

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2023

Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2023?



21 mei 2024

Inhoudsopgave

Samenvattend oordeel 2023	3
1 Inleiding	5
2 Zorgplicht	6
3 Zorginkoop	9
4 Polismarkt	11
5 Transparantie	13
6 Financiële verantwoording	15

Samenvattend oordeel 2023

Zorgverzekeraars weten dat het beter moet

De uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg worden steeds groter. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staan al langere tijd onder druk. We hebben te maken met schaarste van zorg: de vraag naar zorg stijgt door onder andere de vergrijzing, innovatie en leefstijl. Tegelijkertijd wordt het zorgaanbod schaarser door een groeiend personeelstekort en een hoog ziekteverzuim. Dit uit zich onder meer in langere wachttijden. Bovendien worden de gezondheidsverschillen groter door de druk op de zorg. Dat is zorgelijk en onwenselijk.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt op basis van haar onderzoeken dat zorgverzekeraars in 2023 veel inspanningen leverden. Het lukt hen over het algemeen om de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de aanpalende bepalingen uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) rechtmatig uit te voeren. We zien ook dat een aantal zaken beter moet. Dit is geen nieuws: zorgverzekeraars weten dit en we verwachten dan ook dat ze hier proactief werk van maken, ook als dit steeds lastiger wordt gezien de spanning tussen vraag en aanbod van zorg.

Zorgplicht

Zorgverzekeraars moeten zich over het algemeen meer inspannen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor hun verzekerden. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij inzicht hebben in de zorgvraag en het zorgaanbod in hun kernwerkgebied(en), proactief de regie nemen om samen met zorgaanbieders en relevante ketenpartners knelpunten in de regio op te lossen en daar op te sturen. Denk aan het optimaal benutten van de beschikbare zorgcapaciteit, domeinoverstijgende afstemming en het verkorten van wachttijden en wachtlijsten. Dat kan en moet beter. Deze conclusie volgt ook uit het onderzoek naar de proactiviteit van vier grote zorgverzekeraars dat we in 2023 uitvoerden. Meer proactiviteit en inspanning van zorgverzekeraars volgt uit hun wettelijke zorgplicht om tot het uiterste voldoende, goede zorg in te kopen voor naturaverzekerden. Aangezien de urgentie steeds groter wordt en we hier de afgelopen jaren al meerdere keren op hebben gewezen, verwachten we dat zorgverzekeraars er inmiddels goed van zijn doordrongen dat het beter moet en hiermee aan de slag gaan.

Zoals we ook in de Stand van de Zorg 2023 constateren, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet alle knelpunten alleen oplossen. Daar is veel meer voor nodig, binnen en buiten de zorg. Dit neemt echter niet weg dat zorgverzekeraars hun regisserende verantwoordelijkheid in de regio moeten nemen om – in samenwerking met andere partijen over sectoren en domeinen heen – de transitie naar passende zorg te realiseren. Waar nodig en mogelijk handelen partijen gelijkgericht. De samenwerking in de regio wordt steeds belangrijker om tot gedragen keuzes te komen. En deze keuzes ook uit te voeren. Dit komt mede tot uitdrukking in het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sporten (VWS) met verschillende partijen in de zorg heeft gesloten. Het gaat daarbij om een veelheid aan aspecten, zoals preventie, samenwerking met het sociaal domein, versterking van de eerstelijnszorg, digitalisering en verbetering van de contractering.

De zorgverzekeraars hebben bij de realisatie van de afspraken van het IZA een belangrijke rol, zoals in 2023 de regiobeelden en –plannen met andere partijen gezamenlijk tot stand te brengen, en transformatieplannen voor impactvolle transformaties in de regio te beoordelen en helpen uitvoeren. Gezien de groeiende uitdagingen in de zorg verwachten we hierin een grote en leidende inzet van

zorgverzekeraars. Een grote inzet verwachten we evenzeer van andere partijen: stel de gezondheid van de burgers centraal en neem individueel en gezamenlijk verantwoordelijkheid.

Zorginkoop

Het contracteerproces verliep afgelopen jaar soepeler en sneller dan voorgaande jaren. Dit is mede te danken aan de inspanningen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hier hebben wij als NZa ook intensief op ingezet door onze verwachtingen te verhelderen in de 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg'. We verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij deze stijgende lijn doorzetten en ook inzetten op het maken van afspraken over de inhoud van passende zorg. Daar valt nog veel te winnen. Wanneer partijen eerder het contracteerproces opstarten, is er meer ruimte voor het gesprek over de inhoud en het langetermijnperspectief.

Transparantie & polismarkt

Duidelijke informatie tijdens het overstapeseizoen is onmisbaar. Alleen zo kunnen verzekerden een weloverwogen beslissing maken voor een zorgverzekering. Ter verdere verbetering van het contracteerproces en de informatieverstrekking hebben we een aantal van de richtsnoeren uit de bovengenoemde handvatten opgenomen in de Regeling transparantie zorginkoopproces (TH/NR-034). Zo moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich vanaf nu houden aan bepaalde deadlines. Naar verwachting draagt dit bij aan het eerder sluiten van contracten, zodat verzekerden bij de start van het overstapeseizoen beter weten waar zij aan toe zijn. Dit laatste was in het afgelopen overstapeseizoen een belangrijk aandachtspunt.

Zorgverzekeraars moeten een meer onderscheidend polisaanbod op de markt brengen, waarbij er voor verzekerden daadwerkelijk inhoudelijk iets te kiezen valt. Wij zien echter dat zorgpolissen van dezelfde zorgverzekeraar soms weinig van elkaar verschillen, terwijl dit voor de verzekerde niet altijd duidelijk is. Om tot een meer onderscheidend polisaanbod te komen en daarmee het keuzeprocess te verbeteren, heeft de NZa in 2023 de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) aangescherpt. Hierdoor vallen meer polissen onder de verplichting voor zorgverzekeraars 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

De NZa heeft het jaarlijkse onderzoek uitgevoerd naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2023 aangeleverde verantwoordingsinformatie over 2022, 2021 en 2020 voor de risicoverevening. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) stelt onder meer op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen vast die de zorgverzekeraars ontvangen. We hebben in een gezamenlijk onderzoek met het ZIN onzekerheden geconstateerd in de opgave hulpmiddelengegevens. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoekt op welke wijze tot een oplossing hiervan kan worden gekomen. Het ZIN en de NZa zijn nauw betrokken bij het beoordelen van de toereikendheid van de oplossing.

1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het Nederlandse zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Bij de uitvoering van hun taken moeten zorgverzekeraars zich onder meer houden aan de Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport - zoals bedoeld in artikel 24 van de Wmg - doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2023 hebben uitgevoerd. We baseren ons oordeel op basis van onze uitgevoerde onderzoeken.

Rol zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars bieden een scala aan zorgpolissen voor de verplichte basisverzekering waaruit verzekerden kiezen. Hiermee kunnen verzekerden zorg (vergoed) krijgen wanneer zij dat nodig hebben. Daartoe kopen zorgverzekeraars goede en toegankelijke zorg in. Zorgverzekeraars maken daarover (inkoop)afspraken met zorgaanbieders en voeren de regie op een regionaal en toekomstbestendig aanbod dat aansluit op de behoefte.

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 duidelijk, actueel en 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 wet stelt.

Toezicht NZa

De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zvw, Wmg en onderliggende regelgeving, voeren wij gerichte onderzoeken en acties uit. Door analyses prioriteren we onze aanpak van problemen in de zorg. Daarnaast reageren we op actualiteiten en op meldingen die we krijgen van burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

We richten ons toezicht vooral op de gebieden waar zich (mogelijke) problemen voor burgers voordoen. In ons toezicht op zorgverzekeraars 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 vanuit een breder perspectief op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor burgers.

In onderstaande hoofdstukken lichten we toe wat we in onze onderzoeken hebben geconstateerd als het gaat om de zorgplicht, zorginkoop, polismarkt, transparantie en financiële verantwoording.

2 Zorgplicht

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 (in geval van natura-aanspraken), of vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling (in geval van restitutie-aanspraken), 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 zorgverzekeraars Zvw' en het document 'de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars'.

Zorgverzekeraars nog te weinig proactief

In 2023 deden we nader onderzoek bij de grootste zorgverzekeraar in vier regio's waar de wachttijden boven de Treeknormen uit stegen voor de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. Voor dit onderzoek is in kaart gebracht of zorgverzekeraars voldoende proactief te werk gaan als het gaat om het nakomen van hun zorgplicht. De NZa keek naar wat zorgverzekeraars doen om in beeld te krijgen wat de regionale zorgbehoefte en het zorgaanbod is en de eventuele knelpunten die zij daar zien. Ook is de proactieve houding van zorgverzekeraars onderzocht als het gaat om het voldoende vervullen van hun regierol in de regio en het terugdringen van wachtlijsten en wachttijden.

Uit het onderzoek blijkt dat er verbetermogelijkheden zijn voor alle onderzochte zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun zorgplicht. Bij twee zorgverzekeraars ziet de NZa zulke tekortkomingen dat zij een formele maatregel hebben gekregen. Die zorgverzekeraars krijgen zes maanden de tijd om dit te verbeteren. Wanneer zij dit onvoldoende oppakken, kunnen wij de maatregel publiceren.

De twee zorgverzekeraars die een formele maatregel ontvingen, scoorden onvoldoende op enkele onderdelen. Maar voor alle onderzochte zorgverzekeraars geldt dat zij de invulling van hun zorgplicht moeten verbeteren. De grootste verbeterpunten zijn het in beeld krijgen van de knelpunten in het aanbod, de acties die zij daarop nemen en het evalueren en bijstellen van deze acties. De NZa verwacht van alle zorgverzekeraars dat zij de verbeterpunten opvolgen. Uit vervolgonderzoek moet blijken of er meer stappen nodig zijn.

Uitdagingen in toegankelijkheid ggz

In ons gezamenlijk toezicht met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) concludeerden wij dat regionale partijen meer zijn gaan samenwerken bij de aanpak van de wachttijden in de ggz. Ondanks de inzet is er geen zichtbaar effect in de regio's te zien: de wachttijden dalen niet. Dat heeft meerdere oorzaken, zowel op regionaal als op landelijk niveau. Zo is de vraag naar de ggz gegroeid. De arbeidsmarktproblematiek speelt een grote rol als het gaat om het beschikbare aanbod. Daarnaast bestaat onduidelijkheid over verantwoordelijkheden in de regio. Samen met de IGJ publiceerden wij in maart 2023 deze brief over het regionale toezichtstraject.

In twee position papers, een vanuit bekostiging en een vanuit toezicht, zet de NZa uiteen wat haar rol is bij het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Eind maart 2023 gaven we een toelichting op deze stukken aan de vaste commissie VWS van de Tweede Kamer.

Convenant voor borging kraamzorg

Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg zo hoog mogelijk te houden, en de sector toekomstbestendig te maken, hebben brancheorganisatie Bo Geboortezorg en ZN in juni 2023 tijdelijk een convenant gesloten. Dit convenant is in lijn met de uitgangspunten van het IZA. In het convenant zijn afspraken gemaakt over de korte termijn (2023) en de oplossingen voor de langere termijn (vanaf 2024). Het convenant heeft ertoe geleid dat de tekorten aan kraamzorg rond de zomerperiode 2023 konden worden opgelost, door regionale zorgbemiddeling voor de kraamvrouwen en de introductie van een toeslagprestatie 'integrale geboortezorg' om dat financieel mogelijk te maken. Deze prestatie bestond al voor de verloskundige zorg en werd ook beschikbaar voor de kraamzorg.

De NZa blijft samen met ZN, Bo Geboortezorg, het ministerie van VWS, Patiëntenfederatie Nederland, het Zorginstituut en de Autoriteit Consument & Markt betrokken bij de verdere ontwikkeling van een toekomstbestendige sector. Voor 2024-2025 hebben ZN en Bo Geboortezorg een nieuw convenant gesloten. Daarin zijn afspraken gemaakt om met gemeenschappelijke inzet van aanbieders en verzekeraars ervoor te zorgen dat elke kraamvrouw tenminste wordt voorzien van de minimaal benodigde kraamzorg.

Toegankelijkheid hulpmiddelen

Wij constateerden eerder dat het niet altijd lukt de hulpmiddelenzorg voor diabetes mellitus, incontinentie, stoma en wonden (DISW) in spoedsituaties passend te organiseren. Patiënten zijn hiervan de dupe. In 2023 hebben daarop met alle betrokken partijen zogeheten rondetafelbijeenkomsten plaatsgevonden. Om de knelpunten in de hulpmiddelenzorg op te lossen, is een brede samenwerking nodig tussen partijen uit het veld. De NZa roept zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om deze uitdagingen aan te gaan. De NZa heeft in een brief de belangrijkste randvoorwaarden om tot een passende organisatie van hulpmiddelenzorg te komen in kaart gebracht. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om deze randvoorwaarden af te spreken en hier zelf mee aan de slag te gaan. In 2024 wordt door ons de voortgang van het proces in kaart gebracht, door met een aantal partijen in verschillende regio's in gesprek te gaan.

Regioplannen

Zorgverzekeraars kunnen de toegang tot zorg en de beweging naar passende zorg niet alleen bewerkstelligen. In 2022 hebben VWS en veel partijen in de zorg het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Dit akkoord is een belangrijke stap in de transformatie naar passende zorg: betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen, ook in de toekomst. Samenwerking en waar nodig en mogelijk gelijkgericht optreden van partijen, en goede informatiedeling is cruciaal om de doelen van het IZA te behalen. 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.

In 2023 hebben alle regio's in Nederland eerst een regiobeeld en daarna een regioplan opgesteld. Hierin staan de belangrijkste, regionale veranderopgaven voor de komende jaren om de zorg toegankelijk te houden. Deze beelden en plannen zijn opgesteld voor zorgkantoorregio's en voor ROAZ-regio's (Regionaal Overleg Acute Zorgketen). De zorgverzekeraar die in de regio marktleider is en de door de gemeenten in de regio aangewezen gemeente (indien zorgkantoorregio) of de ROAZ-voorzitter (indien ROAZ-regio) hadden bij het opstellen van het regiobeeld en –plan een initiërende rol. In ons rapport: 'Van regiobeelden naar doelgerichte regioplannen' adviseren we aan de regionale partijen om de geïdentificeerde knelpunten zo scherp mogelijk te formuleren. Die focus is noodzakelijk om tot doeltreffende oplossingen te komen die de gezondheid van inwoners verbeteren en integrale zorg in de regio borgen. Een scherpere focus draagt bij aan een goede onderbouwing van de noodzaak van gelijkgerichtheid van zorginkopende partijen en zorgaanbieders.

We vinden het een belangrijke prestatie dat alle 53 zorgkantoor- en ROAZ-regio's tot een regioplan zijn gekomen en structureel het gesprek voeren over de zorgvraag en het zorgaanbod in hun regio. Positief punt is dat er veel aandacht is voor preventie, omdat niet alle problemen met zorg zijn op te lossen. We zien dat veel regio's aandacht hebben voor de mentale gezondheid, veerkrachtig ouder worden en de gezondheidsverschillen. Om de regioplannen als basis voor verdere beleidsplannen te gebruiken, is het noodzaak de plannen verder te concretiseren. Zo is het nodig om de doelen in de regioplannen specifiek, meetbaar en tijdgebonden te formuleren. Sommige regio's doen dat al goed, maar we zien hier nog ruimte voor verbetering. Het regioplan is het startpunt voor toegankelijke en betaalbare zorg. Het is belangrijk dat de taken en verantwoordelijkheden in de regio expliciet worden omschreven en toegedeeld. Evenals een werkagenda met mijlpalen voor de komende maanden en jaren. Elke regio heeft in februari 2024 een schriftelijke terugkoppeling van ons gekregen via de zorgverzekeraars. We nodigen de regio's uit om hierover met ons in gesprek te gaan. Met de informatie uit deze gesprekken stellen we een rapportage op die medio 2024 verschijnt.

3 Zorginkoop

Via de zorginkoop regelen zorgverzekeraars dat hun (natura)verzekerden passende zorg krijgen. In de contracten met zorgaanbieders hebben zij de mogelijkheid om afspraken te maken over de prijs, volume, beschikbaarheid, kwaliteit en de organisatie van passende zorg. Met als doel de best mogelijke zorg voor de verzekerdenpopulatie in combinatie met een scherpe premiestelling. De NZa houdt toezicht op het zorginkoopproces.

Inspanningen in het contracteerproces

Goede en tijdige contractering draagt bij aan de transitie naar passende zorg en zorgt voor optimale keuzemogelijkheden voor een zorgpolis tijdens de overstapperiode. Het contracteerproces verliep afgelopen jaar soepeler en sneller dan voorgaande jaren. Dit is mede te danken aan de inspanningen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Om het contracteerproces sneller te laten verlopen, introduceerden we het afgelopen contracteerseizoen de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg (hierna: handvatten). Daarin staat wat we minimaal verwachten van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering en het informeren van consumenten. De handvatten geven richting aan zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Enerzijds om het contracteerproces te verbeteren en te versnellen en anderzijds om consumenten te voorzien van eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode.

De handvatten zijn tot stand gekomen na overleg met koepels van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties en VWS. Daarna zijn de handvatten in de overstapperiode 2023 door zorgverzekeraars en -aanbieders toegepast. Wij hebben van november 2023 tot en met januari 2024 de voortgang van de contractering in de sectoren msz, ggz en wijkverpleging gemonitord. Op basis van de meldingen en de gerapporteerde voortgang is ons beeld dat de contractering in het algemeen vlotter verliep dan vorig jaar. Dit komt doordat er in 2023 meer stabiliteit was dan in de afgelopen jaren; er waren geen grote beleidswijzigingen en ook minder externe ontwikkelingen die de afgelopen jaren tot vertraging leidden (zoals hoge inflatie door stijgende energiekosten, COVID-19). Daarnaast geven diverse partijen aan dat de afspraken uit het IZA en/of de handvatten hebben bijgedragen aan een versneld contracteerproces; met name het creëren van bewustzijn van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een tijdige contractering heeft het proces versneld. Dit neemt niet weg dat er winst is te boeken in het bieden van meer duidelijkheid aan burgers en verzekerden tijdens het overstapseizoen.

De handvatten en het afgelopen contracteerseizoen hebben we begin 2024 geëvalueerd. Naar aanleiding hiervan hebben we, ter verbetering van het contracteerproces, een aantal van de richtsnoeren uit de handvatten omgezet in regelgeving die te handhaven is, door de aanpassing van de Regeling transparantie zorginkoopproces. Zo moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich vanaf nu houden aan bepaalde deadlines. Naar verwachting draagt dit bij aan het eerder sluiten van contracten, zodat verzekerden bij de start van het overstapseizoen beter weten waar zij aan toe zijn. Daarnaast worden enkele richtsnoeren in de handvatten aangescherpt en verduidelijkt waar mogelijk.

Contractering gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Van zorgverzekeraars verwachten wij dat zij zich maximaal inzetten om meer GLI-aanbod te contracteren, met als ondergrens ten minste één gecontracteerde GLI-aanbieder per gemeente. In het

voorgaande samenvattend rapport merkten we op dat zorgverzekeraars en zorgverleners hierin nog stappen moesten zetten. De GLI is een vorm van preventie en richt zich op het aanleren en behouden van een gezonde leefstijl. Dit draagt bij aan de gezondheid en het welzijn van veel burgers. Sinds 1 januari 2019 maakt de GLI deel uit van de basisverzekerde zorg.

Op basis van de aangeleverde gegevens na een informatieverzoek hebben wij geconcludeerd dat er inmiddels sprake is van een landelijk dekkend netwerk van zorgaanbieders. In vrijwel alle gemeenten worden deze zorgaanbieders gecontracteerd door tenminste één zorgverzekeraar. Maar niet alle zorgverzekeraars maken gebruik van dit beschikbare aanbod. Zij hebben dan een witte vlek in die gemeente(n). Daarnaast zien we bij alle zorgverzekeraars dat zij geen structureel goed zicht hebben op de onderaanneming die vanuit zorggroepen wordt gerealiseerd: welke onderaannemers er zijn gecontracteerd en waar de zorg daadwerkelijk wordt geleverd.

De bevindingen zijn per brief aan de individuele zorgverzekeraars teruggelinkt. Daarbij hebben we de verwachting uitgesproken dat de resterende witte vlekken zo snel mogelijk worden ingevuld. Het is wat ons betreft in dit stadium onvoldoende als zorgverzekeraars enkel de zorgkosten volledig vergoeden als de verzekerde gezien de wachtlijst naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Daarnaast moeten zorgverzekeraars beter inzicht hebben in hun gecontracteerd zorgaanbod: welke zorgaanbieders (zowel direct gecontracteerd als via een zorggroep) en waar levert deze zorgaanbieders de zorg. Dit geldt ook in het geval dat de zorgverzekeraar via het volgformat andere zorgverzekeraars volgt in hun contractering. Omdat er inmiddels een landelijk dekkend netwerk van GLI-aanbod is, en er slechts enkele witte vlekken per zorgverzekeraar zijn, volgen we de ontwikkelingen op basis van signalen die we ontvangen.

4 Polismarkt

Vanuit ons toezicht op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, monitoren we regelmatig de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Hierbij kijken we onder andere naar het polisaanbod, de premies en welke verzekeringen burgers kiezen. De monitoring hiervan is belangrijk omdat het Nederlandse zorgstelsel ingericht is op solidariteit: iedereen is in Nederland verplicht een zorgverzekering af te sluiten en heeft daarmee ongeacht leeftijd, inkomen, gezondheid of andere factoren toegang tot zorg uit het basispakket. In 2023 brachten we de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023 uit. Vanaf 2024 publiceren we periodiek de ontwikkelingen die we waarnemen in een informatiekaart.

Hieronder gaan we in op de belangrijkste ontwikkelingen die we in 2023 op de zorgverzekeringsmarkt constateerden.

Polisaanbod

Met ingang van 2023 zijn er in totaal tien concerns met twintig zorgverzekeraars. Door deze twintig zorgverzekeraars werden in 2023 60 polissen aangeboden: 7 restitutie, 37 natura en 16 combinatiepolissen.

Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg. De zorg bij gecontracteerde aanbieders wordt door de verzekeraar betaald; voor zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder geldt vaak een vergoedingsbeperking. Bij een restitutiepolis is het uitgangspunt dat een verzekeraar de nota van de zorgaanbieder vergoedt, ongeacht of de aanbieder gecontracteerd is of niet. Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding.

Veranderingen in het polisaanbod voor 2023

In vergelijking met 2022 is in 2023 het totaal aantal soorten polissen gelijk gebleven, en daarmee ontwikkelt dit zich niet in de gewenste richting van een overzichtelijker polisaanbod. Er zijn in 2023 drie nieuwe polissen bijgekomen. Dit zijn twee naturapolissen en een restitutiepolis. Er zijn drie polissen beëindigd. Dit zijn twee naturapolissen en een combinatiepolis.

Soorten polissen	2021	2022	2023
Natura	37	37	37
Restitutie	15	11	7
Combinatie	5	12	16
Daadwerkelijk verschillende polissen	41	45	48
Nagenoeg gelijke polissen	16	15	18
Totaal	57	60	60
Aantal zorgverzekeraars	20	20	20

Afname restitutiepolissen

Naast deze veranderingen zagen we in 2023 dat opvallend veel restitutiepolissen zijn omgezet naar combinatiepolissen. Vijf restitutiepolissen zijn gewijzigd naar een combinatiepolis. We zien hier een duidelijk patroon. Het betreft met name een wijziging van de vergoedingen voor wijkverpleging en ggz. Hier wordt een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg toegepast vanwege de forse kostenstijgingen in deze sectoren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Diverse zorgverzekeraars

geven aan dat het aanbieden van een zuivere restitutiepolis door de hoge kosten van ongecontracteerde zorg in de ggz en wijkverpleging financieel niet meer haalbaar is. Het betreft hier vier polissen van VGZ en een van Zilveren Kruis.

5 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 duidelijke, actuele en bruikbare informatie verstrekken die het keuzeproces van de consument vereenvoudigt.

Overzichtelijker polisaanbod

Duidelijke informatie tijdens het overstapeseizoen is onmisbaar. Alleen zo kunnen verzekerden een weloverwogen beslissing maken voor een zorgverzekering. Wij zien dat zorgpolissen van dezelfde zorgverzekeraar soms weinig van elkaar verschillen, terwijl dit voor de verzekerde niet altijd duidelijk is. Van 2022 naar 2023 is er een aanzienlijke stijging van het aantal nagenoeg gelijke polissen van 15 naar 18. Zorgverzekeraars moeten meer doen om een onderscheidend polisaanbod op de markt te brengen, waarbij er voor verzekerden daadwerkelijk inhoudelijk iets te kiezen valt. Een overzichtelijk en duidelijk polisaanbod draagt bij aan het kunnen maken van een goede keuze voor een passende zorgpolis door de consument.

Om tot een meer onderscheidend polisaanbod te komen en daarmee het keuzeproces te verbeteren, heeft de NZa in 2023 de Regeling voor het informeren van verzekerden door zorgverzekeraars aangescherpt. Het betreft artikel 7 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027). Zorgverzekeraars zijn verplicht om bij hun polisaanbod een overzicht te plaatsen van polissen die *gelijk zijn aan elkaar*. Vanaf 1 november 2023 moeten zij daarnaast ook polissen die *erg op elkaar lijken* in dit overzicht opnemen. Vanwege deze wijziging is het aantal op elkaar lijkende polissen (voorheen aangeduid met de term nagenoeg gelijke polissen) vanaf het jaar 2024 niet vergelijkbaar met de voorgaande jaren.

De NZa heeft in het voorjaar van 2024 beoordeeld of de informatieverstrekking over op elkaar lijkende polissen door zorgverzekeraars in overeenstemming is met het nieuwe artikel 7 van de Regeling informatieverstrekking. Daarbij is in een enkel geval geconstateerd dat een verzekeraar twee verschillende overzichten had. De zorgverzekeraar is gevraagd dit aan te passen.

Samen met de Autoriteit Consument & Markt heeft de NZa de afgelopen periode een onderzoek uitgevoerd naar de verschillen tussen polissen in de afgelopen jaren. In het rapport 'Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt' leest u onze bevindingen en aanbevelingen met betrekking tot een overzichtelijker polisaanbod.

Overstapperiode 2023-2024

De NZa monitort de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in de overstapperiode. De belangrijkste ontwikkelingen in het overstapeseizoen 2023-2024 hebben wij in een brief gepubliceerd.

Contracteerproces

Zoals toegelicht in het hoofdstuk over Zorginkoop, hebben wij in de zomer van 2023 de 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg' gepubliceerd. Hierin geven wij een nadere duiding van wat wij van partijen in het contracteerproces verwachten en hoe wij aankijken tegen begrijpelijke informatieverstrekking aan verzekerden over de contractering. De handvatten en het afgelopen contracteerseizoen hebben we begin 2024 geëvalueerd. Het contracteerproces verliep afgelopen jaar over het algemeen soepeler en sneller dan voorgaande jaren. Naar aanleiding van de

evaluatie hebben we, ter verdere verbetering van het contracteerproces, een aantal van de richtsnoeren uit de handvatten omgezet in regelgeving die te handhaven is, door de aanpassing van de Regeling transparantie zorginkoopproces. Zo moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich vanaf nu houden aan bepaalde deadlines. Naar verwachting draagt dit bij aan het eerder sluiten van contracten, zodat verzekerden bij de start van het overstapseizoen beter weten waar zij aan toe zijn. De NZa heeft geconstateerd dat aan het begin van de afgelopen overstapperiode de voortgang van de contractering nog flink achter bleef. Dat is onwenselijk. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden in het begin van de overstapperiode al verder moeten zijn met de contractering, zodat meer duidelijkheid geboden kan worden.

Informatieverstrekking door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben het afgelopen jaar uniforme informatieverstrekking ontwikkeld richting consumenten over de status van de contractering en wat dit betekent voor de vergoeding die die verzekerde krijgt bij een bepaalde zorgaanbieder. Gezamenlijk hebben zorgverzekeraars vijf kernboodschappen richting consumenten opgesteld die zij op hun website gebruiken. Het doel hiervan is om verzekerden eenduidiger te informeren over de (financiële) gevolgen van het wel of niet hebben van een contract. De vijf kernboodschappen zijn kort samengevat als volgt:

1. Contract (vergoed)
2. (Nog) geen contract (wel vergoed)
3. Nog geen contract (wel vergoed zolang de onderhandeling loopt)
4. Nog geen contract (mogelijk een deel niet vergoed)
5. Geen contract (meestal een deel niet vergoed)

De NZa heeft bij de ontwikkeling door ZN van de kernboodschappen aangegeven dat de omschrijvingen 1, 2 en 5 de verzekerde duidelijkheid bieden over wat voor hem de gevolgen zijn als er (nog) wel of niet sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Kernboodschappen 3 en 4 bieden voor de verzekerde daarentegen geen daadwerkelijke duidelijkheid over de (uiteindelijke) financiële gevolgen van het nog niet gesloten contract. Hoe meer de zorgverzekeraar gebruik maakt van de kernboodschappen 3 en 4, hoe minder goed de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod bruikbaar is voor de verzekerde bij zijn keuze voor een nieuwe polis. Dat kan betekenen dat de zorgverzekeraar niet voldoet aan artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars (TH/NR-027). Artikel 4 ziet op de bruikbaarheid van informatie voor consumenten bij het maken van hun zorgkeuze. De NZa doet hier op het moment van schrijven van dit samenvattend rapport onderzoek naar, mede naar aanleiding van een handhavingsverzoek. Het handhavingsverzoek gaat onder andere over de tijdige afronding van de contractering en de informatieverstrekking richting verzekerden over onder meer het gecontracteerde zorgaanbod gedurende het overstapseizoen. Bij ons onderzoek betrekken wij de vijf kernboodschappen die zorgverzekeraars hebben opgesteld.

Zorgverzekeraars gaan de vijf kernboodschappen op korte termijn evalueren. De NZa verwacht dat het bovenstaande bij de evaluatie wordt betrokken. Daarnaast verwacht de NZa dat de handvatten, de aanvullende regelgeving vanuit NZa en de afspraken uit het IZA over de versnelling van de contractering, voor komend jaar verder bijdragen aan een eerdere vervroeging van de contractering. Dit zodat er voor verzekerden meer duidelijkheid is over het gecontracteerde zorgaanbod bij de start van de overstapperiode.

6 Financiële verantwoording

Als een verzekerde zorg heeft gebruikt, krijgt de zorgverzekeraar daarvan de rekening. Via de verzekerde of rechtstreeks van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die de Zvw 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 daarvan ervaren.

Onderzoek risicoverevening

De NZa heeft het jaarlijkse onderzoek uitgevoerd naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2023 aangeleverde verantwoordingsinformatie over 2022, 2021 en 2020 voor de RVE. De verantwoordingsinformatie bestaat onder andere uit jaarstaten met informatie over declaraties, opgaven verzekerdenstanden en diverse bestanden met specifieke records voor de bepaling van vereveningsparameters, zoals farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen. Het ZIN stelt onder meer op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen vast die de zorgverzekeraars ontvangen.

De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn:

- Over 2020 en 2021 was er geen oordeel mogelijk over de zogenaamde COVID-19-kosten wegens het ontbreken van toereikende informatie over de verdeling van reguliere- en COVID-19-kosten. Dat is inmiddels opgelost.
- Er heeft een beperkt aantal heraanleveringen plaatsgevonden van verantwoordingen waarin onjuistheden waren geconstateerd. Deze onjuistheden zijn via de heraanleveringen hersteld.
- Bij de opgave van de hulpmiddelengegevens is de norm dat per afgeleverd en gedeclareerd hulpmiddel, verantwoording afgelegd moet worden over een aantal gegevens. Er zijn via een gezamenlijk onderzoek van het ZIN en de NZa onzekerheden geconstateerd in de opgave hulpmiddelengegevens ten opzichte van de voorschriften voor de verantwoording voor de RVE. Het gaat daarbij onder andere om het toepassen van een systematiek van patiëntprofielen en zogenaamde 'mandjes' van hulpmiddelen. Door de mandjes is er geen opgave per individueel hulpmiddel mogelijk. Als gevolg hiervan bestaat er een onzekerheid bij de opgaven hulpmiddelengegevens 2022. Op geaggregeerd niveau heeft het geen invloed op het Zorgverzekeringsfonds; het heeft wel (potentieel) effect op de verdeling tussen de zorgverzekeraars en dus de RVE. De exacte hoogte en de impact van de onzekerheden zijn niet bekend. De onzekerheid moet worden geadresseerd. ZN onderzoekt welke oplossingen hiervoor mogelijk zijn. Het Zorginstituut en de NZa zijn nauw betrokken bij het beoordelen van de toereikendheid van de oplossing.



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