

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1235

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2023

Met deze brief informeer ik uw Kamer over enkele ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Hiermee doe ik tevens een motie van het lid Dik-Faber¹ en een toezegging² uit het commissiedebat Zorgverzekeringstelsel van 21 juni jl. (Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1224) af.

Bijgaand bied ik uw Kamer het volgende aan:

- een overzicht van het polisaanbod waaruit verzekerden kunnen kiezen (bijlage 1);
- onderzoeksrapport van het Nivel waarin de Wet Verzekerdeninvloed is geëvalueerd (bijlage 2).

Polisaanbod 2024

Het jaarlijkse overstapseizoen is gestart. De komende weken kunnen verzekerden desgewenst overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering. Tijdens het commissiedebat Zorgverzekeringstelsel van 21 juni jl. heb ik toegezegd uw Kamer na de start van het overstapseizoen te informeren over het polisaanbod van 2024. Om uitvoering te geven aan deze toezegging heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een overzicht te maken van het aanbod van basispolissen in 2024 (bijlage 1).

¹ Kamerstukken II, 2019/20, 34 971, nr. 26.

² TZ202308–018.

Zorgverzekeraars bieden dit jaar 60 polissen aan, evenveel als in 2023.³ De premie stijgt, omdat de kosten van de zorg stijgen, met name door stijging van lonen en prijzen. De stijging is gemiddeld 8,50 euro per maand, dat is een stijging van 6%. Daarmee is de stijging minder groot dan vorig jaar, maar wel groter dan het jaar ervoor. De premiestijging is minder dan bij Prinsjesdag verwacht in de begroting. Zorgverzekeraars gaan zelf over hun premie; het kabinet maakt in de begroting een inschatting. In sommige jaren is die inschatting hoger en in andere jaren lager dan de premies die verzekeraars stellen.

Ter compensatie van de premiestijging stijgt ook de zorgtoeslag. Tegelijkertijd loopt de eenmalige verhoging van de zorgtoeslag over 2023 af, omdat het kabinet voor 2024 heeft besloten de koopkracht van mensen met een lager inkomen via andere instrumenten dan de zorgtoeslag extra te ondersteunen. Dit betekent dat de zorgtoeslag per saldo daalt ten opzichte van 2023. Wel is hij hoger dan in 2022.

Terwijl het aantal polissen in 2024 gelijk is aan dat in 2023, is de samenstelling van het polisaanbod wel veranderd. In het oog springt de verdere afname van het aantal restitutiepolissen, van 7 in 2023 tot 4 in 2024. Zorgverzekeraars geven aan dat bij de restitutiepolissen hoge kosten gedeclareerd worden wanneer de zorgaanbieder niet gecontracteerd is, met name in de wijkverpleging en de ggz.⁴ Zorgverzekeraars geven aan dat zij dan de keuze hebben om ofwel de premie sterk te verhogen, ofwel de vergoeding voor deze zorg om te zetten naar natura. We zien beide reacties: sommige restitutiepolissen blijven restitutiepolissen maar met een duidelijk hogere premie dan naturapolissen, en andere restitutiepolissen worden omgezet in combinatiepolissen waarbij wijkverpleging en ggz op basis van natura verzekerd is. Verschillende gezondheidseconomen⁵ geven aan dat de afname van het aantal restitutiepolissen niet per se een slechte ontwikkeling is. Bij natura- en combinatiepolissen kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden passende zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende, ondoelmatige en daardoor onnodig dure zorg. Goede contractering vertaalt zich dan in passende zorg tegen een scherpe premie. Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn. De ervaring leert dat de meeste⁶ natura- en combinatiepolissen ruime tot zeer ruime keuzemogelijkheden uit zorgaanbieders bieden, zodat de verzekerde uitgebreide mogelijkheden heeft om te kiezen voor een zorgverlener die bij hem of haar past. De actuele contractering voor 2024 is momenteel gaande en nog niet afgerond, maar er zijn geen aanwijzingen dat in tegenstelling tot voorgaande jaren komend jaar geen ruim tot zeer ruim aanbod aan zorgverleners op natura- en combinatiepolissen gecontracteerd zal zijn.⁷ Wanneer de verzekerde desalniettemin toch voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiest, dan zorgt het hinderpaalcriteri-

³ De NZa heeft onlangs een monitor van de zorgverzekeringsmarkt 2023 uitgebracht. In deze monitor is meer informatie terug te vinden over belangrijke kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt in 2023. Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752212_22/1/. Het aantal van 60 is de actuele stand; zorgverzekeraars hebben wettelijk de mogelijkheid om de komende weken nog nieuwe polissen aan te bieden.

⁴ Zie bijvoorbeeld berichtgeving van verzekeraar CZ over het vervangen van de restitutiepolis door de combinatiepolis: <https://www.cz.nl/zorgverzekering/basisverzekering/belangrijkste-vragen-zorgvariatiepolis>.

⁵ Zie bijvoorbeeld het artikel «Grote zorgverzekeraars beperken vrije artskeuze door het schrappen van de restitutiepolis» van 10 november jl.

⁶ Uitzondering zijn de polissen met beperkende voorwaarden, ook wel budgetpolissen genoemd. Het gecontracteerde aanbod is daar selectief, maar voldoende ruim zoals de zorgplicht vereist.

⁷ Op 27 november jongstleden stuurde ik uw Kamer een brief die ingaat op de stand van de contractering (Kamerstukken II, 2023/24, 29 689, nr. 1233), zoals toegezegd in het Commissiedebat over het Integraal Zorgakkoord van 11 oktober jongstleden (Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 830).

terium er voor dat ook van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder gebruik gemaakt kan worden, maar dan hoeft de zorgverzekeraar niet de hele rekening te vergoeden; behalve als er sprake is van acute zorg.

Vergelijkingssites zijn een belangrijk instrument gebleken voor verzekeren bij het kiezen van een zorgverzekering. Het is hierbij belangrijk dat verzekeren op objectieve en transparante wijze verschillende polissen en zorgverzekeraars met elkaar kunnen vergelijken. Ik vind het daarom goed dat zorgverzekeraars en vergelijkingssites in de aanloop naar dit overstapseizoen voor een aantal punten hebben uitgewerkt wat zij over en weer van elkaar mogen verwachten. Op deze manier worden verzekeren nog beter in staat gesteld om een goede vergelijking te maken tussen polissen. Zoals een duidelijke en vindbare uitleg over hoe de vergelijking op de vergelijkingssites werkt. Ook is gezamenlijk uitgewerkt hoe bepaalde andere meewegende factoren kunnen worden getoond. Hierbij valt te denken aan thema's als kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars, duurzaamheid of bevordering van gezonder leven en preventie. Tot slot hebben verzekeraars en vergelijkingssites afspraken gemaakt over welke informatie over de polis en de contractering in ieder geval wordt getoond, zoals het type polis en een uitleg hiervan, het gecontracteerde zorgaanbod en het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg.

Vanuit VWS zal ook dit overstapseizoen weer een publieksvoorlichting lopen. Het doel van deze voorlichting is om burgers erop te wijzen dat het goed is om te controleren of hun zorgpolis nog aansluit bij hun (zorg-)behoeften. De publieksvoorlichting is dusdanig ingestoken dat hij voor iedereen begrijpelijk is.

In het voorjaar van 2024 zal uw Kamer geïnformeerd worden over hoe het overstapseizoen van 2023–2024 is verlopen.

Evaluatie Wet Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet

Op 1 januari 2021 is de Wet Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet in werking getreden. De wet regelt manieren waarop en waarmee de invloed van verzekeren op de zorgverzekeraar wordt vergroot. Kort gezegd moet een verzekeraar een inspraakregeling vaststellen en een verzekerenraad hebben. De wet kent ook een evaluatiebepaling.

Met deze Kamerbrief bied ik de evaluatie aan, uitgevoerd door het Nivel (bijlage 2), waarmee ik tevens voldoe aan de motie van het lid Dik-Faber.⁸ In de evaluatie zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. In hoeverre voldoen de zorgverzekeraars aan de wettelijke vereisten voor verzekerdeninvloed?
2. Heeft de Wet Verzekerdeninvloed door middel van deze vereisten geleid tot meer invloed van verzekeren op het beleid van zorgverzekeraars?

Om deze vragen te beantwoorden heeft het Nivel verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Zo heeft hij een website- en documentanalyse uitgevoerd, heeft hij interviews gehouden met verzekeraars, verzekerenraden en patiënten- en consumentenorganisaties, en heeft hij een enquête gehouden onder verzekeraars en verzekeren.

⁸ Kamerstukken II, 2019/20, 34 971, nr. 26.

Resultaten van het onderzoek

Het Nivel trekt uit het onderzoek positieve conclusies, maar geeft ook aanbevelingen mee. Alle verzekeraars hebben de verplichte inspraakregeling opgesteld, waarin de verplichte beleidsterreinen (zorginkoop en klantcommunicatie) zijn opgenomen. Ook hebben zij (bijna) allemaal een verzekerdenraad ingesteld.⁹ De Wet Verzekerdeninvloed blijkt meer structuur gegeven te hebben gegeven aan de inspraak van verzekerden, en zowel verzekeraars als verzekerdenraden zijn tevreden over hun samenwerking. Zorgverzekeraars ondersteunen verzekerdenraden zo goed mogelijk in hun rol en nemen hun input mee bij besluitvorming. Een belangrijke conclusie van het onderzoek is dat verzekerdenraden zich gehoord voelen door zorgverzekeraars en dat zij daadwerkelijk fungeren als klankbord van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben vooral beleidsaanpassingen gedaan gericht op het gebied van klantcommunicatie.¹⁰ Hoewel verzekeraars aangeven dat het een uitdaging kan zijn om een goede afspiegeling van de verzekerdenportefeuille plaats te laten nemen in de verzekerdenraad, laat het rapport ook zien dat zij hier de nodige inspanningen toe verrichten.

Uit het onderzoek blijkt dat zowel verzekeraars als verzekerdenraden het niet nodig vinden dat er vanuit de wet nieuwe beleidsterreinen worden aangemerkt als verplicht onderwerp van verzekerdeninvloed. Uit de interviews komt wel naar voren dat patiënten- en consumentorganisaties zich de vraag stellen in welke mate de wetswijziging heeft geleid tot meer invloed van verzekerden. Een belangrijk punt van aandacht is dat weinig verzekerden op de hoogte zijn van de mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het beleid van hun verzekeraar. Het Nivel beveelt daarom aan om de zichtbaarheid van de verzekerdenraden te versterken. Dit kan onder andere door individuele verzekerden te informeren over wat er in de verzekerdenraad wordt besproken en besloten. Ook beveelt het Nivel aan om te bekijken wat verzekerdenraden specifiek nodig hebben zodat zij nog beter worden betrokken bij de beleidsvorming van verzekeraars.

Het onderzoek biedt relevante inzichten voor zorgverzekeraars en voor verzekerdenraden. Daarom zal ik de resultaten van het Nivel-onderzoek onder hun aandacht brengen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

⁹ Voor één verzekeraar gold dat de verzekerdenraad ten tijde van het onderzoek nog in oprichting was.

¹⁰ Het onderzoeksrapport noemt hier bijvoorbeeld communicatie rondom het afwijzen van declaraties, de vindbaarheid van informatie op de website, en de manier van het aanschrijven van verzekerden.