

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2020

Hoe voeren zorgverzekeraars de Zvw uit in 2020?

De zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol in ons Nederlandse zorgstelsel. Verzekerden kiezen een polis 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 uit te voeren. Daarbij stellen we prioriteiten. We richten ons op de belangrijkste risico's en problemen. In dit rapport staan onze bevindingen over het jaar 2020. We baseren ons daarbij op de onderzoeken die we ondanks de corona-uitbraak hebben kunnen uitvoeren.

Op basis van ons toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars in 2020 zijn we van oordeel dat veel zaken goed gaan en dat op sommige punten ruimte is voor (verdere) verbetering. De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg staan al enige tijd onder druk; vóór de corona-uitbraak was dit 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 dat inmiddels zichtbaar wordt.

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. In de adviezen over passende zorg, die de NZa in [juli](#) en samen met het Zorginstituut Nederland in [november](#) 2020 uitbracht, schetsen we de noodzakelijke randvoorwaarden. Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol. 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.

Corona

Het jaar 2020 was een uitzonderlijk jaar, onvergelijkbaar met voorgaande jaren. De coronapandemie had een ongekende invloed op de maatschappij en specifiek op de zorg. De zorgverlening aan de grote hoeveelheid 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. En het einde daarvan is nog niet in zicht. Zorgverzekeraars spannen zich samen met zorgaanbieders in om de zorg draaiende te houden. Hiervoor spreken wij onze grote waardering uit.

Zorgverzekeraars hebben landelijke afspraken gemaakt om bij te dragen aan de meerkosten van zorgaanbieders vanwege corona (denk aan beschermende maatregelen en extra schoonmaak), alsook de inkomstenderving die kan plaatsvinden doordat er geen of minder zorg kan worden geleverd (continuïteitsbijdrage). Zorgverzekeraars verantwoordden zich hierover via de verantwoordingen voor de risicoverevening en de catastrofereregeling. De NZa houdt toezicht op de juistheid van de verantwoordingen. Het is een enorme administratieve operatie voor zorgverzekeraars om dit op te tuigen. De corona-uitbraak heeft partijen overvallen en noopte tot snel handelen. De registratie bij zorgaanbieders van coronakosten en reguliere zorgkosten is niet van een niveau zoals je mag verwachten als er voldoende tijd was geweest om van te voren een administratief proces in te richten. Dit heeft geleid tot een aantal pragmatische keuzes om het genoemde onderscheid te kunnen maken.

De uitbraak van het coronavirus trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. We zien sinds de start van de pandemie een fors lager aantal verwijzingen door huisartsen naar de medisch specialistische zorg (msz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ook leveren de ziekenhuizen minder reguliere zorg. De verwachting is dat er een aanzienlijke uitgestelde zorgvraag bestaat, waarvan de consequenties pas op wat langere termijn zichtbaar worden.

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. Zorgverzekeraars en aanbieders besluiten in ROAZ-verband (Regionale Overleggen Acute Zorg) over de concrete toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de regio. De NZa

verzamelt en ontsluit de data die de besluitvorming van partijen ondersteunt over hoe zorgcapaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De invulling van de zorgplicht van zorgverzekeraars in de context van corona heeft de NZa nader geduid.

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. 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.

Zorgplicht en zorginkoop

We staan voor grote uitdagingen in een veranderend zorglandschap. 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. Contracten zijn een belangrijk sturingsinstrument binnen de zorg en we zien dat dit beter kan worden ingezet ten aanzien van zorginhoudelijke afspraken.

Als we kijken naar de aanpak van wachttijden in de ggz, msz en wijkverpleging, zien we dat de zorgverzekeraars hun processen steeds meer op orde hebben. Maar wachttijden zijn onverminderd hoog. Om de toegankelijkheid te borgen, ook voor de toekomst, komt het nu echt aan op de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere stakeholders, met name in het sociale domein. In specifieke regio's is de NZa in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, gericht op de onderlinge samenwerking om de wachttijden terug te brengen. In de ggz doet de NZa dit samen met IGJ.

We zien ook dat zorgverzekeraars zich nog verder kunnen verbeteren als het gaat om hun eigen doorlooptijden van de afhandeling van machtigingsaanvragen voor ongecontracteerde wijkverpleging en aanvragen voor een persoonsgebonden budget (Zvw).

Bruikbare informatie

We hebben in de afgelopen jaren gezien dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om de informatie over zorgverzekeringen te verbeteren. Informatie over zorgverzekeringen is veelal juist (in relatie tot bestaande regelgeving) en vindbaar. Wel denken we dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen zetten door informatie op zo'n manier aan te bieden dat het mensen beter begeleidt bij het maken van een keuze voor een geschikte polis. Om dit te faciliteren, herzien we de komende tijd daarom onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

Zorgverzekeraars hebben verzekerden de afgelopen overstapperiode over het algemeen goed geïnformeerd. Op een aantal onderwerpen schoten sommige zorgverzekeraars echter tekort. Ook zien we dat het aantal polissen eerst van 2019 naar 2020 daalde en van 2020 naar 2021 weer licht 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. We zien een ontwikkeling bij zorgverzekeraars van achteraf controleren en corrigeren naar vooraf sturen op correcte declaraties van aanbieders. Deze ontwikkeling zien we vooral bij horizontaal toezicht van zorgverzekeraars en grotere instellingen in de msz en ggz en ook – in mindere mate – bij de materiële controles van zorgverzekeraars bij zorgaanbieders in het algemeen. De NZa vindt dit een positieve beweging die verder doorgezet moet worden.

1 Inleiding

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 Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving in het voorafgaande kalenderjaar hebben uitgevoerd.

De zorgverzekeraar heeft voor alle zorg uit het basispakket een zorgplicht voor zijn verzekerden. Dit betekent in grote lijnen dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen die kwalitatief goed is en tijdig kan worden geleverd. 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 voor verlening en vergoeding van passende zorg?

In het najaar kan iedereen kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars duidelijke 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. Na verlening van de zorg, ontvangt 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 2020 was een uitzonderlijk jaar, onvergelykbaar met voorgaande jaren. De coronapandemie had een ongekende invloed op de maatschappij en specifiek op de zorg. Zorgverzekeraars vervullen een belangrijke rol in het overeind en draaiend houden van de zorg. In dit samenvattend rapport besteden we specifiek aandacht aan corona in hoofdstuk 2. Vervolgens komen in de daarop volgende hoofdstukken de onderwerpen zorgplicht en passende zorg, proces van zorginkoop, polisaanbod, transparante informatieverstrekking, controles en financiële verantwoording aan de orde.

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, maar 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 2020 speelt corona een belangrijke rol. Zo hebben we bijvoorbeeld regelgeving opgesteld die de zorgverzekeraars in staat stelt de effecten van corona te financieren en hebben we het zorgbeeldportaal ontwikkeld om inzicht te geven aan een breed publiek in druk op de zorg en de capaciteit voor reguliere zorg tijdens de coronapandemie. Aan de andere kant zijn door de omstandigheden onderzoeken van de NZa af- of uitgesteld of op een andere manier uitgevoerd. Dat zullen we waar van toepassing toelichten.

2 Corona

De coronapandemie zet de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg onder druk. Na de coronauitbraak is het aantal verwijzingen door huisartsen sterk gedaald en is aanzienlijk minder reguliere planbare zorg verleend. De omvang en oorzaak van het toegankelijkheidsvraagstuk verschilt per sector en vaak ook per zorgaanbieder.

Daarnaast ervoeren veel zorgaanbieders in het voorjaar van 2020 dat de coronapandemie hun financiële positie onder druk zette. Dit had te maken met inkomstenderving, doordat zij tijdelijk geen of minder zorg leveren en/of extra kosten maken door het treffen van voorzorgsmaatregelen tegen het coronavirus en/of door zorg aan coronapatiënten. De financiële kwetsbaarheid van zorgaanbieders kan een risico vormen voor de continuïteit van zorg voor verzekerden.

Tot slot heeft de coronapandemie ervoor gezorgd dat de verlening van digitale zorg en zorg in de directe omgeving van de patiënt is toegenomen. Door de relatieve schaarste is de focus meer komen te liggen op passende zorg. Het is belangrijk om die ontwikkeling vast te houden.

In dit hoofdstuk lichten we drie coronagerelateerde ontwikkelingen toe in relatie tot de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars in 2020:

- De financiering van kosten in verband met corona;
- De toegankelijkheid van zorg bij uitgestelde zorg en oplopende wachttijden.
- De latere bekendmaking van het gecontracteerde aanbod

2.1 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 corona-patiënten. Daarnaast maken zorgaanbieders aanvullende kosten om de zorg veilig te kunnen verlenen. De bedrijfsvoering van zorgaanbieders is hierdoor in belangrijke mate veranderd. Dit heeft onder andere geleid tot grote onzekerheid over de financiële consequenties voor zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars hebben, na voorlegging aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM), 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 doordat er geen of minder zorg kan worden geleverd. Zorgverzekeraars hebben immers vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van zorg. Alle zorgverzekeraars behalve EUCare zijn bij deze landelijke afspraken betrokken. EUCare heeft een eigen regeling opgesteld om zorgaanbieders te compenseren voor de gevolgen van Corona.

Om de bijdrage van zorgverzekeraars mogelijk te maken, heeft de NZa [twee nieuwe prestaties](#) vastgesteld:

- Met de prestatie 'continuïteitsbijdrage' kunnen zorgaanbieders onderdekking van doorlopende kosten die een direct gevolg is van de uitbraak van corona, in rekening brengen. Het gaat hierbij om doorlopende kosten zoals loonkosten en huisvestingskosten.
- Met de prestatie 'meerkosten' kunnen de extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg die verband houdt met corona, voor zover daar nog geen prestatiebeschrijving voor is vastgesteld. Of als, wanneer er wel een bestaande prestatiebeschrijving beschikbaar is, het tarief of de overeengekomen vergoeding voor laatstgenoemde prestatiebeschrijving niet toereikend is. Het gaat hier bijvoorbeeld om de extra kosten voor persoonlijke beschermingsmiddelen van het zorgpersoneel en de kosten van extra schoonmaak.

Vergoeding continuïteitsbijdragen door zorgverzekeraars

De continuïteitsbijdragen die zorgverzekeraars vergoeden, kunnen zij inbrengen in de (reguliere) risicoverevening. Per 1 mei 2021 verantwoordden zorgverzekeraars zich hier voor het eerst over en de NZa zal de controle op de juistheid van de continuïteitsbijdragen betrekken bij haar reguliere toezichtwerkzaamheden op de verantwoordingen risicoverevening.

Catastroferegeling van toepassing op vergoeding van kosten in verband met 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 gecompenseerd worden via een ministeriële regeling, de zogenaamde catastrofereregeling. Zorgverzekeraars kunnen drie soorten kosten als gevolg van corona inbrengen in de catastrofereregeling:

- a. Reguliere directe kosten van prestaties voor corona-zorg voor corona-patiënten: Hiervan is sprake als een zorgaanbieder kosten voor zorg maakt voor een individuele patiënt met corona en hiervoor een bestaande zorgprestatie in rekening brengt. Zorgaanbieders kunnen deze kosten via de normale declaratiestructuur declareren.
- b. Indirecte meerkosten corona: dit zijn meerkosten die een zorgaanbieder maakt en die niet toe te rekenen zijn aan individuele patiënten. Het gaat om kosten zoals het werken met extra beschermingsmateriaal en het inzetten van extra personeel waarvan de kosten niet in het integrale tarief van de prestatie zijn opgenomen. Deze kosten worden niet via de normale declaratiestructuur gedeclareerd.
- c. Toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie: het gaat hier om toeslagen op tarieven die op patiëntniveau worden gedeclareerd (onafhankelijk of sprake is van een corona-patiënt). De NZa heeft in 2020 voor huisartsenzorg een toeslag op het inschrijftarief van 10 euro [vastgesteld](#). Hiervan had 2,25 euro betrekking op meerkosten. Ook voor mondzorg bestaat in 2020 een toeslag van 4,26 euro.

De kosten in verband met corona worden vanuit het Zorgverzekeringsfonds gecompenseerd via de catastrofebijdrage. Om de hoogte van de zogenaamde catastrofebijdrage te bepalen, moeten zorgverzekeraars deze kosten verantwoorden met een aparte "catastrofeverantwoording". De NZa geeft, net als bij de verantwoordingen voor de (reguliere) risicoverevening, ook bij de catastrofeverantwoording per zorgverzekeraar een oordeel over de juistheid ervan. Dit zal naar verwachting eind 2021 of begin 2022 plaatsvinden.

Prikkel in de catastrofereregeling

Via de catastrofereregeling krijgen zorgverzekeraars 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. Deze drempel komt neer op ongeveer 60 euro per verzekerde. 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.

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 over 2020 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 als de normbedragen ontoereikend zijn.

Voor de vraag of de afspraken plausibel zijn, gaat de NZa uit van de [beleidsregels van de raad van bestuur van het zorginstituut](#) van 17 december 2020. Daarin staat aan welke eisen het plausibiliteitsoordeel van de NZa moet voldoen. Aan de plausibiliteitstoets is voldaan als ZN voor een sector landelijke afspraken heeft gemaakt over de vergoeding van de indirecte meerkosten en de NZa deze afspraken plausibel heeft gevonden, waarbij de NZa rekening kan houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de coronapandemie.

De NZa heeft vooralsnog over zes regelingen (ten aanzien van msz, ggz, grz/elv/wijkverpleging, ambulancezorg en generiek), [geoordeeld](#) dat deze plausibel zijn met uitzondering van de ggz. Die regeling was ten tijde van het plausibiliteitsoordeel nog onvoldoende concreet uitgewerkt. De NZa toetst nieuwe regelingen nog op plausibiliteit, zodra deze bekend zijn.

2.2 Gevolgen van corona voor toegankelijkheid van zorg

De uitbraak van het coronavirus in 2020 trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. We zien sinds de start van de pandemie een fors lager aantal verwijzingen door huisartsen naar de msz en ggz. Ook leveren de ziekenhuizen minder reguliere zorg. Los van het feit dat een deel van de behandelafspraken is vervangen door zorg op afstand of is verdampt, is de verwachting dat er een grote uitgestelde zorgvraag bestaat, waarvan de consequenties pas op wat langere termijn zichtbaar worden.

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. Ook heeft de NZa nader geduïd hoe zorgverzekeraars in de context van corona aan moeten kijken tegen hun zorgplicht. Daarnaast verzamelt en ontsluit de NZa data die ondersteunend is aan besluitvorming over hoe zorgcapaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Zorgplicht in coronatijd

Er was als gevolg van de coronapandemie sprake van een bijzondere situatie, waarin we in het kader van de zorgplicht niet meer alles van zorgverzekeraars konden verwachten wat we in 'normale' omstandigheden zouden doen. Binnen de nog resterende mogelijkheden verwachtte de NZa wel van zorgverzekeraars dat zij alles deden wat mogelijk was. In haar [brief van 20 oktober 2020](#) heeft de NZa aangegeven wat zij in de context van de coronapandemie van zorgverzekeraars verwacht. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de toegankelijkheid van het gehele zorgstelsel en niet enkel ten aanzien van zorgaanbieders die zij nodig hebben om hun eigen verzekerden van zorg te kunnen voorzien. Indien uiteindelijk ook de meest basale reguliere zorg niet meer op gebruikelijke wijze kan worden verleend en er ingrijpende, onconventionele keuzes moeten worden gemaakt (zgn. fase 3), zou dat forse gevolgen hebben voor de zorgplicht. De NZa heeft voor dat scenario recent in een brief een [nadere duiding gegeven van de zorgplicht](#).

Regionale aanpak

Na afloop van de eerste golf van besmettingen 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 normaal gesproken in UMC's, ziekenhuizen of klinieken wordt verleend 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.

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 ROAZ'en en de daarbij aangesloten partijen zoals ziekenhuizen, huisartsen, zorgorganisaties in de wijkverpleging en langdurige zorg, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zelfstandige klinieken en patiëntenorganisaties, om inzicht te hebben in knelpunten in de toegankelijkheid en oplossingen te faciliteren.

Na de zomer kwam de reguliere zorg door de snelle en dagelijkse stijging van het aantal coronapatiënten echter steeds meer onder druk te staan. Het ministerie van VWS heeft daarom in het najaar van 2020 in samenwerking met onder meer de NZa het ['tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in Covid-19 pandemie'](#) gepubliceerd. Een belangrijk punt hierin was de maximalisering van de ketensamenwerking van alle partijen in het ROAZ. Niet alleen gericht op de afstemming van het aanbod en de vraag van acute zorg in de regio, maar ook op de borging van de lokale en regionale toegankelijkheid van de zorg in den brede.

In ROAZ verband werden daarom afspraken gemaakt over de noodzakelijke afschaling van zorg en het spreiden van patiënten. Tevens werden er in dit verband met de verwijzers afspraken gemaakt over de instroom en met de vervolgzorg over de doorstroom. Door deze maatregel werd lokaal en regionaal de toegankelijkheid van de noodzakelijke reguliere zorg en de acute zorg geborgd op een landelijk gelijk niveau.

Zorgbeeld

Actuele informatie [is](#) essentieel om de zorg rondom de patiënt te kunnen coördineren. Door tijdig de juiste informatie beschikbaar te hebben, kan continu worden ingespeeld op de beschikbare capaciteit van zorg. Sinds de eerste golf monitort de NZa actief de toegankelijkheid van de reguliere zorg.

Samen met het Landelijk Centrum Patiënt Spreiding (LCPS) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) zorgen 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 geeft dagelijks inzicht in de beschikbare corona en non-corona capaciteit in ziekenhuizen om ervoor te zorgen dat de zorg zo evenredig mogelijk over de ziekenhuizen wordt verspreid.

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 nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen in ROAZ-verband verantwoorde keuzes kunnen maken. Hiermee ondersteunen we de samenwerking tussen de diverse partijen om de beschikbare zorgcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten. Zo kunnen we samen met ziekenhuizen, klinieken en zorgverzekeraars knelpunten oplossen.

2.3 Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

Een ander aspect dat de coronapandemie heeft beïnvloed, is de transparantie van het gecontracteerde zorgaanbod. Zorgverzekeraars moeten een actueel overzicht met gecontracteerde zorgaanbieders op hun website hebben staan. Daarnaast moeten zij verzekerden tijdig informeren over wijzigingen. Hieronder valt ook het gecontracteerde zorgaanbod. Alhoewel tijdig in ieder geval inhoudt vóór het ingaan van de wijziging, is de NZa van mening dat het gecontracteerde zorgaanbod al zo veel mogelijk bekend moet zijn bij de start van het overstapeseizoen oftewel 12 november. Zo kan de verzekerde een weloverwogen keuze maken voor zijn zorgverzekering.

In de afgelopen overstapperiode hebben wij gezien dat met name bij de msz de contractering zeer moeizaam verliep. De coronapandemie leidde voor zorgaanbieders tot grote onzekerheid over hun financiële situatie. Pas toen duidelijk was hoe de zorgverzekeraars de gevolgen van de pandemie compenseerden, konden partijen afspraken maken over de contractering voor 2021. Als gevolg hiervan konden de zorgverzekeraars tot half december 2020 niet aangeven welke ziekenhuizen zij hadden gecontracteerd voor 2021.

Wanneer 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 de verzekerde. Zo weet de verzekerde in ieder geval waar hij aan toe is als hij een nieuwe zorgverzekering kiest.

De NZa heeft zorgverzekeraars afgelopen jaar gewezen op hun verantwoordelijkheid om tijdig duidelijkheid te bieden over hun gecontracteerde aanbod. Mede naar aanleiding daarvan hebben de zorgverzekeraars op 27 november 2020 de intentie [gecommuniceerd](#) dat zij de afspraken van 2020 zoveel mogelijk willen continueren en dat consumenten ook in 2021 zoveel mogelijk terecht moeten kunnen bij hun vertrouwde ziekenhuis. Uiteindelijk hebben zorgverzekeraars op 18 december 2020 [bekendgemaakt](#) dat in 2021 alle algemene en academische ziekenhuizen zijn gecontracteerd, zodat verzekerden overal terecht kunnen.

Alhoewel de NZa begrip heeft voor de problemen waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich als gevolg van de coronapandemie mee geconfronteerd zien, vindt de NZa het belangrijk dat verzekerden juist en tijdig worden geïnformeerd tijdens de overstapperiode. We vinden het goed dat er uiteindelijk duidelijkheid is gekomen over het gecontracteerde aanbod, maar we vinden wel dat dit al op een eerder moment naar de verzekerden gecommuniceerd had moeten worden. Verzekerden wisten immers gedurende een groot deel van de overstapperiode niet of hun zorgverzekeraar uiteindelijk een contract zou sluiten met het ziekenhuis waar hij/zij graag naartoe zou willen. Dat heeft uiteindelijk geen risico op voorzienbare teleurstellingen opgeleverd, doordat zorgverzekeraars in de communicatie eerder wel hebben laten doorklinken dat verzekerden erop konden rekenen dat ze bij het ziekenhuis van hun voorkeur terecht konden.

3 Zorgplicht

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 NZa ziet verschillende risico's voor de toegankelijkheid van zorg. Bijvoorbeeld te lange wachttijden voor zorg, dreigende discontinuïteit van zorg (bijvoorbeeld doordat een zorgaanbieder failliet gaat), langzaam op gang komende nieuwe zorgvormen en patiëntenstops als gevolg van bereikte omzetplafonds.

3.1 Handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht

De NZa heeft in afstemming met de zorgverzekeraars een [duiding van de zorgplicht](#) van zorgverzekeraars gepubliceerd. Deze duiding is een hulpmiddel, waarmee we duidelijk maken wat we specifiek verwachten als de toegankelijkheid en continuïteit van zorg onder druk staan. Dit kan helpen bij een bijzondere situatie zoals de corona-uitbraak, maar ook als een zorgaanbieder failliet dreigt te gaan of als de wachttijden voor bepaalde zorg structureel oplopen. Het gepubliceerde kader hebben we onder andere gebruikt bij de beoordeling van de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden aan te pakken (zie paragraaf 3.3).

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, maar kunnen het niet alleen. Ook andere partijen hebben een verantwoordelijkheid bij het realiseren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Denk hierbij aan de samenwerking met zorgaanbieders, gemeenten en Wlz-uitvoerders. Zo moeten zorgaanbieders de zorgverzekeraar tijdig van de juiste informatie voorzien. Actuele informatie is essentieel om de zorg rondom de patiënt te coördineren. Deze is niet altijd beschikbaar voor zorgverzekeraars, zoals ook is gebleken tijdens de corona-uitbraak.

3.2 Passende zorg

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

In de adviezen over passende zorg, die de NZa in [juli](#) en samen met het Zorginstituut Nederland in [november](#) 2020 uitbrachten, 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.

Op dit moment nodigt het systeem vaak niet uit tot samenwerking en is de zorg versnipperd over domeinen, disciplines en wetten. Het is in de praktijk lastig om samen beslissen, preventie of innovatie vorm te geven, wanneer dat leidt tot minder behandeling en daarmee omzet- of inkomensverlies. Als NZa pleiten wij ervoor om de financiële prikkels die zorgverzekeraars, aanbieders en zorgvragers in de huidige bekostiging van de zorg ondervinden, tegen het licht te houden. Daar waar deze niet aansluiten aan passende zorg, zullen we zelf aanpassingen doorvoeren of dringen wij aan op verandering.

Bovendien liggen er kansen om via de risicoverevening meer werk te maken van passende zorg en preventie, zodat we de focus verleggen op 'gezondheid' in plaats van 'ziek zijn'. Zo blijkt uit analyses van de risicovereveningsdata dat gezonde verzekerden nog steeds winstgevend zijn voor zorgverzekeraars en ontvangen zorgverzekeraars te weinig compensatie voor chronisch zieke verzekerden. Hierdoor bestaat voor zorgverzekeraars een prikkel om zich te richten op het beperken van de risico's in de risicoverevening. Wij [bevelen](#) daarom het ministerie van VWS aan om de komende tijd de gesignaleerde restrisico's in de risicoverevening nader te onderzoeken, die waar mogelijk weg te nemen en daarbij ook te kijken naar prikkels voor preventie en passende zorg. Iedere stap die leidt tot meer passende zorg moet lonend worden.

Een belangrijke pijler van passende zorg is Juiste Zorg Op de Juiste Plaats (JZOJP). De essentie van JZOJP is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door modernere vormen van zorg zoals digitale zorg). JZOJP stelt de patiënt/burger centraal, neemt de

regionale context als uitgangspunt en is sector- en domeinoverstijgend. De beweging van JZOJP vergt samenwerking en betrokkenheid van alle relevante partijen in de regio.

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten bepalen samen met zorgaanbieders, professionals, patiënten en hun omgeving de opgave in de regio. In de hoofdlijnakoorden hebben partijen zich gecommitteerd aan de transformatie naar de JZOJP. Een gedeeld regiobeeld dient daarbij als startpunt. De analyse richt zich op de huidige en toekomstige ontwikkeling van de zorgbehoefte van de patiënt en de ontwikkeling van het zorgaanbod en de eventuele 'mismatch' daartussen. De JZOJP vraagt om een diversiteit aan acties en oplossingen, omdat de ene regio de andere niet is (qua zorgbehoefte, samenstelling populatie, aanbod van zorg, verdeling marktaandeel van zorgverzekeraars, inbreng gemeentes, etc). Voor effectieve samenwerking is een duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden van belang.

In het voorjaar 2021 voert de NZa gesprekken met de zorgverzekeraars over de beweging van JZOJP aan de hand van een aantal thema's: strategie & visie, regionale aanpak van JZOJP, samenwerking, zorginkoop en evaluatie & bijsturing. We stemmen met het RvM de afbakening af ten opzichte van hun plan van aanpak over de '[Lerende evaluatie JZOJP](#)'.

3.3 Verzekeraarsbrede aanpak wachttijden

De NZa heeft in [2020](#) voor het derde jaar op rij ([rapport](#) over 2018; [rapport](#) over 2019) onderzocht hoe zorgverzekeraars zich inspannen om de wachttijden in de medisch specialistisch zorg (msz), geestelijke gezondheidszorg (ggz) en wijkverpleging te verminderen. Zorgverzekeraars hebben hierin vanuit hun zorgplicht naar hun verzekerden een belangrijke verantwoordelijkheid, naast zorgaanbieders en andere stakeholders.

Wij hanteren hierbij een beoordelingskader dat ingaat op aspecten als inzicht in actuele wachttijden, het bemiddelen van verzekerden en het maken van afspraken met zorgaanbieders. Dit beoordelingskader maakt onderdeel uit van de [duiding van de zorgplicht](#) die we recent hebben gepubliceerd (zie paragraaf 3.1).

We zien in de controles door de jaren heen dat zorgverzekeraars steeds meer werk maken van de aanpak van wachttijden. Dat is een positieve ontwikkeling. Ten opzichte van 2019 zien wij in 2020 dat vrijwel alle zorgverzekeraars hun proces van inzicht in wachttijden en wachttijdbemiddeling op orde hebben. Zij hanteren voor hun bemiddelingsservice een duidelijke procedure. Ook gaan zij allemaal (steekproefsgewijs) na in hoeverre het bemiddelingsadvies de verzekerde heeft geholpen.

Verder zien wij dat zorgverzekeraars transparanter zijn geworden over hun voorwaarden om extra zorg in te kopen als de aanbieder zijn omzetplafond bereikt. Wij hopen dat met dit laatste vooral die patiëntenstops worden teruggedrongen, die zich voordoen zonder dat de zorgverzekeraar hiervan door de aanbieder op de hoogte wordt gesteld. Veel hangt echter ook af van de wijze waarop de aanbieder zijn verzoek om extra budget onderbouwt en hoe de zorgverzekeraar dit verzoek afhandelt.

In 2019 bleken vier zorgverzekeraars nog geen volledig plan van aanpak te hebben met de regionale systeemaanbieders ggz en/of msz om de wachttijden terug te dringen. In 2020 was dit niet beter. Wél monitoren drie van deze vier zorgverzekeraars inmiddels de aanbieders systematisch met landelijke wachttijdeninformatie en interveniëren op basis hiervan waar nodig. Ook zien wij dat zorgverzekeraars regionaal nog een hele kluif hebben aan het organiseren van de acute zorg in de ggz en de onplanbare nachtzorg in de wijkverpleging. Het mist nogal eens aan gelijkgerichtheid en samenwerking, zowel tussen aanbieders onderling als met zorgverzekeraars.

Wij hebben elke zorgverzekeraar een individuele terugkoppeling van onze bevindingen gegeven, waarbij wij verwachten dat de zorgverzekeraar hiermee aan de slag gaat en ons hierover rapporteert. Hoewel de zorgverzekeraars steeds meer werk maken van hun wachttijdenaanpak, komen lange wachttijden nog steeds voor. Wachttijden zijn dan ook niet aan te pakken door uitsluitend de zorgverzekeraar. Dat moet in samenwerking met andere partijen. De NZa blijft de aanpak van wachttijden volgen. Wij leggen de focus meer en meer op verschillende regio's waar de wachttijden erg hoog zijn. In die specifieke regio's gaan we met zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) in overleg over de concrete aanpak ter plaatse.

3.4 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) huisartsen, ggz-instellingen en zorgverzekeraar(s) aan op hun gezamenlijke inspanning binnen de samenwerkingsverbanden in vier geselecteerde regio's. Daarbij keken wij vooral naar de doorstroming van

patiënten binnen het regionale zorgsysteem. Uit onze gesprekken bleek dat de samenwerking en afstemming in de regio niet altijd goed loopt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken vaak onvoldoende duidelijk naar elkaar wat zij van elkaar kunnen verwachten. Ook zijn er vaak geen afspraken over bij wie de regie ligt. Hier liggen belangrijke verbeterpunten. Wij concluderen dat intensivering van regionale samenwerking cruciaal is voor de reductie van wachttijden in de ggz. Over onze ervaringen in de regio's met de gezamenlijke wachttijdenaanpak in de ggz, publiceerden we 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 - ons toezicht versterkt als gevolg van de coronapandemie. Zie hoofdstuk 2 over corona.

Ten slotte hebben we voor casemanagement dementie het afgelopen jaar met ons toezicht een pas op de plaats gemaakt, vanwege de gevolgen van de corona in deze sector. Wij hebben vooral ons toezicht voortgezet in die regio's waar we al waren gestart in het jaar daarvoor, maar dit niet verder uitgebreid naar andere regio's en/of de ontwikkeling van een gezamenlijke aanpak met de IGJ. In deze regio's hadden wij afhankelijk van de problematiek gesprekken met het netwerk, met de dominante zorgverzekeraar of met allebei. Het aantal casemanagers blijft duidelijk achter bij de vraag, waardoor de wachtlijsten onverminderd hoog zijn en de wachttijden lang. Wij zagen dat de samenwerking binnen de onderzochte netwerken soms moeizaam verliep. Er was naast onenigheid over de organisatie van het netwerk ook discussie over de interne verdeling van geld. Ook was de wachtlijstregistratie niet optimaal. Wij wijzen de lokale partijen op hun zorgplicht en trachten partijen dichter bij elkaar te brengen.

3.5 Continuïteit van zorg

Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk en aanspreekbaar voor het organiseren van continuïteit van zorg voor patiënten. Voor patiënten is het belangrijk dat ze kunnen blijven rekenen op de noodzakelijke zorg. Onze verwachtingen van de inspanningen van zorgverzekeraars hebben we nader uitgewerkt in de [duiding van de zorgplicht](#) (zie paragraaf 3.1.). Als er, bijvoorbeeld door financiële en organisatorische kwetsbaarheid bij een zorgaanbieder, een risico is voor de continuïteit van zorg, moet dit door de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar worden gesignaleerd en vervolgens worden opgepakt. Hiervoor hebben zorgverzekeraars allemaal een systeem van vroegsignalering ingericht. Daarmee analyseren zij harde en zachte signalen die relevant zijn voor de inschatting van continuïteitsrisico's en voor het vervolgens handelen richting zorgaanbieder en verzekerde.

In 2019 hebben de NZa en de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over hoe zij elkaar over continuïteitsrisico's informeren. Ook hebben de NZa en IGJ in 2019 afspraken gemaakt over hoe zij elkaar informeren en ook over het moment waarop het ministerie van VWS op de hoogte wordt gebracht. Door elkaar op het juiste moment te informeren, kan ieder zijn eigen verantwoordelijkheid nemen. Zo wordt gezamenlijk de continuïteit van zorg zo goed mogelijk geborgd en (maatschappelijke) onrust zoveel mogelijk voorkomen. In 2020 hebben we de afspraken tussen de NZa en de zorgverzekeraars met elkaar geëvalueerd. De conclusie daarvan was dat de werkafspraken effectief zijn en naar tevredenheid werken. We herhalen de evaluatie in de toekomst.

3.6 Toegankelijkheid acute zorg

De drukte in de acute zorg blijft toenemen en is aanleiding geweest om de toegankelijkheid van de acute zorg nader te onderzoeken. Uit dit [kwalitatieve onderzoek](#) komt naar voren dat acute zorg onder normale omstandigheden voldoende toegankelijk is, maar de ervaren drukte in de keten tijdens piekmomenten en de toegankelijkheid op de lange termijn baren ons zorgen. De toenemende complexiteit van de zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en corona zorgen voor een toenemende druk en vormen een risico voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid op de lange termijn. Onze zorgen en de visie op de acute zorg hebben we opgenomen in een [brief](#).

Om de toegankelijkheid ook in de toekomst te kunnen blijven borgen, is samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig. Goede informatie uitwisseling, coördinatie van patiëntenstromen en duidelijk onderbouwde kaders over wanneer de gehele keten onvoldoende toegankelijk is, zijn nodig om de in- en doorstroom van patiënten in de keten te bevorderen. We verwachten dat zorgverzekeraars hier, zoals tijdens de corona-pandemie, een belangrijke rol in blijven vervullen en zullen dit met de responstijden van de ambulances blijven volgen.

3.7 Toegankelijkheid kraamzorg

Kraamzorgaanbieders hebben in het voorjaar in grote aantallen melding gedaan over de hoogte van de tarieven voor kraamzorg. De tarieven zouden ontoereikend zijn voor het verlenen van kwalitatieve zorg en de dialoog

met de zorgverzekeraars verliep moeizaam. Dit was aanleiding voor ons om naast het lopende [kostenonderzoek](#), onderzoek te doen naar de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht op het gebied van de kraamzorg.

We hebben niet vastgesteld dat er sprake is van schending van de zorgplicht jegens verzekerden. Ook zijn er geen aanwijzingen dat het inkoopproces met kraamzorgaanbieders niet op transparante wijze wordt doorlopen. Wel hebben wij geconstateerd dat de relatie tussen kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars kwetsbaar is. Dit is risicovol in het licht van het tijdig identificeren van (financiële) kwetsbaarheden bij kraamzorgaanbieders en daarmee samenhangende risico's op discontinuïteit van zorg voor verzekerden. Met zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders is afgesproken dat zij zich inzetten op het verbeteren van de onderlinge relatie, het inhoudelijk gesprek over de kwaliteit van de zorg en het daarbij passende tarief. Deze inzet heeft geresulteerd in een beter verloop van de contractering voor 2021.

3.8 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Mensen die gezondheidsrisico's lopen door overgewicht hebben sinds 2019 de mogelijkheid om hulp te krijgen bij afvallen en gedragsverandering, vergoed uit de basisverzekering. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een nieuwe zorgvorm, gericht op preventie via een gezonde leefstijl. Wij geloven dat preventie, zoals bijvoorbeeld GLI, de gezondheid kan verbeteren en de vraag naar duurdere zorgvormen kan uitstellen of verminderen. Dit draagt niet alleen bij aan de kwaliteit van leven, maar houdt de zorg bovendien effectief, betaalbaar en toegankelijk. Vanuit onze rol als marktmeester volgen wij daarom de implementatie en verdere uitrol van de GLI.

In het voorjaar 2020 bespraken we de ontwikkelingen uitgebreid met de zorgverzekeraars. We zagen dat de beschikbaarheid van gekwalificeerd aanbod en de contractering langzaam op gang kwamen. Dat bleek echter niet overal het geval. Daarnaast zagen we dat slechts een klein deel van de doelgroep van de GLI gebruik maakte. Hierop verzochten wij in een [brief](#) met concrete aanbevelingen aan de veldpartijen om al het mogelijke te doen om van de GLI een succes te maken.

De zorgverzekeraars en de GLI-aanbieders om de drempels voor de contractering van gekwalificeerde aanbieders zoveel mogelijk te slechten, en de verzekerden goed te informeren over het GLI-aanbod en de voorwaarden voor vergoeding. De beroepsverenigingen om hun leden zoveel mogelijk bij de contractering te ondersteunen en de huisartsen om de doelgroep te informeren en te verwijzen. Ook kondigden wij in de brief een nieuw informatieverzoek aan de zorgverzekeraars aan over hun contractering van de GLI voor 2021. Op basis hiervan formuleren wij wat wij de komende jaren van zorgverzekeraars verwachten over hun zorgplicht ten aanzien van GLI en de informatieverstrekking aan verzekerden.

4 Proces van zorginkoop

Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars in het huidige zorgstelsel de mogelijkheid om te sturen op prijs, volume, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Er geldt een contracteervrijheid van partijen. Zorgverzekeraars kunnen zich ten opzichte van elkaar onderscheiden met de aanbieders die ze contracteren en de afspraken die ze daarbij maken. Met als doel de beste zorg voor de verzekerdenpopulatie en scherpe premiestelling.

4.1 Contracteerproces

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.

Evengoed zijn er onduidelijkheden ten aanzien van wijzigingen van het zorginkoopproces. De NZa ontvangt hierover geregeld klachten. Enkele [boetebesluiten](#) aan zorgverzekeraars vanwege onvoldoende transparantie in het zorginkoopproces, hebben geleid tot een nadere duiding van de regeling. Een nadere duiding was ook nodig vanwege corona, waardoor aanpassing van het zorginkoopbeleid 2021 nodig was. In maart 2021 heeft de NZa zorgverzekeraars per brief geïnformeerd over deze nadere duiding, zoals wat moet worden verstaan onder een tijdige bekendmaking, een deugdelijke motivering en een juiste bekendmaking van een wijziging. Daarmee hopen we klachten in de toekomst te voorkomen. Deze duiding nemen we ook mee in een toekomstige update van de regeling zelf.

4.2 Inhoud contracten

De NZa heeft de contractering in verschillende sectoren onderzocht. In de [wijkverpleging](#) zien we de landelijke bereidheid voor samenwerking lokaal terug in de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken. Positief daarbij is de ontwikkeling van landelijke uitkomstmaten voor kwaliteit van de geleverde zorg.

In de [huisartsenzorg](#) zien we dat in steeds meer regio's de beweging naar een regionaal samenwerkingsverband vorm krijgt. De onderlinge verschillen zijn hier groot en variëren van monodisciplinaire (huisartsenzorg) tot multidisciplinaire regionale samenwerkingsverbanden.

In de contracten van de [ggz](#) staan vooral afspraken over de financiën; inhoudelijke onderwerpen als passende zorg, wachttijden, innovatie e.d. komen slechts summier aan de orde. De partijen die aangewezen zijn op digitaal contracteren (zoals vrijgevestigde zorgaanbieders en kleine instellingen) kunnen geen nadere inhoudelijke afspraken maken. De onvrede over het 'tekenen bij het kruisje' betreft overigens vooral omzetplafond en tarief, het geld dus. Toch denken wij dat de zorgverzekeraar het contracteerproces met deze aanbieders kan bevorderen, bijvoorbeeld met een goed bereikbare en deskundige helpdesk.

Voor de [msz](#) worden ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's) gecontracteerd door zorgverzekeraars. De focus ligt in de contracten vooral op de financiële afspraken. Deze afspraken worden gedomineerd door plafondafspraken (P*Q). Het aantal aanneemsommen neemt toe, zeker in combinatie met meerjarencontracten. Met name in de kernwerkgebieden van zorgverzekeraars worden vaker meerjarenafspraken gemaakt. Ook maken partijen vaker afspraken over alternatieve bekostigingsvormen, zoals 'shared savings' en 'bundled payments'. De afspraken met zbc's zijn louter financieel van aard. Inhoudelijke afspraken worden nauwelijks gemaakt met zbc's.

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben gezamenlijk regiobeelden gemaakt die de basis vormen voor de regionale aanpakken voor de juiste zorg op de juiste plek. Concrete afspraken over de juiste zorg op de juiste plek worden mondjesmaat gemaakt. De verwachting is dat deze afspraken de komende jaren zullen toenemen. Dit geldt ook voor regionalisering.

4.3 Contracteergraad

In de [wijkverpleging](#) lijkt de trend van voorgaande jaren gekeerd. We zien dat zorgverzekeraars werk maken van het terugdringen van de ongecontracteerde zorg door het hanteren van een cessie-verbod, het weigeren van de betaalovereenkomst en het instellen van een toestemmingseis (machtiging) voor ongecontracteerde zorg. Er is daardoor sinds 2019 een flinke daling te zien van niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg.

In de [ggz](#) blijft het aandeel ongecontracteerde zorg hoog. Dat aandeel stijgt nog in de jaren waarover wij over data beschikken. Wij tekenen hierbij aan dat de laatste cijfers hierover van enkele jaren geleden dateren.

Voor de [msz](#) contracteren alle zorgverzekeraars alle ziekenhuizen. Selectieve inkoop komt alleen voor bij de intramurale geneesmiddelen en een beperkt aantal behandelingen en/of specialismen. De contracteergraad van zbc's is ook hoog, maar niet alle zbc's worden gecontracteerd.

4.4 Toezicht op contractering

De NZa heeft de ambitie om het veranderende zorglandschap te stimuleren, samengebracht in 'passende zorg'. In de adviezen over passende zorg, die de NZa in [juli](#) en samen met het Zorginstituut Nederland in [november](#) 2020 uitbrachten, 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. Het leveren van de juiste zorg op de juiste plek is één van de vier pijlers van passende zorg.

De contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn hiertoe een belangrijk middel. We zien goede bestaande initiatieven zoals meerjarenafspraken in de toekomst graag op grotere schaal. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars ook afspraken maken over de-implementatie van niet-passende zorg, eventueel met de bestaande transformatiegelden.

De NZa heeft veel meldingen ontvangen over de hoogte van tarieven die zorgverzekeraars betalen aan zorgaanbieders. Dit frustriert bij partijen het zorginkoopproces. Zorgverzekeraars zijn in principe vrij om hun tarieven voor zorgaanbieders te bepalen, mits dit past binnen de door de NZa vastgestelde tarief- en prestatieregulering. In diverse sectoren heeft de NZa een kostenonderzoek uitgevoerd waarvan zorgaanbieders de verwachting hebben dat dit leidend moet zijn voor de hoogte van tarieven. In de praktijk is dat niet altijd het geval. Aan de bovenkant worden tarieven begrensd door het vastgesteld maximum (bij maximumtarieven) en aan de onderkant door de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben immers de verantwoordelijkheid om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen voor de eigen verzekerden. Het tarief voor te contracteren zorgaanbieders moet dan wel voldoende hoog zijn, willen zij de zorg hiervoor tegen de contractuele eisen ook kunnen leveren.

De NZa heeft geen invloed op de hoogte van de tarieven die zorgverzekeraars binnen de door haar eventueel gestelde grenzen afspreken met de aanbieders. De NZa is echter wel voorstander van gedifferentieerde tarieven, waarbij betere zorg beter wordt beloond dan minder goede zorg. Tarieven kunnen ook een benodigde kwaliteitsimpuls ondersteunen. Daarnaast acht de NZa het van belang dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop transparant zijn over het geboden tarief, door bijvoorbeeld toe te lichten hoe de hoogte hiervan gerelateerd is aan de in te kopen zorg. Duidelijkheid van zorgverzekeraars over criteria waarop de zorgaanbieder in aanmerking komt voor een hogere beloning, vindt de NZa eveneens van belang.

De NZa heeft in de paramedische zorg nader onderzocht of transparantie over tarieven tot een beter zorginkoopproces zou kunnen leiden en zo ja, aan welke transparantie partijen behoefte hebben. Dat onderzoek zal de NZa in de eerste helft van 2021 afronden. In grote lijnen wensen zorgaanbieders vooral een nadere kostenonderbouwing om hiermee beter in gesprek te kunnen met zorgverzekeraars. Er is geen eenduidig beeld bij partijen hoe transparantie van tarieven kan bijdragen aan een beter zorginkoopproces. Met behulp van een nog op te stellen informatiekaart is de NZa voornemens een bijdrage te leveren aan een meer eenduidig beeld.

4.5 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied. De zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen.

Per 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen te vervallen. Vanaf dat moment werd de gzsp tijdelijk gefinancierd vanuit de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Per 1 januari 2020 is het eerste deel van de gzsp vanuit deze subsidieregeling overgegaan naar de Zorgverzekeringswet. Met deze overheveling werden de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten onderdeel van de eerste lijn. Daardoor wordt de generalistische geneeskundige zorg versterkt en is er extra ondersteuning voor onder andere de huisarts om zorg te leveren aan kwetsbare mensen thuis. Hierover hebben wij een [quickscan](#) gepubliceerd.

In de quickscan hebben we beknopt het inkoop- en contracteringsproces van de gzsp 2020 in kaart gebracht. Betrokken partijen hebben de overheveling van de zorg zoals de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten bieden naar een extramurale setting in de eerste lijn (Zvw), ervaren als een grote

klus. Duidelijk werd dat alle partijen zich hebben ingespannen om deze overheveling mogelijk te maken. In de quickscan hebben we ook aanbevelingen opgenomen. De belangrijkste boodschap van de aanbevelingen was om meer in te zetten op het onderzoeken of nieuwe (type) aanbieders konden worden gecontracteerd en op meer maatwerk in de contractering.

Er zijn goede stappen gezet in de overheveling van gzsp, zodat de patiëntenzorg in 2020 in ieder geval gecontinueerd kon worden. Bij de inkoop en contractering waren de uitgangspunten met name het behouden van de zorg zoals die werd geleverd, onder andere door het uitgaan van de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren zoals in de subsidieregeling. De contractering van de gzsp sluit niet altijd aan op de landelijke tendens om steeds meer zorg te verschuiven naar de thuissituatie en eerste lijn.

Om in de komende jaren een impuls te blijven geven aan deze verplaatsing van zorg, zien wij ruimte voor verbetering in de inkoop en contractering van gzsp. Wij zien vooral ruimte voor meer gesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars leidend tot wederzijds begrip en vertrouwen.

4.6 Onderzoek doorlooptijden machtigingen wijkverpleging en aanvragen PGB Zvw

Zorgverzekeraars kunnen vaak sneller reageren als verzekerden en/of aanvragers om toestemming ('machtiging') vragen omdat ze wijkverpleging willen van een aanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft. Ook komen lange doorlooptijden voor bij aanvragen voor een pgb (persoonsgebonden budget) uit de Zorgverzekeringswet. Dat blijkt uit een onderzoek dat de NZa in 2020 heeft uitgevoerd bij drie zorgverzekeraars. Van de overige zorgverzekeraars hebben we schriftelijke informatie ontvangen, omdat we die wegens de corona-uitbraak niet konden bezoeken. Alle zorgverzekeraars hebben we vervolgens een individuele terugkoppeling gegeven. Met een [nieuwsbericht](#) vragen we aandacht voor onze bevindingen en aanbevelingen. Wanneer dat weer verantwoord mogelijk is, zullen we het onderzoek vervolgen.

De aanleiding voor dit onderzoek waren verschillende signalen van burgers en zorgprofessionals. We constateren dat lange doorlooptijden veelvuldig voorkomen. Erg lange doorlooptijden vindt de NZa onacceptabel. Verzekerden kunnen er immers nadeel van ondervinden als zij te lang moeten wachten op zorg. Een kwalitatief goede en complete aanvraag is een belangrijke voorwaarde voor een snelle doorlooptijd. Daarnaast is een snelle, zorgvuldige afhandeling door de zorgverzekeraar en duidelijke communicatie richting de verzekerde en/of aanvrager belangrijk zodat deze weet waar hij of zij aan toe is.

Een van onze aanbevelingen aan de zorgverzekeraars is 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.

5 Polisaanbod

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. Hieronder gaan we in op enkele van de belangrijkste ontwikkelingen die de NZa in 2020 op de zorgverzekeringsmarkt heeft waargenomen.

5.1 Modelovereenkomsten

Er zijn in 2020 11 concerns met samen 21 zorgverzekeraars. Met ingang van 2020 hebben 3 zorgverzekeraars hun activiteiten beëindigd. VGZ voor de Zorg is per 2 oktober 2019 gefuseerd met VGZ Zorgverzekeraar. Avéro is per 1 januari 2020 gefuseerd met Zilveren Kruis en de activiteiten van OHRA Zorgverzekeringen zijn overgedragen aan OHRA Ziektekostenverzekeringen. In 2020 bieden deze 21 zorgverzekeraars 55 modelovereenkomsten aan. Dit zijn er 4 minder dan in 2019. Dit is voornamelijk het gevolg van door het opheffen van de drie genoemde zorgverzekeraars.

De NZa is voorstander van een overzichtelijk polisaanbod. Een toename van het aantal modelovereenkomsten draagt daar niet aan bij, tenzij een uitbreiding van het polisaanbod daadwerkelijk tot meer keuze leidt voor de consument. De NZa vindt het wenselijk dat het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten binnen hetzelfde verzekeraarsconcern wordt beperkt (nagenoeg gelijke modelovereenkomsten). Het is daarom positief dat in 2020 het polisaanbod en met name het aantal nagenoeg gelijke modelovereenkomsten is afgenomen ten opzichte van 2019. Dat het aantal weer licht toeneemt van 2020 naar 2021 is op zichzelf geen positieve ontwikkeling.

Veranderingen in het polisaanbod voor 2020

Er zijn in 2020 tien modelovereenkomsten van de markt gehaald. Zeven daarvan zijn het gevolg van de beëindiging van de verzekeringsactiviteiten door VGZ voor de zorg, Avéro en Ohra zorgverzekeringen. Er zijn 6 nieuwe modelovereenkomsten bij gekomen. Dat zijn Bewust Verzekerd van EUcare, Aon Zorg Restitutie en Aon Zorg Natura van IptiQ, Amersfoortse Ruime Keuze natura en Ditzo Goede Keuze natura van a.s.r. Daarnaast is CZ Direct (natura) in 2020 weer op de markt. In 2019 veranderde de naam van deze verzekering in het label 'Just'. In 2020 blijft 'Just' bestaan en is CZdirect weer terug.

Soort modelovereenkomst	2018	2019	2020	2021
Natura	31	34	34	37
Restitutie	20	21	17	15
combinatie	4	4	4	5
Daadwerkelijk verschillende model-overeenkomsten	34	36	40	41
Nagenoeg gelijke model-overeenkomsten	21	23	15	16
Totaal	55	59	55	57
Aantal zorgverzekeraars	23	24	21	20

Budgetpolissen

Het aantal modelovereenkomsten met beperkende voorwaarden (ook wel budgetpolissen) is van 2019 naar 2020 gedaald van 13 naar 10 en in 2021 weer fors gestegen naar 16. De daling in 2020 wordt veroorzaakt door dat per saldo twee budgetpolissen zijn beëindigd (Avéro zorgplan selectief en IZZ bewust) en bij drie de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg is verhoogd (De Friesland Zelf Bewust, Interpolis zorgcompact en IZZ Bewust), terwijl tegelijk twee nieuwe budgetpolissen op de markt zijn gebracht (CZ Direct en IptiQ ruime keuze).

De oorzaak van de flinke stijging per 2021 zijn de budgetpolissen van VGZ, Eno en EUcare. Een aantal van deze polissen hebben een beperkt gecontracteerd aanbod voor bepaalde zorgvormen. Daarnaast hebben een aantal polissen de vergoeding van niet gecontracteerde zorg verlaagd waardoor ze nu onder de definitie vallen van polissen met beperkende voorwaarden.

IptiQ trekt zich per 2021 terug van zorgverzekeringsmarkt

IptiQ is met ingang van 2021 gestopt met het aanbieden van zorgverzekeringen. Deze zorgverzekeraar bood in 2020 drie modelovereenkomsten aan. Een naturapolis voor Promovendum/Besured en National academic en een restitutie- en een naturapolis voor Aon One Underwriting. 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 Jaaah basis van ONVZ. De bestaande restitutiepolis van ONVZ is omgezet naar een combinatiepolis.

(Nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten

Het aantal daadwerkelijk verschillende modelovereenkomsten bedraagt in 2021 41 van de 57 aangeboden modelovereenkomsten. In 2020 waren dit 40 van de 55 modelovereenkomsten. In 2019 waren dit 36 van de 59 modelovereenkomsten. Het aantal nagenoeg gelijke modelovereenkomsten is in 2020 dus flink gedaald ten opzichte van 2019 en in 2021 met één toegenomen ten opzichte van 2020. Terwijl het totale polisaanbod met twee is gestegen.

5.2 Juiste toepassing marktconform tarief bij restitutiepolissen

Afgelopen zomer heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (hierna: CBb) een [uitspraak](#) gedaan over de vergoeding en berekening van excessieve tarieven bij restitutiepolissen. 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'). Zorgverzekeraars mogen hierbij niet enkel een lijst met door henzelf vastgestelde bedragen als vast maximum hanteren, omdat zij anders in strijd handelen met artikel 11 Zvw en artikel 2.2 lid 2 Bzv.

Zorgverzekeraars mogen een indicatief bedrag dus niet categorisch afwijzen. Het CBb stelt dat uit de wettelijke bepalingen en bijbehorende toelichtingen volgt dat zorgverzekeraars een individuele beoordeling moeten verrichten, in die zin dat de zorgverzekeraar per declaratie moet beoordelen of deze excessief is. En dat de zorgverzekeraar ook per declaratie die niet volledig wordt vergoed, moet motiveren waarom hij deze niet volledig vergoedt. Bij restitutiepolissen gaan verzekerden namelijk uit van volledige vergoeding. Door de motivatie kunnen zij in ieder geval teruglezen waarom de declaratie in het specifieke geval niet volledig wordt vergoed.

De NZa heeft in de overstapperiode een informatieverzoek verzonden naar de zorgverzekeraars die restitutiepolissen aanbieden, om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan voornoemde uitspraak. Uit de reacties op het informatieverzoek blijkt dat ongeveer de ene helft wel en de andere helft niet voldoet aan de uitspraak en wetgeving. Dit betekent dat de helft van de zorgverzekeraars dus wel een individuele beoordeling doet en de andere helft niet. De NZa is van oordeel dat zorgverzekeraars die niet in lijn handelen met de uitspraak / huidige wetgeving hun beleid dienen aan te passen. Wij spreken de betreffende zorgverzekeraars hierop aan.

5.3 Te late premiebekendmaking

De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat gewijzigde premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Dit creëert een gelijk speelveld voor concurrerende zorgverzekeraars. Bovendien hebben verzekerden dan de tijd om zich te oriënteren en premies te vergelijken.

Tijdens de [overstapperiode](#) hebben wij gezien dat drie zorgverzekeraars de gewijzigde premie van enkele modelovereenkomsten kort na 12 november 2020 bekend hebben gemaakt en deze hebben laten ingaan per 1 januari 2021. Hierdoor hebben zij in strijd gehandeld met artikel 17 lid 7 Zvw. Uit dat artikel volgt dat een wijziging in de grondslag van de premie niet eerder in werking treedt dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Hieruit volgt dat de dag na de mededeling de termijn voor inwerkingtreding van de wijziging begint te lopen. In de praktijk gaat een premiewijziging altijd per 1 januari in, waardoor zorgverzekeraars zeven weken terug moeten rekenen voor de uiterlijke bekendmaking van het nieuwe premie aanbod. Dit betekent dat premiewijzigingen voor 2021 uiterlijk op 12 november 2020 aan de verzekeringnemer moesten zijn medegedeeld, met oog op het in werking treden per 1 januari 2021.

De NZa heeft de drie zorgverzekeraars aangesproken, maar tegelijkertijd geconstateerd dat haar instrumentarium niet toereikend is om op een adequate wijze gevolgen te verbinden aan deze overtreding. Dat komt doordat de NZa op grond van de Wmg enkel herstelsancties kan opleggen naar aanleiding van een overtreding van artikel 17 lid 7 Zvw. Een overtreding inhoudende het niet tijdig bekend maken van een

wijziging in de grondslag van de premie, kan echter voor die overstapperiode niet worden hersteld. Daarom heeft het de voorkeur dat de NZa de wettelijke bevoegdheid krijgt om een punitieve sanctie op te leggen. De NZa is hierover in overleg met het ministerie van VWS.

6 Transparante informatieverstrekking

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.

6.1 Uitgangspunten voor bruikbare zorginformatie voor consumenten

De NZa heeft een aantal uitgangspunten [opgesteld](#) waar de informatieverstrekking richting patiënten en verzekerden aan moet voldoen. Met deze uitgangspunten geven we uitdrukking aan de al langer ingezette omslag van méér informatie naar vooral bruikbare informatie. Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten.

Het doel van informatieverstrekking is mensen in staat te stellen om de voor hen best passende zorgkeuze te maken, zoals bijvoorbeeld een zorgverzekering. Lange tijd was het beleid erop gericht om zoveel mogelijk informatie te geven over zorg en de zorgverzekering. 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. Bovendien zorgde de nadruk op 'meer informatie' voor veel administratieve lasten voor zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.

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

Deze vormen de basis voor het herijken van onze nadere regels met minimale eisen waaraan de informatieverstrekking van zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars moet voldoen. Daarnaast verwachten we dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders vanuit hun unieke positie met hun informatieverstrekking de consument begeleiden bij hun zorgkeuze. Daarbij vormen de genoemde uitgangspunten de basis.

6.2 Overstapperiode 2020-2021

De NZa onderzoekt elk jaar de informatieverstrekking door zorgverzekeraars in de overstapperiode. We hebben in de afgelopen jaren gezien dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om de informatie over zorgverzekeringen te verbeteren. Onze bevindingen hierover in het overstapeseizoen 2020-2021 hebben we in een [brief](#) gepubliceerd. Zorgverzekeraars hebben verzekerden de afgelopen overstapperiode over het algemeen goed geïnformeerd. Informatie over zorgverzekeringen is veelal juist (in relatie tot bestaande regelgeving) en vindbaar.

Wel denken we dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen maken door informatie op zo'n manier aan te bieden dat mensen daarmee eenvoudiger een keuze kunnen maken voor een geschikte polis. Daarom herzien we in 2021 onze [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#) (hierna: Regeling), om deze meer aan te laten sluiten bij de behoeften en vaardigheden van patiënten en verzekerden.

De in paragraaf 6.1. genoemde uitgangspunten stellen we daarbij centraal. In de Regeling leggen we de basisinformatie vast waarover we verwachten dat zorgverzekeraars te allen tijde transparant zijn. Daarnaast stellen we zorgverzekeraars zoveel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooiën en zelf te bepalen op welke wijze ze aan de normen voldoen. We grijpen alleen in als dat nodig is als de informatieverstrekking onvoldoende is of onvoldoende duidelijk is hoe aan de normen voldaan moet worden.

We zagen dat sommige zorgverzekeraars op een aantal onderwerpen tekort schoten tijdens de overstapperiode. Twee onderwerpen lichten we hieronder toe.

6.3 Controle informatieverstrekking over restitutiepolissen

Om polissen goed te kunnen vergelijken, is het belangrijk dat de consument eenvoudig kan zien tot welk type polis hun zorgverzekering behoort. De NZa schrijft daarom in artikel 29 van de Regeling voor dat een zorgverzekeraar voor elke zorgverzekering moet aangeven tot welke van de volgende drie types polis deze behoort: een natura-, een restitutie- of een combinatiepolis.

In de Regeling wordt aangegeven welke benaming wanneer moet worden gehanteerd. Zo mag een zorgverzekeraar de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' alleen gebruiken om polissen te beschrijven die recht geven op vergoeding en bemiddeling en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering (welk artikel ziet op de beperking van de vergoeding bij restitutie-aanspraken tot het marktconforme tarief c.q. de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, en de eigen bijdrage).

De NZa houdt toezicht op het naleven van artikel 29 van de Regeling en tijdens de overstapperiode hebben wij geconstateerd dat 1 zorgverzekeraar een polis in de polisvoorwaarden en op de website als restitutiepolis heeft aangeduid, terwijl dit feitelijk een combinatiepolis betreft. De polis kent namelijk een vergoedingsbeperking anders dan gedefinieerd in artikel 2.2. van het Besluit zorgverzekering, te weten een beperking van de vergoeding van zorg door kaakchirurgische behandelcentra. We hebben deze zorgverzekeraar aangesproken en vervolgens zijn er aanpassingen doorgevoerd, waardoor voldaan wordt aan de regelgeving.

Ook constateerden we dat 1 zorgverzekeraar met een restitutiepolis op de website een term gebruikte die niet hoort bij een restitutiepolis, namelijk de term gemiddeld tarief in plaats van marktconform tarief. Daarnaast zagen we dat 1 zorgverzekeraar op de website een zorgverzekeringskaart bij zijn polis had staan die niet hoorde bij de polis die hij aanbood. Wij hebben deze zorgverzekeraars hierop aangesproken. Zij hebben de informatie inmiddels aangepast waardoor conform onze regelgeving wordt gehandeld.

6.4 Controle informatieverstrekking omzetplafonds

We hebben bij vier zorgverzekeraars gecontroleerd of zij in de zorgzoekers informatie omtrent omzetplafonds tonen conform NZa regelgeving.

Drie zorgverzekeraars vermeldden omzetplafonds niet in de zorgzoeker als zij in de contracten andere (bijkoopt)afspraken hebben gemaakt, waardoor verzekerden altijd bij de betreffende ziekenhuizen terecht kunnen. Dit is niet conform de letter van onze regelgeving, maar wel in de geest van onze regelgeving. De NZa gaat bij de bredere herziening bekijken of aanpassing van de informatieverplichtingen op dit vlak nodig is om eenduidige toepassing ervan te borgen.

De vierde zorgverzekeraar had de zorgzoeker niet conform regeling weergegeven, omdat hij de zorgzoeker niet actualiseerde bij wijziging van de contractafspraken. Hierdoor vermeldde hij de omzetplafonds met consequenties niet altijd. Deze zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van onze interventie het interne werkproces aangepast om een verkeerde registratie in de zorgzoeker in de toekomst te voorkomen.

7 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, zoals in het samenvattend rapport 2019 benoemd, in 2020 niet plaatsgehad. Zo gauw dat weer verantwoord mogelijk is, zullen we deze onderzoeken weer oppakken.

7.1 Onderzoek juistheid verantwoordingen risicoverevening opgeleverd in 2020

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 2020: 26 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 2020 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.

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. Overall beeld is dat de laatste jaren de aangeleverde informatie voor de risicoverevening van alle zorgverzekeraars van goede kwaliteit is.

7.2 Horizontaal toezicht

Binnen Horizontaal toezicht (HT) werken deelnemende instellingen in de msz en ggz samen met zorgverzekeraars om de rechtmatigheid van declaraties zo veel als mogelijk aan de voorkant van de keten te borgen. Partijen verfijnen de afspraken steeds verder hetgeen tot uiting komt in aanpassingen van het Control framework, dit is het raamwerk waarbinnen HT plaats vindt. Wij zien dat steeds meer instellingen in de msz en ggz de overstap naar HT (gaan) maken.

De NZa ondersteunt de doelstelling van HT en hanteert hierbij de rol om actief mee te denken en bij te dragen aan oplossingsrichtingen. Onder andere bij discussies rondom 'verantwoord verminderen' (efficiënte en effectieve uitvoering bij gelijktijdige vermindering van administratieve lasten) en via brieven in december 2019 en januari 2021 over vraagpunten rondom beheersingskaders.

De integratie van gepast gebruik van zorg binnen de kaders van HT is nog een aandachtspunt. Dit traject verloopt nog niet zonder horten en stoten. Wij verwachten dat bij een goede aansluiting van de HT-beheersing op de primaire zorgprocessen, ook gepast gebruik van zorg een integraal onderdeel van HT kan zijn. Wij zien graag dat zorgverzekeraars en instellingen hun verkenningen hierover verder voortzetten.