



Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Minister prof. dr. E.J. Kuipers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door

[Redacted]

Telefoonnummer

[Redacted]

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

451100/1454112

Datum

5 april 2023

Onderwerp

Acties NZa voor en tijdens overstapperiode 2022-2023

Geachte heer Kuipers,

In deze brief kijken we terug op de overstapperiode 2022-2023. Hieronder volgt eerst een korte inleiding en geven wij een samenvatting van onze belangrijkste bevindingen. Vervolgens lichten wij deze bevindingen uitgebreider toe. Aan het einde van de brief volgt een vooruitblik naar 2023 en de periode daarna.

Inleiding

In de brief van vorig jaar heeft de NZa aangegeven dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen zetten in hun informatieverstrekking door de informatie vooral bruikbaar te laten zijn voor consumenten. Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij zelf onderzoek doen naar de wijze waarop 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 onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (hierna: Regeling) en de wet kunnen voldoen. Ook de afgelopen overstapperiode stond het uitgangspunt van bruikbare informatie centraal in ons transparantietoezicht.

Belangrijkste bevindingen van de afgelopen overstapperiode

In de overstapperiode 2022-2023 waren zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog later dan voorgaande jaren met het sluiten van contracten. De oorzaak hiervan is onder andere de financiële onzekerheid als gevolg van de hoge inflatie en de hoge energiekosten. Doordat veel contracten pas na 1 januari 2023 rond waren, was voor verzekerden, in de periode waarin zij konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar, niet duidelijk of de zorgaanbieder van hun keuze gecontracteerd is in het nieuwe polisjaar. Hoewel zorgverzekeraars duidelijk aangeven wat de status is van de contractering en wat de gevolgen zijn als er geen contract wordt gesloten, vinden wij de onzekerheid over het gecontracteerde aanbod voor verzekerden onwenselijk. Het kan immers een drempel vormen om over te stappen.

Gezien de grote gevolgen voor de verzekerden bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering, willen wij dat voor verzekerden aan het begin van de overstapperiode duidelijk is waar de geleverde zorg voor 100% door de zorgverzekeraar wordt vergoed. We zijn daarom gestart met een verkenning om vast te stellen wat hiervoor nodig is en hoe onze regelgeving ten behoeve van een transparant zorginkoopproces aangepast kan worden.

Ontwikkeling polismarkt

Aanbod polissen

Met ingang van 2023 zijn er in totaal 10 concerns met 20 zorgverzekeraars. Dat zijn er net zoveel als in 2022. Het aantal zorgverzekeringen blijft ten opzichte van vorig jaar met 60 gelijk. Het betreft 7 restitutie-, 37 natura- en 16 combinatiepolissen (in 2022 respectievelijk 11 restitutie-, 37 natura- en 12 combinatiepolissen). Per 2023 vervallen er 2 naturapolissen, wijzigt 1 naturapolis in een combinatiepolis en komt er 1 nieuwe naturapolis bij. Er vervalt 1 combinatiepolis. 5 restitutiepolissen wijzigen in een combinatiepolis en komt er 1 nieuwe restitutiepolis bij. Het aantal modelovereenkomsten met beperkende voorwaarden (ook wel budgetpolissen genoemd) is met 21 gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar. Per 2023 zijn er 2 nieuwe polissen met beperkende voorwaarden en 2 polissen met beperkende voorwaarden zijn vervallen.

Polissen met beperkende voorwaarden

We zagen de afgelopen twee jaren een forse toename in zowel het aantal (10 in 2020 naar 21 in 2022) polissen met beperkende voorwaarden als ook in het aantal verzekerden (van 2,27 miljoen in 2020 naar 3,8 miljoen in 2022) op deze polissen. Met ingang van 2023 is het aantal polissen met beperkende voorwaarden gestabiliseerd. Mogelijk speelt de invoering van de bandbreedteregeling hierbij een rol. Met behulp van deze regeling wordt bij polissen die sterk winstgevend zijn de winst boven 50 euro per verzekerde grotendeels afgeroomd. Doel van deze regeling is om de prikkel om te sturen op winstgevendende verzekerden te beperken. Deze regeling geldt voor het jaar 2023. Het is nog te vroeg om iets te kunnen zeggen over de ontwikkeling van het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden.

Bij 16 polissen met beperkende voorwaarden ligt de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een of meer aanspraken onder de 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Omdat bij deze polissen sprake zou kunnen zijn van een hindernis om zorg af te nemen van een niet gecontracteerde zorgaanbieder (feitelijke hinderpaal), moet de zorgverzekeraar voor deze polissen kunnen onderbouwen waarom dit percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Bij ongeveer de helft van deze polissen zien we dat de zorgverzekeraars voor niet gecontracteerde zorg verschillende vergoedingspercentages hanteren per zorgvorm.

Nagenoeg gelijke polissen

We zien dat diverse zorgverzekeringsconcerns polissen via verschillende risicodragers aanbieden die inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Het aantal daadwerkelijk verschillende polissen bedraagt in 2023 48 van de 60 aangeboden modelovereenkomsten, dit beeld is gelijk aan dat van 2022. Wel zien we dat het aantal nagenoeg gelijke polissen in de laatste jaren afneemt van 24 in 2020 naar 21 in 2021, 19 in 2022 en 18¹ in 2023.

¹ Per groep van nagenoeg gelijke polissen binnen een concern zijn deze polissen ook meegenomen als een unieke polis. Hierdoor telt het aantal unieke en nagenoeg gelijke polissen niet op tot het totaal aantal polissen.

Hierbij maken wij de kanttekening dat een aantal 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 voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt.

De premie en de premiebekendmaking

De afgelopen jaren heeft de NZa aandacht besteed aan de tijdige bekendmaking van de nieuwe premies. De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat gewijzigde premies voor het nieuwe jaar tijdig bij alle verzekerden bekend zijn, in ieder geval uiterlijk 12 november. Dit creëert een gelijk speelveld voor concurrerende zorgverzekeraars. Anders kan de zorgverzekeraar de premiestelling van zijn concurrenten afwachten en vervolgens een premie vaststellen waarmee de verzekerden goedkoper uit zijn dan bij de concurrenten. Bovendien is de betreffende informatie tijdig nodig om de rekenpremie te bepalen op basis waarvan de zorgtoeslag wordt bepaald. Het steeds later bekend maken van premies is niet in het belang van verzekerden. Zij hebben dan immers minder tijd om zich te oriënteren voor een bij hun best passende polis.

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

De gemiddelde premie van naturapolissen met beperkende voorwaarden is gestegen van €1.414 per jaar in 2022 naar €1.561 per jaar in 2023. De gemiddeld betaalde premie voor alle zorgverzekeringen is gestegen van €1.522 naar €1.657 per jaar. Deze ontwikkeling loopt gelijk met elkaar op.

Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

Goede en heldere informatie over het gecontracteerde zorgaanbod is voor consumenten van groot belang bij hun keuze voor een zorgverzekering. Ook dit jaar verliep de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeizaam, vooral in de medisch-specialistische zorg en wijkverpleging. In het bestuurlijk overleg over het Integraal Zorgakkoord zijn zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aangesproken om in het belang van verzekerden en patiënten vaart te maken met de contractering.

Daarnaast is het van groot belang dat in de tussentijd, zolang er geen besluit is genomen over het wel of niet sluiten van het contract, verzekerden weten waar zij aan toe zijn. Immers, een belangrijk onderdeel van het oriëntatieproces voor consumenten tijdens de overstapperiode is het gecontracteerd aanbod. Indien de zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog in onderhandeling zijn, is het essentieel voor de consument om te weten wat de gevolgen zijn als er alsnog geen contract wordt gesloten.

Dit is de reden geweest waarom de NZa in artikel 10, lid 3, van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) expliciet heeft opgenomen dat zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode moeten aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

De NZa heeft middels een informatieverzoek gekeken hoe de informatieverstrekking is van zorgverzekeraars over de status en gevolgen van contractering en of het voldoet aan de eerdergenoemde Regeling. Over het algemeen zijn zorgverzekeraars voldoende transparant over de gevolgen van contracten die nog niet gesloten zijn. Bij alle zorgverzekeraars wordt informatie over (de gevolgen van) contractering gegeven op de algemene pagina van de website, de zorgzoeker en via klantcontact. Sommige zorgverzekeraars geven de garantie dat de kosten worden vergoed, terwijl andere zorgverzekeraars vermelden dat de kosten worden vergoed volgens de polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat de verzekerde moet bijbetalen als er alsnog geen contract wordt gesloten. Twee zorgverzekeraars waren niet helemaal duidelijk in de informatie over de gevolgen als de contracteerstatus nog in onderhandeling staat. Een van deze zorgverzekeraars heeft de informatie op de website na de overstapperiode zelf aangepast. De bevindingen van de andere zorgverzekeraar legt de NZa terug met het verzoek om de informatie aan te passen, zodat het voor de consument ook duidelijk is wat de gevolgen zijn van contracten die nog niet gesloten zijn met zorgaanbieders.

Uiteindelijk gaat het erom of de informatieverstrekking van de zorgverzekeraar duidelijk en bruikbaar is voor de (potentiële) verzekerde, wat betreft de status én de gevolgen van contractering. We vinden het daarom van groot belang dat voor verzekerden aan het begin van de overstapperiode duidelijk is waar de geleverde zorg voor 100% door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Aan het einde van deze brief gaan we in op de vervolgacties.

Vragen en meldingen

De NZa heeft over de overstapperiode 2022 – 2023 139 informatieaanvragen ontvangen bij het Informatie- en Contact Centrum (ICC) van de NZa. De overgrote meerderheid van de informatieaanvragen/meldingen ging over het niet tijdig rond hebben van het gecontracteerde zorgaanbod en/of het moeizaam rond kunnen krijgen van contracten tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars. Dit waren 126 informatieaanvragen.

Consumenten geven aan dat zij onvoldoende weloverwogen een keuze kunnen maken voor een passende zorgpolis zonder het (tijdig) bekend hebben van het gecontracteerde zorgaanbod. Consumenten zien de systematiek - op dit moment zonder harde deadline voor het rond hebben van het gecontracteerde zorgaanbod - in de toekomst graag anders. Een aantal meldingen van consumenten gaat over de onvoldoende transparantie op de website van zorgverzekeraars over vergoedingen in het nieuwe jaar.

Zorgprofessionals en zorginstellingen maken zich zorgen over de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg, ervaren verschillende problemen in de contractering en/of geven aan dat de tarieven niet toereikend zijn. In de afgelopen overstapperiode zagen we dat met name in de paramedische sector en de medisch-specialistische zorg de contractering zeer moeizaam verliep.

De paramedische sector, waar vrije tarieven gelden die niet wettelijk vastgelegd worden door de NZa, geeft aan dat de tarieven in de contractvoorstellen niet toereikend zijn en voor grote onzekerheid zorgen over hun financiële situatie. In de medisch-specialistische zorg komt opnieuw naar voren dat ziekenhuizen onvoldoende vergoeding verwachten voor de verwachte productie. Dit heeft er toe geleid dat afgelopen overstapperiode de contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars laat bekend was.

De NZa heeft verder 35 signalen ontvangen die betrekking hadden op de overstapperiode 2022 - 2023. Deze signalen gingen over verschillende onderwerpen, maar raakten met name het moeizame contracteerproces en de gevolgen hiervan voor verzekerden en zorgaanbieders. Ter illustratie lichten we hieronder enkele onderwerpen toe.

Een aantal signalen gaat over zorgaanbieders die aangeven dat zij hun patiënten onvoldoende kunnen voorlichten over het wel/niet hebben van een contract. Een aantal andere signalen gaat over zorgaanbieders die aangeven dat er in de regio waar zij werkzaam zijn onvoldoende zorg is ingekocht en toch geen contract kunnen afsluiten. Deze signalen kwamen voornamelijk uit de geestelijke gezondheidszorg, maar ook vanuit een apotheker en hulpmiddelenleverancier. Tot slot hebben we nog een aantal signalen ontvangen van zorgverzekeraars die problemen ondervinden bij het afsluiten van contracten met ziekenhuizen. Zorgverzekeraars zijn bang dat de zorgplicht in het gevaar lijkt te komen voor hun verzekerden.

Verdwijnen restitutiepolicen

De afgelopen jaren zien we een forse daling van het aantal restitutiepolicen. Dat heeft in de afgelopen overstapperiode tot een discussie geleid over vrije artskeuze en de doorbetaling van lopende behandeltrajecten bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. Het hinderpaalcriterium maakte onderdeel uit van dit onderwerp. De NZa heeft informatieverzoeken verzonden en gesprekken gevoerd met de betreffende zorgverzekeraars. Er is vanuit de NZa een bijdrage geleverd aan de Ronde Tafel discussie op 5 december 2022 in de Tweede Kamer.

Selectivia Zorgverzekeringen

Eind november leek er een nieuwe aanbieder van zorgverzekeringen te zijn, Selectivia Zorgverzekeringen. In het online inschrijvingsformulier vroeg Selectivia Zorgverzekeringen om privacygevoelige informatie die niet relevant is voor de acceptatie van de verzekering. Zoals gezondheidstoestand, seksuele geaardheid, hoogte van het inkomen etc. Omdat zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben en dus niet mogen selecteren, heeft de NZa dezelfde dag nog in een nieuwsbericht consumenten geadviseerd om de vragen niet in te vullen. Gezien de aard van de vragen en het gebrek aan inhoudelijke informatie betwijfelde de NZa of het om een echte zorgverzekeraar ging. De NZa gaf aan het zeer schadelijk te vinden dat op deze manier het vertrouwen van consumenten werd geschaad en ondernam actie met het doel overtreding van de wet te stoppen. Net nadat de NZa publiekelijk een waarschuwing had doen uitgaan, werd bekend dat het Aidsfonds achter deze website zat. De NZa heeft aangegeven dat we meevoelen met het belang dat zij nastreven, maar benadrukte dat consumenten altijd moeten kunnen vertrouwen op de informatie die wordt verstrekt over zorgverzekeringen en dat een actie als deze niet bijdraagt aan het vertrouwen in deze informatie en de polismarkt.

Vooruitblik 2023 en daarna

Polissen die erg op elkaar lijken

De informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan consumenten moet bruikbaar zijn. Voor verzekerden is vaak niet duidelijk wat de gevolgen voor hun zijn als polissen slechts minimaal van elkaar verschillen. Om verzekerden te ondersteunen bij hun keuze voor een polis heeft de NZa daarom in artikel 7 van de Regeling een verplichting opgenomen dat (nagenoeg) gelijke polissen in een overzicht bij het aanbod moeten worden gepubliceerd. De NZa heeft de afgelopen periode echter geconstateerd dat polissen ondanks de bestaande verplichting in artikel 7 in een aantal gevallen nog steeds nauwelijks van elkaar verschillen, terwijl die polissen niet onder de verplichting vallen om opgenomen te worden in het overzicht. Het voortbestaan van polissen met kleine verschillen heeft de afgelopen jaren geleid tot veel discussie over tweeling- of kloonpolissen. Mede naar aanleiding van deze discussie heeft de NZa het voornemen om het huidige artikel 7 te wijzigen en ook polissen die erg op elkaar lijken, maar nu nog niet onder de verplichting vallen, onder de verplichting op te nemen.

Evaluatie wijziging regeling informatieverstrekking

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

Tijdige duidelijkheid over vergoeding

De NZa vindt het erg belangrijk dat zorgverzekeraars transparant zijn over de vergoeding van geleverde zorg. Ondanks dat de huidige informatieverstrekking over status van contractering en wat de gevolgen hiervan zijn voor consumenten voldoet aan de transparantie-eisen kunnen consumenten toch in onzekerheid blijven als de contracteerstatus “op onderhandeling” staat. Dit komt doordat zij dan nog steeds een risico lopen op bijbetaling. Dit kan een drempel vormen om over te stappen naar een polis die in beginsel het beste bij hen past. Gezien de grote gevolgen voor de verzekerden bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering, zijn we gestart met een verkenning om vast te stellen wat hiervoor nodig is en hoe onze regelgeving ten behoeve van een transparant zorginkoopproces aangepast kan worden.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. mr. drs. K. Raaijmakers
plaatsvervangend voorzitter Raad van Bestuur