

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2024

Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2024?



20 mei 2025

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
2 Zorgplicht en toegankelijkheid	6
2.1 Vervolgonderzoek zorgplicht zorgverzekeraars	6
2.2 Toegankelijkheid kraamzorg	7
2.3 Toegankelijkheid ggz voor complexe problematiek	7
2.4 Regionale samenwerking voor toegankelijke zorg	7
3 Polismarkt	9
3.1 Veranderingen in het polisaanbod 2024	9
3.2 Restitutiepolissen verdwijnen	9
3.3 Kiezen zorgverzekering nog steeds moeilijk voor consument	10
4 Zorginkoop en transparantie	12
4.1 Contracteerproces 2024-2025	12
4.2 Aanpassing regelgeving transparantie zorginkoopproces	12
4.3 Informatieverstrekking bij niet-gecontracteerde zorg moest beter	13
5 Financiële verantwoording	14
5.1 Onderzoek risicoverevening	14
5.2 Verantwoordingskader Transformatieplannen	14

Samenvatting

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het Nederlandse zorgstelsel. Bij de uitvoering van hun taken moeten zorgverzekeraars zich onder meer houden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2024 hebben uitgevoerd. We baseren ons daarbij op de onderzoeken die we hebben uitgevoerd. We richten ons op de volgende onderwerpen:

- zorgplicht en toegankelijkheid,
- polismarkt,
- zorginkoop en transparantie,
- financiële verantwoording.

Zorgplicht en toegankelijkheid

In 2023 en 2024 deden we onderzoek naar de invulling van de zorgplicht bij vier zorgverzekeraars voor zowel de geestelijke gezondheidszorg als de medisch-specialistische zorg. Hieruit bleek dat er verbetermogelijkheden zijn. Twee zorgverzekeraars kregen een aanwijzing opgelegd. Een zorgverzekeraar volgde de aanwijzing op. Een zorgverzekeraar moet hierin nog stappen zetten. Dat volgen we via verscherpt toezicht. Ook in de kraamzorg en bij de ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek zien we uitdagingen voor zorgverzekeraars om hun zorgplicht in te vullen en de toegang tot zorg te borgen. In het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) werken zorgverzekeraars en andere partijen samen om de zorg voor de toekomst toegankelijk te houden.

Polismarkt

In het polisjaar 2025 zijn de restitutiepolissen definitief vervangen door combinatiepolissen met gecontracteerde zorg en een vergoedingsbeperking. Deze trend was de laatste jaren al waarneembaar. Helaas zien we een aantal keuzes van zorgverzekeraars die niet in het algemeen consumentenbelang zijn en de solidariteit en transparantie van de polismarkt aantasten. Zo zien wij onder andere dat zorgverzekeraars binnen hun concern nog steeds te veel polissen aanbieden die erg op elkaar lijken en waar de inhoudelijke verschillen erg klein zijn. Ook zien we nog steeds onwenselijke koppelingen tussen aanvullende verzekeringen en bepaalde basisverzekeringen. Verder zagen we dat een aantal zorgverzekeraars hun aanvullende premies en de korting voor het vrijwillig eigen risico pas bekendmaakte na de start op 12 november van het overstapseizoen. Van een nieuwe basisverzekering is de premie pas tien dagen na deze datum bekend gemaakt. Consumenten worden door deze keuzes van zorgverzekeraars gehinderd in het kiezen van de juiste polis die bij hen past. We zien risico's voor de risicosolidariteit en een duidelijke en overzichtelijke polismarkt en doen een nadrukkelijke oproep aan zorgverzekeraars om dit ongewenste gedrag te stoppen. Tegelijkertijd roepen wij de minister van VWS op om nogmaals te overwegen of extra wetgeving nodig is zodat de NZa beter kan optreden tegen de gesignaleerde gedragingen.

Zorginkoop en transparantie

Het contracteerproces verliep 2024 sneller dan voorgaande jaren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kwamen er over het algemeen eerder met elkaar uit. Met name in de wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg was het percentage afgesloten contracten bij de start van het overstapseizoen aanzienlijk hoger dan vorig jaar. Dit zijn goede stappen, omdat verzekerden hiermee

sneller weten waar ze aan toe zijn bij het kiezen van een polis. In het contracteerproces zijn de aangepaste Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg gebruikt. We evalueren de werking ervan. Op basis van de aangepaste Regeling transparantie zorginkoopproces (TH/NR-034) moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich houden aan bepaalde deadlines in de contractering. Naar verwachting draagt dit bij aan het (nog) eerder sluiten van contracten, zodat verzekerden bij de start van het overstapseizoen beter weten waar zij aan toe zijn. Zorgverzekeraars hanteren allemaal vier eenduidige kernboodschappen waarmee zij voor verzekerden duidelijk maken of zij hun zorg vergoed krijgen ongeacht de voortgang van de contractering. Hierdoor kunnen mensen een beter geïnformeerde keuze maken voor een zorgverzekering.

Financiële verantwoording

We hebben het jaarlijkse onderzoek uitgevoerd naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2024 aangeleverde verantwoordingsinformatie over 2023, 2022 en 2021 voor de risicovereeniging. Het Zorginstituut Nederland bepaalt mede op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen die zorgverzekeraars ontvangen. De conclusie is dat de aangeleverde verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars juist is, rekening houdend met de gevraagde heraanleveringen en de nauwkeurigheidstolerantie van 3%. In 2024 is het kader vastgesteld dat geldt voor verantwoording door zorgverzekeraars van de rechtmatige besteding van transformatiemiddelen in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Ons toezicht hierop start in 2025.

Na de inleiding op de volgende pagina gaan we uitgebreider in op de verschillende onderwerpen.

1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het Nederlandse zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Ze onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders over de kwaliteit, omvang en prijs van de in te kopen zorg. Bij de uitvoering van hun taken moeten zorgverzekeraars zich onder meer houden aan de Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport - zoals bedoeld in artikel 24 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) - doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2024 hebben uitgevoerd. We baseren ons hierbij op de onderzoeken die we hebben uitgevoerd.

Rol zorgverzekeraars

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars bieden een scala aan zorgpolissen voor deze verplichte basisverzekering waaruit verzekerden kunnen kiezen. Met de zorgverzekering kunnen verzekerden zorg (vergoed) krijgen wanneer zij dat nodig hebben. De zorgplicht van zorgverzekeraars houdt immers in dat een verzekerde de zorg (in geval van natura-aanspraken), of vergoeding van de kosten van zorg en/of desgevraagd zorgbemiddeling (in het geval van restitutie-aanspraken), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Zorgverzekeraars kopen goede en toegankelijke zorg in tegen een betaalbare prijs en maken (inkoop)afspraken met zorgaanbieders. Daarmee vervullen zorgverzekeraars een spilfunctie in het voeren van regie op een toekomstbestendig en passend zorgaanbod – op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

In het najaar kan iedereen kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars informatie geven die duidelijk, actueel en bruikbaar is. Zorgverzekeraars moeten iedereen voor de basisverzekering accepteren, ongeacht leeftijd, leefstijl, inkomen of ziektehistorie. Ook mogen ze voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren. Deze acceptatieplicht (artikel 3) en het verbod op premiedifferentiatie (artikel 17) zijn bij wet geregeld in de Zvw. Nadat de verzekerde zorg heeft ontvangen, krijgt de verzekerde of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Zorgverzekeraars controleren of de gedeclareerde zorg voldoet aan de voorwaarden die gelden.

Toezicht NZa

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

Naast ons toezicht op het signaleren en corrigeren van tekortkomingen in de naleving door zorgverzekeraars van bepalingen bij of krachtens de Zvw en Wmg, richten we ons ook vanuit een breder perspectief op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en passende zorg voor burgers.

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

2 Zorgplicht en toegankelijkheid

Zoals we ook aangeven in de Stand van de zorg 2024 staat de toegankelijkheid van de zorg al langere tijd onder druk in Nederland. We hebben te maken met schaarste van zorg: de vraag naar zorg stijgt door onder andere vergrijzing, innovatie en leefstijl. Tegelijkertijd wordt het zorgaanbod schaarser door een groeiend personeelstekort en een hoog ziekteverzuim. Dit uit zich in sommige sectoren en/of plekken onder meer in langere wachttijden. Dat is zorgelijk.

Een belangrijke waarborg voor de toegankelijkheid van zorg is de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars. De zorgplicht is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden. Dit betekent in geval van een natura-aanspraak (zoals die voorkomt bij een naturapolis of een combinatiepolis) dat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot de zorg uit het basispakket of overige diensten waar de verzekerde aanspraak op heeft. Zorgverzekeraars moeten daarvoor voldoende zorg inkopen. Zorgplicht betekent in geval van verzekerde prestaties in restitutievorm (zoals die voorkomen bij een restitutiepolis of een combinatiepolis) dat verzekerden recht hebben op de vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, zorgbemiddeling. Wat wij van zorgverzekeraars verwachten bij de uitvoering van hun zorgplicht, beschrijven we in de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' en het document 'de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars'.

2.1 Vervolgonderzoek zorgplicht zorgverzekeraars

In maart 2024 publiceerden we het onderzoek naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. In vier verschillende regio's met wachttijden boven de Treeknormen voor de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg onderzochten we de grootste zorgverzekeraar. Uit het onderzoek bleek dat er verbetermogelijkheden zijn voor alle vier de zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun zorgplicht. De grootste verbeterpunten waren het in beeld krijgen van de knelpunten in het aanbod, de acties die zij daarop nemen en het evalueren en bijstellen van deze acties. We verwachten van alle onderzochte zorgverzekeraars dat zij de verbeterpunten opvolgen. Bij twee zorgverzekeraars zagen we zulke grote tekortkomingen dat zij een formele maatregel opgelegd kregen in de vorm van een aanwijzing. Deze zorgverzekeraars kregen zes maanden de tijd om hun processen rondom de aanpak van wachttijden in de medisch specialistische zorg en/of de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

In het najaar van 2024 voerden we een nacontrole uit bij de twee zorgverzekeraars die de aanwijzing kregen. Uit de nacontrole blijkt dat één van de twee zorgverzekeraars de aanwijzing heeft opgevolgd. Voor de andere zorgverzekeraar geldt dat niet. Deze zorgverzekeraar heeft stappen in de goede richting gezet en moet nog verbeteringen doorvoeren om volledig aan de aanwijzing te voldoen. Daarom gaat deze zorgverzekeraar een vervolgtraject in en heeft de NZa verscherpt toezicht ingesteld bij deze zorgverzekeraar.

Het is voor het eerst dat we een zorgverzekeraar onder verscherpt toezicht stellen. We controleren in dit lopende jaar op verschillende momenten of de betreffende zorgverzekeraar de benodigde verbeteringen rondom de zorgplicht doorvoert. Als dit vervolgtraject niet leidt tot het gewenste resultaat, kunnen we vervolgmaatregelen treffen.

2.2 Toegankelijkheid kraamzorg

De toegankelijkheid van de kraamzorg staat in Nederland al langere tijd onder druk, met name in de zomerperiode. In het vervolg op het convenant van 2023 hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Bo Geboortezorg voor 2024-2025 een nieuw convenant gesloten om de toegankelijkheid van de kraamzorg zo hoog mogelijk te houden. Voor de regio's waar schaarste heerst, spreiden zorgverzekeraars en zorgaanbieders de kraamzorguren zo goed mogelijk over de kraamvrouwen, zodat minimaal 24 uur kraamzorg, en zo nodig digitale zorg, geboden kan worden. Ook is er een opleidingsfonds ingericht waarmee meer kraamverzorgenden opgeleid kunnen worden. Daarnaast hebben ZN en Bo Geboortezorg een gezamenlijke toekomstvisie opgesteld en gekoppeld aan een versnellingsagenda om de sector toekomstbestendig te maken. Ook in 2024 was de NZa betrokken bij deze verdere ontwikkelingen. Samen met ZN, Bo Geboortezorg, het ministerie van VWS, het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) blijft de NZa hierbij betrokken. De NZa volgt daarnaast ook de inspanningen van zorgverzekeraars om vanuit hun zorgplicht de zorg toegankelijk te houden.

2.3 Toegankelijkheid ggz voor complexe problematiek

In ons gezamenlijk toezicht met de IGJ hebben wij in 2024 in vier regio's een toezichtronde uitgevoerd gericht op complexe ggz-problematiek. Wij voerden gesprekken met grote en kleine ggz-zorgaanbieders, zorgverzekeraar(s), het gemeentelijk domein, huisartsen en cliëntorganisaties met ervaringsdeskundigen. We spraken over de manier waarop zij samenwerken aan passende en toegankelijke zorg voor mensen met complexe psychische problemen, die op meerdere levensgebieden vastlopen. We beoordeelden in iedere regio de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen om te zien hoe zij invulling geven aan hun verplichtingen op het gebied van de zorg voor de mensen met complexe ggz problematiek. Doel van dit toezicht is om te stimuleren dat regionale partijen gezamenlijk verantwoording nemen om deze mensen op tijd passende zorg en ondersteuning te bieden.

In alle regio's zagen we dat de zorgverzekeraars, samen met de grote zorgaanbieders, de leiding nemen in de totstandkoming en uitvoering van de transformatieplannen in de regio. Dat zijn plannen waarmee partijen impactvolle transformaties naar passende zorg willen realiseren (zie hier voor meer informatie). Afstemming met de andere partijen, zoals de kleine- en middelgrote ggz-zorgaanbieders, vindt daarin nog onvoldoende plaats. Verder concluderen we dat, hoewel zorgverzekeraars en gemeenten elkaar weten te vinden, er nog onvoldoende (financiële) afstemming plaatsvindt. De regionale rapportages zijn hier te vinden. Publicatie van onze gezamenlijke eindrapportage met de IGJ, in de vorm van een factsheet, volgt in het tweede kwartaal van 2025.

2.4 Regionale samenwerking voor toegankelijke zorg

Zorgverzekeraars kunnen de toegang tot zorg en de beweging naar passende zorg niet als enige bewerkstelligen. In 2022 hebben VWS en veel partijen in de zorg het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Dit akkoord is een belangrijke stap in de transformatie naar passende zorg: betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen, ook in de toekomst. Samenwerking en waar nodig en mogelijk gelijkgericht optreden van partijen en goede informatiedeling is cruciaal om de doelen van het IZA te behalen. Het IZA omvat een veelheid aan onderwerpen, zoals preventie, contractering, de versterking van de organisatie van de eerstelijns, de inzet van passende digitale- en hybride zorg, arbeidsmarkt, gegevensuitwisseling en de samenwerking van ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. Inmiddels wordt er gewerkt aan een aanvulling op het IZA en tevens verlenging van de looptijd met twee jaar via het

Aanvullend Zorg en Welzijnakkoord (AZWA). De zorgverzekeraars hebben bij de realisatie van de afspraken van het IZA en het AZWA een belangrijke rol.

In het IZA zijn afspraken gemaakt om regionaal te bepalen hoe de gezondheid van burgers gestimuleerd kan worden en de toegang tot zorg behouden kan blijven. De NZa is in 2024 met veel samenwerkingsverbanden in gesprek gegaan over hun regioplannen. De in de betreffende regio betrokken zorgverzekeraar was daarbij aanwezig. Wij hebben aangegeven op welke punten het regioplan kan worden doorontwikkeld tot een waardevol sturingsdocument. De regionale partijen hebben ons verteld over de dilemma's waar zij tegenaan lopen bij de doorontwikkeling en uitvoering van het regioplan. Onze informatiekaarten regioplannen en ROAZ-plannen zijn een weerslag van deze gesprekken in de regio. Hierin doen we ook een aantal aanbevelingen aan de partijen die werken aan regionale samenwerking én aan de overheidspartijen.

Het transformeren van de organisatie van zorg en welzijn vraagt een andere rolinvulling van de zorgverzekeraars. Afhankelijk van de dynamiek in de regio pakken zorgverzekeraars een faciliterende en/of aanjagende rol op bij het tot stand brengen van regionale samenwerking, het regioplan en de verdere uitwerking en uitvoering. Als beoordelaar van de transformatieplannen hebben zorgverzekeraars ook een rol in de doelmatige aanwending van middelen. Voor zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders, levert die dubbele rol een mogelijk spanningsveld op. Als hierdoor de beoogde transformaties niet verder komen, is het van belang dit bespreekbaar te maken. De door VWS ingestelde Vliegende Brigade (een multidisciplinair team van landelijke partijen, waaronder de NZa) vervult hierin een rol.

De NZa blijft de ontwikkelingen in de regio's volgen, om de beoogde transformaties te faciliteren en stimuleren.

3 Polismarkt

Vanuit ons toezicht op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, monitoren we hoe het ervoor staat met de betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en transparantie op de zorgverzekeringsmarkt. Zo kijken we naar het polisaanbod en de informatie die zorgverzekeraars aan consumenten verstrekken. Om een goed geïnformeerde (zorg)keuze te kunnen maken, is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars consumenten bruikbare keuze-informatie bieden. Dat is het hele jaar relevant, maar in het bijzonder wanneer consumenten voor een polis kunnen kiezen.

We benoemen hieronder de belangrijkste ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en de uitvoering ervan door zorgverzekeraars. Deze informatie is ook te vinden in de twee informatiekaarten zorgverzekeringen die we hierover publiceerden in [mei 2024](#) en [december 2024](#). In mei 2025 volgt de meest recente informatiekaart zorgverzekeringen.

3.1 Veranderingen in het polisaanbod 2024

In 2024 bieden tien concerns met twintig zorgverzekeraars 59 polissen aan. Dit is één polis minder dan in 2023. Na een jarenlange trend van een daling in het aantal restitutiepolissen, waren er in 2024 nog 4 restitutiepolissen. Per 2025 is de restitutiepolis geheel van de zorgverzekeringsmarkt verdwenen.

Soorten polissen

Bij een naturapolis heeft de verzekerde aanspraak op zorg. De zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders wordt door de zorgverzekeraar betaald. Voor zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt vaak een vergoedingsbeperking. Zo betaalt de verzekerde, in het polisjaar 2024, tot een maximum van 40% van de totaalrekening zelf. Dit verschilt per zorgsoort en is afhankelijk van de polis en zorgverzekeraar. Bij een restitutiepolis geldt het uitgangspunt dat een zorgverzekeraar de nota van de zorgaanbieder vergoedt, met uitzondering van de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn. Ongeacht of de zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. Daarnaast kunnen mogelijk wettelijke eigen bijdragen gelden. Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding.

In vergelijking met 2023 zien we een afname van één polis. Voor het polisjaar 2024 vervielen de polissen: 'Univé Gewoon ZEKUR Zorg' en 'Jaaah Basis'. ONVZ bracht een nieuwe polis op de markt: 'ONVZ Bewuste Keuze Basisverzekering'.

Soorten polissen	2021	2022	2023	2024
Natura	37	37	37	36
Restitutie	15	11	7	4
Combinatie	5	12	16	19
Totaal	57	60	60	59
Aantal zorgverzekeraars	20	20	20	20

3.2 Restitutiepolissen verdwijnen

In het polisjaar 2025 zijn de restitutiepolissen definitief vervangen door combinatiepolissen met gecontracteerde zorg en een vergoedingsbeperking. Deze trend was de laatste jaren al waarneembaar.

Dit geldt met name voor de ggz en wijkverpleging. Hier wordt een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg toegepast vanwege de forse kostenstijgingen in deze sectoren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In vergelijking met 2023, zien we in 2024 en 2025 dat dit vergoedingspercentage in de wijkverpleging en ggz verder is gedaald. Dit houdt in dat verzekerden relatief meer zelf moeten betalen bij niet-gecontracteerde zorg in de ggz en wijkverpleging. Als voornaamste reden geven diverse zorgverzekeraars aan dat het aanbieden van een zuivere restitutiepolis door de hoge kosten van ongecontracteerde zorg in de ggz en wijkverpleging financieel niet meer haalbaar is.

3.3 Kiezen zorgverzekering nog steeds moeilijk voor consument

Helaas zien we een aantal keuzes van zorgverzekeraars die niet in het algemeen consumentenbelang zijn en de solidariteit en transparantie van de polismarkt aantasten. Hier zijn wij als toezichthouder kritisch op.

- In 2024 publiceerden we in samenwerking met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) een onderzoek naar consumentenkeuzes op de zorgverzekeringsmarkt. Daaruit blijkt dat het aanbod aan polissen die niet of nauwelijks van elkaar verschillen, consumenten hindert in het kiezen van de juiste polis die bij hen past. Daarnaast hebben veel consumenten een basisverzekering waarvoor een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief bestaat. We concludeerden dat in 2023 61% van de consumenten gemiddeld 103 euro per jaar kon besparen wanneer zij naar een andere basisverzekering zouden overstappen. In onze meest recente informatiekaart constateren we dat zorgverzekeraars binnen hun concern nog steeds te veel polissen aanbieden die erg op elkaar lijken en waar de inhoudelijke verschillen erg klein zijn. Om een goede keuze te maken is het voor verzekerden belangrijk dat er daadwerkelijk wat te kiezen is en dat het niet om kleine, vooral visuele, verschillen gaat. We voeren daarom een onderzoek uit naar de informatieverstrekking over op elkaar lijkende polissen en of die informatieverstrekking voldoet aan de eisen die daarover zijn opgenomen in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027).
- Ook zien we dat zorgverzekeraars consumenten onnodig hinderen in het maken van de beste poliskeuze door 'koppelingen' tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Een koppeling houdt in dat een bepaalde aanvullende zorgverzekering alleen bij een specifieke (vaak duurder) basisverzekering wordt aangeboden. Dit vinden we onwenselijk, omdat verzekerden hierdoor mogelijk niet de voor hen meest optimale combinatie van basis- en aanvullende verzekering kunnen kiezen. Ondanks onze eerdere oproep aan zorgverzekeraars om hiermee te stoppen, moeten we constateren dat in het polisaanbod voor 2025 het gebruik van koppelingen tussen de basis en aanvullende verzekeringen nog steeds veel voorkomt.
- Verder zagen we dat een aantal zorgverzekeraars hun aanvullende premies en de korting voor het vrijwillig eigen risico pas na 12 november bekendmaakte. Van een nieuwe basisverzekering is de premie pas tien dagen na 12 november bekend gemaakt. Het is voor de solidariteit en de overzichtelijkheid van de polismarkt noodzakelijk dat de bekendmaking van alle premies en polissen, inclusief kortingen, zo veel mogelijk gelijktijdig plaatsvindt. Dit is des te ernstiger omdat de wetgever recent de bevoegdheden voor de NZa heeft uitgebreid om een boete op te leggen als de premie van een bestaande basisverzekering te laat bekend is gemaakt. Met dit gedrag wordt de intentie van deze aanscherping omzeild, zonder dat wij daartegen kunnen optreden.

- Tot slot zagen we dat drie grote zorgverzekeraars alleen hun budgetpolis aanboden via een vergelijkingssite. De overige zorgverzekeringen waren alleen op hun eigen site af te sluiten. Hierdoor moeten verzekerden voor bepaalde polissen een extra drempel nemen om de polis af te kunnen sluiten. Dat is onwenselijk. Aan de andere kan men zich voorstellen dat dit kan leiden tot minder provisiekosten die de zorgverzekeraar moet betalen aan de vergelijkingssite. Dit is geld wat zij mogelijk kunnen inzetten voor premieverlaging.

In deze bovengenoemde keuzes van zorgverzekeraars ziet de NZa risico's voor de risicosolidariteit en een duidelijke en overzichtelijke polismarkt. In de informatiekaart Zorgverzekeringen doen we daarom een nadrukkelijke oproep aan zorgverzekeraars om dit ongewenste gedrag te stoppen. Tegelijkertijd roepen wij de minister van VWS op om nogmaals te overwegen of extra wetgeving nodig is zodat de NZa beter kan optreden tegen de gesignaleerde gedragingen.

4 Zorginkoop en transparantie

Via de zorginkoop regelen zorgverzekeraars dat hun (natura)verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Die zorg moet wel passend zijn. In de contracten met zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om afspraken te maken over de prijs, het volume, de beschikbaarheid, kwaliteit en de organisatie van passende zorg. Zorgverzekeraars kunnen zich met een goede zorginkoop onderscheiden van concurrenten. De NZa houdt toezicht op het zorginkoopproces.

4.1 Contracteerproces 2024-2025

Afgelopen overstapseizoen heeft de NZa het verloop van de contracteergraad gemonitord. Het overstapseizoen start ieder jaar op 12 november en loopt tot 31 januari van het jaar erop. De verzekerde kan tot en met 31 december een zorgverzekering opzeggen en heeft dan nog een maand om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten.

We zien dat de contractering in 2024 sneller is verlopen ten opzichte van vorig jaar. Met name in de wijkverpleging en ggz was het percentage afgesloten contracten bij de start van het overstapseizoen aanzienlijk hoger dan vorig jaar. Dit zijn goede stappen, omdat verzekerden hiermee sneller weten waar ze aan toe zijn als ze een polis kiezen. Hiermee is de overzichtelijkheid van de polismarkt verbeterd voor verzekerden. Meer informatie hierover, en over de contracteergraad, is te vinden in de informatiekaart zorgverzekeringen van december 2024 en mei 2025.

In het contracteerproces 2024-2025 zijn de aangepaste Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg gebruikt. We hebben een evaluatie uitgezet om te onderzoeken hoe deze handvatten bijdroegen aan een soepeler contracteerproces voor de zorginkoop 2025. De resultaten uit de evaluatie gebruiken we om de Handvatten Contractering en de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-034) waar nodig verder aan te scherpen.

4.2 Aanpassing regelgeving transparantie zorginkoopproces

Zorgverzekeraars hanteerden sinds 2024 vijf kernboodschappen, waarmee zij aan (potentiële) verzekerden de status van de contractering toelichten. Op basis van deze boodschappen zou voor de verzekerden tijdens de overstapperiode duidelijk moeten zijn of zij wel of geen recht hebben op volledige vergoeding van de zorg als zij naar een bepaalde zorgaanbieder willen. Naar aanleiding van een handhavingsverzoek constateerden wij afgelopen jaar dat twee van de kernboodschappen over nog lopende onderhandelingen voor (potentiële) verzekerden niet duidelijk waren. Het gaat om de situatie dat er nog geen contract is met de zorgaanbieder en dat de zorgverzekeraar nog niet weet of hij die zorg gaat vergoeden. In afstemming met de NZa zijn deze kernboodschappen door zorgverzekeraars, per 12 november 2024, aangepast. Met vier nieuwe, eenduidige, kernboodschappen die alle zorgverzekeraars hanteren, is voor verzekerden in ieder geval altijd duidelijk of zij hun zorg volledig vergoed krijgen ongeacht de voortgang van de contractering. Hierdoor kunnen zij een beter geïnformeerde keuze maken voor een zorgverzekering.

In 2024 is de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-034) aangepast. Met deze aanpassing wil de NZa een bijdrage leveren aan het (verder) versnellen van de contractering, met uiteindelijk als doel dat consumenten tijdens de overstapperiode een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. De aanpassing bestaat uit de wijziging van artikel 5 en het toevoegen van artikel 6 aan de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw. In artikel 5 wordt in lid 4 en 5 verduidelijkt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar binnen twee weken moeten reageren op vragen van elkaar. Met een geheel nieuw artikel 6 worden de uiterste termijnen voor het indienen van een offerte door zorgaanbieders, dan wel het aanbieden van het contract door zorgverzekeraars vastgelegd.

4.3 Informatieverstrekking bij niet-gecontracteerde zorg moest beter

In 2024 ontving de NZa een verzoek om handhaving. Zorgverzekeraars zouden de regels omtrent de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg onjuist toepassen. In januari 2025 publiceerden we het besluit. We concludeerden dat acht zorgverzekeraars hun verzekerden beter konden informeren over de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vanwege een feitelijke hinderpaal. Eén zorgverzekeraar vroeg onterecht persoonlijke informatie op bij verzekerden.

Acht zorgverzekeraars overtraden hiermee de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Eén zorgverzekeraar handelde in strijd met artikel 13, lid 4 (Zvw), waarbij informatie werd opgevraagd over verzekerdenkenmerken.

De negen zorgverzekeraars kregen een voorgenomen aanwijzing. We constateerden vervolgens dat alle zorgverzekeraars de informatie op de website hadden aangepast en dat de betreffende zorgverzekeraar geen persoonlijke informatie meer opvroeg. Hierdoor was er geen sprake meer van een overtreding en heeft de NZa daarom geen verdere formele handhavingsmaatregelen getroffen.

5 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 declaratie voor 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 betaalbaar te houden.

5.1 Onderzoek risicoverevening

We hebben het jaarlijkse onderzoek uitgevoerd naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2024 aangeleverde verantwoordingsinformatie over 2023, 2022 en 2021 voor de risicoverevening. Deze informatie omvat onder andere jaarstaten met gegevens over declaraties, opgaven van verzekerdenaantallen en diverse bestanden met gegevens die worden gebruikt voor de vaststelling van vereveningsparameters. Zorginstituut Nederland bepaalt mede op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen die zorgverzekeraars ontvangen. De NZa voert dit onderzoek uit om te waarborgen dat de aangeleverde gegevens correct zijn, zodat de bijdragen op de juiste en rechtmatige wijze kunnen worden bepaald.

De belangrijkste uitgangspunten en bevindingen van het onderzoek zijn:

- De zorgverzekeraars leverden de COVID-19-kosten 2020 en 2021 conform de formats in definitieve vorm aan, bestaande uit: de reguliere directe kosten, de toeslagen op reguliere tarieven en de indirecte meerkosten.
- Bij zeven van de elf zorgverzekeraars zijn onjuistheden in de verantwoordingsinformatie vastgesteld. In de heraanlevering van deze verantwoordingen zijn de fouten door de betreffende zorgverzekeraars hersteld.
- De conclusie is dat de aangeleverde verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars juist is, rekening houdend met de gevraagde heraanleveringen en de nauwkeurigheidstolerantie van 3%. De NZa heeft haar conclusies gebaseerd op een combinatie van een beoordeling van de werkzaamheden van de accountants van de zorgverzekeraars en aanvullende werkzaamheden, zoals cijferanalyses, beoordeling van documenten, het oppakken van signalen en het verkrijgen van inlichtingen.

5.2 Verantwoordingskader Transformatieplannen

Om impactvolle transformaties naar passende zorg te bevorderen, is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat een bedrag van € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar is voor de periode 2023-2027. De NZa geeft desgevraagd de beschikking af waarmee de bedragen aan transformatieplannen kunnen worden uitgekeerd. De NZa heeft in samenwerking met ZN en in afstemming met het ministerie van VWS en het Zorginstituut een verantwoordingskader ontwikkeld met als doel om de voorwaarden te schetsen waaraan de verantwoording van impactvolle transformaties dient te voldoen. Tevens staat in dit kader beschreven hoe de NZa de toetsing hiervan vormgeeft.

Het verantwoordingskader beoogt een adequate publiekelijke verantwoording, eenvoudig en met zo min mogelijk administratieve lasten. De transformatiemiddelen zijn geen reguliere zorggelden. Voor de reguliere zorggelden gelden controle- en verantwoordingsregimes waar aantoonbaarheid van formele rechtmatigheid, feitelijke levering en gepast gebruik van zorg op individueel patiëntniveau de basis vormen. Dat is nadrukkelijk niet het geval voor afspraken die horen bij de transformatiemiddelen. In het kader van het IZA hebben partijen afgesproken dat de beoordeling van de transformatieplannen een eenvoudig proces dient te zijn zonder onnodige administratieve lasten. Uiteraard geldt voor transformatiemiddelen wel dat deze besteed moeten zijn voor het doel waaraan ze zijn toegekend en dat er aantoonbaar afgesproken resultaten zijn behaald en inspanningen zijn verricht.

Op hoofdlijnen wordt in de verantwoording van transformatiemiddelen gevraagd dat bij de beoordeling van het betreffende transformatieplan gebruik is gemaakt van het door het Bestuurlijk Overleg IZA vastgestelde beoordelingskader, dat er een begroting en projectadministratie is, dat de initiatiefnemers verenigd zijn in een stuurgroep, en dat er - afhankelijk van de omvang van het transformatieplan - een (half)jaarlijkse of een kwartaal-monitoring is. Voor transformatieplannen met een omvang van meer dan 40 miljoen euro wordt daarnaast een rapport van feitelijke bevindingen van een externe accountant gevraagd van deelnemers met een aandeel van meer dan 2,5 miljoen euro.

De NZa geeft elk jaar een bestuurlijk rechtsoordeel bij de jaarstaat van de zorgverzekeraar, waarin de NZa verklaart dat de kosten van prestaties Zvw juist (rechtmatig) zijn. Ook geeft de NZa elk jaar een oordeel over de financiële rechtmatigheid van de kosten van de Wlz. Voor specifiek de transformatiemiddelen gaat de NZa in dit kader een oordeel afgeven over de plausibiliteit van de kosten. Indien deze naar het oordeel van de NZa plausibel zijn, kunnen deze rechtmatig worden ingebracht in de risicoverevening (Zvw) of rechtmatig voor de Wlz worden verantwoord. De NZa baseert haar oordeel op de in het toezicht waargenomen uitvoering in de praktijk van het verantwoordingskader.

De NZa zal jaarlijks een aantal deelwaarnemingen uitvoeren op de in dat jaar lopende transformatieplannen. Voor die plannen wordt beoordeeld of het verantwoordingskader juist is toegepast en of de onderliggende stukken (zoals bestuursverklaring en rapport van feitelijke bevindingen) onderbouwen dat de transformatiemiddelen plausibel zijn. In 2025 start deze vorm van toezicht en gaan we plausibiliteitsoordelen afgeven aangaande de verantwoording van transformatiemiddelen.

