen dat verzekerden binnen redelijke tijd en afstand toegang hebben tot de GLI en dat zij goed worden geïnformeerd. Wij hebben zorgverzekeraars gevraagd welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd en waar de zorg wordt verleend. Dit om te controleren welk inzicht zorgverzekeraars zelf hebben en omdat wij zo een overzicht konden maken van de dekking van GLI zorgverlening.

Van nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben wij niet de informatie ontvangen die wij met het informatieverzoek hadden opgevraagd en daarom konden wij geen overzicht maken van de landelijke dekking. Omdat de uitvraag aan zorgverzekeraars complex bleek te zijn, hebben wij afgewogen dat

handhaving op het aanleveren van de gegevens niet het gewenste effect zou hebben. Om toch een goed beeld te krijgen van welk inzicht zorgverzekeraars hebben in vraag en aanbod van GLI-zorg voerden wij gesprekken met vier grote zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars hebben weliswaar in bepaalde mate inzicht in waar de GLI wordt geleverd en waar de dekking onvoldoende is, maar dit kan nog beter. Dat geldt ook voor de informatie die zorgverzekeraars via de zorgzoeker bieden. Onze aanbevelingen aan alle zorgverzekeraars zijn om structureel de dekking te monitoren, actief te sturen op een goede dekking en juiste en volledige informatie te verstrekken. In maart 2023 doen wij opnieuw een onderzoek hiernaar en verwachten wij dat zorgverzekeraars ons de gewenste informatie aanleveren.

Hulpmiddelen

Wij kregen vorig jaar signalen dat verzekerden niet altijd een hulpmiddel krijgen dat echt helpt en functioneel is. Ook hoorden we dat verzekerden in acute situaties het hulpmiddel niet tijdig ontvangen. In april 2022 deden wij aan alle zorgverzekeraars een oproep in een brief dat wij verwachten dat de knelpunten rondom hulpmiddelen worden opgepakt. Daarbij zien wij graag dat zorgverzekeraars openstaan voor input van patiëntenverenigingen, verzekerden of zorgaanbieders. Wij zien dit als een voorwaarde voor passende zorg en invulling van de zorgplicht.

Zorgverzekeraars hebben de taak om hulpmiddelen in te kopen en de toegang tot deze zorg te organiseren voor hun verzekerden. Een doelmatige inkoop mag niet leiden tot situaties waarbij verzekerden niet goed geholpen worden. Van patiëntenverenigingen hoort de NZa dat het voorkomt dat hulpmiddelen worden geleverd die voor een grote groep verzekerden geschikt zijn, maar niet passen bij een deel van de verzekerden. Elke verzekerde die een hulpmiddel nodig heeft, zou op tijd en zonder gedoe een passend hulpmiddel moeten krijgen. Er moet ruimte zijn voor maatwerk waar dat nodig is. Wij zijn in gesprek met zorgverzekeraars en ZN over onze brief en bespreken hoe zij onze oproep oppakken.

Doorlooptijden machtigingen ongecontracteerde wijkverpleging en aanvragen PGB Zvw

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars snel en zorgvuldig reageren als verzekerden en/of aanvragers om toestemming ('machtiging') vragen, omdat ze wijkverpleging willen van een aanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft. Dat geldt ook voor de afhandeling van aanvragen voor een persoonsgebonden budget (pgb) uit de Zvw.

Een doorlooptijd van vijf werkdagen vinden wij redelijk als vuistregel bij correct ingediende aanvragen van machtigingen voor ongecontracteerde wijkverpleging. Als er aanvullende informatie nodig is, verwachten we dat de zorgverzekeraar dit snel en duidelijk richting de aanvrager aangeeft. Voor de aanvragen van pgb's hebben zorgverzekeraars gezamenlijk een termijn afgesproken van zes weken. Het is van belang dat de zorgverzekeraar de processtappen, verwachtingen en termijnen helder communiceert en deze zelf in acht neemt.

Naar aanleiding van signalen over lange doorlooptijden in de afhandeling van beide type aanvragen doet de NZa hier een aantal jaren onderzoek naar. In 2022 zijn we bij alle zorgverzekeraars op controlebezoek geweest. Aan de zorgverzekeraars koppelden we individueel onze bevindingen terug. Bij een tweetal zorgverzekeraars hebben we een vervolgesprek gevoerd. Wij blijven de doorlooptijden ook in 2023 volgen.

Intramurale geneesmiddelen

De NZa is verzocht een oordeel te geven of de werkwijze van de commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (CieBAG) past binnen het bestaande wettelijke kader van de 'open instroom' en van de zorgplicht en om daarbij het criterium stand van de wetenschap en praktijk onder de loep te nemen. Binnen de CieBAG bespreken zorgverzekeraars gezamenlijk welke (intramurale) geneesmiddelen in aanmerking komen voor een add-on status, welke voldoen aan de stand van de wetenschappen en praktijk en welke daarmee voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering.

Wij concluderen dat de werkwijze van CieBAG geen strijd oplevert met de zorgplicht. De beoordeling van CieBAG verloopt naar ons oordeel op een transparante wijze. Daarnaast zien we dat er verbeteringen nodig zijn en doen we een drietal aanbevelingen hiervoor. Onder meer vinden wij het belangrijk dat zorgverzekeraars in kaart brengen wat zij nodig hebben om hun rol goed te kunnen vervullen en hierover het gesprek aangaan met het ZIN, het Ministerie van VWS en de NZa.

4 Zorginkoop

Zorginkoop is het instrument waarmee zorgverzekeraars invulling geven aan passende zorg voor hun (natura)verzekerden. In de contracten met zorgaanbieders hebben zij de mogelijkheid om afspraken te maken over prijs, volume, beschikbaarheid, kwaliteit en passende zorg. Met als doel de beste zorg voor de verzekerdenpopulatie en scherpe premiestelling.

4.1 Zorginkoopproces

De NZa houdt toezicht op het zorginkoopproces. De NZa ziet er op toe dat het contracteerproces transparant verloopt en heeft hiervoor de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw vastgesteld. Wij pasten deze regeling in 2022 aan om de transparantie tijdens het zorginkoopproces verder te verbeteren. Zo moet beleid rondom bijcontractering gelijktijdig worden gepubliceerd met het inkoopbeleid voor het komende jaar. Ook moet vooraf bekend zijn hoe wordt omgegaan met wijzigingen in het zorginkoopbeleid op een later moment in het jaar. De regels zijn van toepassing op de contracten die zijn ingegaan per 1 januari 2023.

4.2 Contractering in verschillende sectoren

Contractering is een belangrijk sturingsinstrument voor zorgverzekeraars om te komen tot kwalitatief goede, toegankelijke, tijdige en betaalbare zorg.

De contractering voor contractjaar 2023 was uitzonderlijk. Er was namelijk veel (financiële) onzekerheid tijdens de onderhandelingsperiode. Dit had een aantal oorzaken, zoals hoge inflatie en hoge energiekosten. Daarbij domineerde de coronapandemie afgelopen jaren, wat bijdroeg aan een beperkt inzicht van de zorgvraag en zorginkoop voor 2023. Tevens werd het IZA pas het in het najaar 2022 afgesloten en was er onduidelijkheid over de interpretatie van bepaalde afspraken, zoals de doorrekening van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling. Hierdoor liepen de onderhandelingen extra lang door.

De NZa signaleert al langer dat de contractering veelal niet voor de overstapperperiode is afgerond. Dit vindt de NZa onwenselijk vanwege de onzekerheid voor verzekerden die een polis kiezen in de overstapperperiode en dan niet altijd weten welke zorgaanbieders door welke zorgverzekeraars gecontracteerd zijn en voor vergoeding in aanmerking komen. Partijen werken gezamenlijk aan de verbetering van het contracteerproces. In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november zodanig af te ronden, dat vanaf die datum voor verzekerden duidelijk is waar de geleverde zorg voor 100% door de zorgverzekeraar wordt vergoed.

In onderstaande passage geven we ons beeld per sector zoals we dat in de verschillende in 2022 gepubliceerde monitors contractering hebben weergegeven.

Huisartsenzorg

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat in een toenemend aantal regio's onder druk. Hoewel er in sommige regio's sprake is van een constructieve samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om lokale toegankelijkheidsproblemen op te lossen, is toegankelijkheid van huisartsenzorg niet in elke regio standaard onderwerp van gesprek tussen de zorgverzekeraar en het regionaal samenwerkingsverband. Dit blijkt uit de Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022. Het is aan zorgverzekeraars om samen met regionale samenwerkingsverbanden inzicht te krijgen in vraag en aanbod en op basis daarvan passende activiteiten te ondernemen om de huisartsenzorg toegankelijk te houden.

Verschillen in inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars kunnen onwenselijke effecten hebben in de praktijk, waar zorgverzekeraars aandacht voor moeten hebben. Ook kunnen wijzigingen in het inkoopbeleid van verzekeraars commotie veroorzaken. Het niet meer rechtstreeks contracteren van gezondheidscentra door een aantal zorgverzekeraars heeft geleid tot zorgen over de continuïteit van huisartsenzorg bij de gezondheidscentra waar huisartsen in loondienst zijn. Zorgverzekeraars zijn hierbij

gewezen op hun zorgplicht waarna aanvullende afspraken zijn gemaakt voor de korte termijn. Voor de lange termijn is aan loondienstcentra en zorgverzekeraars aanbevolen om ook hierover afspraken te maken.

Wijkverpleging

Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2022 komt naar voren dat de ontevredenheid over het contracteerproces voor 2022 zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders is gestegen. De ontevredenheid focust vooral op onderhandelingen over het tarief. De gesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan inhoudelijk vooral over doelmatige zorg. Wel maken partijen steeds meer afspraken over digitale zorg. Hier wordt vanuit het IZA ook extra inzet van verwacht. Er worden weinig concrete afspraken gemaakt over kwaliteit, preventie, wijkgericht werken of arbeidsmarkt, met andere woorden: die elementen die nodig zijn om de wijkverpleging voor de toekomst toegankelijk te houden. De afgesproken omzetplafonds zorgen voor cliëntenstops, waarbij zorgaanbieders vaker dan voorgaand jaar verwijzen naar andere zorgaanbieders.

GGZ

Uit de Monitor contractering ggz 2022 blijkt dat de invoering van het zorgprestatie-model gevolgen heeft gehad voor het contracteerproces en de inhoud van de contracten voor 2022. De invoering leidde ertoe dat voor 2022 vrijwel geen meerjarencontracten zijn afgesloten. Ook in inkoop 2023 had het zorgprestatie-model grote invloed. Hierdoor kwam de declaratiestroom pas laat op gang. De NZa vindt het belangrijk dat er meer meerjarenafspraken in contracten worden gemaakt. Hiermee ontstaan er lange-termijnplannen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook moeten zorgverzekeraars de tarieven die zij bieden, goed onderbouwen. Als een omzetplafond bereikt is, moeten beide partijen zich inzetten om snel afspraken over bijcontractering te maken, als dat aan de orde is.

Het afgelopen jaar zijn de processen rondom (bij)contractering verbeterd, zoals verduidelijking van het proces, meer uniformiteit in de contracten, het vereenvoudigen van contracten en vereenvoudigen van de (digitale) procedures om een contract te sluiten. Dat neemt niet weg dat er nog verbeteringen nodig en mogelijk zijn. De bereikbaarheid van zorgverzekeraars blijft bijvoorbeeld een aandachtspunt, zeker voor zorgaanbieders die digitaal moeten contracteren. De contractering in sommige regio's heeft te maken met aanmerkelijke marktmacht. De NZa heeft op basis daarvan in haar rol als marktmeester in het verleden, in december 2020 een transparantieplichting en een contracteerverplichting opgelegd aan een grote zorgaanbieder in Zeeland.

Na wijzigingen van de inkoop en bekostiging van acute ggz in 2022, is in dit jaar geconstateerd dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars nu meer dan voorheen in gesprek zijn over hoe de acute ggz in de regio goed georganiseerd kan worden, waarbij het rekenmodel dat de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland hebben ontwikkeld, een waardevol hulpmiddel blijkt te zijn.

MSZ

De coronapandemie heeft ook in 2022 een sterke stempel gedrukt op de contractering van msz, zo blijkt uit de Monitor Medisch-specialistische zorg 2022. Door de totstandkoming van de collectieve COVID-19 regeling lijken de brancheverenigingen een grotere invloed te hebben gehad op het verloop en de inhoud van contractonderhandelingen dan in voorgaande jaren. Dit heeft geleid tot vertraging van en inmenging in het contracteerproces, waardoor er minder ruimte was voor het maken van maatwerkafspraken. Alle partijen wensen een snelle terugkeer naar de reguliere contractering.

De contractonderhandelingen waren sterk gericht op het beperken van het eigen financieel risico en niet of beperkt gericht op het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen. Hierdoor zijn in een aantal gevallen de onderhandelingen tussen partijen verhard en is de beweging naar passende zorg vertraagd. In 2022 zijn er vrijwel geen nieuwe meerjarencontracten gesloten. Er zijn relatief veel éénjarige omzetplafonds afgesproken.

5 Polismarkt

De NZa brengt jaarlijks een monitor zorgverzekeringsmarkt 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. In dit hoofdstuk gaan we in op enkele van de belangrijkste ontwikkelingen die de NZa in 2022 op de zorgverzekeringsmarkt heeft waargenomen.

5.1 Modelovereenkomsten

In 2022 zijn er in totaal 10 concerns met 20 zorgverzekeraars. Dat is gelijk aan de aantallen zorgverzekeraars in 2021. Er worden 60 modelovereenkomsten aangeboden: 11 restitutie, 37 natura en 12 combinatiepolissen.

Er worden in 2022 drie modelovereenkomsten meer aangeboden dan in het jaar ervoor. De NZa is een voorstander van een overzichtelijk en onderscheidend polisaanbod. Een toename van het aantal polissen draagt daar niet aan bij, tenzij een uitbreiding van het polisaanbod daadwerkelijk tot meer onderscheidende keuze leidt voor de consument. De NZa vindt het wenselijk dat het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten binnen hetzelfde verzekeraarsconcern wordt beperkt.

Veranderingen in het polisaanbod voor 2022

In 2022 is een modelovereenkomst opgeheven. Dat betreft de Zorgzaam polis van Univé.

Er zijn in 2022 vier nieuwe modelovereenkomsten bij gekomen. Dit betroffen twee naturapolissen en twee combinatiepolissen. De naturapolissen zijn de Anderzorg Compact en FBTO zorgverzekering basis. De combinatiepolissen zijn VinkVink van Menzis en de ZEM polis van Zorg en Zekerheid. De bestaande restitutiepólissen Nationale Nederlanden zorgverzekering en OHRA zorgverzekering van CZ, alsmede de zorgdirect basisverzekering van Eno en de Zorg Vrij polis van Zorg en Zekerheid, zijn omgezet naar een combinatiepolis. Daarnaast is de Natura basisverzekering Anderzorg basis van Menzis omgezet naar een combinatiepolis.

Soort modelovereenkomst	2020	2021	2022
Totaal	55	57	60
Natura	34	37	37
Restitutie	17	15	11
Combinatie	4	5	12
Daadwerkelijk verschillende modelovereenkomsten	40	43	48
Nagenoeg gelijke modelovereenkomsten	24	22	19
Aantal zorgverzekeraars	21	20	20

(Nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten

We zien dat diverse zorgverzekeringconcerns via verschillende risicodragers modelovereenkomsten aanbieden die inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Bij de bovenstaande tabel merken wij op dat het aantal (nagenoeg) gelijke polissen afwijkt ten opzichte van onze rapportage van vorig jaar en bovendien niet samen met de daadwerkelijk verschillende polissen optelt tot het totaal aantal polissen. Dit komt doordat een andere definitie wordt gehanteerd. Alle (nagenoeg) gelijke polissen die tenminste twee keer voorkomen, worden meegeteld als één daadwerkelijk verschillende modelovereenkomst. Per cluster van (nagenoeg) gelijke polissen binnen een concern worden zij ook meegenomen als een unieke polis. Het

aantal daadwerkelijk verschillende modelovereenkomsten bedraagt 48 van de 60 aangeboden modelovereenkomsten. In 2021 waren dit 43 van de 57 modelovereenkomsten. Het aantal nagenoeg gelijke polissen neemt af in de laatste jaren van 24 in 2020 naar 19 in 2022.

Hierbij maken wij wel de kanttekening dat veel polissen, ondanks dat we ze niet aanmerken als nagenoeg gelijk, inhoudelijk weinig van elkaar verschillen. Vaak is het belangrijkste verschil tussen verschillende polissen binnen een concern een iets hogere of lagere vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Zeker bij een brede contractering leidt dit tot minimale verschillen tussen polissen. Het is ongewenst als de concurrentiedruk leidt tot het op de markt brengen van nieuwe polissen die inhoudelijk nauwelijks van elkaar verschillen. Wij hebben het voornemen om de definitie van nagenoeg gelijke polissen in onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten aan te passen zodat meer polissen onder de verplichting vallen om ze te publiceren in een overzicht met op elkaar lijkende polissen. Wij zien graag dat het polisaanbod meer onderscheidend wordt, zodat voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt. Dit onderwerp nemen we ook mee in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023.

Polissen met beperkende voorwaarden

Het aantal modelovereenkomsten met beperkende voorwaarden, genaamd budgetpolissen, is fors gestegen van 10 naar 16, naar 21 in 2022. Wij hebben in 2022 ook gezien dat het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden fors is gestegen van 3,2 miljoen in 2021, naar 3,8 miljoen in 2022.

Er zijn drie nieuwe polissen met beperkende voorwaarden: FBTO zorgverzekering Basis, Anderzorg Compact en VinkVink van Menzis. Daarnaast zijn twee bestaande polissen, de Hema zorgverzekering van Menzis en de Zorg Gemakpolis van Zorg en Zekerheid, vanaf 2022 aangemerkt als polis met beperkende voorwaarden. In totaal is er bij 15 modelovereenkomsten sprake van een vergoedingspercentage van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. In 2021 waren dat tien modelovereenkomsten.

Wij zien dus een forse toename van het aantal polissen met beperkende voorwaarden. Wij merken ook op dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij een aantal polissen daalt. Bij deze polissen is een scherpe focus op prijs en deze polissen worden met name gericht op jonge en gezonde verzekerden. Er wordt hier sterk gestuurd op een gezonde of gunstige verzekerdenportefeuille.

Maatregelen om de polismarkt te verbeteren

Wij stelden in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022 dat per 2023 maatregelen nodig zijn om een verdere segmentering van de markt te stoppen. Het ministerie van VWS nam maatregelen om ongewenste winsten en verliezen, die het gevolg zijn van een niet goed werkende risicoverevening, tijdelijk te beperken. Dit is gedaan door een bandbreedteregeling op polisniveau waarbij boven de 50 euro winst per verzekerde per jaar een 75% nacalculatie wordt gehanteerd. Daarnaast voert het ministerie van VWS een aantal onderzoeken uit gericht op het verbeteren van de compensatie van gezonde en chronisch zieke verzekerden in de risicoverevening. Wij vinden het nog steeds van groot belang dat de focus van zorgverzekeraars meer verschuift naar zorginkoop en goede dienstverlening voor alle verzekerden in plaats van een te nadrukkelijke focus op een gunstige verzekerdenportefeuille en de prijs.

Tot slot besloten wij, vanwege het nog steeds groeiende polisaanbod en de discussie over de zogeheten tweeling- en kloonpolissen, een nadere analyse uit te voeren op de verschillen tussen polissen. Deze analyse is gestart in 2022 en wordt in samenwerking met de Autoriteit Consument & Markt uitgevoerd.

6 Transparantie

De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars consumenten goed informeren. In het Nederlandse zorgstelsel kan iedereen in het najaar kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars bruikbare informatie verstrekken die het keuzeproces van de consument vereenvoudigt.

6.1 Bruikbare informatie

Per 1 april 2022 is onze herziene Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten in werking getreden. Met de herziening wordt geborgd dat de informatie die door zorgverzekeraars wordt aangeboden, de consument beter ondersteunt in het maken van een weloverwogen keuze. Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt om een transitie van méér informatie naar bruikbare informatie. Bruikbare informatie voldoet voor de NZa aan een aantal uitgangspunten: de inhoud van de informatie is van belang, net als de manier waarop de consument informatie verwerkt en de manier waarop zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders informatie aanbieden.

In maart 2023 hebben wij een gebruikersoverleg georganiseerd, waarbij wij samen met alle zorgverzekeraars stilstonden bij de ervaringen met de gewijzigde Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Wij bespraken waar zorgverzekeraars tegen aanlopen in de praktijk en tijdens afgelopen overstapperiode. We hadden hierbij bijzondere aandacht voor artikel 4, dat gaat over de bruikbaarheid van informatie voor consumenten, omdat zorgverzekeraars nu de ruimte hebben om zelf invulling te geven hoe zij informatie duidelijk en bruikbaar aan consumenten aanreiken.

6.2 Overstapperiode 2022-2023

De NZa onderzoekt elk jaar de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in de overstapperiode. Onze bevindingen hierover in het overstapseizoen 2022-2023 hebben wij in een brief gepubliceerd.

Tijdige bekendmaking premie 2023

De afgelopen jaren heeft de NZa aandacht besteed aan de tijdige bekendmaking van de nieuwe premies. De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat gewijzigde premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn, in ieder geval uiterlijk 12 november. Dit creëert een gelijk speelveld voor concurrerende zorgverzekeraars.

Deze overstapperiode hebben twee zorgverzekeraars zelf bij ons een melding gedaan omtrent problemen in de tijdige bekendmaking van de nieuwe premie voor 2023. Een zorgverzekeraar heeft de nieuwe premie, vanwege technische problemen, voor een groep verzekerden enkele uren na 12 november bekend gemaakt. Een andere zorgverzekeraar heeft de vooraankondiging op 9 november gestuurd, terwijl de premie op 12 november in de “Mijn Omgeving” stond. De algemene mededeling en de daadwerkelijke bekendmaking van het premie aanbod in de “Mijn Omgeving” werd door een tijdsparre van dagen als het ware ‘uit elkaar getrokken’. Dit is niet toegestaan om te kunnen spreken van een individuele mededeling, zoals bedoeld in artikel 17, lid 7, van de Zvw. In beide gevallen was hierdoor geen sprake van een tijdige, individueel medegedeelde premiebekendmaking. Wij hebben deze zorgverzekeraars gewezen op de regelgeving en hierbij benadrukt dat voor de NZa voorop staat dat zorgverzekeraars zelf horen te onderzoeken welke maatregelen kunnen worden genomen in het eigen werkproces om tijdige bekendmaking van premiewijzigingen te waarborgen.

Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

In de overstapperiode 2022-2023 waren zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog later dan voorgaande jaren met het sluiten van contracten. De oorzaak hiervan is onder andere de financiële onzekerheid als gevolg van de hoge inflatie en de hoge energiekosten. Doordat veel contracten pas na 1 januari 2023 rond waren, was voor verzekerden, in de periode waarin zij konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar, niet duidelijk of de zorgaanbieder van hun keuze gecontracteerd is in het nieuwe polisjaar. Dat is onwenselijk.

De NZa heeft middels een informatieverzoek gekeken hoe de informatieverstrekking is van zorgverzekeraars over de status en gevolgen van contractering en of het voldoet aan Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Over het algemeen zijn zorgverzekeraars voldoende transparant over de gevolgen van contracten die nog niet gesloten zijn. Twee zorgverzekeraars waren niet helemaal duidelijk in de informatie over de gevolgen als de contracteerstatus nog in onderhandeling staat. De informatie op de website is aangepast, zodat het voor de consument ook bij deze twee zorgverzekeraars duidelijk is wat de gevolgen zijn van contracten die nog niet gesloten zijn met zorgaanbieders.

Hoewel zorgverzekeraars duidelijk aangeven wat de status is van de contractering en wat de gevolgen zijn als er geen contract wordt gesloten, vinden wij de onzekerheid over het gecontracteerde aanbod voor verzekerden onwenselijk. Het kan immers een drempel vormen om over te stappen. Gezien de grote gevolgen voor de verzekerden bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering, willen wij dat voor verzekerden aan het begin van de overstapperiode duidelijk is waar de geleverde zorg voor 100% door de zorgverzekeraar wordt vergoed. We zijn daarom gestart met een verkenning om vast te stellen wat hiervoor nodig is en hoe onze regelgeving ten behoeve van een transparant zorginkoopproces aangepast kan worden.

In het [IZA](#) hebben partijen afspraken gemaakt over de contractering en de informatieverstrekking naar de verzekerden. Zo zetten zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk in om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november af te ronden en om transparant te maken met wie zij een contract hebben. IZA-partijen organiseren samen een voorlichtingsprogramma dat er op gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars verminderen de administratieve lasten in het contracteerproces en zorgen voor een betere bereikbaarheid voor zorgaanbieders over de inkoop(processen).

6.3 Transparantie over financiële consequenties niet-gecontracteerde zorg

Op 5 december 2022 was er in de Tweede Kamer een rondetafelgesprek over de vrije artskeuze. De NZa stelde voorafgaand [een position paper](#) hierover op. Aanleiding voor het gesprek was het voornemen van meerdere zorgverzekeraars om per 1 januari 2023 een restitutiepolis om te zetten naar een combinatiepolis, waardoor ongecontracteerde aanbieders van ggz en wijkverpleging niet meer 100% worden vergoed. Een risico hierbij was dat er patiënten op dat moment nog in behandeling waren en dat voor deze patiënten het belangrijk was dat zij hun behandeling konden voortzetten bij dezelfde aanbieder zonder ineens met bijbetalingen geconfronteerd te worden. Als het om ongecontracteerde aanbieders gaat, blijkt dit bij het omzetten van een restitutiepolis niet altijd goed geregeld.

Zorgverzekeraars moeten hun huidige en mogelijk toekomstige verzekerden goed informeren over de kenmerken van een zorgverzekering. Goede informatie over het zorgaanbod dat een zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en de vergoedingspercentages voor ongecontracteerde zorg is daarom van groot belang. Voorafgaand aan de eerste afspraak moet de zorgaanbieder aan de patiënt onder meer laten weten of hij een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt, of de patiënt mogelijk een deel van de zorgkosten zelf moet betalen en wat het tarief is. De NZa heeft dit in een position paper aan de Tweede Kamer laten weten en heeft zorgverzekeraars gevraagd te voorkomen dat verzekerden opeens worden geconfronteerd met een hoge rekening of zich genoodzaakt zien hun behandeling bij een specifieke aanbieder te staken. De betrokken zorgverzekeraars hebben naar aanleiding hiervan coulance geboden aan de betreffende verzekerden.

7 Financiële verantwoording t.b.v. risicoverevening en COVID-19 kosten

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 en de Wmg stellen, 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.

7.1 Onderzoek risicoverevening

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2022 aangeleverde informatie voor de risicoverevening (o.a. jaarstaten). In deze informatie zijn ook de COVID-19 kosten opgenomen. Het ZIN 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.

Geen bestuurlijk oordeel bij jaarlaag 2020 en 2021 van de jaarstaat

De coronacrisis heeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders overvallen en moedigde aan tot snel handelen. Daarom is de registratie van (het onderscheid tussen) coronakosten en reguliere zorgkosten bij zorgaanbieders niet van een niveau zoals dat normaliter mag worden verwacht. Er is vooraf niet voldoende tijd geweest om een administratief proces in te richten. Het onderscheid tussen reguliere en coronakosten is wel noodzakelijk, omdat coronakosten ten laste van de catastroferegeling gebracht kunnen worden en de COVID-19 kosten van 2021 niet ten laste van de risicoverevening mogen komen. Om toch het onderscheid tussen reguliere en COVID-19 kosten te kunnen maken, is een aantal pragmatische oplossingen bedacht.

Een van de oplossingen is het werken met zogenaamde BSN COVID-markers. Op basis van gegevens over patiënten met COVID-19 die ziekenhuizen aan zorgverzekeraars aanleveren, kunnen zorgverzekeraars declaraties onderverdelen in reguliere en coronakosten. Ten tijde van het opstellen van de jaarstaat 2021, was deze informatie van ziekenhuizen over 2021 nog niet bekend voor de zorgverzekeraars. Hierdoor konden zij het onderscheid enkel inschatten. De jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat 2021 zijn niet met een controleverklaring uitgevraagd door deze grote onzekerheid in combinatie met kleinere onzekerheden, zoals het ramingsproces door het tijdelijk stopzetten van reguliere zorg, het ontbreken van een plausibiliteitsoordeel van de NZa bij een aantal ZN regelingen voor indirecte meerkosten en het nog niet definitief zijn van de ZIN-beleidsregels catastrofebijdrage. Wij hebben nog geen bestuurlijk oordeel over de jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat gegeven, omdat wij ook niet in staat zijn de informatieachterstand van de zorgverzekeraars te repareren. Het ontbreken van het bestuurlijk oordeel werkt helaas door in de keten waardoor het ZIN niet kan steunen op het oordeel van de NZa, zoals dat normaliter wel het geval is. Dit betekent een (tijdelijke) onzekerheid in de verantwoording van het Zorgverzekeringsfonds. Dit wordt opgelost bij de aanlevering van de jaarstaat 2022 in 2023. Via deze jaarstaat wordt alsnog assurance van de accountant gegeven bij de jaarlagen 2020 en 2021.

Bevindingen onderzoek 2022

Twee zorgverzekeraars hebben de ZIN-beleidsregels catastrofebijdrage niet toegepast bij het opstellen van de jaarstaat Zvw 2021. Hierdoor was het onderscheid tussen reguliere en COVID-19 zorgkosten niet gemaakt. Via heraanlevering van de jaarstaat hebben beide zorgverzekeraars de fout hersteld.

Vijf zorgverzekeraars hebben in het kosten per verzekerde bestand 2020 fouten gemaakt met betrekking tot de COVID-19 kosten. Via heraanleveringen zijn de gemaakte fouten hersteld.

Drie zorgverzekeraars hebben fouten gemaakt in de hulpmiddelengegevens. Deze drie zorgverzekeraars hebben een nieuw bestand aangeleverd waarin de gemaakte fouten zijn hersteld.

Assurance verantwoordingen aangeleverd in 2023

Hierboven zijn een aantal oorzaken opgesomd waardoor het niet mogelijk was om over de jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat assurance te vragen. Inmiddels zijn de BSN-lijsten 2021 door de ziekenhuizen aangeleverd aan de zorgverzekeraars en zijn de beleidsregels catastrofelijdrage definitief vastgesteld. De NZa is daarom van mening dat voor de aanleveringen per 1 mei en 1 juni 2023 assurance bij alle verantwoordingen kan worden gevraagd (inclusief de kostenverzamelstaat catastrofelast). In februari 2023 heeft de NZa een aanvulling op het "Accountantsprotocol verantwoordingen Zvw met accountantsproduct, vanaf oplevering 2020" i.v.m. COVID-19 kosten vastgesteld. Dit protocol geeft de accountants van de zorgverzekeraars instructies voor de controle van de COVID-19 kosten. Dit protocol is goedgekeurd door het Accountancy Platform Zorg en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants. Zie: [NZa accountantsprotocol Zvw \(nba.nl\)](https://nba.nl).

7.2 Financiering van kosten in verband met COVID-19

Via de catastroferegeling krijgen zorgverzekeraars vanuit het Zorgverzekeringsfonds een catastrofelijdrage voor aan zorgaanbieders betaalde kosten in verband met COVID-19 (al dan niet gestaffeld) als de catastrofekosten boven een bepaalde drempel uitkomen. Normaal maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken met een (financieel) tegengesteld belang: de zorgverzekeraar wil - met het oog op een concurrerende premiestelling - over het algemeen niet te veel vergoeden, omdat normaliter de zorgverzekeraar 100% risicodragend is. De zorgaanbieder wil over het algemeen een hoge vergoeding krijgen. Bij de catastroferegeling kunnen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders belang hebben bij een (te) ruime vergoeding.

Om deze reden heeft de NZa de landelijke afspraken met betrekking tot de indirecte meerkosten op plausibiliteit getoetst. De NZa heeft een groot aantal meerkostenregelingen getoetst (zie onderstaande tabel). De NZa toetst nieuwe regelingen zodra deze bekend zijn. Onderstaand overzicht is de stand per 1 februari 2023.

Ex-ante meerkosten – Plausibiliteitsoordelen

Regeling	Datum publicatie	Link NZa website
MSZ 2020 MSZ accent 2020 W/E/G 2020– grote aanbieders Zvw omzet boven 10 miljoen euro en/of COVID 19-bedden Generieke meerkosten 2020 kleinere zorgaanbieders inclusief GGZ/WEG klein	18 februari 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_632585_22/
Aanvulling plausibiliteitsoordeel vergoeding indirecte meerkosten UMC's 2020	17 oktober 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_724907_22/1/
Huisartsen 2020	16 juli 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_650923_22/1/

Zintuiglijk Gehandicapten 2020 (onderdeel MSZ accent 2020)	23 december 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_697421_22/1/
MSZ 2021	4 mei 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711331_22/1/
Zuurstofleveranciers 2021	16 mei 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711872_22/1/
GGZ 2021 aanbieders met verblijf én/of een omzet tussen €1-10 mln.	23 december 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_729368_22/1/
Huisartsen 2021	23 december 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_729369_22/1/

Ex-post meerkosten – Vooraf plausibiliteitsoordelen

Regeling	Datum publicatie	Link NZa website
Ambulancevervoer 2020	12 april 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637689_22/1/
GGZ 2020 grote aanbieders	12 mei 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_640942_22/1/%20/
MSZ 2020 MSZ accent 2020	23 december 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_697423_22/1/
W/E/G 2020– grote aanbieders omzet boven 10 miljoen euro en/of COVID 19-bedden	23 december 2021	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_697422_22/1/
Ambulancevervoer 2021	4 januari 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_698385_22/1/
GGZ 2021 grote aanbieders	22 maart 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_708024_22/1/
Hulpmiddelen 2020 Zvw omzet >10 miljoen euro	10 mei 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711534_22/1/
W/E/G 2021 grote aanbieders omzet boven 10 miljoen euro en/of COVID 19 bedden	23 juni 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_715398_22/1/

Ex-post meerkosten – Achteraf bestuurlijke oordelen

Regeling	Datum publicatie	Link NZa website
Ambulancevervoer 2020	27 januari 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_700742_22/1/
GGZ 2020	23 juni 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_715441_22/1/
Ambulancevervoer 2021	14 november 2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_726390_22/1/

Eigen regeling EUCARE (geldt niet voor de andere zorgverzekeraars)

Regeling	Datum publicatie	Link NZa website
MSZ 2020	23-06-2022	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_715450_22/1/



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl