

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2021

Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2021?



5 juli 2022

Inhoudsopgave

1	Hoe voerden zorgverzekeraars de Zvw uit in 2021?	3
2	Rol zorgverzekeraars en toezicht door NZa	7
3	Corona	9
3.1	Gevolgen van corona voor toegankelijkheid van zorg	10
3.2	Financiering van kosten in verband met corona	12
3.3	Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod	14
4	Zorgplicht en passende zorg	15
4.1	Passende zorg	16
4.2	Regionale aanpak wachttijden	17
4.3	Toegankelijkheid huisartsenzorg	18
4.4	Toegankelijkheid acute zorg	19
4.5	Doorlooptijden machtigingen ongecontracteerde wijkverpleging en aanvragen PGB Zvw	19
5	Zorginkoop	21
5.1	Zorginkoopproces	22
5.2	Contractering in verschillende sectoren	22
6	Polismarkt	26
6.1	Modelovereenkomsten	27
6.2	Juiste toepassing marktconform tarief bij restitutiepolissen	28
7	Bruikbare informatie	30
7.1	Bruikbare informatieverstrekking	31
7.2	Overstapperiode 2021-2022	32
8	Controles en financiële verantwoording	33
8.1	Onderzoek juistheid verantwoordingen risicoverevening	34

1 Hoe voerden zorgverzekeraars de Zvw uit in 2021?

Samenvattend oordeel



Algemeen beeld 2021

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol in ons Nederlandse zorgstelsel. Verzekerden kiezen een zorgverzekering omdat dat verplicht is, maar vooral ook om zorg te kunnen krijgen wanneer zij dat nodig hebben. Vanwege die maatschappelijke rol zijn er wettelijke plichten waaraan zorgverzekeraars zich moeten houden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt daar toezicht op door onderzoeken en gerichte acties. Daarbij stellen we prioriteiten. We richten ons op de belangrijkste risico's en problemen. In dit rapport staan onze bevindingen over het jaar 2021.

We baseren ons daarbij op de onderzoeken die we tijdens de coronapandemie hebben kunnen uitvoeren. Op basis van ons toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars in 2021 zijn we van oordeel dat veel zaken goed gaan en dat op sommige punten ruimte is voor (verdere) verbetering. Samenwerking is daarbij een belangrijk element.

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg staan al enige tijd onder druk. Dit was vóór de coronauitbraak al het geval. De zorgvraag stijgt, de betaalbaarheid knelt en er wordt een groot beroep op de werknemers in de zorg gedaan. Het is met het oog op de toekomst belangrijk om een passend antwoord te hebben op de vergrijzing, de hogere zorgvraag en het tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers die inmiddels steeds zichtbaarder worden.

Evident is ook dat de opgave dermate ingewikkeld is dat niemand deze alleen kan oplossen. De overheid kan dit niet alleen; net zo min als de zorgverzekeraars of zorgaanbieders dat alleen kunnen. Het gaat om de onderlinge samenwerking, waarbij de patiënt centraal staat. Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het sociaal domein.

Om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor burgers, verwachten we regie van zorgverzekeraars en actieve samenwerking met de relevante partijen. Dit zagen we voorgaande jaren en dat is nog steeds actueel.

Corona

De coronapandemie had ook in 2021 een ongekeerde invloed op de maatschappij in het algemeen en de zorg in het bijzonder. De zorgverlening aan coronapatiënten, de af- en opschaling van de reguliere zorg, de extra kosten om veilig zorg te kunnen verlenen, zijn enkele in het oog springende ontwikkelingen.

Zorgverzekeraars spannen zich samen met zorgaanbieders in om de zorg draaiende te houden. Hiervoor spreken wij onze waardering uit. We zien dat de samenwerking veelal snel en effectief van de grond kwam.

Zorgverzekeraars maakten landelijke afspraken om bij te dragen aan de meerkosten van zorgaanbieders vanwege corona (denk aan beschermende maatregelen en extra schoonmaak), alsook aan de compensatie voor de inkomstenderving van zorgaanbieders die geen of minder zorg leverden (continuïteitsbijdrage). Zorgverzekeraars verantwoordden zich hierover via de verantwoordingen voor de risicoverevening en de catastroferegeling. De NZa houdt toezicht op de juistheid van de verantwoordingen.

De NZa heeft voor nijpende scenario's van de coronapandemie de invulling van de zorgplicht nader geduid. Tegelijkertijd heeft de NZa zorgverzekeraars opgeroepen hun coördinerende rol voor de

toegankelijkheid van zorg nog meer op te pakken en bovendien uit te stralen dat zij geen financiële belemmeringen opwerpen om de noodzakelijke zorg te kunnen verlenen.

Om de toegankelijkheid van zorg (zowel coronazorg als reguliere zorg) te bevorderen, is samenwerking noodzakelijk tussen zorgverzekeraars en alle zorgaanbieders in de keten. Soms lokaal, soms regionaal en soms landelijk. De NZa verzamelt via het Zorgbeeldportaal de data die de besluitvorming van partijen ondersteunt over hoe zij zorgcapaciteit zo goed mogelijk kunnen inzetten voor de toegankelijkheid van zorg.

Toen de druk op de zorg groot was, werden veel besluiten over het borgen van de toegankelijkheid van zorg in ROAZ-verband (Regionale Overleggen Acute Zorg) genomen. Ons beeld over de mate waarin zorgverzekeraars in ROAZ-verband sturend zijn geweest om zorgcapaciteit optimaal te benutten, is wisselend.

Er ligt een grote opgave om uitgestelde zorg in te halen. De NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij dit ondersteunen met passende financiering. De uitgangspunten hiervan staan in het kader Uitgestelde zorg. Verzekerden kunnen hun toegang tot zorg proberen te versnellen door zich te wenden tot de zorgbemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars. De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars zich inspannen om verzekerden bewust te maken van de mogelijkheid van zorgbemiddeling.

Naast de grote negatieve gevolgen brengt de corona-uitbraak ook nieuwe ontwikkelingen op gang. Bijvoorbeeld meer zorg op afstand en meer focus op passende zorg. Dat zijn ontwikkelingen die we moeten proberen vast te houden, Schaarste aan zorgcapaciteit is niet alleen iets van de pandemie, maar iets wat de komende jaren bij ons zal blijven.

Ook zien we dat samenwerking tussen partijen cruciaal is voor de toegankelijkheid van de zorg. Zoals bijvoorbeeld bij de inzet van de beschikbare zorgcapaciteit in de ROAZ-regio's tijdens de coronapandemie. Laten we de inzichten en ervaringen rondom goed werkende samenwerking breder benutten. We kunnen ons niet anders permitteren gezien de uitdagingen in de toegankelijkheid en capaciteit van de zorg de komende jaren.

Zorgplicht en zorginkoop

Om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden, moeten we inzetten op passende zorg. Dat betekent dat alleen slim georganiseerde zorg geleverd wordt die bijdraagt aan het functioneren van de patiënt. We verwachten grote inzet van zorgverzekeraars om de noodzakelijke veranderingen in de zorg op gang te brengen en te houden. We zien verschillende initiatieven hiervoor.

De NZa is van oordeel dat zorgverzekeraars zich meer moeten onderscheiden op basis van de zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen zich ook meer onderscheiden door meer zorginhoudelijke afspraken te maken. Of door niet meer bij alle aanbieders bepaalde zorg in te kopen. Afhankelijk van de afspraken krijgen verzekerden dan toegang tot die aanbieders die alleen zorg leveren die bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen. Op die manier kunnen zorgverzekeraars meer werk maken van passende zorg.

Hoewel er in 2021 enige positieve ontwikkelingen waren in de zorginkoop, is er nog steeds ruimte voor verbetering. Voor huisartsenzorg was er een positieve ontwikkeling in de sturing op regionalisering door zorgverzekeraars. Een aandachtspunt blijft het daadwerkelijk realiseren van een brede multidisciplinaire afstemming en ondersteuning in de regio.

Ook in de medisch specialistische zorg (msz) was er meer aandacht voor (regionale) samenwerking, digitalisering van zorg en gepast gebruik van zorg. Desalniettemin leidde dit nog maar beperkt tot concrete afspraken in de contracten met zorgverzekeraars. Met zelfstandige behandelklinieken (zbc's) zijn nauwelijks afspraken gemaakt over passende zorg.

In de wijkverpleging zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders weliswaar over het algemeen tevreden over het proces van de contractering, maar inhoudelijk maken zij nauwelijks afspraken over preventie of de kwaliteit van de zorg. Ook in de ggz maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contracten bijna geen concrete inhoudelijke afspraken.

In de paramedische zorg komt het gesprek over toekomstbestendige, passende zorg nog nauwelijks van de grond. De inkoop van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) en gecombineerde leefstijlinterventie (gli) is redelijk nieuw waarbij het van belang is dat zorgvormen in samenhang worden ingekocht en zorginhoudelijke afspraken worden gemaakt over samenwerking tussen aanbieders. Dat gebeurt nog te weinig.

Om de toegankelijkheid te borgen, ook voor de toekomst, komt het nu echt aan op de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen. Ook over de domeinen heen, zoals bijvoorbeeld het sociale domein. Een versnipperde inzet kan belemmerend werken om zaken tot stand te brengen.

In specifieke regio's is de NZa in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit is gericht op de onderlinge samenwerking om de wachttijden terug te brengen. In de ggz doet de NZa dit samen met Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij actief blijven sturen op oplossingen om de toegankelijkheid te verbeteren.

Bruikbare informatie

We hebben in de afgelopen jaren gezien dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om de informatie over zorgverzekeringen te verbeteren. We vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars zelf de ruimte nemen om de informatieverstrekking aan hun verzekerden zo goed mogelijk vorm te geven, ondersteunend aan het keuzeproces. Om deze reden hebben we de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten herzien.

Zorgverzekeraars hebben verzekerden de afgelopen overstapperiode over het algemeen goed geïnformeerd. Het informeren over de consequenties van het laat contracteren van zorgaanbieders is hierbij een belangrijk punt. Ook zien we dat het aantal polissen van 2020 naar 2021 en vervolgens 2022 is toegenomen. Omdat die toename niet daadwerkelijk leidt tot meer keuze voor de consument, en niet bijdraagt aan de overzichtelijkheid van de polisaanbod, vinden wij dat geen goede ontwikkeling. De NZa vindt het wenselijk dat het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten binnen hetzelfde verzekeraarsconcern minder wordt.

Controles en financiële verantwoording

De financiële verantwoordingen voor de risicoverevening zijn al jaren van goede kwaliteit. In de jaarlaag 2020 heeft de NZa bij een aantal zorgverzekeraars een fout ontdekt die vervolgens is aangepast. Het overkoepelende beeld blijft dat de aangeleverde informatie voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars van goede kwaliteit is.

2 Rol zorgverzekeraars en toezicht door NZa

Iedereen in Nederland moet erop kunnen vertrouwen dat er op tijd goede en betaalbare zorg beschikbaar is. Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Bij de uitvoering van hun taken moeten zij zich onder meer houden aan de Zorgverzekeringswet. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2021 hebben uitgevoerd.

De zorgverzekeraar heeft voor alle zorg uit het basispakket een 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 afspraken met zorgaanbieders. Ze moeten daarbij oog hebben voor de zorg 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 bruikbare informatie geven. Zorgverzekeraars moeten iedereen voor de basisverzekering accepteren, ongeacht leeftijd, leefstijl, inkomen of ziektehistorie. Ook mogen ze voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren. Nadat 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. Dat is in een notendop wat zorgverzekeraars (moeten) doen in het Nederlandse zorgstelsel.

Het jaar 2021 was door de coronapandemie een ongewoon jaar. De coronapandemie had een ongekennde invloed op de maatschappij en specifiek op de zorg. Zorgverzekeraars vervullen een belangrijke rol in draaiend houden van de zorg. In dit samenvattend rapport besteden we specifiek aandacht aan corona in hoofdstuk 3. Vervolgens komen in de daarop volgende hoofdstukken de volgende onderwerpen aan de orde:

- H4 zorgplicht en passende zorg;
- H5 proces van zorginkoop;
- H6 polisaanbod;
- H7 bruikbare informatie;
- H8 controles en financiële verantwoording.

Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zvw 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.

In de keuze en aanpak van ons werk in 2021 speelt corona een belangrijke rol. Zo hebben we bijvoorbeeld het Zorgbeeldportaal ontwikkeld om inzicht te geven aan een breed publiek in de druk op de zorg en de capaciteit voor reguliere zorg tijdens de coronapandemie. Aan de andere kant heeft de NZa door de omstandigheden onderzoeken af- of uitgesteld of op een andere manier uitgevoerd. Dat zullen we waar van toepassing toelichten.

3 Corona

De coronapandemie zet de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg onder druk. In dit hoofdstuk lichten we drie coronagerelateerde ontwikkelingen toe in relatie tot de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars in 2021. Ten eerste de toegankelijkheid van de zorg, ten tweede de financiering van kosten in verband met corona en tot slot de latere bekendmaking van het gecontracteerde aanbod.

3.1 Gevolgen van corona voor toegankelijkheid van zorg

Om de toegankelijkheid van zorg (zowel coronazorg als reguliere zorg) te bevorderen, zet de NZa sinds de start van de pandemie in op goede (regionale) samenwerking tussen zorgverzekeraars en alle zorgaanbieders in de keten. Wij ondersteunen hierbij door data in Zorgbeeld te verzamelen en te ontsluiten die de partijen helpt om zorgcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten voor de toegankelijkheid van zorg. Ook heeft de NZa nader geduid hoe zorgverzekeraars in de context van corona hun zorgplicht moeten invullen.

Zorgplicht in coronatijd

Begin 2021 werden voorbereidingen getroffen voor een mogelijk fase 3 van de corona-pandemie. In dit scenario is de druk op de zorg zo hoog door de oplopende besmettingen, dat het niet meer lukt om de zorg landelijk en zorgbreed op gebruikelijke wijze te verlenen. Ondanks alle inspanningen om op te schalen. Ingrijpende en ongewone keuzes zijn dan onvermijdelijk. De NZa heeft voor dat scenario in een brief een nadere duiding gegeven van de zorgplicht en het toezicht van de NZa hierop.

In oktober stuurde de NZa, gezien de toenemende druk op de zorg, nog een brief aan verzekeraars met de vraag om hun coördinerende rol voor de toegankelijkheid van zorg nog meer op te pakken.

Tot slot gaf de NZa in december richting zorgverzekeraars aan het van groot belang te vinden dat alle zorgverzekeraars actief en tijdig uitstralen, in woord en daad, dat er geen financiële belemmeringen zijn voor de totstandkoming en uitvoering van afspraken die in ROAZ-verband worden gemaakt. Dit uitgangspunt is opgenomen in de aanvulling op het 'Tijdelijke beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie'.

Het uitgebreider contracteren van zelfstandige klinieken met het oog op het maximaal ontsluiten van capaciteit voor inhaalzorg is op verschillende momenten onderwerp van gesprek geweest. Naar aanleiding van verschillende signalen heeft de NZa onderzocht of het niet-bijcontracteren van zelfstandige klinieken leidde tot een schending van de zorgplicht. De NZa constateerde dat zorgverzekeraars voldoende alternatief aanbod hadden gecontracteerd.

Kader inhaalzorg

Om de toegankelijkheid tot zorg na de grootste pieken van corona te borgen, is het van belang geweest om te bepalen wat nodig is om lange wachttijden na corona te voorkomen. Het ministerie van VWS heeft de NZa in 2021 gevraagd een kader op te stellen waarin staat wat nodig is om deze inhaalzorg op gang te brengen. De NZa heeft dit kader opgesteld in overleg met onder andere V&VN, FMS, NVZ, NFU, ZKN, LHV, Patiëntenfederatie en ZN.

Om de zorg te kunnen opschalen, staat in het kader onder andere dat er meer dan ooit moet worden ingezet op passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek. De NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij dit ondersteunen met passende financiering. Het benutten van de mogelijkheden van digitalisering, zoals het aanbieden van online consulten, is daarbij belangrijk.

Om ervoor te zorgen dat regio's in dezelfde mate zorg kunnen gaan inhalen, is het nodig dat de zorg aan coronapatiënten ook in de lichtere fasen van de pandemie over ziekenhuizen gespreid blijft worden en dat de beschikbare zorgcapaciteit van ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken (zbc's) zo goed mogelijk wordt benut. Belangrijk is dat het verlenen en inhalen van uitgestelde zorg in samenspraak gaat met de patiënt. Om zorgprofessionals te ondersteunen bij hun communicatie met patiënten over de inhaalzorg heeft de NZa een informatiekaart gemaakt.

Verzekerden kunnen hun toegang tot zorg proberen te versnellen door zich te wenden tot de zorgbemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars. De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars zich inspinnen om verzekerden bewust te maken van de mogelijkheid van zorgbemiddeling.

Regionale aanpak

Vanaf de eerste golf van besmettingen in 2020 namen de ROAZ-regio's (Regionale Overleggen Acute Zorg) op verzoek van de NZa en in overleg met zorgverzekeraars en alle betrokken zorgaanbieders het voortouw in het verder opschalen van de reguliere ziekenhuiszorg. Het ging om zorg die umc's, ziekenhuizen of klinieken normaal gesproken verlenen en om de zorg die nodig is na een opname.

Het doel was dat zij samen met de in de regio meest belangrijke zorgverzekeraars en zorgaanbieders alles in het werk stelden om de opstart van beide soorten zorg verder uit te breiden. Deze functie ging verder dan hun wettelijke taak; normaal gesproken heeft de ROAZ enkel een coördinerende rol ten aanzien van de acute zorg.

Zorgverzekeraars (en zorgkantoren) werden hierbij actief betrokken en ondersteunden de samenwerking, onder meer door passende financiële randvoorwaarden te creëren. De NZa onderhield nauw contact met alle betrokken partijen om inzicht te hebben in knelpunten in de toegankelijkheid en oplossingen te faciliteren.

Ons beeld over de mate waarin zorgverzekeraars in ROAZ-verband sturend zijn geweest om zorgcapaciteit optimaal te benutten, is wisselend. We vinden het wenselijk dat de rol en positie van zorgverzekeraars in ROAZ-verband wordt verduidelijkt. Wat ons betreft moet dit onderdeel zijn van stappen die het ministerie van VWS zet om regie en sturing in crisistijd te verduidelijken en verstevigen.

Zorgbeeld en monitor toegankelijkheid van zorg

Actuele informatie is essentieel om de zorg rondom de patiënt te kunnen coördineren. Door tijdig de juiste informatie beschikbaar te hebben, kunnen partijen continu inspelen op de beschikbare capaciteit van zorg. Sinds de eerste golf heeft de NZa actief de toegankelijkheid van de reguliere zorg gemonitord.

Samen met het Landelijk Centrum Patiënt Spreiding (LCPS) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) zorgden we voor een goede informatievoorziening, zowel landelijk als regionaal, en ondersteunen daarmee de samenwerking tussen de partijen in de regio en tussen de regio's onderling. Het LCPS gaf dagelijks inzicht in de beschikbare corona en non-corona capaciteit in ziekenhuizen om te zorgen voor een zo evenredig mogelijke verspreiding van de zorg over de ziekenhuizen.

De NZa biedt zorgaanbieders en ROAZ-regio's via het [digitaal portaal 'Zorgbeeld'](#) inzicht in de beschikbaarheid van reguliere zorg in een regio. Dit portaal brengt in beeld welke zorg in een regio beschikbaar is, zodat de verschillende partijen in ROAZ-verband verantwoorde keuzes kunnen maken. Het afgelopen jaar hebben we Zorgbeeldportaal onder andere uitgebreid met wachttijdinformatie voor een aantal behandelingen. Hiermee ondersteunden we de samenwerking tussen de diverse partijen om de beschikbare zorgcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten. Zo konden we samen met ziekenhuizen, klinieken en zorgverzekeraars knelpunten oplossen.

Sinds augustus 2021 brengen we ook maandelijks de monitor 'Toegankelijkheid van zorg; Gevolgen van Covid-19' uit. Deze monitor geeft een actueel beeld van de toegankelijkheid van de zorg en de impact van het coronavirus hierop. De NZa werkt daarvoor samen met zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars om een steeds scherper beeld te krijgen van waar de grootste knelpunten in de toegankelijkheid zitten.

3.2 Financiering van kosten in verband met corona

De coronapandemie heeft een zeer ontwrichtend effect op de zorgverlening in Nederland, in het bijzonder in de ziekenhuizen en de umc's. Veel reguliere zorg is noodgedwongen stopgezet en er ontstond een nieuwe zorgvraag voor grote aantallen coronapatiënten. Daarnaast maken zorgaanbieders aanvullende kosten om de zorg veilig te kunnen verlenen.

Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband landelijke afspraken gemaakt om bij te dragen aan de door zorgaanbieders gemaakte meerkosten vanwege corona (denk aan beschermende maatregelen en extra schoonmaak), alsook de inkomstenderving die kan plaatsvinden als zorgaanbieders geen of minder zorg verlenen. Zorgverzekeraars hebben immers vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van zorg. Alle zorgverzekeraars behalve EUcare nemen deel aan deze landelijke afspraken. EUcare heeft een eigen regeling opgesteld om aanbieders van msz te compenseren voor de gevolgen van corona.

Om de bijdrage van zorgverzekeraars mogelijk te maken, heeft de NZa sinds 2020 twee prestaties vastgesteld: de prestatie 'continuïteitsbijdrage' en de prestatie 'meerkosten'. Deze prestaties golden ook in 2021.

Verantwoording vergoeding continuïteitsbijdragen door zorgverzekeraars

De continuïteitsbijdragen die zorgverzekeraars vergoeden, kunnen zij inbrengen in de (reguliere) risicoverevening. Per 1 mei 2021 hebben zorgverzekeraars zich hier voor het eerst over verantwoord. De NZa heeft de controle op het adequaat vaststellen van de continuïteitsbijdragen betrokken bij haar reguliere toezichtwerkzaamheden op de verantwoordingen van de risicoverevening.

Meerkosten van corona

Op 11 maart 2020 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie verklaard dat er sprake is van een pandemie als gevolg van de wereldwijde verspreiding van het coronavirus. Vanaf dat moment is er sprake van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, van de Zvw. Zorgverzekeraars kunnen volgens dat artikel, voor de aan zorgaanbieders vergoede kosten in verband met corona, een compensatie krijgen via een ministeriële regeling, de zogenaamde catastrofereregeling.

Via de catastrofereregeling krijgen zorgverzekeraars vanuit het Zorgverzekeringsfonds een catastrofebijdrage voor aan zorgaanbieders betaalde kosten in verband met corona (al dan niet gestaffeld) als de catastrofekosten boven een bepaalde drempel uitkomen. Het gaat hierbij om de optelsom van de meerkosten gemaakt in de jaren 2020 en 2021. Boven deze drempel krijgen zorgverzekeraars een gestaffelde catastrofebijdrage, waarbij vanaf een bepaald niveau alle catastrofekosten vergoed worden (inclusief de kosten onder de drempel).

Inmiddels is landelijk vastgesteld dat de meerkosten boven deze drempel uitkomen en zorgverzekeraars dus een volledige catastrofebijdrage krijgen voor de meerkosten. Voor 2020 en 2021 gezamenlijk bedraagt de catastrofebijdrage Zvw (voorlopig) ruim 3 miljard euro.

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 catastrofereregeling 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. In het grootste deel van deze landelijke afspraken vergoeden de zorgverzekeraars de indirecte meerkosten op basis van normbedragen aan de zorgaanbieders. Ook zit er in de meeste landelijke afspraken vanuit het oogpunt van continuïteit van de zorg een hardheidsclausule voor het geval dat de normbedragen ontoereikend danwel bovenmatig zijn.

Bij meerkostenregelingen waarbij sprake is van vergoeding op basis van de werkelijk gemaakte kosten, gaf de NZa twee bestuurlijke oordelen af:

- Vooraf: Een oordeel of de opzet van het beoordelingsproces van zorgverzekeraars om de aanvragen voor vergoeding van indirecte meerkosten te beoordelen, adequaat is.
- Achteraf: Een oordeel of de door zorgverzekeraars toegekende vergoeding voor indirecte meerkosten, ten laste van de catastroferegeling gebracht mag worden.

Bij meerkostenregelingen waarbij sprake is van vergoeding op basis van normbedragen, geeft de NZa een oordeel of de vergoedingsafspraken de werkelijke kosten redelijkerwijs benaderen. Dit oordeel is een voorwaarde om de vergoeding door zorgverzekeraar ten laste van de catastroferegeling te brengen.

De NZa heeft in 2021 een groot aantal meerkostenregelingen getoetst (zie onderstaande tabel). De NZa toetst nieuwe regelingen zodra deze bekend zijn.

Meerkostenregeling 2020	Soort regeling	Status
Huisartsen	Ex ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Ambulance	Ex-post	Positief bestuurlijk oordeel over de opzet proces en toegekende euro's
Msz	Ex-ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Msz-accent (m.u.v. zintuiglijk gehandicapten , revalidatiezorg)	Ex-ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Msz-accent: zintuiglijk gehandicapten (ZG)	Ex-ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Msz & Msz-accent	Ex-post	Positief bestuurlijk oordeel over de opzet proces (nog geen oordeel over de toegekende euro's)
MSZ- UMC's	Ex-ante	Nog onderhanden
Msz & Msz-accent positieve en negatieve hardheidsclausule	Ex-post	Nog onderhanden
Wijkverpleging, ELV en GRZ – grote aanbieders	Ex-ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Wijkverpleging, ELV en GRZ – grote aanbieders	Ex-post	Positief bestuurlijk oordeel over de opzet proces (nog geen oordeel over de toegekende euro's)
Wijkverpleging, ELV en GRZ - hardheidsclausule	Ex-post	Nog onderhanden
GGZ-grote aanbieders	Ex-post	Positief bestuurlijk oordeel over de opzet proces (nog geen oordeel over de toegekende euro's)
GGZ- grote aanbieders- negatieve hardheidsclausule	Ex-post	Nog onderhanden
GGZ- grote aanbieders- positieve hardheidsclausule	Ex-post	Nog onderhanden
Generieke regeling voor kleinere zorgaanbieders inclusief GGZ/WEG klein	Ex-ante	Positief bestuurlijk oordeel over de normatieve vergoeding
Grote hulpmiddelenleveranciers	Ex-post	Nog onderhanden
Eucare-regeling MSZ/MSZ Accent	Ex-ante	Nog onderhanden

Meerkostenregeling 2021	Soort regeling	Status
msz (generieke vergoeding)	ex-ante	Nog onderhanden
msz (patiënt-gebonden vergoeding)	ex-ante	Nog onderhanden
Wijkverpleging, ELV en GRZ –grote aanbieders	ex-post	Nog onderhanden
Wijkverpleging, ELV en GRZ –kleine aanbieders	ex-ante	Nog onderhanden
Generieke regeling voor kleinere zorgaanbieders: zittend ziekenvervoer	onbekend	
Ggz-grote aanbieders	ex-post	Nog onderhanden
Ggz-kleine aanbieders	ex-ante	Nog onderhanden
Ambulancevervoer	ex-post	Positief bestuurlijk oordeel over de opzet proces (nog geen oordeel over de toegekende euro's)

3.3 Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

In de afgelopen overstapperiode 2021/2022 hebben wij gezien dat met name in de msz de contractering zeer moeizaam verliep als gevolg van de onzekerheden door de coronapandemie. De coronapandemie leidde, net als het jaar hiervoor, voor zorgaanbieders tot grote onzekerheid over hun financiële situatie.

Pas toen duidelijk was hoe zorgverzekeraars de gevolgen van de pandemie in 2021 zouden compenseren, was het merendeel van de ziekenhuizen bereid een contract af te sluiten. Als gevolg hiervan konden de zorgverzekeraars voor veel ziekenhuizen tijdens de afgelopen overstapperiode niet aangeven welke ziekenhuizen een contract hadden voor 2022.

Alhoewel de NZa begrip heeft voor de problemen waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich door de coronapandemie geconfronteerd zagen, vindt de NZa het belangrijk dat verzekerden tijdig worden geïnformeerd over het gecontracteerde zorgaanbod tijdens de overstapperiode. We hebben echter moeten constateren dat de contractering dit jaar nog moeizamer verliep dan het jaar hiervoor.

Verzekerden wisten daarom gedurende een groter deel van de overstapperiode niet of hun zorgverzekeraar uiteindelijk een contract zou sluiten met het ziekenhuis van hun voorkeur. Alhoewel een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven dat verzekerden gewoon bij alle ziekenhuizen terecht kunnen, vinden wij dit toch onwenselijk. Het uitblijven van een contract kan voor verzekerden namelijk een drempel vormen om over te stappen.

Als een zorgverzekeraar (nog) niet kan aangeven of een zorgaanbieder wel of niet een contract heeft in het nieuwe polisjaar, verwachten wij van die zorgverzekeraar dat hij daar transparant over is en dat hij duidelijk maakt wat de gevolgen daarvan zijn voor verzekerde. Dit moet op grond van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. We hebben tijdens de afgelopen overstapperiode geen meldingen of signalen ontvangen waaruit bleek dat zorgverzekeraars hierover onduidelijk waren. Ook hebben we casuïstiek behandeld waaruit bleek dat zorgverzekeraars transparant zijn in de zorgzoeker, namelijk dat de zorg volledig wordt vergoed conform voorgaand jaar. Wij concluderen daarom dat zorgverzekeraars verzekerden over dit onderwerp goed hebben geïnformeerd.

4 Zorgplicht en passende zorg

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

Dit is de zorgplicht van de zorgverzekeraar, een belangrijke waarborg voor de toegankelijkheid van zorg in ons zorgstelsel. De inzet op passende zorg is daarbij van groot belang. De NZa ziet verschillende risico's voor de toegankelijkheid van zorg, zoals bijvoorbeeld te lange wachttijden voor zorg. Op de risico's voor de toegankelijkheid van de zorg vanwege Corona gaat hoofdstuk 3 in.

4.1 Passende zorg

Als we de zorg toegankelijk en betaalbaar willen houden op de lange termijn en iedereen in Nederland willen laten rekenen op passende zorg, zullen we het anders moeten doen. Dan moeten we ons richten op zorg die echt effectief is. Zorg die we veel meer thuis en in de buurt leveren en die we samen met de patiënt organiseren.

Er zijn ingrijpende veranderingen en scherpe keuzes nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De krapte op de arbeidsmarkt dwingt ons veel creatiever en flexibeler om te gaan met menselijk kapitaal. Het antwoord hierop luidt 'passende zorg': zorg die echt van meerwaarde is voor de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen, tegen redelijke kosten, én die we slim organiseren. De urgentie om daarop in te zetten is groter dan ooit.

In de adviezen over passende zorg, die de NZa in juli en samen met het Zorginstituut Nederland in november 2020 uitbracht, benadrukken we dat zorg meerwaarde moet hebben voor de patiënt. Het rapport van het Zorginstituut en de NZa schetst noodzakelijke randvoorwaarden om het zorgstelsel zo te laten functioneren dat passende zorg de norm wordt. Door de gezondheid en het functioneren van het individu als uitgangspunt te nemen, ontstaat gepast gebruik van zorg en wordt 'verspilling' door onnodige of niet-effectieve zorg voorkomen.

We hanteren de volgende vier principes voor passende zorg:

- **Passende zorg is waardegedreven:** zorg voor een doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs.
- **Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand:** de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de patiënt.
- **Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek:** (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom mensen organiseren, en zorg vervangen door slimme zorg en e-health.
- **Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte:** zet al het overheidsbeleid in op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen (health in all policies), focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren (positieve gezondheid), en werk aan het voorkomen van ziekte en zwaardere zorg (preventie).

Door de coronapandemie is de toegankelijkheid van de reguliere zorg verder onder druk komen te staan. Tegelijk biedt deze crisis ook kansen om te werken aan passende zorg, omdat veel innovaties in een stroomversnelling zijn gekomen. Zo heeft de pandemie ons geleerd dat zorg op afstand vaak even goed problemen kan verhelpen als fysieke consulten. En dat partijen als ze voor de uitdaging staan, eensgezind en met grote inzet samenwerken om te doen wat nodig is.

De coronapandemie heeft de kwetsbaarheden en uitdagingen van het zorgstelsel nog duidelijker zichtbaar gemaakt. Dit versterkt de noodzaak om sneller werk te maken van passende zorg. We zien dat er al positieve stappen in de richting van passende zorg worden gezet. Bijvoorbeeld als het gaat om de aandacht in de contractering door zorgverzekeraars van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor regionale samenwerking.

Tegelijkertijd staan we ook nog voor grote uitdagingen en zijn er in de toekomst ingrijpende veranderingen nodig. Meer gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat de beste en passende zorg is voor de patiënt, met een passende beloning, en concrete afspraken hierover in de contracten dragen bij aan deze verandering.

Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Een belangrijke pijler van passende zorg is Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP). JZOJP draait om het verplaatsen (bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn), voorkomen en vervangen van zorg (bijvoorbeeld door digitale zorg) om de zorg meer rond de patiënt te organiseren. De relevante stakeholders, te denken valt aan de zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, zorgaanbieders en patiënten, moeten in de regio meer samenwerken. De patiënt moet daarbij meer centraal komen te staan en de zorg moet (indien nodig) sector- en domeinoverstijgend zijn.

Bij het voorkomen van zorg gaat het om drie aspecten:

- preventie & leefstijl (voorkomen is beter dan genezen);
- het voorkomen van overbodige (onzinnige) zorg;
- het voorkomen van dure vormen van zorg (als minder dure vormen ook volstaan).

De werkwijze in de regio is het opstellen van regiobeelden (op basis van gezamenlijke data), het verrichten van een regio-analyse (gezamenlijke prioritering van belangrijkste knelpunten in de regio) en vervolgens het uitvoeren van regioplannen (welke stappen en acties zijn nodig).

De kleinere landelijk werkende zorgverzekeraars hebben een andere rol in de regio dan de grote vier zorgverzekeraars en de regionale zorgverzekeraars. Zij hebben een beperkter marktaandeel in de regio en hebben daarom minder mogelijkheden om sturend op te treden. De NZa verwacht van deze zorgverzekeraars dat zij in ieder geval op de hoogte zijn van de regioplannen en in hun strategie aandacht besteden aan welke impact JZOJP heeft.

Zorgverzekeraars hebben in toenemende mate aandacht voor preventie en leefstijl. Een aandachtspunt waarover ook het RIVM onlangs rapporteerde is de onzekerheid over in hoeverre de eventueel gerealiseerde besparingen terecht komen bij degene die investeert in preventie.

In de regio's vindt een gefaseerde aanpak plaats om de regioplannen uit te rollen, waarbij in de ene regio samenwerking beter of natuurlijker gaat dan in de andere. Meerdere zorgverzekeraars geven aan dat de mate van samenwerking tussen partijen het succes bepaalt.

In de interne organisatie van de zorgverzekeraars moet nog meer de ketengedachte komen (van jaarlijkse inkoop naar meer dynamisch en van sectorale inkoop naar meer keten- en netwerkgericht). Zorgverzekeraars zijn bezig met een kanteling op het gebied van onder andere zorginkoop (naar meer ketengericht), maar er moeten nog wel verdere stappen gezet worden. In het monitoren van de uitvoering van de regioplannen door zorgverzekeraars kunnen ook nog stappen gezet worden. Daarnaast beveelt de NZa aan dat zorgverzekeraars meer leren van elkaars aanpak.

Verder geeft de NZa aan dat er geen "one size fits all" is. De kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod zal via maatwerkoplossingen per regio moeten worden gedicht. Naar aanleiding van het Regeerakkoord zal de NZa een verdere rol pakken op het vlak van regiobeelden.

4.2 Regionale aanpak wachttijden

Het afgelopen jaar hebben we in verschillende sectoren naar de regionale aanpak van de wachttijden gekeken.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) spraken we samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) met de zogenaamde 'versnellers' (vaak samen met de voorzitters van de regionale

taskforces) van de acht regio's waarin deze zijn aangesteld. Versnellers hebben de opdracht om ervoor te zorgen dat de samenwerking in de regio zodanig wordt gestructureerd en verbeterd dat dit een positief effect op de aanpak van de wachttijden heeft. Daarbij keken wij vooral naar de opzet van de aanpak om de doorstroming van patiënten binnen het regionale zorgsysteem te verbeteren.

Uit onze gesprekken bleek dat de samenwerking tussen partijen (huisartsen, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten) om de wachttijden in de ggz te verlagen steeds beter verloopt. De plannen die voor de aanpak zijn opgesteld en veel afgesproken initiatieven zijn in gang gezet. Het is echter nog te vroeg om conclusies te trekken over het effect van de maatregelen op de wachttijden.

In sommige regio's is te weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag en het beschikbare aanbod. Door het delen van regiobeelden die zorgverzekeraars samen met gemeenten opstellen, krijgen partijen meer zicht op de zorgbehoefte en het benodigd aanbod in een regio. Zorgverzekeraars kunnen hier een actievere rol in spelen. Over onze ervaringen met de gezamenlijke, regionale wachttijdenaanpak in de ggz, publiceerden we – net als in 2020 - samen met de IGJ een brief. Wij blijven de aanpak in de regio's volgen.

In de medisch-specialistische zorg hebben we - in afstemming met de IGJ – een vervolg gegeven aan het als gevolg van de coronapandemie versterkte toezicht. Zie hoofdstuk 3 over corona.

Ten slotte hebben we voor casemanagement dementie het afgelopen jaar ons toezicht weer volledig opgepakt, nadat we vorig jaar vanwege de gevolgen van corona voor deze sector een pas op de plaats hadden gemaakt. We zien dat zorgverzekeraars zich met andere partijen in de regio inspannen om de zorg passend te organiseren. Op basis van het verbeterde inzicht in de wachtlijsten per netwerk hebben we een aantal 'nieuwe' regio's geselecteerd waarop we ons toezicht richten – aanvullend op regio's die we onverminderd volgen. Tevens hebben we op basis van dit inzicht in combinatie met gesprekken met regio's die we al langer volgden, ook besloten een aantal regio's minder intensief en op afstand te blijven volgen. In deze regio's zagen we een goede organisatie van het casemanagement in combinatie met een teruglopende wachtlijst.

4.3 Toegankelijkheid huisartsenzorg

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat in een toenemend aantal regio's onder druk. Wanneer een huisarts met pensioen gaat of om een andere reden stopt, is het vinden van een opvolger een uitdaging. We zien goede voorbeelden van constructieve samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het realiseren van oplossingen. Zorgverzekeraars stellen bijvoorbeeld financiële middelen beschikbaar voor goede initiatieven en bieden hulp bij het professionaliseren van de praktijk.

We hebben zorgverzekeraars afgelopen jaar ook gesproken over toegankelijkheid. Zorgverzekeraars zijn zich er van bewust dat scherp inzicht in vraag en aanbod bijdraagt aan het effectiever aanpakken van de problematiek in de huisartsenzorg. Diverse partijen (regionale samenwerkingsverbanden, zorgaanbieders, etc.) zetten zich in om de kenmerken van regio's in kaart te brengen door middel van regiobeelden. Deze regiobeelden worden steeds vollediger en kunnen daarom effectief worden ingezet om de juiste strategie te bepalen voor nu en in de toekomst.

Daarnaast houden zorgverzekeraars goed bij hoeveel en welke verzekerden er op een wachtlijst staan voor inschrijving bij een huisarts. Dit wordt met name goed bijgehouden voor de regio's waar (te) weinig huisartsen zijn (knelregio's). De preferente zorgverzekeraar neemt hierin vaak de lead. Daarnaast zien

we dat de contacten met huisartsenpraktijken goed zijn en dat zorgverzekeraars hierdoor weten waar nog plek is.

Ons beeld is dat de zorgverzekeraars de rol van zorgbemiddelaar serieus nemen. De mogelijkheden van zorgbemiddeling staan op de website benoemd. In het geval verzekerden geen huisarts kunnen vinden en contact opnemen, geven zorgverzekeraars aan wat de mogelijkheden zijn en gaan ze op zoek naar een passende oplossing.

4.4 Toegankelijkheid acute zorg

In april 2021 bracht de NZa weer een monitor acute zorg uit waarin we constateerden dat de acute zorg nog steeds voldoende toegankelijk is, maar dat de druk hoog blijft. Inzicht in de ontwikkelingen van de acute zorg blijft dan ook belangrijk om problemen tijdig te kunnen signaleren.

De uitbraak van het Covid-19 virus in 2020 en de maatregelen om de verspreiding te voorkomen (zoals de lockdowns) hebben een grote invloed gehad op de zorgvraag. We zien hierdoor ook een afname van de reguliere acute zorg. Deze afname van de reguliere patiëntenstroom naar de acute zorg is vele malen groter dan de toename als gevolg van de patiënten met het coronavirus. Hierdoor zagen we in 2020 een terugval van de zorgvraag binnen de gehele acute zorgketen.

Wel moet opgemerkt worden dat de dalingen in reguliere acute zorg gelijktijdig plaatsvonden met een toename in zorgvraag als gevolg van het aantal besmettingen met het corona-virus. De geconstateerde afname in acute zorgvraag in 2020 weerspiegelt dus geenszins de druk op de gehele zorg zoals deze in ditzelfde jaar is beleefd.

Om ervoor te zorgen dat goede acute zorg voor iedereen beschikbaar en betaalbaar blijft, moeten we deze zorg anders gaan organiseren. Dit staat in het advies Passende acute zorg van de NZa. We adviseren om de regulering van de acute zorg op korte termijn op bepaalde onderdelen aan te passen; waaronder een landelijk normenkader voor de beschikbaarheid en spreiding van acute zorgvoorzieningen, verdere stappen om de coördinatie van de in-, door- en uitstroom te verbeteren en daaropvolgend de bekostiging van de spoedeisende hulp aan te passen.

De zorgvraag van de patiënt staat daarbij centraal: wie heeft welke acute zorg nodig en waar? Op basis hiervan is het aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de acute zorg per regio passender in te richten. De zorgverzekeraar speelt ook een belangrijke rol in het verbeteren van de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorg.

Als blijkt dat de inzet van een regionaal initiatief bijdraagt aan een vermindering van de druk op de acute zorg, vraagt dit om proactief en congruent gedrag van zorgverzekeraars. In het vervolg op dit advies zullen wij samen met onder andere zorgverzekeraars bekijken in hoeverre een informatieverplichting en de ontwikkeling van zorgcoördinatiecentra bij kunnen dragen aan een betere doorstroom in de acute zorgketen.

4.5 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 pgb (persoonsgebonden budget) uit de Zorgverzekeringswet. Naar aanleiding van signalen over lange doorlooptijden in de afhandeling van beide type aanvragen heeft de NZa in 2020 hier onderzoek naar gedaan. Met een nieuwsbericht en brieven naar de zorgverzekeraars individueel vroegen we aandacht voor onze bevindingen en aanbevelingen.

Een van onze aanbevelingen aan de zorgverzekeraars was zorgen voor een uitgebreid netwerk van gecontracteerde aanbieders en dit - en de voordelen ervan - goed kenbaar maken bij verzekerden. Ook is voldoende personeelscapaciteit bij de zorgverzekeraars belangrijk om de aanvragen binnen een redelijke termijn af te handelen.

Een doorlooptijd van 5 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 6 weken. Het is van belang dat de zorgverzekeraar de processtappen, verwachtingen en termijnen helder communiceert en deze zelf in acht neemt.

In het najaar van 2021 hebben we een vervolg gegeven aan dit onderzoek. Het onderzoek loopt door in 2022.

5 Zorginkoop

Zorginkoop stelt zorgverzekeraars in staat om voldoende zorg te contracteren dat tegemoet komt aan de zorgvraag van haar (natura-) verzekerden. In de contracten is er 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. Zorgverzekeraars kunnen zich met de zorginkoop onderscheiden ten opzichte van elkaar, met de aanbieders die ze contracteren en de afspraken die ze daarbij maken.

5.1 Zorginkoopproces

De NZa heeft de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw ingesteld om de transparantie van het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop te vergroten. De regeling ziet op de omgangsvormen en informatievoorziening tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als het proces naar de zorginkoop toe inzichtelijker is, dan verloopt de inkoop ook soepeler, is de achterliggende gedachte.

De regeling is in 2021 aangepast naar aanleiding van een eerdere duiding die door de NZa was gepubliceerd over bijcontracteren (december 2019) en over wijzigingen in het zorginkoopbeleid (maart 2021). De gewijzigde regeling is van toepassing op de contracten die ingaan per 1 januari 2023. In de Regeling is een nieuw artikel toegevoegd dat ingaat op de bijcontractering.

Daarnaast zijn artikelen verduidelijkt met betrekking tot de minimumeisen om in aanmerking te komen voor een specifiek contract, de procedure ingeval van aanvullende zorginkoop, wat onder het contractvoorstel wordt verstaan en het feit dat de spelregels ook gelden voor het wijzigen van het zorginkoopbeleid en/of de procedure van zorginkoop.

Zorgaanbieders hebben de regeling ook in 2021 aangegrepen om de NZa te verzoeken handhavend op te treden tegen vermeende overtredingen. Het ging dan met name over het niet tijdig bekend maken van het inkoopbeleid. In enkele gevallen heeft de NZa daadwerkelijk opgetreden, zowel met diverse waarschuwingen als een boete.

5.2 Contractering in verschillende sectoren

De NZa heeft de contractering in verschillende sectoren onderzocht.

Huisartsenzorg

In de huisartsenzorg zien we positieve veranderingen in het contracteerproces, zo blijkt uit de Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021. De ruimte die het hoofdlijnenakkoord biedt voor investeringen wordt grotendeels benut, zowel bij huisartsenpraktijken als regionale samenwerkingsverbanden. Ook zijn er voor 2021 veel doorlopende meerjarencontracten afgesloten, wat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars rust en zekerheid geeft in de contractering.

Daarnaast zien we dat in bijna alle regio's stappen zijn gezet om tot een regiobeeld te komen of al een regiobeeld is gemaakt, al loopt dat nog niet in alle regio's even soepel. In veel regio's kost het tijd om de regioplannen te vertalen naar individuele contracten. Sturing op regionalisering door zorgverzekeraars levert soms problemen op in gebieden waar twee preferente zorgverzekeraars eigen beleid voeren. Van zorgverzekeraars verwachten wij dat zij regionaal de regisseursrol pakken en zorgen voor een samenhangende multidisciplinaire zorginkoop.

Wijkverpleging

In de wijkverpleging zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het algemeen tevreden over het proces van de contractering, zo blijkt uit de Monitor contractering wijkverpleging 2021. Zorgverzekeraars hebben zich ingezet om de relatie met zorgaanbieders te verbeteren, ook met kleine zorgaanbieders. Meer nieuwe zorgaanbieders kregen een contract aangeboden voor 2021 en het aandeel ongecontracteerde zorg is verder gedaald. De afhandeling van een bijcontracteringsverzoek moet nog wel sneller plaatsvinden.

Inhoudelijk hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2021 meer afspraken gemaakt over de organisatie van onder andere onplanbare nachtzorg, wijkgericht werken en digitale zorg. Over preventie

en arbeidsmarkttekorten zien we echter nauwelijks afspraken, terwijl die de druk op de wijkverpleging kunnen verminderen. Ook de kwaliteit van de zorg blijft nog onderbelicht in contracten.

Er worden wel iets meer afspraken gemaakt over wijkgericht werken, maar het tempo laat nog te wensen over. In de praktijk vormen de schotten tussen de domeinen een belemmering om passende zorg te leveren. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zouden meer in gezamenlijkheid tot een passende financiering kunnen komen.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

In de ggz maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contracten bijna geen concrete afspraken over inhoudelijke onderwerpen als passende zorg, het verkorten van wachttijden en het organiseren van de zorg over de schotten heen, zo blijkt uit de Monitor contractering ggz 2021. Dat is in tegenspraak met het hoofdlijnenakkoord.

In de praktijk maken zorgverzekeraars en grotere instellingen wel dergelijke afspraken, maar leggen zij dat vast in een gespreksnotitie of een convenant. Wij roepen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om afspraken over passende zorg, inhoud en kwaliteit vast te leggen in (meerjaren)contracten óf duidelijk te maken waarom zij dat – in afwijking van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord geestelijke gezondheidszorg - op een andere manier (gaan) doen.

Vrijgevestigde zorgaanbieders en kleine instellingen kunnen door de beperkingen van digitale standaardcontracten geen gedetailleerde inhoudelijke afspraken maken. Zorgen voor een goed contracteerproces is volgens ons een van de weinige mogelijkheden om de onvrede daarover wat te verminderen. Daarbij hoort ook een goede helpdesk om de zorgaanbieders deskundig en binnen duidelijke termijnen antwoord te geven op hun vragen. Op dat gebied zijn zeker nog verbeteringen mogelijk.

Een deel van de – vrijwel uitsluitend vrijgevestigde – zorgaanbieders wil geen contract afsluiten, veelal vanwege onvrede over omzetplafonds en tarieven. Onze aanbeveling blijft voor de groep zorgaanbieders die aangeeft het gevoel te hebben bij het kruisje te moeten tekenen om zich vooral in de regio te organiseren – binnen de regels van de mededingingswetgeving – om op die manier wel een gesprekspartner voor de zorgverzekeraars te zijn.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Het doel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is om passende zorg te bieden aan kwetsbare patiënten die thuis wonen. Hiermee kunnen bijvoorbeeld ziekenhuisopnames of langdurig verblijf in een Wlz-instelling worden voorkomen of uitgesteld. Samenwerking met andere zorgverleners, zoals de huisarts, wijkverpleegkundige en de apotheker, is hierbij cruciaal.

Deze zorg is vanaf 2020 nieuw in de Zorgverzekeringswet, waarmee ook de inkoop van gzsp tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nieuw is. We zien dat er hele goede stappen zijn gezet om deze inkoop goed te laten verlopen, maar de nieuwigheid brengt ook ruimte voor verbetering van die zorginkoop met zich mee, zo blijkt uit de Monitor contractering gzsp 2021.

Voor de komende jaren zijn er vooral kansen om gzsp meer in samenhang te leveren met zorgaanbieders uit andere zorgsectoren. Het zou helpen als zorgverzekeraars gzsp in samenhang met andere zorgvormen inkopen en meer afspraken maken over de samenwerking met andere aanbieders en andere vormen van zorg. Ook is het goed dat gzsp onderdeel wordt van de

regioplannen. Daarnaast is het nodig dat meer inzicht in de inhoud en kwaliteit van gzsp beschikbaar komt om hierover inhoudelijk afspraken te kunnen maken in de zorginkoop.

Medisch-specialistische zorg (msz)

Vanwege corona is de aandacht van de zorgaanbieders in 2020/2021 voor een groot deel uitgegaan naar de (financiële) continuïteit. Desalniettemin hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk een uitzonderlijke prestatie geleverd om patiënten de juiste zorg te bieden. De inzet van digitale zorg nam flink toe en regionale samenwerking kwam beter van de grond dan voorheen. Tegelijkertijd heeft corona ook de kwetsbaarheden en uitdagingen van ons zorgstelsel nog duidelijker zichtbaar gemaakt. Dit versterkt de noodzaak om sneller werk te maken van passende zorg.

Ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken (zbc's) zien samen met zorgverzekeraars de noodzaak in van een omslag naar passende zorg, zowel om de zorgkosten beheersbaar te houden als uitgestelde zorg in te halen, maar dit leidde nog maar beperkt tot concrete afspraken in de contracten met zorgverzekeraars. Ten opzichte van voorgaande jaren was er wel meer aandacht voor (regionale) samenwerking, digitalisering van zorg en gepast gebruik van zorg. Bovendien nam de inzet van transformatiegelden toe, hoewel een aanzienlijk deel hiervan nog niet werd benut vanwege drempels bij het aanvraagproces en belemmerende randvoorwaarden van zorgverzekeraars.

Met zbc's werden nauwelijks afspraken gemaakt over passende zorg. Bovendien veranderde de contractering tussen zbc's en zorgverzekeraars niet ten opzichte van voorgaande jaren, terwijl zbc's aangaven dat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij het opschalen van de reguliere zorg. Het is opvallend dat zorgverzekeraars nauwelijks afspraken maakten met zbc's over de financiering van inhaalzorg en het opvangen van capaciteitsproblemen bij ziekenhuizen.

Met medisch specialistische bedrijven (msb's; samenwerkingsverband van medisch specialisten) maakten zorgverzekeraars aparte afspraken, los van het ziekenhuis waar het msb actief is. Het is van belang dat de contractuele afspraken met beide partijen gelijkgericht zijn. Niet alleen om de medisch-specialistische zorg op de lange termijn toegankelijk en betaalbaar te houden, maar ook om vanuit hetzelfde doel te werken aan passende zorg.

De meeste financiële afspraken tussen de dominante zorgverzekeraar, het ziekenhuis en de msb's voor het jaar 2020 waren gelijkgericht. Echter, in de huidige bekostiging zijn de financiële afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zbc's vooral gebaseerd op productie. Ook is de interne verdeling van financiële middelen tussen de aangesloten vakgroepen binnen de msb's voornamelijk geënt op het leveren van zorg. Dergelijke productieprikkels staan gelijkgerichte afspraken in de weg.

Door alternatieve bekostigingsafspraken in te zetten, kunnen ziekenhuizen en zbc's worden beloond voor uitkomsten. Tegelijkertijd is er een positieve ontwikkeling dat een groot aantal msb's inmiddels werkt aan het stapsgewijs implementeren van verdeelmodellen die minder zijn geënt op productie en die gelijkgerichtheid bevorderen. Zo kan de beweging passende zorg worden gestimuleerd.

Paramedische zorg

In de huidige bekostiging wordt paramedische zorg grotendeels vergoed per verrichting. Dat geeft een prikkel om bij de zorglevering in te zetten op volume, wat niet per se leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt. Van de tarieven per verrichting wensen zorgaanbieders vooral een nadere kostenonderbouwing om hiermee beter in gesprek te kunnen met zorgverzekeraars bij de zorginkoop.

Er is echter geen eenduidig beeld bij partijen of en hoe transparantie van tarieven kan bijdragen aan een beter zorginkoopproces. Dat maakt dat meer informatie over hoe de tarieven voor paramedische zorg precies zijn opgebouwd, niet leidt tot een beter contracteerproces of betere zorgresultaten, zo blijkt uit de Rapportage over transparantie van tarieven paramedische zorg.

Tegelijkertijd komt het gesprek over toekomstbestendige, passende zorg nauwelijks van de grond omdat het contact tussen paramedici en zorgverzekeraars zich te veel concentreert op de hoogte van het tarief. De inkoopgesprekken zouden zich meer moeten richten op wat de beste zorg is voor de patiënt, georganiseerd in logische samenhang met andere zorg. Dan kan beter inzichtelijk worden gemaakt hoe een passend tarief in verhouding staat tot de kwaliteit en inhoud van de zorg en kan passende zorg beter worden beloond dan minder passende zorg. Voor een toekomstbestendige beloning zal de NZa inzetten op een bekostiging voor paramedische zorg die zich richt op het belonen van passende zorg.

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Met de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) werken gemotiveerde deelnemers onder brede begeleiding aan het krijgen én behouden van een gezonde leefstijl. Hierdoor draagt de GLI preventief bij aan de gezondheid en het welzijn van veel burgers, en kunnen zwaardere vormen van zorg worden voorkomen.

Wij zien sinds de zomer van 2020 dat meer mensen gebruik maken van deze preventieve vorm van zorg. We zien nog steeds ruimte voor verbeteringen bij de contractering van GLI-aanbieders, de regionale spreiding van het GLI-aanbod en de informatie voor verzekerden. Dat schreven we in een brief aan de landelijke partijen die bij de GLI betrokken zijn.

Zorgverzekeraars streven naar een landelijk dekkend GLI-aanbod. Zij sluiten daarvoor contracten af met zorggroepen en - zo nodig - met individuele zorgverleners, maar van een landelijk dekkend netwerk is nog geen sprake. Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij zich maximaal inzetten om meer GLI-aanbod te contracteren. Ten minste één gecontracteerde GLI-aanbieder per gemeente vinden wij op zijn plaats. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij dit nastreven en waarmaken in 2022.

Goede voorlichting van zorgverleners over de GLI is essentieel om de doelgroep te bereiken. Hierin ligt een belangrijke taak voor zorgverzekeraars, zorggroepen, individuele GLI-aanbieders en huisartsen. Informatie over de GLI, de doelgroep, de kosten en de locaties moet volledig en begrijpelijk zijn en op websites staan. Wij zien dat zorgverzekeraars en zorgverleners hierin nog stappen moeten zetten. Zonder goede voorlichting en een tijdige verwijzing komt de GLI onvoldoende van de grond.

In 2022 blijven we de ontwikkelingen en voortgang actief volgen.

6 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 2021 op de zorgverzekeringsmarkt heeft waargenomen.

6.1 Modelovereenkomsten

Met ingang van 2021 zijn er in totaal 10 concerns met 20 zorgverzekeraars. Dat is een concern minder dan in 2020. Met ingang van 2021 is IptiQ gestopt als zorgverzekeraar. Er worden 57 modelovereenkomsten aangeboden: 15 restitutie, 37 natura en 5 combinatiepolissen.

Er worden in 2021 meer modelovereenkomsten aangeboden dan 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 2021

IptiQ is met ingang van 2021 gestopt met het aanbieden van zorgverzekeringen. Deze zorgverzekeraar bood in 2020 drie modelovereenkomsten aan. Deze drie polissen zijn de enige drie modelovereenkomsten die in 2021 zijn beëindigd.

Er zijn in 2021 vijf nieuwe modelovereenkomsten bij gekomen. Dit zijn allemaal naturapolissen. Het betreft VGZ en IZA basis Keuze en UMC Ruime keuze van het concern VGZ en de basisverzekering natura select van EUcare en Jaah basis van ONVZ. De bestaande restitutiepolis van ONVZ is omgezet naar een combinatiepolis.

Soort modelovereenkomst	2019	2020	2021
Totaal	59	55	57
Natura	34	34	37
Restitutie	21	17	15
combinatie	4	4	5
Daadwerkelijk verschillende model-overeenkomsten	36	40	41
Nagenoeg gelijke model-overeenkomsten	23	15	16
Aantal zorgverzekeraars	24	21	20

(Nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten

We zien dat diverse zorgverzekeringconcerns modelovereenkomsten via verschillende risicodragers aanbieden die inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Het aantal daadwerkelijk verschillende modelovereenkomsten bedraagt 41 van de 57 aangeboden modelovereenkomsten. In 2020 waren dit 40 van de 55 modelovereenkomsten en in 2022 45 van de 60 modelovereenkomsten. Dit beeld blijft redelijk gelijk.

Hierbij maken we 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 zien graag dat het polisaanbod meer onderscheidend wordt, zodat er voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt.

Polissen met beperkende voorwaarden

Het aantal modelovereenkomsten met beperkende voorwaarden (ook wel budgetpolissen genoemd) is fors gestegen van 10 naar 16 in 2021. De Ruime Keuze polis van Iptiq vervalt. Alhoewel de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg niet perse lager ligt dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, hebben Salland en Hollandzorg van Eno met ingang van 2021 minder dan 70% van de zorgaanbieders gecontracteerd voor geneesmiddelen, fysiotherapie, wijkverpleging. Deze modelovereenkomsten worden daarom als polissen met beperkende voorwaarden gezien.

De basisverzekering natura select van EUcare, de Unive Zorg select polis en de VGZ Bewuzt basis vergoeden met ingang van 2021 wel minder dan 75% voor niet gecontracteerde zorg. Ten slotte zijn er twee nieuwe budgetpolissen bijgekomen met een vergoedingspercentage van minder dan 75% voor niet gecontracteerde zorg. Dat zijn IZA basis keuze en VGZ basis keuze. In totaal is er bij 10 modelovereenkomsten sprake van een vergoedingspercentage van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

We zien dus een forse toename van het aantal polissen met beperkende voorwaarden. Bij deze polissen is sprake van 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.

Zoals we in de [monitor zorgverzekeringsmarkt](#) aangaven, is het ook in dit kader noodzakelijk dat de risicoverevening verder doorontwikkeld wordt, zodat de prikkel voor zorgverzekeraars om op jonge en gezonde verzekerden te selecteren komt te vervallen. Daarnaast vinden wij het van groot belang dat de focus van zorgverzekeraars meer verschuift naar zorginkoop en goede dienstverlening voor alle verzekerden in plaats van een focus op een gunstige verzekerdenportefeuille en de prijs.

6.2 Juiste toepassing marktconform tarief bij restitutiepolissen

In de zomer van 2020 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (hierna: CBb) een [uitspraak](#) gedaan over de vergoeding en berekening van excessieve tarieven bij restitutiepolissen. Bij een excessief tarief mag de zorgverzekeraar op grond van artikel 2.2 van de Regeling Zorgverzekering alleen een vergoeding betalen die overeenstemt met de tarieven die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn.

Uit de uitspraak volgt dat wanneer een zorgverzekeraar een zorgnota (deels) weigert te vergoeden, deze zorgverzekeraar moet kunnen aantonen dat de voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is ('excessief'). Uit een eerste analyse van eind 2020 bleek dat ongeveer de helft van de zorgverzekeraars met een restitutiepolis deze bepaling verkeerd toepaste en geen individuele beoordeling uitvoerde.

De NZa heeft in het afgelopen jaar onderzocht of alle zorgverzekeraars nu wel voldoen aan deze verplichting. Uit dat onderzoek is gebleken dat 3 zorgverzekeraars dat nog niet deden. Hierop heeft de NZa het voornemen aangekondigd om een aanwijzing op te gaan leggen. Naar aanleiding hiervan

hebben deze zorgverzekeraars hun beleid alsnog aangepast en in overeenstemming gebracht met de uitspraak van het CBb. Hiermee voldoen met ingang van 2022 alle zorgverzekeraars op dit punt.

7 Bruikbare informatie

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 informatie geven die het keuzeproces van de consument vereenvoudigt. Lange tijd was het uitgangspunt om zoveel mogelijk informatie voor consumenten beschikbaar te stellen, met bijbehorende administratieve lasten voor zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt echter om een transitie van méér informatie, naar bruikbare informatie.

7.1 Bruikbare informatieverstrekking

We hebben in de afgelopen jaren gezien dat er door zorgverzekeraars stappen zijn gezet om de informatie over zorgverzekeringen te verbeteren. Informatie over zorgverzekeringen is veelal juist (in relatie tot bestaande regelgeving). Wel denken we dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen zetten door informatie op zo'n manier aan te bieden dat het mensen beter helpt bij het maken van een keuze voor een passende zorgverzekering.

Om die volgende stap te faciliteren, hebben we in oktober 2021 onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (hierna: Regeling) herzien. De gewijzigde regeling is per 1 april 2022 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. Lange tijd was het uitgangspunt om zoveel mogelijk informatie voor consumenten beschikbaar te stellen, met bijbehorende administratieve lasten voor zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Maar in de praktijk helpt deze informatie mensen niet altijd bij het maken van een goede keuze. Bijvoorbeeld omdat de informatie op het verkeerde moment, op de verkeerde manier of via het verkeerde communicatiekanaal wordt aangeboden. Soms sluit de aangeboden informatie ook niet aan bij de kennis en vaardigheden van de patiënt of verzekerde.

Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt dus 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.

Informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van de consument:

- is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
- sluit aan bij de vaardigheden van de consument;
- is juist, vindbaar en vergelijkbaar.

Het vergt een bepaalde inspanning van zorgverzekeraar om aan te tonen dat de informatie die hij geeft bruikbaar is en voldoet aan de eisen uit de Regeling (zie art. 4). Dit zal er op termijn toe leiden dat van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij meer gaan doen om te zorgen dat hun informatie bruikbaar is voor consumenten. We hebben gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars om te kijken welke acties zij nemen naar aanleiding van de herziene Regeling.

Wij gaan er in ieder geval vanuit dat zorgverzekeraars met de invoering van de nieuwe regelgeving meer investeren in de bruikbaarheid van informatie. Daarnaast verwachten wij dat zorgverzekeraars ook zelf onderzoek doen naar de wijze waarop die informatie het beste kan worden gegeven. Daarbij krijgen zorgverzekeraars zo veel mogelijk ruimte om zelf invulling te geven aan de manier waarop ze aan normen in deze regeling en de wet kunnen voldoen. Vanzelfsprekend houden wij hierop toezicht en grijpen wij in als de informatieverstrekking onvoldoende is.

Uit bovenstaande volgt dat de NZa het belang van een goede informatievoorziening voor verzekerden ook in 2022 en daarna de nodige aandacht zal blijven geven.

7.2 Overstapperiode 2021-2022

De NZa onderzoekt elk jaar de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in de overstapperiode. Dit jaar hebben we reeds voorafgaand aan de overstapperiode bij zorgverzekeraars per brief aandacht gevraagd voor enkele onderwerpen. Hierover hebben we ook een [nieuwsbericht](#) op onze website geplaatst.

Tijdig bekendmaken premie 2022

Het is noodzakelijk en wettelijk verplicht dat de premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Dit creëert een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars en bovendien hebben verzekerden zo voldoende tijd om zich te oriënteren op een nieuwe zorgverzekering.

Helaas kwam het in eerdere jaren soms voor dat verzekerden te laat werden geïnformeerd over hun zorgverzekeringspremie. Alleen wanneer er sprake is van een internetpolis, en verzekerden toch kiezen voor schriftelijke communicatie, mag een zorgverzekeraar maximaal één dag na de bekendmaking van de premie de verzekerde hierover per brief informeren. Voor de exacte voorwaarden voor deze uitzondering verwijzen wij naar onze nieuwsbrief modelovereenkomsten 2020 nummer 2 van 17 oktober 2019. Op deze voorwaarden zijn geen verdere uitzonderingen mogelijk.

De afgelopen overstapperiode hebben wij niet gezien dat zorgverzekeraars hun verzekerden te laat hebben geïnformeerd. Dat is positief.

Wel ontvingen we een signaal over een zorgverzekeraar die zijn korting voor het vrijwillig eigen risico heeft gewijzigd na 12 november 2021. Dit is geen wijziging van de premiegrondslag en daarom geen formele overtreding van de wet. Een wijziging van de premiekorting na 12 november vinden wij echter wel zeer ongewenst. Zo kan de verzekeraar de premiestelling van zijn concurrenten afwachten en vervolgens een premiekorting vaststellen waarmee de verzekerden goedkoper uit zijn dan bij de concurrenten. Dit is slecht voor de onderlinge concurrentie en creëert voor verzekeraars een prikkel om hun premiekortingen steeds later bekend te maken. Voor consumenten kan dit betekenen dat zij pas later weten welke premie zij uiteindelijk gaan betalen. We hebben de betreffende zorgverzekeraar hierop aangesproken.

Communicatie gecontracteerd zorgaanbod

De NZa vindt het belangrijk dat verzekerden tijdens de overstapperiode tijdig worden geïnformeerd over het gecontracteerde zorgaanbod. Als een zorgverzekeraar (nog) niet kan aangeven of een zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd zal zijn in het nieuwe polisjaar, verwachten wij van die zorgverzekeraar dat hij daar transparant over is en dat hij duidelijk maakt wat de gevolgen daarvan zijn voor verzekerde. Zie voor meer informatie het betreffende transparantieartikel in de [Regeling](#).

In de afgelopen overstapperiode hebben wij gezien dat met name in de msz de contractering als gevolg van de onzekerheden door de coronapandemie zeer moeizaam verliep. Over het al dan niet gecontracteerd zijn van zorgaanbieders en de consequenties hiervan voor verzekerden, hebben zorgverzekeraars hun verzekerden in de afgelopen overstapperiode goed geïnformeerd. Dit komt ook in hoofdstuk 3 van dit rapport aan bod.

8 Controles en financiële verantwoording

Als een verzekerde zorg heeft gebruikt, krijgt de zorgverzekeraar daarvan de rekening. Via de verzekerde of rechtstreeks van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die de Zvw 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. Vanwege de beperkingen door corona hebben het onderzoek met betrekking tot de wanbetalersregeling en de activiteiten van de NZa ten aanzien van de accentverschuiving in de uitvoering van materiële controles, in 2020 niet plaatsgehad. Zo gauw dat weer verantwoord mogelijk is, zullen we deze onderzoeken weer oppakken.

8.1 Onderzoek juistheid verantwoordingen risicoverevening

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

Zorgverzekeraars zijn echter wettelijk verplicht iedereen te accepteren. Ook zijn zij wettelijk verplicht aan elke verzekerde een basisverzekering aan te bieden voor dezelfde premie, ongeacht het risico op zorgkosten. Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar (on)gunstig risicoprofiel. Zorgverzekeraars ontvangen hiervoor een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (in 2021: ±25 miljard euro). Door de risicoverevening wordt de toegankelijkheid tot de zorgverzekering, en zo tot zorg, gewaarborgd.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2021 aangeleverde informatie voor de risicoverevening. Het gaat hier vooral om informatie over de uitbetaalde kosten van prestaties (declaraties) en informatie over verzekerdenaantallen en -kenmerken. Zorginstituut Nederland stelt onder meer op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen vast die de zorgverzekeraars ontvangen. De NZa heeft onderzoek gedaan, omdat onjuiste informatie kan leiden tot onjuiste bijdragen.

Het onderzoeksjaar 2021 was een uitzonderlijk jaar. De coronacrisis heeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders overvallen en noopte tot snel handelen. Daarom is de registratie van (het onderscheid tussen) coronakosten en reguliere zorgkosten bij zorgaanbieders niet van een niveau zoals je mag verwachten, omdat er vooraf niet voldoende tijd is 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.

Om toch het onderscheid tussen regulier en corona te kunnen maken, zijn een aantal pragmatische oplossingen bedacht. Een van de oplossingen is het werken met zogenaamde BSN COVID-markers. Op basis van gegevens over patiënten met corona die ziekenhuizen aan zorgverzekeraars aanleveren, kunnen zorgverzekeraars declaraties onderverdelen in reguliere en coronakosten.

Ten tijde van het opstellen van de jaarstaat 2020, was deze informatie van ziekenhuizen nog niet bekend voor de zorgverzekeraars. Hierdoor konden zij het onderscheid enkel inschatten. Door deze grote onzekerheid in combinatie met kleinere onzekerheden (zoals onzekerheden rondom het ramingsproces door het tijdelijk stopzetten van reguliere zorg), is de jaarlaag 2020 van de jaarstaat niet met een controleverklaring uitgevraagd. Wij hebben daarom geen bestuurlijk oordeel over de jaarlaag 2020 van de jaarstaat gegeven, omdat wij ook niet in staat zijn de informatieachterstand van de zorgverzekeraars te repareren.

Wij hebben wel cijferanalyses op de jaarlaag 2020 uitgevoerd en hebben bij vijf zorgverzekeraars extreem hoge bedragen bij de kosten van ozp-stollingsfactoren ontdekt. Uit nader onderzoek bleek dat er ongeveer € 315 miljoen ten onrechte als vaste zorgkosten in plaats van variabele zorgkosten in de risicoverevening 2020 was terechtgekomen. Deze verschuiving heeft, gezien de omvang en de 100% nacalculatie op vaste zorgkosten, een aanzienlijk landelijk merkbaar effect op de (voorlopige) vaststelling van de risicoverevening, de macro-lasten en het beleid voor de macro-lasten in komende jaren. Wij hebben deze vijf zorgverzekeraars herziene jaarstaten laten aanleveren.

Ondanks dat wij in de jaarlaag 2020 een grote fout ontdekt hebben, is het overall beeld dat de aangeleverde informatie voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars van goede kwaliteit is.

Bovenstaande problemen om de zorgkosten te onderscheiden in reguliere en coronakosten zijn nog niet opgelost voor de aanlevering van de verantwoordingen van de risicoverevening in 2022. Bij de jaarlagen 2020 en 2021 van de jaarstaat wordt daarom geen assurance gevraagd. Wij verwachten dat in het jaar 2023 alle toerekeningsproblemen zijn opgelost zijn en er met terugwerkende kracht assurance over 2020 en 2021 wordt verkregen.

Er zijn in 2020 237 verantwoordingen door de zorgverzekeraars opgesteld. Hiervan moest er in één geval een verbeterde verantwoording worden aangeleverd. Het ging hier wel om een relatief grote fout, zonder correctie zou de bijdrage aan de betreffende zorgverzekeraar 59 miljoen euro te hoog zijn. Het overkoepelende beeld is dat de laatste jaren de aangeleverde informatie voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars van goede kwaliteit is.

