

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1242

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 28 maart 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de volgende brieven:

- zorgverzekeringstelsel Polisaanbod 2024 en verzekerdeninvloed¹,
- stand van zaken contractering 2024²
- verzekerdenmonitor 2023³.

De vragen en opmerkingen zijn op 1 februari 2024 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 28 maart 2024 zijn de vragen door de Minister voor Medische Zorg, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, beantwoord.

De fungerend-voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ Kamerstuk 29 689-1235

² Kamerstuk 29 689-1233

³ Kamerstuk 29689-1234

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	9
II.	Reactie van de Minister	11

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van een drietal brieven met betrekking tot het zorgverzekeringsstelsel. Zij hebben de indruk dat de Minister vooral positieve ontwikkelingen naar voren brengt en geen oog heeft voor negatieve ontwikkelingen. Deze leden hebben daarom nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de evaluatie dat de Wet Verzekerdeninvloed Zvw nog weinig positiefs heeft gebracht voor de individuele verzekerden. Om te beginnen is er veel onbekendheid over zowel de inspraakregeling als de verzekerdenraad. Wat gaat de Minister hieraan doen? De verzekerdenraad bemoeit zich (nog) niet met het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar, dat was toch een belangrijke doelstelling van deze wet. Als dit niet tot stand komt is de hele wet een bureaucratische exercitie geweest, aldus genoemde leden. Zij ontvangen graag een reactie van de Minister op dit ontbreken van invloed op de zorginkoop. Genoemde leden verbazen zich dat blijkbaar meer onderzoek nodig is naar wat er in de praktijk nodig is om individuele verzekerden meer te betrekken bij de beleidsvorming van zorgverzekeraars. Dat betekent eigenlijk dat de wet voorbarig en gehaast is ingevoerd zonder aandacht voor de praktijk. Is de Minister het met deze leden eens? De leden van de PVV-fractie verbazen zich over de positieve woorden van de Minister ten aanzien van de zorgcontractering. Elk jaar duurt het onderhandelen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders langer, er zit werkelijk geen verbetering in de contractering. Hierdoor weten verzekerden niet op tijd welke zorg ze vergoed krijgen van zorgverzekeraars. Hoe kunnen ze dan een adequate keuze maken voor hun zorgpolis, zo vragen de leden de Minister.

De contracteringsgraad blijft met name achter bij de zelfstandige behandelcentra (ZBC) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Maakt de Minister zich daar net als deze leden ernstige zorgen over? De Minister schrijft verder onder andere het volgende: «*Er zijn geen brede signalen die erop duiden dat de zorgcontractering met het oog op 2024 moeizaam verloopt.*» De Minister negeert daarmee dus totaal de zorgen van de Consumentenbond die twee weken daarvoor nog een brandbrief naar de Minister stuurde en een handhavingsverzoek bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indiende, omdat de contractering van zorgaanbieders dit jaar weer niet rond is bij de start van het overstapseizoen. Wil de Minister hierop reflecteren, zo vragen genoemde leden.

De leden van de PVV-fractie lezen in de Verzekerdenmonitor dat het aantal wanbetalers van de zorgpremie in 2022 ongeveer gelijk is met het jaar daarvoor. Waarom neemt dat aantal niet af, zo vragen zij de Minister. Kan de Minister toelichten wat de voornaamste redenen zijn die leiden tot betalingsachterstand en zijn daarin bepaalde groepen te onderscheiden? Genoemde leden lezen ook dat het aantal wanbetalers dat de totale schuld heeft voldaan afneemt en dat het aantal heraanmeldingen toeneemt. Dat lijkt de leden van de PVV-fractie geen gunstige ontwikkeling. Kan de Minister dit duiden?

Tot slot willen zij weten wat de totale premieschuld is van de ongeveer 170.000 wanbetalers van de zorgpremie en graag een overzicht ontvangen van de totale premieschuld van de afgelopen tien jaar.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de verschillende brieven. Dit heeft tot enkele vragen geleid bij hen. Genoemde leden zien dat de restitutiepolis steeds minder wordt aangeboden, van 25 polissen in 2014 naar 4 in 2024. Welke risico's ziet de Minister in de afname van restitutiepolissen? Genoemde leden vinden dat deze trend een grote verantwoordelijkheid plaatst bij de verzekeren. De verzekeren moeten dan elk jaar bij het afsluiten van een verzekering een goede inschatting maken of de zorgaanbieder aan wie zij de voorkeur geven voldoende zorg heeft ingekocht bij hun preferente zorgaanbieder. Dit is op zichzelf al ingewikkeld, maar deze leden zien hierbij twee complicerende factoren. In de eerste plaats is contractering vaak nog niet rond als de overstapperiode begint en ten tweede zorgen omzetplafonds ervoor dat verzekeren soms niet terecht kunnen bij zorgaanbieders die de zorgverzekeraar wel heeft gecontracteerd. Hoe realistisch is het om van verzekeren te vragen om dit allemaal te overzien in hun beslissing voor een zorgverzekeraar? Kan de Minister meer zeggen over de contracteergraad op de vier peilmomenten (12 november, 8 december, 22 december en midden januari)? In hoeverre acht de Minister het haalbaar dat de zorgverzekeraars daadwerkelijk met alle gewenste zorgaanbieders de contractering rond hebben voor de start van het overstapeseizoen? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het zeer onwenselijk dat verzekeren nu op extra kosten kunnen worden gejaagd omdat ze niet overzien welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Daarom vinden zij het belangrijk dat een offerteplicht wordt ingevoerd als een stap om de informatievoorziening voor verzekeren te verbeteren.

Genoemde leden zijn benieuwd op welke datum de verkenning van de NZa voor het invoeren van deze informatieverplichting wordt verwacht en of deze verkenning met de Kamer gedeeld kan worden? Daarnaast horen zij graag of de uitkomsten van het gesprek aan de thematafel contractering met de IZA-partijen over de offerteplicht ook gedeeld kunnen worden met de Kamer.

Ook over de omzetplafonds die zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspreken, hebben deze leden enkele vragen. Kan de Minister inzichtelijk maken hoe vaak er in het afgelopen jaar een omzetplafond is bereikt voor zorgaanbieders? In welke gevallen was er bij het bereiken van omzetplafonds ook sprake van een wachtlijst voor de behandelingen die niet langer bij deze zorgaanbieder konden worden uitgevoerd? Kan de Minister in de beantwoording van de twee bovenstaande vragen een uitsplitsing maken van het aantal gevallen per sector? Hoe verhouden omzetplafonds zich tot de zorgplicht van zorgverzekeraars als er wachtlijsten zijn? Wat zou er gebeuren als zorgverzekeraars geen omzetplafonds meer zouden bedingen? Welke nadelen kleven hier volgens de Minister aan? Vindt de

Minister het reëel om van verzekerden te vragen om niet alleen te controleren of een gewenste zorgaanbieder een contract heeft bij een zorgverzekeraar, maar ook nog een inschatting te maken of een afgesproken omzetplafond gehaald zal worden dat jaar, om te weten of ze toegang zullen hebben tot de gewenste zorg? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie snappen dat er in het huidige oerwoud van polissen veel gebruik gemaakt wordt van vergelijkingssites. Ze zijn benieuwd hoe deze vergelijkingssites gefinancierd worden. Hoeveel van het geld, bestemd voor Zwv-gefinancierde zorg, gaat naar vergelijkingssites?

Ook zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie benieuwd of de Minister meer inzicht kan geven in andere vormen van contractering in het veld. Zo weten deze leden dat sommige ziekenhuizen en zorgverzekeraars samen kiezen voor waardegedreven contractering van zorg. Het idee is dat de focus zo verschuift van productie van zorg, naar de beste oplossing voor de patiënt. Zorgaanbieders spreken dan een vaste vergoeding af met zorgverzekeraars, onafhankelijk van zorgproductie, met een prestatiebetaling op basis van KPI's. Vindt de Minister deze ontwikkeling gewenst? Welke voor- en nadelen ziet de Minister aan deze ontwikkeling? Kan de Minister uitleggen hoe de huidige vereveningssystematiek tussen zorgverzekeraars op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC)»s werkt? Om te experimenteren met nieuwe vormen van contractering zou het voor zorgaanbieders die dat willen doen, helpen als ze dit soort afspraken met één zorgverzekeraar kunnen maken en niet met alle zorgverzekeraars aparte afspraken hierover hoeven te maken. Hoe kijkt de Minister naar het aanstellen van een preferente zorgverzekeraar in een regio, waarbij andere zorgverzekeraars deze preferente zorgverzekeraar volgen in de contractering. Welke voor- en nadelen ziet de Minister aan deze mogelijkheid?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben samen met de ChristenUnie een voorstel ingediend om de opslag van de wanbetalers regeling te verlagen van twintig naar tien procent. Hoe beoordeelt de Minister dit voorstel? Uit het onderzoek wat de Minister recent met de Kamer deelde, blijkt dat er geen preventieve prikkel uitgaat van de opslag. Dat verbaast genoemde leden niet. Het spreekt naar hun idee voor zich dat de voornaamste reden dat mensen hun zorgverzekering niet betalen is dat ze dit niet kunnen betalen. Een boete schikt in dit geval niet af, maar helpt deze mensen verder in de problemen.

Is de Minister bereid om stappen te zetten om de premieopslag helemaal af te schaffen? En zo niet, waarom is de Minister hier niet toe bereid? Afsluitend zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie benieuwd in hoeverre de zorgtoeslag in 2024 kostendekkend is voor de zorgverzekering van verzekerden en hoe de maximale hoogte van de zorgtoeslag wordt vastgesteld? Is er een vuistregel voor hoe een stijging in zorgpremie doorwerkt in de hoogte van de zorgtoeslag?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van de Minister. Zij zijn blij te lezen dat het polisaanbod niet is toegenomen en dat de premiestijging minder groot is dan verwacht in de begroting. Genoemde leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn positief over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en vergelijkingssites en vinden het goed te zien dat dit verzekerden in staat stelt om een goede vergelijking tussen polissen te maken. Genoemde leden kijken dan ook uit naar de brief over het verloop van het overstapseizoen 2023–2024. Kan aangegeven worden hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een vergelijkingssite? Deze leden vinden het goed dat er afspraken zijn gemaakt over welke infor-

matie over polissen en contractering wordt getoond. Zij vragen hierbij aan de Minister hoe voor verzekerden beter inzichtelijk wordt wanneer (binnen een concern) de polis vergelijkbaar is. Hoe staat het met het voornemen van de NZa om de informatieverplichting voor zorgverzekeraars hierover aan te scherpen? Welke definitie van «nagenoeg gelijk» wordt gehanteerd?

Het Nivel trekt een aantal positieve conclusies uit het onderzoek naar de Wet Verzekerdeninvloed Zvw, maar doet ook aanbevelingen. Deelt de Minister deze conclusies en wat gaat zij doen met de aanbevelingen? Met betrekking tot de contractering zijn de leden van de VVD-fractie positief over de constatering dat het zorgcontracteerproces voor 2024 beter is verlopen dan vorig jaar en dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om de beweging naar passende zorg te maken. Kan de Minister aangeven hoe zij uitvoering gaat geven aan de motie-Tielen/Daniëlle Jansen over het in kaart brengen van knelpunten bij de contractering van passende zorg?⁴ Wanneer wordt de Kamer over de voortgang geïnformeerd?

De leden van de VVD-fractie hebben al eerder aandacht gevraagd voor paramedici in de uitvoering en ontwikkelingen van het IZA. Kan de Minister toelichten in hoeverre zij wordt betrokken in het proces van monitoring van de IZA-afspraken over het contracteerproces?

Eerder hebben de leden van de VVD-fractie opgeroepen tot het in kaart brengen in hoeverre cowboygedrag in de zorg een halt kan worden toegeroepen.⁵ Zij zijn benieuwd naar de stand van zaken. Kan de Minister in dit verslag of in de toegezegde brief over de aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht een toelichting geven?

Met betrekking tot de Verzekerdenmonitor lezen genoemde leden dat het steeds lastiger wordt om wanbetalers uit te laten stromen door alleen het aanbieden van een betalingsregeling. Er is bij veel wanbetalers bredere schuldenproblematiek en daarom schuldhulpverlening nodig. Zij vragen of het klopt dat zorgverzekeraars een signaal aan gemeenten kunnen afgeven op het moment dat de zorgpremie niet meer betaald wordt, of er betalingsregelingen worden aangevraagd, zodat gemeenten vroegtijdig actie kunnen ondernemen om mensen te helpen en een verergering van de situatie te voorkomen? Is er een beeld van het aantal signalen dat gemeenten jaarlijks van zorgverzekeraars krijgen en de opvolging daarvan? Hoe staat het met de aanpak van niet-gebruik van bestaande sociale en betalingsregelingen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de Nieuw Sociaal Contract (NSC)-fractie hebben de volgende vragen aan de Minister over de brieven die zij hebben ontvangen. Zo hebben zij een vraag over de enquête die door het Nivel is gehouden onder verzekerden. In hoeverre was de groep met een lage opleiding vertegenwoordigd in deze enquête? Indien onvoldoende: wat kan dat betekenen voor de resultaten en conclusie?

Aangegeven wordt dat de Wet Verzekerdeninvloed Zvw meer structuur geeft aan de inspraak van verzekerden. Kan de Minister dit verduidelijken? Wat betekent dit en wat merkt de verzekerde hiervan, zo vragen deze leden aan haar.

Hoewel zorgverzekeraars 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. Welke aanvullende inspanningen kunnen gedaan worden om een betere afspiegeling te krijgen? Hoe hard werkt men hieraan? Kan de Minister hier nader op ingaan?

⁴ Kamerstuk 36 410-XVI-48

⁵ Kamerstuk 29 689-1231

Het Nivel beveelt 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. Kan de Minister aangeven hoe ervoor wordt gezorgd dat dit bij alle verzekerden (ook met lage sociaaleconomische status) terechtkomt? Het valt de leden van de NSC-fractie op dat er niet wordt ingegaan op de eventuele nadelen van de afname van restitutiepolissen. Welke zijn dit? En hoe worden deze nadelen meegenomen in het vervolg?

De Minister geeft aan dat er nog geen inzicht is in de ontwikkeling van het aantal nagenoeg gelijke polissen. Welk inzicht wenst zij precies en wanneer verwacht men dit inzicht wel te hebben?

Uit het vragenlijstonderzoek onder zorgverzekeraars kwam naar voren dat zij verschillend denken over het toevoegen van meer beleidsterreinen aan hun inspraakregeling.

De geïnterviewde zorgverzekeraars en verzekerdenraden gaven aan dat het niet nodig is om meer beleidsterreinen toe te voegen aan de wet. Deze leden vragen de Minister of er zicht is op alle beleidsterreinen en dus waar ze wel of geen inspraak over kunnen hebben. Dus wat is mogelijk om toe te voegen?

Zorgverzekeraars zijn niet op de hoogte van het opleidingsniveau van hun verzekerdenportefeuille. Is het wenselijk dit te veranderen en hoe komt men hiervan wel op de hoogte?

De leden van de NSC-fractie stellen vast dat het tijdig afronden van de contractering een stevige inspanning vraagt van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. In het IZA is afgesproken om de komende jaren het contracteerproces zodanig te verbeteren dat er ruim voor het einde van het jaar duidelijkheid is voor verzekerden welke zorg wel en niet gecontracteerd is. Partijen zetten hier met een breed verbetertraject volop op in. Kan de Minister garanderen dat dit eind dit jaar gebeurt? En zo ja, welke inspanningen worden gedaan om dit te kunnen garanderen?

Op dit moment zijn er landelijk gezien een zeer beperkt aantal signalen die erop wijzen dat er sprake is van een moeizame contractering, waarbij partijen er niet goed samen uitkomen. Hoe krijgt men zicht op deze signalen? Hoe actief wordt (moeizame) contractering uitgevraagd? En wat wordt concreet gedaan met deze signalen? Hoe wordt in deze periode en bij deze partijen met de verzekerde omgegaan?

De Minister wil de verwachting temperen dat de contractering voor 2025 al voor 12 november in zijn geheel is afgerond. Waarom is het een jaar van tevoren toch niet mogelijk om wel naar contractering op 12 november te streven? Hoe groot is de kans dat contractering voor 12 november wel mogelijk is wat betreft de contractering voor het jaar daarop (2026)?

Buitenlandse studenten met een bijbaan en seizoenarbeiders zijn vaak/vaker onverzekerd. Is er inzicht in hun zorggebruik? Door wie wordt hun zorg betaald? Wat wordt eraan gedaan om dit grote aantal onverzekerde buitenlandse studenten met een bijbaan en seizoenarbeiders te verminderen?

Kan de Minister aangeven hoe in de contractering samengewerkt wordt met de afzonderlijke beroepsgroepen? Zit hier verschil tussen? Wordt met de ene beroepsgroep meer samengewerkt dan met andere beroepsgroepen? Is er zicht op de tevredenheid over samenwerking over contractering? Hoe zorgen zorgverzekeraars dat beroepsgroepen voldoende gehoord worden?

Voorts vragen deze leden hoe er in de contractering wordt samengewerkt met kleine zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de eerste lijn? Is er zicht op de tevredenheid over samenwerking over kleine zorgaanbieders? Hoe zorgen zorgverzekeraars dat ook kleine zorgaanbieders voldoende gehoord worden?

Kan de Minister bevestigen dat op het moment van contractering onduidelijk is welke polisvoorwaarden de zorgverzekeraar voor de aanvullende verzekering in het nieuwe jaar gaat hanteren. Indien

bevestigd, erkent de Minister dat het vooral voor fysiotherapeuten van belang is om de polisvoorwaarden wel duidelijk te hebben, omdat fysiotherapeutische zorg voor het grootste deel onder de aanvullende verzekering valt? Welke oplossing ziet de Minister hiervoor? Welke mogelijkheden ziet de Minister om de opslag op de premie voor wanbetalers te schrappen en op welke termijn? En welke mogelijkheid is er volgens de Minister om hierbij onderscheid te maken tussen wanbetalers (die wel/niet kunnen betalen)?

Op dit moment is het onduidelijk voor mensen met een natura- of combinatiepolis welke zorg gecontracteerd is. Op welke manier kan de Minister realiseren dat zorgverzekeraars voor 1 december voorafgaand aan het verzekeringsjaar naar (potentiële) verzekerden bekend maakt welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en hoeveel de verzekerde zelf moet betalen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder?

Hoe controleert de Minister dat bij een natura- of combinatiepolis er voldoende zorg gecontracteerd is? Hoe controleert de Minister dat er in elke regio voldoende zorg gecontracteerd is, zo vragen genoemde leden tot slot.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie danken de Minister voor de brieven met betrekking tot het zorgverzekeringstelsel en hebben nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie constateren dat 2024 het tweede jaar is dat de collectiviteitskorting is afgeschaft en zijn benieuwd in hoeverre dit invloed heeft gehad op het maken van een keuze voor een zorgverzekering door de consument. Voorts vragen deze leden of de Minister kan toelichten welke andere effecten kunnen worden waargenomen.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat patiënten en consumenten inspraak hebben op hun zorgverzekering, zoals georganiseerd in de Wet Verzekerdeninvloed Zvw. Het Nivel-onderzoek Evaluatie Wet Verzekerdeninvloed geeft aan dat patiënten en consumentenorganisaties zich de vraag stellen in welke mate de wetswijziging heeft geleid tot meer invloed van verzekerden. Deze leden vragen de Minister om in te gaan op de aanbevelingen uit het onderzoek, zoals de aanbeveling om de zichtbaarheid van de verzekerdenraden te versterken. Kan de Minister aangeven op welke wijze zij voornemens is hier navolging aan te geven?

De leden van de D66-fractie hebben ook met veel interesse kennisgenomen van de onderzoeken over de premieopslag, mede gezien het feit dat deze leden afgelopen jaren meermaals hebben gevraagd om meer informatie over de effecten van de wanbetalersregeling (bijvoorbeeld in de motie-Ceder/Kat d.d. 31 mei 2022, Kamerstuk 24 515, nr. 641). Deze leden vragen de Minister te reflecteren op het in het schriftelijk overleg «evaluatie van de wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering» genoemde onderzoeksresultaat dat de wanbetalers over het algemeen in de lagere inkomensklassen zitten. Hoe verhoudt zich dit tot de in het onderzoek gestelde randvoorwaarde dat iemand voldoende inkomen dient te hebben om de opslag te laten werken? Deze leden vragen of de Minister kan aangeven welke beleidsopties er zijn om het aantal wanbetalers af te laten nemen, zonder de negatieve effecten voor mensen die hun premie niet kunnen betalen vanwege de in het onderzoek gestelde randvoorwaarden. Kan de Minister aangeven welke stappen er gemaakt zijn om mensen met beginnende betalingsachterstanden vroegtijdig te benaderen. Hoeveel mensen zijn er op deze manier behandeld en welke stappen zijn er vervolgens ondernomen, zo vragen deze leden haar.

Ten slotte, vragen de leden van de D66-fractie of de Minister kan toelichten op welke wijze er volledig gebruik wordt gemaakt van de capaciteit van klinieken. Deze leden begrijpen dat de treeknorm in de ziekenhuizen vaak wordt overschreden, terwijl er bij de klinieken nog voldoende capaciteit is om zorg te verlenen. Kan de Minister aangeven welke knelpunten hierin meespelen – bijvoorbeeld bij contractering door zorgverzekeraars – en op welke wijze dit in verhouding staat tot het nakomen van de zorgplicht door zorgverzekeraars?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de brieven van Minister ontvangen over het zorgverzekeringsstelsel en hebben nog enkele vragen aan haar. Uit het onderzoek van Nivel blijkt dat alle zorgverzekeraars in Nederland een inspraakregeling hebben en bijna allemaal een verzekerdenraad hebben opgericht. De veranderingen in de wet hebben echter maar beperkt invloed gehad op de manier waarop verzekerden invloed hebben op het beleid van de zorgverzekeraars. De adviezen van de verzekerdenraden lijken voornamelijk te leiden tot aanpassingen in het klantcommunicatiebeleid en niet zozeer op het beleid rondom de inkoop van zorg. De leden van de BBB-fractie willen graag meer inzicht krijgen in wat de verzekerdenraden nodig hebben om concrete beleidsadviezen te kunnen geven over de inkoop van zorg. Is de Minister bereid om hier onderzoek naar te doen?

Daarnaast is het een aandachtspunt dat de verzekerdenraad niet bekend genoeg is bij individuele verzekerden. Veel mensen weten niet eens dat de verzekerdenraad bestaat. Het is belangrijk om de zichtbaarheid van de verzekerdenraad te vergroten, zodat individuele verzekerden contact kunnen opnemen met hun zorgverzekeraar via de verzekerdenraad. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat de zichtbaarheid wordt vergroot?

Verder is er volgens het onderzoek behoefte aan vervolgonderzoek om te kijken naar wat er in de praktijk nodig is om individuele verzekerden meer te betrekken bij het vormen van het beleid van zorgverzekeraars. Is de Minister bereid om dit vervolgonderzoek mogelijk te maken?

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het inkopen van zorg. Zij hebben ook de verantwoordelijkheid om de beschikbare zorgcapaciteit optimaal te benutten en de wachttijden te verkorten tot minimaal de wettelijk vastgestelde norm. De leden van de BBB-fractie constateren dat niet alle klinieken die graag gecontracteerd willen worden en een bijdrage kunnen leveren aan het verkorten van de wachttijden, worden gecontracteerd voor 2024.

Zij willen daarom weten of de Minister op de hoogte is van het feit dat de toegankelijkheid van zorg steeds meer onder druk staat. Dit komt doordat de wachttijden in ziekenhuizen de treeknorm ruimschoots overschrijden, terwijl er onbenutte capaciteit is bij niet-gecontracteerde klinieken.

Daarnaast willen zij ook weten of de Minister op de hoogte is van het feit dat er capaciteit beschikbaar is bij klinieken, maar dat deze niet benut kan worden omdat zorgverzekeraars niet genoeg contracteren. Dit is jammer, omdat deze capaciteit juist kan helpen bij het verminderen van wachttijden. Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hun wettelijke verplichtingen nakomen? Zorgverzekeraars hebben namelijk de verantwoordelijkheid om de beschikbare zorgcapaciteit in te kopen en ervoor te zorgen dat zorg toegankelijk is voor iedereen.

Daarnaast willen de leden van de BBB-fractie nog een paar andere punten aankaarten. Ze willen graag dat er onderzoek wordt gedaan naar de impact van groeiende commerciële huisartsenketens op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Hierbij kan gekeken worden naar hun waarde binnen het zorgstelsel en hoe we het praktijkhouderschap voor huisartsen aantrekkelijker kunnen maken. Ook kan de fusietoets van de zorgautoriteit

worden uitgebreid naar de mogelijke gevolgen van overnames voor de kwaliteit van zorg. Het bestaande verbod op winstuitkering in de zorg kan indien nodig worden uitgebreid. Wat vindt de Minister hiervan?

De leden van de BBB-fractie constateren dat de marktwerking in de zorg te ver is doorgeslagen en dat het zorgstelsel vrijwel vastgelopen is. Een idee om dit op te lossen is om de marktwerking te beperken door één verplichte basisverzekeringsspolis in te voeren en de premieverschillen te maximeren. Ook het verminderen van het aantal verschillende labels en polissen kan bijdragen aan het vereenvoudigen van het verzekeringsstelsel. Is de Minister positief over deze ideeën en zo ja, hoe kunnen deze maatregelen worden uitgevoerd?

Tot slot vinden de leden van de BBB-fractie dat zorgverzekeraars te machtig zijn geworden. Daarom willen zij dat zorgverzekeraars voortaan afspraken maken met collectieven, zoals brancheverenigingen, en niet met individuele zorgaanbieders. Zorgaanbieders mogen zich organiseren en hoeven niet meer individueel in gesprek te gaan. Dit bespaart veel tijd en frustratie en zorgt bovendien voor een gelijkwaardiger onderhandelingsniveau. Wil de Minister dit meenemen in haar overwegingen om het zorgstelsel te vereenvoudigen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van het kabinet en hebben nog een aantal vragen over deze brieven en het zorgverzekeringsstelsel.

De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgpremie ook dit jaar weer is gestegen naar gemiddeld € 146 per maand. Zij benadrukken dat dit voor veel mensen een zware last is, ook in de groep mensen die geen recht heeft op zorgtoeslag. Tegelijkertijd is er wel voldoende geld in Nederland om de zorg te financieren. De zorg is dus niet onbetaalbaar, maar de zorgpremie wordt dat wel voor veel mensen.

Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat de zorgpremie voor nog meer mensen een te zware last wordt? Hoe kijkt zij bijvoorbeeld naar mogelijke maatregelen om de kosten eerlijker te verdelen, door de zorg meer uit de belastingen te betalen of de premie inkomensafhankelijk te maken?

Daarnaast benadrukken de leden van de SP-fractie dat er ook genoeg maatregelen te nemen zijn om de zorguitgaven te beperken, zonder in te leveren op de kwaliteit en de toegankelijkheid. Daarvoor is het echter wel noodzakelijk om fundamenteeler in te grijpen in het stelsel. Zo stelde de CNV recent voor om de bewijslast voortaan om te draaien en de zorgverzekeraars verantwoordelijk te maken om het te bewijzen als zorg niet is geleverd, om zo te kunnen stoppen met overbodige administratieve last voor zorgaanbieders.⁶ Is de Minister bereid naar dit soort mogelijkheden te kijken?

De leden van de SP-fractie stellen dat er snel iets moet gebeuren om mondzorgmijding tegen te gaan. Uit onderzoek onder het EenVandaag opiniepanel bleek immers dat ruim één op de vijf mensen mondzorg mijdt vanwege de kosten.⁷ Om die reden zijn deze leden van mening dat mondzorg zo snel mogelijk in het basispakket zou moeten worden opgenomen. In de tussentijd moet er echter ook zo snel mogelijk iets gebeuren om de mondzorg voor mensen die kampen met ernstige gebitsproblemen door mondzorgmijding. Welke stappen is de Minister

⁶ AD, 4 januari 2024, «Administratie in de zorg? Doe dat maar lekker zelf!» (<https://www.ad.nl/opinie/administratie-doen-in-de-zorg-doe-dat-lekker-zelf-maar~ad481622/>)

⁷ EenVandaag, 13 juni 2023, «Lagere inkomens gaan niet meer naar de tandarts vanwege de kosten: «Ibuprofen tegen de pijn goedkoper dan de tandartsrekening» (Lagere inkomens gaan niet meer naar tandarts vanwege de kosten: «Ibuprofen tegen de pijn goedkoper dan de tandartsrekening» – EenVandaag (avrotros.nl))

bereid daar nu voor te zetten? Hoe kijkt zij aan tegen het voorstel van Dokters van de Wereld en de FNV voor «eenmalige triage en behandeling van deze groepen om hun gebit weer in orde te brengen, op basis van de minimumeisen (pijn- en ontstekingsvrij, functioneel gebit en representatief)»?⁸ Hoe staat het daarnaast met de uitvoering van de motie-Dijk/Drost over met concrete voorstellen komen om mondzorg voor bepaalde groepen te verbeteren?⁹

De leden van de SP-fractie stellen daarnaast dat fysiotherapie zo snel mogelijk in het basispakket zou moeten worden opgenomen. Dit verbetert namelijk de toegankelijkheid van deze noodzakelijke zorg voor mensen en kan ook nog besparen op zwaardere zorg. In hoeverre verwacht de Minister dat fysiotherapie in 2025 voor meer gevallen vergoed zal worden uit het basispakket?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het eigen risico een onrechtvaardige boete is op ziek zijn, die zo snel mogelijk zou moeten worden afgeschaft. Zij vragen de Minister daarom wat het laatste moment is dat het eigen risico aangepast of afgeschaft zou kunnen worden voor het jaar 2025?

De leden van de SP-fractie zijn ten slotte van mening dat het huidige zorgverzekeringsstelsel gebaseerd op marktwerking niet werkt en de oplossing van de problemen in de zorg in de weg zit.

Zij zijn zich ervan bewust dat het huidige kabinet niet meer met een voorstel zal komen om dit stelsel grondig te herzien, gezien de demissionaire status. Echter benadrukken zij wel dat zo'n herziening onvermijdelijk is en vragen daarom wat de huidige Minister doet om aanpassing van dit stelsel te onderzoeken en voor te bereiden.

De leden van de SP-fractie constateren dat het aantal restitutiepolissen weer verder is gedaald van zeven naar vier. Zij vragen de Minister in hoeverre zij verwacht dat dit aantal verder af zal nemen. Daarnaast vragen zij de Minister of zij zich bewust is van de risico's van het verdwijnen van restitutiepolissen voor mensen die afhankelijk zijn van ongecontracteerde zorg, bijvoorbeeld bij transzorg of in de ggz. Wat gaat zij doen om te voorkomen dat die mensen te maken krijgen met veel extra kosten of een minder toegankelijke zorg?

De leden van de SP-fractie blijven kritisch op de gang van zaken bij de contractering van de zorg. Nog steeds moeten mensen vaak een verzekering afsluiten, voordat zij weten welke zorgaanbieders door hun zorgverzekeraar gecontracteerd worden. Zij vragen de Minister in hoeverre het is gelukt om dit te verbeteren. Welk percentage van de contracten was dit jaar voor 1 januari afgesloten? Gaat het met het verbetertraject lukken om dit percentage aankomend jaar honderd procent te maken?

Daarnaast wijzen zij op de ongelijke positie tussen kleine zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, die er vaak toe leidt dat deze aanbieders onder druk komen te staan door niet-dekkende tarieven. Hoe kan de ongelijke positie tussen zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders worden verbeterd?

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat het nog altijd voorkomt dat zorgaanbieders onverzekerden weigeren, waardoor zij veel lastiger toegang kunnen krijgen tot de zorg die zij nodig hebben.¹⁰ Er zijn nu wel subsidiepotjes voor, maar die volstaan niet om ervoor te zorgen dat onverzekerden een gelijke toegang hebben tot noodzakelijke zorg. Wat

⁸ Dokters van de Wereld en FNV, 14 juni 2023, «Zwartboek Mondzorg» (<https://doktersvandewereld.org/rapporten-publicaties/zwartboek-mondzorg/>)

⁹ Kamerstuk 33 578-105

¹⁰ Medisch Contact, 14 september 2023, «Elke dag dat ik hier ben, ben ik nodig» (<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/elke-dag-dat-ik-hier-ben-ben-ik-nodig>)

gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat ook onverzekerden altijd toegang krijgen tot de zorg die zij nodig hebben?

De leden van de SP-fractie vragen ten slotte hoe de Minister kijkt naar de vraag vanuit diabetespatiënten naar een ruimere vergoeding van glucosemonitoren. Daarvan wordt nu een deel niet vergoed, terwijl deze voor patiënten wel een duidelijke meerwaarde hebben. Is de Minister bereid om te kijken of het mogelijk zou zijn deze monitoren ook te vergoeden?

II Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van een drietal brieven met betrekking tot het zorgverzekeringsstelsel. Zij hebben de indruk dat de Minister vooral positieve ontwikkelingen naar voren brengt en geen oog heeft voor negatieve ontwikkelingen. Deze leden hebben daarom nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de evaluatie dat de Wet Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet (Zvw) nog weinig positiefs heeft gebracht voor de individuele verzekerden. Om te beginnen is er veel onbekendheid over zowel de inspraakregeling als de verzekerdenraad. Wat gaat de Minister hieraan doen? De verzekerdenraad bemoeit zich (nog) niet met het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar, dat was toch een belangrijke doelstelling van deze wet. Als dit niet tot stand komt is de hele wet een bureaucratische exercitie geweest, aldus genoemde leden. Zij ontvangen graag een reactie van de Minister op dit ontbreken van invloed op de zorginkoop. Genoemde leden verbazen zich dat blijkbaar meer onderzoek nodig is naar wat er in de praktijk nodig is om individuele verzekerden meer te betrekken bij de beleidsvorming van zorgverzekeraars. Dat betekent eigenlijk dat de wet voorbarig en gehaast is ingevoerd zonder aandacht voor de praktijk. Is de Minister het met deze leden eens?

De resultaten van het evaluatieonderzoek heb ik onder de aandacht gebracht van alle zorgverzekeraars. Daarbij heb ik hen gewezen op de aanbevelingen die in het rapport staan, waaronder de aanbeveling dat de zichtbaarheid van verzekerdenraden versterkt kan worden. De komende periode houd ik een vinger aan de pols welke stappen worden gezet om de zichtbaarheid te versterken. Ik ben niet voornemens te bekijken wat er nodig is om de invloed van verzekerden op het inkoopbeleid te vergroten. Uit de evaluatie volgt immers (paragraaf 6.2, p. 37) dat de betrokkenheid van verzekerden bij het zorginkoopbeleid is vergroot door de wetswijziging. Zowel zorgverzekeraars als verzekerden geven daarover aan dat betrokkenheid op dit onderwerp lastig kan zijn, omdat het inkoopproces complex is en dit afhankelijk is van verschillende factoren. Verder deel ik de afrondende conclusie van deze leden niet, omdat ik het vooral belangrijk vind dat de conclusie van het rapport is, dat er meer betrokkenheid is ontstaan en er wel degelijk mogelijkheid tot inspraak is. Nog belangrijker vind ik de conclusie uit de evaluatie dat verzekerdenraden zich gehoord voelen door zorgverzekeraars en dat zij fungeren als een klankbord.

De leden van de PVV-fractie verbazen zich over de positieve woorden van de Minister ten aanzien van de zorgcontractering. Elk jaar duurt het onderhandelen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders langer, er zit werkelijk geen verbetering in de contractering. Hierdoor weten verzekerden niet op tijd welke zorg ze vergoed krijgen van verzekeraars. Hoe kunnen ze dan een adequate keuze maken voor hun zorgpolis, zo vragen de leden de Minister. De contracteringsgraad blijft met name achter bij de

zelfstandige behandelcentra (ZBC) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Maakt de Minister zich daar net als deze leden ernstige zorgen over? De Minister schrijft verder onder andere het volgende: «Er zijn geen brede signalen die erop duiden dat de zorgcontractering met het oog op 2024 moeizaam verloopt.» De Minister negeert daarmee dus totaal de zorgen van de Consumentenbond die twee weken daarvoor nog een brandbrief naar de Minister stuurde en een handhavingsverzoek bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indiende, omdat de contractering van zorgaanbieders dit jaar weer niet rond is bij de start van het overstapeseizoen. Wil de Minister hierop reflecteren, zo vragen genoemde leden.

Zoals eerder aangegeven is mijn beeld dat de contractering in het algemeen vlotter is verlopen dan vorig jaar. In april ontvangt u een brief waarin ik de uitkomsten van de contractering terugkoppel, evenals de stand van zaken ten aanzien van het verbeteren van het contracteerproces en de verbetering van de informatievoorziening richting verzekerden. Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten welke zorgaanbieders er gecontracteerd zijn en dat zij een bewuste keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar en een polis. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben partijen met elkaar aan aantal afspraken gemaakt om zowel het contracteerproces te verbeteren als de informatievoorziening aan de verzekerden. Op grond van deze afspraken hebben zorgverzekeraars afgelopen overstapeseizoen op hun website vermeld in welke fase de onderhandeling met de zorgaanbieder zich bevonden en hebben zij afgesproken om allemaal dezelfde kwalificaties daarvoor te gebruiken. Ook wordt aangegeven wat de mogelijke consequenties zijn voor het recht op vergoeding van de kosten van de geleverde zorg.

In de brief van 7 december 2023¹¹ heeft mijn ambtsvoorganger uitgebreid antwoord gegeven en gereflecteerd op een aantal vragen van het lid Van Dijk (fractie SP) over de brief van de Consumentenbond waar de leden van de fractie PVV naar verwijzen. Mijn voorganger schreef daar o.a. dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders jaarlijks via de contractering afspraken maken over de te leveren zorg en de budgetten daarvoor. De inspanningen daarbij zijn erop gericht dat de zorgverzekeraar aan de zorgplicht kan voldoen en dat de zorg die geleverd wordt kwalitatief goed is en doelmatig geleverd wordt. Mijn ambtsvoorganger betreurde het feit dat in de media het beeld naar voren kwam dat er sprake was van getreuzel. Zijn ervaring was dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars juist heel hard aan het werk waren om gezamenlijk tot goede afspraken te komen in het belang van de patiënt. Het tijdig afronden van de contractering vraagt echter stevige inspanning van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. In IZA is afgesproken om de komende jaren het contracteerproces zodanig te verbeteren dat er ruim voor het einde van het jaar duidelijkheid is voor verzekerden welke zorg wel en niet gecontracteerd is. Partijen zetten hier met een breed verbetertraject volop op in. Het doel van partijen is het steeds meer binnen de contouren van 12 november (start van het overstapeseizoen) organiseren van het contracteerproces.

Dit vraagt echter een verandering van de contractering, het proces en de contracteercultuur en daarmee veel inspanning van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

De leden van de PVV-fractie lezen in de Verzekerdenmonitor dat het aantal wanbetalers van de zorgpremie in 2022 ongeveer gelijk is met het jaar daarvoor. Waarom neemt dat aantal niet af, zo vragen zij de Minister. Kan de Minister toelichten wat de voornaamste redenen zijn die leiden tot

¹¹ Aanhangsel Handelingen II Vergaderjaar 2023–2024, nr. 566

betalingsachterstand en zijn daarin bepaalde groepen te onderscheiden? Genoemde leden lezen tevens dat het aantal wanbetalers dat de totale schuld heeft voldaan afneemt en dat het aantal heraanmeldingen toeneemt. Dat lijkt de leden van de PVV-fractie geen gunstige ontwikkeling. Kan de Minister dit duiden? Tot slot willen zij weten wat de totale premieschuld is van de circa 170.000 wanbetalers van de zorgpremie en graag een overzicht ontvangen van de totale premieschuld van de afgelopen tien jaar.

Het aantal wanbetalers is afgenomen van 325.000 in 2014 tot ongeveer 170.000. Dit betreft de stand van het aantal wanbetalers medio 2022. Deze daling is veroorzaakt door inspanningen van zorgverzekeraars (met name door het aanbieden van betalingsregelingen), in combinatie met een wijziging in het beleid (opschorting wanbetalersregeling bij het treffen van een betalingsregeling). Een verdere grote daling van het aantal wordt niet verwacht. Er blijft altijd een groep verzekerden in- en uitstromen. Ondanks het aanbod van een betalingsregeling door de zorgverzekeraar en vroeg signalering door gemeenten, zijn er altijd verzekerden die te maken krijgen met problematische schulden en intensievere hulp nodig hebben. In 2022 stroomde ongeveer 135.000 verzekerden in en uit de wanbetalersregeling.

We zien dat een relatief groter deel van de verzekerden in de wanbetalersregeling te maken heeft met bredere schulden en vaak multiproblematiek. Het aanbieden van een betalingsregeling is dan niet voldoende. Bij deze groep is (schuld)hulpverlening nodig. Om die reden kunnen gemeenten bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) een lijst opvragen met wanbetalers in hun gemeenten. Ongeveer 150 (vooral grote en middelgrote) gemeenten ontvangen regelmatig de CAK-lijst. Het CAK promoot deze lijst actief.

Het jaarlijkse onderzoek door het CBS laat zien dat meer dan 75% van de verzekerden in de wanbetalersregeling een inkomen heeft van minder dan € 30.000, – per jaar. Verder zien we dat, zoals hierboven al toegelicht, veel wanbetalers bredere schulden hebben. Onderzoek door het CBS¹² (2022) laat zien dat 60.000 van de destijds 170.000 wanbetalers ook schulden hadden bij andere publieke uitvoeringsorganisaties. Er is geen zicht op eventuele schulden bij andere (private) schuldeisers. Door bredere schulden ontstaat de situatie dat de zorgtoeslag die wanbetalers mogelijk ontvangen, niet altijd wordt uitgegeven aan het betalen van de zorgpremie. Daardoor ontstaan dan weer schulden bij de zorgverzekeraar. In de jaarlijkse verzekerdenmonitor zijn verschillende kenmerken opgenomen van de groep verzekerden in de wanbetalersregeling, zoals leeftijd, geslacht, inkomen en uitkeringen. Meer in het algemeen zijn er niet bepaalde groepen te onderscheiden.

Het aantal heraanmeldingen is toegenomen, doordat sinds 2015 meer betalingsregelingen zijn getroffen hetgeen voor die tijd niet mogelijk was. Op het moment dat de wanbetaler een betalingsregeling treft volgt een opschorting voor de wanbetalersregeling. Een deel van de betalingsregelingen mislukt waarna heraanmelding volgt.

Het is niet bekend wat de totale premieschuld is van de ongeveer 170 000 verzekerden die op dit moment in de wanbetalersregeling zitten, omdat dit geen statische groep betreft. In de onderstaande tabel treft u onder andere het totaal te incasseren premies eind 2022 en in de jaren daarvoor.

Tabel Opgelegde bestuursrechtelijke premie en status (bron: CAK)

X € 1.000	2009 tm 2020	2021	2022	Totaal
Te incasseren premies	5.035.536	299.039	303.195	5.637.770
Netto betaald	2.933.782	279.224	385.470	3.598.476

¹² Betalingsachterstanden bij uitvoeringsorganisaties | CBS

X € 1.000	2009 tm 2020	2021	2022	Totaal
Afgeboekt	752.744	92.964	164.308	1.010.016
Naar eindafrekening	514.093	0	0	514.093
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	832.454	- 73.149	- 246.583	512.723

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de verschillende brieven. Dit heeft tot enkele vragen geleid bij hen.

Genoemde leden zien dat de restitutiepolis steeds minder wordt aangeboden, van 25 polissen in 2014 naar 4 in 2024. Welke risico's ziet de Minister in de afname van restitutiepolissen?

Er is sprake van een ruim polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgaanbieders, waarvoor de kosten van zorg in de basisverzekering volledig wordt vergoed. De restitutiepolissen die de laatste jaren zijn omgezet naar combinatiepolissen bieden voor de meeste vormen van zorg nog een vergoeding op basis van restitutie, behalve voor de wijkverpleging en ggz. Dus ook al neemt het aantal restitutiepolissen af, er blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een ruime keuze voor zorgaanbieders. De verzekerde heeft bij natura- en combinatiepolissen daarmee nog steeds de mogelijkheid om te kiezen voor de zorgverlener die bij hem of haar past. Wel heeft de NZa recentelijk de vier grootste zorgverzekeraars formeel aangesproken; zij moeten zich in het kader van hun wettelijke zorgplicht, meer inspannen om met name het aanbod van voldoende ggz-zorg beter te borgen.

Bovendien is in art. 13 Zvw bepaald dat zorgverzekeraars ook voor een naturapolis een deel van de kosten voor niet-gecontracteerde zorg moet vergoeden.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende en ondoelmatige zorg. Goede contractering kan zich dus vertalen naar goede, passende zorg tegen een scherpe premie. Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn. Kortom: ik zie niet direct risico's in de afname van het aantal restitutiepolissen.

Genoemde leden vinden dat deze trend een grote verantwoordelijkheid plaatst bij de verzekerden. De verzekerden moeten dan elk jaar bij het afsluiten van een verzekering een goede inschatting maken of de zorgaanbieder aan wie zij de voorkeur geven voldoende zorg heeft ingekocht bij hun preferente aanbieder. Dit is op zichzelf al ingewikkeld, maar deze leden zien hierbij twee complicerende factoren. In de eerste plaats is contractering vaak nog niet rond als de overstapperiode begint en ten tweede zorgen omzetplafonds ervoor dat verzekerden soms niet terecht kunnen bij aanbieders die de verzekeraar wel heeft gecontracteerd. Hoe realistisch is het om van verzekerden te vragen om dit allemaal te overzien in hun beslissing voor een zorgverzekeraar?

Ik vind het belangrijk dat verzekerden (tijdens het overstapseizoen) weten welke zorgaanbieders er gecontracteerd zijn en een bewuste keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar en een polis. Om te realiseren dat verzekerden dit kunnen overzien heb ik in het IZA afspraken gemaakt over het verbeteren van de informatievoorziening aan verzekerden. Zorgverzekeraars hebben hiertoe, zoals eerder is toegelicht, tijdens het afgelopen overstapseizoen vijf kernboodschappen gehanteerd die

gedurende de onderhandelingsfase duidelijk maken in hoeverre er al een contract is afgesloten met een zorgaanbieder en wat de mogelijke financiële consequenties zijn voor de verzekerden. Als een verzekerde met een omzetplafond wordt geconfronteerd en daardoor geen zorg kan krijgen bij de zorgaanbieder van voorkeur, kan hij zich melden bij de zorgverzekeraar. Deze kan dan besluiten om het zorgplafond van de betreffende zorgaanbieder te verruimen zodat de verzekerde alsnog bij zijn zorgaanbieder van voorkeur terecht kan of de zorgverzekeraar bemiddelt de verzekerde naar een andere zorgaanbieder. Daarmee voldoet de zorgverzekeraar aan zijn wettelijke zorgplicht. De verzekerde heeft namelijk recht op zorg en geen recht op zorg bij een specifieke zorgaanbieder.

Kan de Minister meer zeggen over de contracteergraad op de vier peilmomenten (12 november, 8 december, 22 december en midden januari)? In hoeverre acht de Minister het haalbaar dat de verzekeraars daadwerkelijk met alle gewenste zorgaanbieders de contractering rond hebben voor de start van het overstapseizoen? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het zeer onwenselijk dat verzekerden nu op extra kosten kunnen worden gejaagd omdat ze niet overzien welke aanbieders gecontracteerd zijn.

De NZa bekijkt op dit moment hoe het contracteerseizoen 2024 is verlopen. Zij hebben samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op vier peilmomenten (12 november, 8 december, 22 december en midden januari) in kaart gebracht wat de contracteerstatus is binnen de medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging. Dit geeft een indicatie over de contracteergraad binnen deze sectoren. De uitkomst van deze evaluatie zal ik in april met uw Kamer delen. Deze evaluatie is onderdeel van een breed traject dat de IZA-partijen hebben afgesproken om het contracteerproces te verbeteren. De verandering van het contracteerproces vraagt echter een verandering van vorm, proces en cultuur en daarmee ook de nodige inspanning van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Deze verandering is weliswaar in volle gang, maar neemt ook zeker nog de nodige tijd in beslag.

Daarbij wil ik ook opmerken dat het weliswaar belangrijk is dat het contractering snel wordt afgerond, maar dat het minstens zo belangrijk is dat er betere inhoudelijke afspraken over passende zorg in de contracten worden gemaakt. Om zo de bewegingen uit het IZA van de grond te krijgen. Het gaat naar mijn mening dus niet alleen om snelheid maar ook om de kwaliteit van de inhoud van het contract. Ik kan niet garanderen dat de contractering rond is voor de start van het volgende overstapseizoen.

Daarom vinden zij het belangrijk dat een offerteplicht wordt ingevoerd als een stap om de informatievoorziening voor verzekerden te verbeteren. Genoemde leden zijn benieuwd op welke datum de verkenning van de NZa voor het invoeren van deze informatieverplichting wordt verwacht en of deze verkenning met de Kamer gedeeld kan worden? Daarnaast horen zij graag of de uitkomsten van het gesprek aan de thematafel contractering met de Integraal Zorgakkoord (IZA)-partijen over de offerteplicht ook gedeeld kunnen worden met de Kamer.

De NZa heeft de verkenning naar de offerteplicht uitgevoerd en ook de IZA-partijen meegenomen in deze verkenning. Op 12 maart 2024 is de verkenning met de partijen besproken. Ik zal uw Kamer in april informeren over de uitkomsten van deze bespreking.

Ook over de omzetplafonds die verzekeraars met aanbieders afspreken, hebben deze leden enkele vragen. Kan de Minister inzichtelijk maken hoe vaak er in het afgelopen jaar een omzetplafond is bereikt voor zorgaanbieders? In welke gevallen was er bij het bereiken van omzetplafonds ook sprake van een wachtlijst voor de behandelingen die niet langer bij deze aanbieder konden worden uitgevoerd? Kan de Minister in de beantwoording van de twee bovenstaande vragen een uitsplitsing maken van het aantal gevallen per sector? Hoe verhouden omzetplafonds zich tot de zorgplicht van verzekeraars als er wachtlijsten zijn? Wat zou er gebeuren als zorgverzekeraars geen omzetplafonds meer zouden bedingen? Welke nadelen klevan hier volgens de Minister aan?

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg in Nederland van een kwalitatief hoog niveau, duurzaam betaalbaar en toegankelijk te houden. Het al dan niet afspreken van een omzetplafond is de uitkomst van onderhandelingen door twee private partijen, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Ik weet niet hoe vaak er in het afgelopen jaar een omzetplafond is bereikt voor zorgaanbieders. Wat voor mij echter van belang is, is dat een verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Als een omzetplafond bereikt is dan blijft de zorgplicht van zorgverzekeraars gelden. De verzekerde die zorg nodig heeft, heeft recht op zorg. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar zorg moet leveren die tijdig en bereikbaar is. Dan voldoet de zorgverzekeraar aan zijn wettelijke zorgplicht. Als verzekerden niet (tijdig) terecht kunnen bij de zorgverlener van hun voorkeur (bijvoorbeeld door een omzetplafond of door een wachtlijst), dan moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat deze zorg elders – tijdig en bereikbaar – beschikbaar is. Daarbij moet worden opgemerkt dat een zorgverzekeraar te maken kan hebben met overmacht, bijvoorbeeld bij een algeheel gebrek aan personele capaciteit.

Er moet dan wel door de zorgverzekeraar kunnen worden aangetoond dat er serieuze inspanningen zijn gepleegd. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken jaarlijks via de contractering afspraken over de te leveren zorg en de budgetten daarvoor. De inspanningen daarbij zijn erop gericht dat de zorgverzekeraar aan de zorgplicht kan voldoen en dat de zorg die geleverd wordt kwalitatief goed is en doelmatig geleverd wordt. Onder andere budgetplafonds zijn voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om de uitgaven te beheersen. Als de zorgverzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht door de patiënt te bemiddelen naar zorg bij een andere zorgaanbieder waar nog ruimte is binnen het afgesproken plafond, kan dit bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg en blijft de patiënt nog steeds verzekerd van kwalitatieve en passende zorg die tijdig en bereikbaar is.

Als zorgverzekeraars geen omzetplafonds meer zouden afspreken, dan zou dit ten koste kunnen gaan van de kostenbeheersing. Maar ook zou dit tot gevolg kunnen hebben dat er te veel zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder, waarvan de zorgverzekeraar meent dat dit niet gewenst is, bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar weet dat andere zorgaanbieders passendere zorg leveren dan deze zorgaanbieder.

Vindt de Minister het reëel om van verzekerden te vragen om niet alleen te controleren of een gewenste zorgaanbieder een contract heeft bij een verzekeraar, maar ook nog een inschatting te maken of een afgesproken omzetplafond gehaald zal worden dat jaar, om te weten of ze toegang zullen hebben tot de gewenste zorg?

Informatie over omzetplafonds is beschikbaar voor verzekerden. Daarnaast is het zo dat ook bij een omzetplafond de noodzakelijke zorg altijd geleverd moet worden, ofwel als gevolg van een doorleverplicht ofwel via een doorverwijzing. Zorgverzekeraars zijn verplicht hun verzekerden te informeren met welke zorgaanbieder zij een contract hebben. Ook zorgaanbieders zijn daartoe verplicht. Ook hebben zorgverzekeraars de plicht om hun verzekerden te informeren over volumeafspraken of omzetplafonds die zij hanteren in de contracten. Deze informatie is daarom toegankelijk voor verzekerden via de informatiekanaalen van de zorgverzekeraars. Als er een omzetplafond is afgesproken en de geleverde zorg komt boven dat plafond, dan staat in het contract van de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar dat de zorgaanbieder ofwel zorg moet blijven leveren (doorleverplicht), ofwel dat de zorgaanbieder de betreffende patiënt mag verwijzen naar de zorgverzekeraar of een andere zorgaanbieder waar de noodzakelijke zorg wel te verkrijgen is (geen doorleverplicht). De verzekerde heeft dus altijd de garantie dat de noodzakelijke zorg voldoende tijdig geleverd zal worden. Als een verzekerde tijdens het overstapeseizoen meer inzicht wil in de gevolgen van het omzetplafond, dan hij daarover contact op te nemen met de zorgverzekeraar. De verzekerde kan ook kiezen voor een polis waar geen omzetplafond aan de orde is voor de betreffende zorgaanbieder, als deze polis beschikbaar is.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie snappen dat er in het huidige oerwoud van polissen veel gebruik gemaakt wordt van vergelijkingssites. Ze zijn benieuwd hoe deze vergelijkingssites gefinancierd worden. Hoeveel van het geld, bestemd voor Zvw-gefinancierde zorg, gaat naar vergelijkingssites?

Zorgverzekeraars en vergelijkingssites maken onderling afspraken over de hoogte van de provisie die vergelijkingssites ontvangen. De hoogte en vormgeving van deze provisie kan per vergelijkingssite verschillen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat een zorgverzekeraar een eenmalige provisie verstrekt, maar ook doorlopende provisies zijn mogelijk. Ik heb geen zicht op de totale inkomsten van vergelijkingssites. Wel hebben de vergelijkingssites die verbonden zijn aan het «Keurmerk Objectief Vergelijken» afgesproken dat zij de gemiddelde provisie die zij ontvangen op hun website tonen. Betalingen aan vergelijkingssites vallen overigens niet onder de kosten van Zvw-verzekerde zorg, maar onder de bedrijfskosten van zorgverzekeraars.

Ook zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie benieuwd of de Minister meer inzicht kan geven in andere vormen van contractering in het veld. Zo weten deze leden dat sommige ziekenhuizen en verzekeraars samen kiezen voor waardegedreven contractering van zorg. Het idee is dat de focus zo verschuift van productie van zorg, naar de beste oplossing voor de patiënt. Aanbieders spreken dan een vaste vergoeding af met verzekeraars, onafhankelijk van zorgproductie, met een prestatiebeloning op basis van KPI's. Vindt de Minister deze ontwikkeling gewenst? Welke voor- en nadelen ziet de Minister aan deze ontwikkeling? Om te experimenteren met nieuwe vormen van contractering zou het voor zorgaanbieders die dat willen doen, helpen als ze dit soort afspraken met één verzekeraar kunnen maken en niet met alle verzekeraars aparte afspraken hierover hoeven te maken. Hoe kijkt de Minister naar het aanstellen van een preferente zorgverzekeraar in een regio, waarbij andere verzekeraars deze preferente zorgverzekeraar volgen in de contractering. Welke voor- en nadelen ziet de Minister aan deze mogelijkheid?

Ik ben een voorstander van elke contractsvorm die een positieve bijdrage levert aan kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en organiseren

baarheid van de zorg. Waardegedreven contractering kan zo'n contractsvorm zijn, omdat de focus daarbij ligt op de beste oplossing voor de patiënt. Dat is een voordeel. Een nadeel kan zijn dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders echter wel goede afspraken moeten maken over de «key performance indicators» (kpi's) die gebruikt worden om de waarde voor de patiënt te meten en te normeren. En dat blijkt in de praktijk op dit moment nog lastig. Het is dus aan de contracterende partijen om het contract zodanig in te vullen en uit te voeren dat de meerwaarde voor de patiënt ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Het uitgangspunt binnen het stelsel is dat het grootste deel van de zorg binnen de Zvw concurrentieel wordt ingekocht en individueel wordt gecontracteerd. Wel is volgbeleid mogelijk, waarbij de zorgaanbieder een verzoek doet aan de overige zorgverzekeraars om het contract van de preferente zorgverzekeraar te volgen. Dat is in de praktijk ook al op verschillende plekken aan de orde, zoals bij de inkoop van huisartsenzorg. Verder hebben partijen in het IZA afgesproken dat dit ook wordt nagestreefd met betrekking tot de relevante regioplannen. Tot slot zijn specifiek voor impactvolle transformaties bestuurlijke afspraken gemaakt over gelijkgerichte inkoop om de goedgekeurde transformaties te realiseren.

Ik vind dat gelijkgerichtheid een goed instrument is dat kan bijdragen aan een snellere transformatie van de zorg. Uiteraard moet wel geborgd worden dat de Mededingingswet niet in het gedrag komt en dat er voldoende concurrentie overblijft zodat de zorgverzekeraars geprikkeld blijven om een optimale bijdrage te leveren aan het behalen van de doelen van het IZA.

Kan de Minister uitleggen hoe de huidige vereveningssystematiek tussen verzekeraars op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC)'s werkt?

Zorgverzekeraars worden via de risicoverevening financieel gecompenseerd voor een aantal voorspelbare gezondheidsrisico's van hun verzekerdenpopulatie. Dit om een gelijkspelveld te borgen zodat er sprake kan zijn van eerlijke concurrentie tussen hen. Er bestaat immers een wettelijke acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie (elke verzekerde moet voor dezelfde verzekeringspolis dezelfde premie betalen). En zonder verevening van deze risico's zouden zorgverzekeraars met een verzekerdenpopulatie met hoge zorgkosten, niet kunnen concurreren. Een van de kenmerken van de verzekerdenpopulatie die worden verevend is de zogenaamde diagnosekostengroepen. Andere zijn bijvoorbeeld, leeftijd en geslacht, de woonplaats en sociaaleconomische status (SES). De diagnosekostengroepen zijn groepen van chronische aandoeningen die kostenhomogeen zijn en waarvan verwacht wordt dat die in het komende jaar relatief hoge kosten met zich meebrengen. Diagnose-informatie (gebaseerd op gedeclareerde diagnose behandelcombinaties (dbc's)) uit het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar is hiervoor beslissend. Mocht een verzekerde uit de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar in een diagnosekostengroep vallen, dan krijgt de zorgverzekeraar daarvoor een (financiële) vereveningsbijdrage.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben samen met de ChristenUnie een voorstel ingediend om de opslag van de wanbetalers regeling te verlagen van twintig naar tien procent. Hoe beoordeelt de Minister dit voorstel? Uit het onderzoek wat de Minister recent met de Kamer deelde, blijkt dat er geen preventieve prikkel uitgaat van de opslag. Dat verbaast genoemde leden niet. Het spreekt naar hun idee voor zich dat de voornaamste reden dat mensen hun zorgverzekering niet betalen is dat ze dit niet kunnen betalen. Een boete schikt in dit geval niet af, maar helpt deze mensen verder in de problemen. Is de Minister bereid om

stappen te zetten om de premieopslag helemaal af te schaffen? En zo niet, waarom is de Minister hier niet toe bereid?

Het onderzoek door de bureaus AEF en Zorgvuldigadvies waaraan wordt gerefereerd, geeft een genuanceerd beeld bij de motiverende werking van de bestuursrechtelijke opslag. Bij een deel van de verzekerden heeft deze opslag een negatief effect en wordt de financiële problematiek verergerd. Tegelijkertijd moeten we ervoor waken dat we de positieve ontwikkeling met betrekking tot het aantal verzekerden in de wanbetalersregeling vasthouden.

In lijn met het aangenomen amendement¹³ van de leden Bikker en Klaver wordt het uitgavenbedrag van artikel 2 Curatieve zorg van de departementale begrotingsstaat verlaagd, zodat de opslag op korte termijn verlaagd kan worden naar 110%. Door het verlagen van de opslag zou het aantal wanbetalers weer kunnen stijgen. Het effect van deze verlaging op het aantal wanbetalers wordt daarom zorgvuldig gemonitord.

Afsluitend zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie benieuwd in hoeverre de zorgtoeslag in 2024 kostendekkend is voor de zorgverzekering van verzekerden en hoe de maximale hoogte van de zorgtoeslag wordt vastgesteld? Is er een vuistregel voor hoe een stijging in zorgpremie doorwerkt in de hoogte van de zorgtoeslag?

Voor de zorgtoeslag is bepaald welk deel van het inkomen maximaal afgedragen hoeft te worden aan de Zvw (normpercentages). Voor alle kosten boven dit maximum ontvangt een verzekerde zorgtoeslag. Het doel is dus niet om kostendekkend te zijn. Verder is de hoogte van de zorgtoeslag afhankelijk van het inkomen en de geraamde gemiddelde nominale premie en het geraamde gemiddelde eigen risico (standaardpremie).

De maximale hoogte van de zorgtoeslag is € 1.483 voor éénpersoonshuishoudens en € 2.833 voor meerpersoonshuishoudens per jaar in 2024. De geraamde standaardpremie is gelijk aan € 1.987 (€ 3.974 voor meerpersoonshuishoudens). Een stijging van de zorgpremie vertaalt zich in een stijging van de standaardpremie. Een stijging van de standaardpremie leidt tot een 1-op-1 stijging van de zorgtoeslag, ceteris paribus. Ondanks dat de zorgtoeslag meestijgt met de ontwikkeling van de zorgpremie, daalt de zorgtoeslag in 2024 ten opzichte van 2023 omdat de éénmalige verhoging in 2023 ter compensatie van de hogere energiekosten niet wordt verlengd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van de Minister. Zij zijn blij te lezen dat het polisaanbod niet is toegenomen en dat de premiestijging minder groot is dan verwacht in de begroting. Genoemde leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn positief over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en vergelijkingssites en vinden het goed te zien dat dit verzekerden in staat stelt om een goede vergelijking tussen polissen te maken. Genoemde leden kijken dan ook uit naar de brief over het verloop van het overstapeseizoen 2023–2024. Kan aangegeven worden hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een vergelijkingssite?

Onderzoek van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) laat zien dat in 2023 (overstapeseizoen 2022–2023) meer dan de helft van de respondenten (58 procent) een vergelijkingssite heeft geraadpleegd bij het oriënteren op een zorgverzekering. Er zijn mij nog geen cijfers bekend rondom het gebruik van vergelijkingssites tijdens het afgelopen overstapeseizoen.

¹³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 6

Deze leden vinden het goed dat er afspraken zijn gemaakt over welke informatie over polissen en contractering wordt getoond. Zij vragen hierbij aan de Minister hoe voor verzekerden beter inzichtelijk wordt wanneer (binnen een concern) de polis vergelijkbaar is. Hoe staat het met het voornemen van de NZa om de informatieverplichting voor verzekeraars hierover aan te scherpen? Welke definitie van «nagenoeg gelijk» wordt gehanteerd?

De NZa heeft per 1 november 2023 de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» aangescherpt (zie TH/NR-027). Artikel 7 beschrijft de transparantieplichtingen voor zorgverzekeraars ten aanzien van op elkaar lijkende polissen. In de toelichting beschrijft de NZa dat zij in ieder geval polissen gelijk of erg op elkaar vinden lijken als er bijvoorbeeld bij die polissen een beperkt verschil is in het gecontracteerde aanbod en/of er maar weinig verschillen zijn in de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Het gaat daarbij om de mate waarin polissen in zijn geheel van elkaar verschillen. De NZa beschrijft in de regeling (zie blz. 15–19) aan de hand van concrete voorbeelden het afwegingskader dat zij hiervoor gebruikt.

Het Nivel trekt een aantal positieve conclusies uit het onderzoek naar de Wet Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet, maar doet ook aanbevelingen. Deelt de Minister deze conclusies en wat gaat zij doen met de aanbevelingen?

De resultaten van het evaluatieonderzoek heb ik gedeeld met alle zorgverzekeraars. Daarbij heb ik hen gewezen op de aanbevelingen die in het rapport staan, waaronder de aanbeveling dat de zichtbaarheid van verzekerenraden versterkt kan worden. De komende periode houd ik een vinger aan de pols welke stappen worden gezet om de zichtbaarheid te versterken.

Met betrekking tot de contractering zijn de leden van de VVD-fractie positief over de constatering dat het zorgcontracteerproces voor 2024 beter is verlopen dan vorig jaar en dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om de beweging naar passende zorg te maken. Kan de Minister aangeven hoe zij uitvoering gaat geven aan de motie-Tielen/Daniëlle Jansen over het in kaart brengen van knelpunten bij de contractering van passende zorg?¹⁴ Wanneer wordt de Kamer over de voortgang geïnformeerd?

IZA-partijen hebben met elkaar afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces en het bevorderen van de contractering, inclusief de beweging naar passende zorg. Zij hebben samen een aantal knelpunten in kaart gebracht die worden meegenomen in de structurele gesprekken die zij hebben over onder andere deze onderwerpen. Ten aanzien van passende zorg en contractering heeft het Zorginstituut Nederland (ZiNL) in de eerste helft van 2023 een «werkplaats contracteren van Passende zorg» georganiseerd. Dit heeft ertoe geleid dat in de Handvatten Contractering en Transparantie Gecontracteerde zorg van de NZa, een richtsnoer is opgenomen over het bereiken van overeenstemming tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de transitie naar passende zorg. Dit zou gebruikt moeten worden als uitgangspunt bij contractvoorstellen. ZiNL, NZa en VWS-plannen op korte termijn een afspraak in om te bezien hoe dit nog een stap verder te brengen.

¹⁴ Kamerstuk 36 410-XVI-48

Met de brief over het verloop van het contracteerseizoen 2024 zal ik een toelichting geven op de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie.

De leden van de VVD-fractie hebben al eerder aandacht gevraagd voor paramedici in de uitvoering en ontwikkelingen van het IZA. Kan de Minister toelichten in hoeverre zij wordt betrokken in het proces van monitoring van de IZA-afspraken over het contracteerproces?

Ook de partijen die het IZA niet hebben getekend worden betrokken bij de afspraken die op deze partijen van toepassing zijn of waar dit hen raakt. Periodiek vindt (vrijblijvend) overleg met deze partijen plaats, om hen mee te nemen in de stand van zaken op alle thematafels van het IZA. Daarnaast is recentelijk een sessie georganiseerd met brancheorganisaties van paramedische beroepen en zorginkopers van zorgverzekeraars, waarbij expliciet aandacht is besteed aan de rol van paramedische beroepsgroepen bij het IZA. Daarbij is ingegaan op de mogelijkheden om als kleinere zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. De ACM heeft daarbij nadere duiding gegeven aan samenwerking in relatie tot de mededingingsregels.

In het IZA zijn verschillende afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Deze zijn ook van belang voor de paramedische beroepsgroepen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de betere bereikbaarheid van zorgverzekeraars voor kleinere zorgaanbieders. De NZa heeft in die lijn het document «Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg»¹⁵ opgesteld met daarin een aantal richtsnoeren voor contracterende partijen. Ook bekijkt de NZa voor 2025 de noodzaak om de regelgeving aan te passen waarbij ook de paramedici zullen worden geconsulteerd.

Eerder hebben de leden van de VVD-fractie opgeroepen tot het in kaart brengen in hoeverre cowboygedrag in de zorg een halt kan worden toegeroepen.¹⁶ Zij zijn benieuwd naar de stand van zaken. Kan de Minister in dit verslag of in de toegezegde brief over de aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht een toelichting geven?

Ik zal uw Kamer in april in de toegezegde brief met een terugblik op het afgelopen contracteerseizoen en een vooruitblik naar het komende contracteerseizoen, informeren over «het cowboygedrag in de zorg».

Ook zal ik, zoals toegezegd, dit voorjaar in de brief over het zorgspecifieke markttoezicht ingaan op het tweede gedeelte van de motie van de leden Bevers en Tielen om in navolging van de uitvoering van de motie Van den Berg en Tielen¹⁷ met een voorstel te komen over hoe de positie van kleinere zorgaanbieders in de contractonderhandelingen verbeterd kan worden.

Met betrekking tot de Verzekerdenmonitor lezen genoemde leden dat het steeds lastiger wordt om wanbetalers uit te laten stromen door alleen het aanbieden van een betalingsregeling.

Er is bij veel wanbetalers bredere schuldenproblematiek en daarom schuldhelpverlening nodig. Zij vragen of het klopt dat zorgverzekeraars een signaal aan gemeenten kunnen afgeven op het moment dat de zorgpremie niet meer betaald wordt, of er betalingsregelingen worden aangevraagd, zodat gemeenten vroegtijdig actie kunnen ondernemen om mensen te helpen en een verergering van de situatie te voorkomen? Is er een beeld van het aantal signalen dat gemeenten jaarlijks van zorgverze-

¹⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_745492_22/1/

¹⁶ Kamerstuk 29 689-1231

¹⁷ Kamerstuk 29 689-1207

keraars krijgen en de opvolging daarvan? Hoe staat het met de aanpak van niet-gebruik van bestaande sociale en betalingsregelingen?

Per 1 januari 2021 is de wetswijziging op de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) van kracht. Met deze wijziging is vroegsignalering van schulden op basis van signalen door derden een wettelijk taak voor gemeenten geworden. Op basis van signalen van zorgverzekeraars, maar ook (in combinatie met) energiebedrijven, woningverhuurders en drinkwaterbedrijven, benaderen gemeenten bewoners met betaalachterstanden proactief om hen hulp aan te bieden. Gemeenten moeten binnen vier weken actie ondernemen (bijvoorbeeld het versturen van een brief, telefonisch contact of een huisbezoek) als zij een signaal ontvangen. Het is aan een inwoner om deze hulp van de gemeente wel of niet te aanvaarden. De afgelopen jaren hebben gemeenten de volgende aantallen signalen ontvangen van zorgverzekeraars:

2021: 218.800

2022: 242.439

2023: 228.902 (t/m Q3)

Hier is een duidelijk stijgende lijn van signalen van de zorgverzekeraars richting gemeenten zichtbaar, waarbij steeds meer gemeenten actief hulp aan inwoners aanbieden. Dit kabinet heeft in 2023 en 2024 incidentele middelen van 50 miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld voor extra inzet op vroegsignalering en bijzondere bijstand. Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) is voornemens in 2024 de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) en daarmee ook de vroegsignalering te gaan evalueren.

Het aantal wanbetalers (verzekerden in de wanbetalersregeling met een schuld van zes of meer maanden zorgpremie) is afgenomen van 325.000 in 2014 tot 170.000 sinds de zomer van 2022. Deze daling is met name veroorzaakt doordat zorgverzekeraars op grote schaal betalingsregelingen zijn gaan aanbieden in combinatie met een wijziging van het beleid, namelijk de opschorting van de wanbetalersregeling bij het treffen van een betalingsregeling. Veel wanbetalers met een bijstandsuitkering maken daarbij gebruik van een speciale uitstroombetaling voor bijstandsgerechtigden met een gunstige betalingsregeling en directe instroom in de gemeentelijke zorgverzekeringspolis. Het aanbieden van een betalingsregeling bij de resterende groep wanbetalers heeft minder effect, omdat deze verzekerden relatief vaker te maken hebben met bredere schulden en multiproblematiek. Bij deze groep is (schuld)hulpverlening nodig. Om die reden kunnen gemeenten bij het CAK een lijst opvragen met wanbetalers in hun gemeenten. Gemeenten kunnen dan samen met de inwoner met schuldenproblematiek een passend schuldhulptraject starten, zoals het inzetten van een traject Minnelijke Schuldsanering Natuurlijke Personen (MSNP)- of een traject Wettelijke Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP).

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de Nieuw Sociaal Contract (NSC)-fractie hebben de volgende vragen aan de Minister over de brieven die zij hebben ontvangen. Zo hebben zij een vraag over de enquête die door het Nivel is gehouden onder verzekerden. In hoeverre was de groep met een lage opleiding vertegenwoordigd in deze enquête? Indien onvoldoende: wat kan dat betekenen voor de resultaten en conclusie?

Het Nivel heeft in de evaluatie een vragenlijst uitgezet aan de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dit consumentenpanel bevat een zo goed mogelijk representatieve afspiegeling van personen van 18 jaar of ouder. In totaal zijn reacties van 857 respondenten gebruikt voor de

analyse in deze evaluatie. Voor wat betreft de representativiteit van opleidingsniveau van verzekerden heeft het Nivel laten weten dat de groep laagopgeleiden (dat wil zeggen: de groep respondenten tot en met lager beroepsonderwijs) is ondervertegenwoordigd ten opzichte van de algemene bevolking, maar dat dit niet van invloed is geweest op de resultaten. Zo hebben bijvoorbeeld verzekerden met een laag opleidingsniveau niet vaker nog nooit van de inspraakregeling of ledenraad gehoord dan verzekerden met een hoog opleidingsniveau.

Aangegeven wordt dat de Wet Verzekerdeninvloed Zvw meer structuur geeft aan de inspraak van verzekerden. Kan de Minister dit verduidelijken? Wat betekent dit en wat merkt de verzekerde hiervan, zo vragen deze leden aan haar.

Uit de evaluatie volgt dat zorgverzekeraars proberen verzekerdenraden zo goed mogelijk te ondersteunen in hun rol en hun input mee te nemen bij de besluitvorming. Verzekerdenraden voelen zich gehoord door zorgverzekeraars en fungeren als klankbord. Voor de verzekerden betekent dit dat de beoogde structuur van verzekerdenraden bij (bijna) alle zorgverzekeraars werkend is. Met vragen of ideeën kunnen zij zich desgewenst tot de verzekerdenraad wenden. Daarbij komt wel dat de evaluatie als aandachtspunt meegeeft dat de zichtbaarheid van de mogelijkheden tot invloed voor individueel verzekerden verbeterd kan worden. Dit punt heb ik onder de aandacht van zorgverzekeraars gebracht.

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. Welke aanvullende inspanningen kunnen gedaan worden om een betere afspiegeling te krijgen? Hoe hard werkt men hieraan? Kan de Minister hier nader op ingaan?

Het onderzoeksrapport vermeldt dat voor sommige karakteristieken van de verzekerdenportefeuille geldt dat zij extra lastig te betrekken zijn bij de verzekerdenraad. De evaluatie laat echter ook zien dat zorgverzekeraars de nodige inspanning verrichten om te komen tot een zo goed mogelijke afspiegeling van hun verzekerdenportefeuille. Zo laten meerdere zorgverzekeraars weten dat zij een goede afspiegeling nastreven voor wat betreft geslacht, zorggebruik, etniciteit of culturele achtergrond.

Om een zo breed mogelijke groep aan te spreken stellen sommige zorgverzekeraars in samenspraak met de verzekerdenraad een wervingstekst op en worden daartoe in sommige gevallen ook profielen opgesteld. Het verdere wervingsproces ligt in de handen van de verzekerdenraden zelf.

Het Nivel beveelt 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. Kan de Minister aangeven hoe ervoor wordt gezorgd dat dit bij alle verzekerden (ook met lage sociaaleconomische status) terecht komt? De resultaten van het evaluatieonderzoek zijn gedeeld met alle zorgverzekeraars. Daarbij heb ik hen gewezen op de aanbevelingen die in het rapport staan, waaronder de aanbeveling dat de zichtbaarheid van verzekerdenraden versterkt kan worden. De komende periode hou ik een vinger aan de pols en hou ik de gaten welke stappen worden gezet om de zichtbaarheid te versterken. Hoe daarop wordt ingezet, is aan zorgverzekeraars zelf. De evaluatie laat zien dat een persoonlijke brief of e-mail door verzekerden wordt aangewezen als favoriete middel om te worden geïnformeerd over zowel de inspraakregeling als de verzekerdenraad.

Het valt de leden van de NSC-fractie op dat er niet wordt ingegaan op de eventuele nadelen van de afname van restitutiepolissen. Welke zijn dit? En hoe worden deze nadelen meegenomen in het vervolg?

De trend van het afnemen van het aantal restitutiepolissen is al een aantal jaren geleden ingezet. De oorzaak daarvoor is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden, met name in de wijkverpleging en de ggz. Zorgverzekeraars hebben dan de keuze om ofwel de premie sterk te verhogen, ofwel de vergoeding voor deze zorg om te zetten naar natura. Zorgverzekeraars geven aan dat zij een forse premiestijging niet eerlijk vinden voor de verzekerden die deze hoge kosten niet declareren; daarom kiezen zij voor omzetten naar vergoedingen in natura.

Er is sprake van een ruim polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgaanbieders, waarvoor de kosten van zorg in de basisverzekering volledig wordt vergoed. De restitutiepolissen die de laatste jaren zijn omgezet naar combinatiepolissen bieden voor de meeste vormen van zorg nog een vergoeding op basis van restitutie, behalve voor de wijkverpleging en ggz. Dus ook al neemt het aantal restitutiepolissen af, er blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een ruime keuze voor zorgaanbieders. De verzekerde heeft bij natura- en combinatiepolissen daarmee nog steeds de mogelijkheid om te kiezen voor de zorgverlener die bij hem of haar past. Wel heeft de NZa recentelijk de vier grootste zorgverzekeraars formeel aangesproken; zij moeten zich in het kader van hun wettelijke zorgplicht, meer inspannen om met name het aanbod van voldoende ggz-zorg beter te borgen.

Bovendien is in art. 13 Zvw bepaald dat zorgverzekeraars ook voor een naturapolis een deel van de kosten voor niet-gecontracteerde zorg moet vergoeden.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende en ondoelmatige zorg. Goede contractering kan zich dus vertalen naar goede, passende zorg tegen een scherpe premie. Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn. Kortom: ik zie niet direct risico's in de afname van het aantal restitutiepolissen.

Daarbij kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende en ondoelmatige zorg. Goede contractering kan zich dus vertalen naar goede, passende zorg tegen een scherpe premie.

Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn. Kortom: ik zie geen direct risico in de afname van het aantal restitutiepolissen.

De Minister geeft aan dat er nog geen inzicht is in de ontwikkeling van het aantal nagenoeg gelijke polissen. Welk inzicht wenst zij precies en wanneer verwacht men dit inzicht wel te hebben?

Nagenoeg gelijke polissen dragen niet bij aan een overzichtelijk polisaanbod. Dit maakt het voor verzekerden lastiger om een passende zorgverzekering te kiezen. De NZa voert momenteel een analyse uit naar de vraag in hoeverre polissen daadwerkelijk van elkaar verschillen en zal daarover rapporteren. Deze rapportage wordt vóór de zomer verwacht.

Uit het vragenlijstonderzoek onder zorgverzekeraars kwam naar voren dat zij verschillend denken over het toevoegen van meer beleidsterreinen aan hun inspraakregeling. De geïnterviewde zorgverzekeraars en verzekerdenraden gaven aan dat het niet nodig is om meer beleidsterreinen toe te voegen aan de wet. Deze leden vragen de Minister of er zicht is op alle beleidsterreinen en dus waar ze wel of geen inspraak over kunnen hebben. Dus wat is mogelijk om toe te voegen?

Uit de evaluatie volgt dat zowel verzekerdenraden als zorgverzekeraars het op dit moment niet nodig vinden het aantal (beleids-)onderwerpen met verzekerdeninvloed uit te breiden. Het staat de zorgverzekeraars overigens vrij om dit naar eigen inzicht te doen. In de antwoorden op de vragenlijst hebben drie zorgverzekeraars aangegeven dat zij overige onderwerpen hebben opgenomen in de regeling. Voor twee van deze zorgverzekeraars betreft het geen concrete beleidsterreinen, maar biedt de regeling inspraakmogelijkheid voor andere onderwerpen. Voor de derde zorgverzekeraar betreft het de wijze van werving van leden van de verzekerdenraad. De reacties van zorgverzekeraars en verzekerden(-raden) in deze evaluatie bieden daarom geen aanleiding voor het (wettelijk) verplicht toevoegen van onderwerpen aan de verzekerdeninvloed. *Zorgverzekeraars zijn niet op de hoogte van het opleidingsniveau van hun verzekerdenportefeuille. Is het wenselijk dit te veranderen en hoe komt men hiervan wel op de hoogte?*

Het is belangrijk dat de verzekerdenraad een goede afspiegeling is van de verzekerdenportefeuille. Zorgverzekeraars streven dit na via diversiteit van de leden in leeftijd, geslacht, opleiding en achtergrond. Op deze manier worden zoveel mogelijk verzekerden vertegenwoordigd. Uit de evaluatie volgt dat zorgverzekeraars hiertoe de nodige inspanningen verrichten. Inzicht in het opleidingsniveau van alle individuele verzekerden lijkt niet noodzakelijk voor of wezenlijk bij te dragen aan de beoogde afspiegeling. Ik zie dan ook geen aanleiding voor hiertoe maatregelen te overwegen.

De leden van de NSC-fractie stellen vast dat het tijdig afronden van de contractering een stevige inspanning vraagt van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. In het IZA is afgesproken om de komende jaren het contracteerproces zodanig te verbeteren dat er ruim voor het einde van het jaar duidelijkheid is voor verzekerden welke zorg wel en niet gecontracteerd is. Partijen zetten hier met een breed verbetertraject volop op in. Kan de Minister garanderen dat dit eind dit jaar gebeurt? En zo ja, welke inspanningen worden gedaan om dit te kunnen garanderen?

Ik kan niet garanderen dat ruim voor het einde van het jaar voor verzekerden duidelijk is welke zorg een zorgverzekeraar wel en niet gecontracteerd heeft. Afgesproken is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars er zich voor inzetten dat de contractering voor 12 november wordt afgerond. Voor verzekerden is het van belang dat zij weten wat de financiële consequenties zijn als er geen contract is afgesloten. Naast het verbeteren van het contracteerproces om ervoor te zorgen dat de contracten zoveel mogelijk in het overstapseizoen worden afgesloten, heb ik ingezet op het verbeteren van de informatievoorziening. Hiertoe zijn, zoals eerder aangegeven, de nodige stappen gezet.

De IZA-partijen zijn bezig om samen met de NZa het contracteerseizoen 2024 te evalueren. Indien nodig worden naar aanleiding hiervan aanvullende afspraken gemaakt voor het contracteerseizoen 2025. Ik zal uw Tweede Kamer hierover in april van dit jaar informeren. Deze evaluatie is onderdeel van een breed traject om het contracteerproces te verbeteren dat de IZA-partijen hebben afgesproken. Dit vraagt echter een verandering van vorm, proces en cultuur en daarmee veel inspanning van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

Op dit moment zijn er landelijk gezien een zeer beperkt aantal signalen die erop wijzen dat er sprake is van een moeizame contractering, waarbij partijen er niet goed samen uitkomen. Hoe krijgt men zicht op deze signalen? Hoe actief wordt (moeizame) contractering uitgevraagd? En wat wordt concreet gedaan met deze signalen? Hoe wordt in deze periode en bij deze partijen met de verzekerde omgegaan?

De NZa houdt toezicht op de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit doet zij onder meer aan de hand van meldingen en signalen die zij heeft ontvangen op haar algemene meldpunt. Daarnaast heeft de NZa het contracteerseizoen 2024 geëvalueerd via een consultatie bij brancheorganisaties in de zorg. Ook heeft de NZa verdiepende gesprekken gevoerd met de brancheorganisaties die het IZA ondertekend hebben. Verder heeft de NZa op verschillende momenten tijdens het contracteerproces ook zogenoemde «vinger-aan-de-pols-gesprekken» gevoerd met een aantal zorgverzekeraars en zorgaanbieders uit diverse sectoren over de ervaringen van deze partijen met de contractering. Ook heeft de NZa op vier peilmomenten tijdens het contracteerseizoen voor meerdere sectoren de contracteergraad gemeten onder zorgverzekeraars. Dit geeft een indicatie over de mate van gecontracteerd aanbod. Deze totale evaluatie-inzichten worden door de IZA-partijen in een bestuurlijk overleg over de contractering op 12 maart 2024 besproken. Indien nodig worden dan naar aanleiding hiervan aanvullende afspraken met het oog op het contracteerseizoen 2025 gemaakt. Ik zal uw Kamer hierover in het voorjaar informeren.

De Minister wil de verwachting temperen dat de contractering voor 2025 al voor 12 november in zijn geheel is afgerond. Waarom is het een jaar van tevoren toch niet mogelijk om wel naar contractering op 12 november te streven? Hoe groot is de kans dat contractering voor 12 november wel mogelijk is wat betreft de contractering voor het jaar daarop (2026)?

Het is aan de bilaterale partijen om een contract af te sluiten. Er is afgesproken dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zich ertoe inzetten om de contractering zoveel mogelijk voor 12 november af te ronden. Er kunnen allerlei redenen zijn, waardoor dit in een individueel geval niet lukt. Ik zet me er wel voor in om ervoor te zorgen dat het merendeel van de contracten tijdens het overstapeseizoen worden afgesloten. Op dit moment wordt het contracteerseizoen 2024 door de IZA-partijen geëvalueerd. Hieruit moet naar voren komen in hoeverre de afspraken die met elkaar zijn gemaakt hebben bijgedragen aan het verbeteren van het contracteerproces en in hoeverre er aanvullende afspraken gemaakt moeten worden.

De benodigde cultuurverandering bij de IZA-partijen is in volle gang, maar neemt ook tijd in beslag.

Buitenlandse studenten met een bijbaan en seizoenarbeiders zijn vaak/vaker onverzekerd. Is er inzicht in hun zorggebruik? Door wie wordt hun zorg betaald? Wat wordt eraan gedaan om dit grote aantal onverzekerde buitenlandse studenten met een bijbaan en seizoenarbeiders te verminderen?

Seizoenarbeiders (arbeidsmigranten) die in Nederland arbeid verrichten en buitenlandse studenten met een bijbaan zijn -zolang zij arbeid verrichten- verzekeringsplichtig en zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Arbeidsmigranten worden over de noodzaak om zich te verzekeren veelal door hun werkgever geïnformeerd en er is een speciale website volledig gericht op arbeidsmigranten. Studenten kunnen zich hierover via Nuffic informeren. Wanneer zij geen arbeid meer verrichten kan het voorkomen dat zij onverzekerd raken.

Indien onverzekerde seizoenarbeiders en onverzekerde studenten zorg nodig hebben, dient de zorg in beginsel door henzelf betaald te worden. Als zij daar financieel niet toe in staat zijn, dan kan een zorgaanbieder de kosten voor medisch noodzakelijke zorg declareren op grond van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. De omvang van gedeclareerde zorgkosten is inzichtelijk op basis van het kenmerk van de nationaliteit, die wordt geregistreerd als zorg op grond van bovengenoemde subsidieregeling wordt gedeclareerd. Of een persoon met een Duitse nationaliteit student, seizoenarbeider of toerist is, is geen gegeven dat een zorgaanbieder bij de declaratie moet vermelden en is bij het CAK, dat de subsidieregeling uitvoert, daarom ook niet bekend. Hoeveel studenten gebruik maken van de genoemde subsidieregeling is ook onbekend. Op basis van de nationaliteit van de landen waar veel seizoenarbeiders (arbeidsmigranten) vandaan komen, is wel enig inzicht in het gebruik van de genoemde subsidieregeling.

Uit de tien door de Commissie Roemer genoemde herkomstlanden, waaronder Polen, Bulgarije en Roemenië, is in 2023 voor ruim € 25 miljoen kosten gedeclareerd (11.754 declaraties).

De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap wil met het wetsvoorstel Wet internationalisering in balans (WIB) de internationalisering in het hoger onderwijs duurzaam in balans brengen, waarbij ook de maatschappelijke voor- en nadelen worden meegewogen. Met de WIB wordt daarom ingezet op het behoud van het Nederlands als onderwijs- en wetenschapstaal en het kunnen beheersen en sturen van internationale studenten die in Nederland willen komen studeren. Hiertoe worden er in het wetsvoorstel taal-, numerus fixus- en regiemaatregelen geïntroduceerd. Het streven is om het wetsvoorstel zo vroeg mogelijk in het tweede kwartaal van 2024 naar uw Kamer te sturen. De maatregelen uit het wetsvoorstel worden aangevuld door zelfregieplannen van de instellingen en bestuurlijke afspraken. De maatregelen daaruit kunnen ook de tijd tot inwerkingtreding van het wetsvoorstel overbruggen.

De toegang tot laagbetaalde arbeidsmigratie kan in sommige gevallen de prikkel bij werkgevers verkleinen om zich in te zetten voor verbetering van arbeidsvoorwaarden en te investeren in innovatie. Daarnaast kan arbeidsmigratie gevolgen hebben voor de leefbaarheid van wijken en de druk kan verhogen op voorzieningen zoals de zorg, de woningmarkt en het onderwijs.

Met de hervorming van de arbeidsmarkt krijgen mensen in flexibele contracten meer zekerheid over hun inkomen en hun rooster, en wordt schijnzelfstandigheid teruggedrongen. Daarnaast kan de positie van arbeidsmigranten verbeteren door de aanbevelingen van het Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten uit te voeren. Met deze maatregelen wordt Nederland minder aantrekkelijk voor laagbetaalde arbeid en zullen (malafide) werkgevers minder inzetten op de werving van laagbetaalde arbeidsmigranten.

De oorzaken van geconstateerde misstanden liggen daarnaast dieper en raken zoals hierboven geschetst aan de algehele inrichting van de arbeidsmarkt en economie. Uw Kamer heeft de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050 gevraagd om de consequenties van verschillende demografische ontwikkelingen in kaart te brengen en advies over uit te brengen. Het kabinet werkt aan een reactie waarin hierop wordt teruggekomen.

Kan de Minister aangeven hoe in de contractering samengewerkt wordt met de afzonderlijke beroepsgroepen? Zit hier verschil tussen? Wordt met de ene beroepsgroep meer samengewerkt dan met andere beroepsgroepen? Is er zicht op de tevredenheid over samenwerking over

contractering? Hoe zorgen zorgverzekeraars dat beroepsgroepen voldoende gehoord worden?

Een zorgverzekeraar onderhandelt met een individuele zorgaanbieder, en niet met een beroepsgroep. Maar een beroepsvereniging kan zijn leden wel helpen bij de voorbereiding van de onderhandelingen. Mits dit alles binnen de Mededingingswet gebeurt en daarmee een correct contracteerproces niet wordt verstoord. Ook is er regelmatig contact tussen ZN als koepelvereniging van de zorgverzekeraars en de verenigingen van de diverse beroepsgroepen, bijvoorbeeld over de verbetering van het contracteerproces. In die contacten kan een breed scala van onderwerpen aan de orde komen die de beroepsgroep aangaan. En deze contracten beperken zich niet alleen tot de periode van contractonderhandeling, maar vinden gedurende het hele jaar plaats.

Voorts vragen deze leden hoe er in de contractering wordt samengewerkt met kleine zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de eerste lijn? Is er zicht op de tevredenheid over samenwerking over kleine zorgaanbieders? Hoe zorgen zorgverzekeraars dat ook kleine zorgaanbieders voldoende gehoord worden?

Een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder sluiten een contract waarin zij afspraken maken over prijs en kwaliteit van de geleverde zorg, maar eventueel ook over andere aspecten zoals de onderlinge samenwerking. Idealiter is dit maatwerk waarbij er voldoende aandacht is voor de wensen van iedere zorgaanbieder. In de praktijk is het echter onmogelijk voor een zorgverzekeraar om met iedere individuele zorgaanbieder maatwerkafspraken te maken. Daarvoor is het aantal relatief kleinere zorgaanbieders vaak te groot. Ik hoor geluiden dat sommige zorgaanbieders dit betreuren en hier graag verandering in brengen. Het kan in dergelijke gevallen nuttig zijn om als kleinere zorgaanbieders meer gezamenlijk op te trekken of ondersteund te worden door bijvoorbeeld hun brancheorganisatie. In de leidraad *Brancheorganisaties en zorgcontractering* licht de ACM toe op welke wijze brancheorganisaties wel en niet hun leden mogen ondersteunen bij contractonderhandelingen in relatie tot de mededingingsregels¹⁸. Daarnaast vind ik het van belang dat de organisatiegraad van kleinere zorgaanbieders wordt vergroot. Zo zetten de Minister van VWS en ik met het veld vanuit de Visie op de eerstelijnszorg in op het verbeteren van de organisatie van de eerstelijnszorg, met onder meer als doel om betere samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerstelijnszorg en andere partijen (waaronder zorgverzekeraars) te realiseren.

Kan de Minister bevestigen dat op het moment van contractering onduidelijk is welke polisvoorwaarden de zorgverzekeraar voor de aanvullende verzekering in het nieuwe jaar gaat hanteren. Indien bevestigd, erkent de Minister dat het vooral voor fysiotherapeuten van belang is om de polisvoorwaarden wel duidelijk te hebben, omdat fysiotherapeutische zorg voor het grootste deel onder de aanvullende verzekering valt? Welke oplossing ziet de Minister hiervoor?

De aanvullende verzekering valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat zorgverzekeraars zelf mogen bepalen welke aanvullende verzekeringen zij aanbieden en onder welke voorwaarden. Voor aanvullende verzekering gelden de gebruikelijke regels voor verzekeringsproducten.

¹⁸ Leidraad *Brancheorganisaties en zorgcontractering* (acm.nl)

Voor de aanvullende zorgverzekering zijn dus geen specifieke wettelijke termijnen vastgesteld voor het bekendmaken van de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden waarnaar verwezen wordt, bepalen de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerden, terwijl het contract vormgeeft aan de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Dit zijn daarmee twee verschillende trajecten die elkaar weliswaar kunnen beïnvloeden, maar niet afhankelijk zijn van elkaar zijn. Het is voor de zorgaanbieder dus niet noodzakelijk om te weten hoe de voorwaarden van de aanvullende polis er uit zien. Ook zonder deze kennis kan de zorgaanbieder een evenwichtig contract afsluiten.

Welke mogelijkheden ziet de Minister om de opslag op de premie voor wanbetalers te schrappen en op welke termijn? En welke mogelijkheid is er volgens de Minister om hierbij onderscheid te maken tussen wanbetalers (die wel/niet kunnen betalen)?

De opslag kent een wettelijke bandbreedte van 110% tot 130%. Het verlagen van de opslag tot 110% kan met een wijziging van de Regeling zorgverzekering per 1 januari of per 1 juli van enig jaar. Het afschaffen van de opslag vraagt om een wijziging van de Zvw en daarmee om een traject van wetswijziging dat ongeveer 1,5 jaar duurt om te doorlopen. In lijn met het aangenomen amendement¹⁹ van de leden Bikker en Klaver wordt het uitgavenbedrag van artikel 2 Curatieve zorg van de departementale begrotingsstaat verlaagd, zodat de opslag op korte termijn verlaagd kan worden naar 110%.

Door het verlagen en afschaffen van de opslag zou het aantal wanbetalers weer kunnen stijgen. Het effect van deze verlaging op het aantal wanbetalers wordt daarom zorgvuldig gemonitord.

Een onderscheid tussen verzekerden die de zorgpremie wel/niet kunnen betalen is niet mogelijk. Het CAK kan niet bij elke verzekerde in de wanbetalersregeling toetsen of deze verzekerde wel of niet in staat is de zorgpremie te betalen. Dit hangt van veel factoren af. Een verzekerde kan bijvoorbeeld zorgtoeslag ontvangen, maar deze zorgtoeslag in verband met schuldenproblematiek voor andere kosten gebruiken. *Op dit moment is het onduidelijk voor mensen met een natura- of combinatiepolis welke zorg gecontracteerd is. Op welke manier kan de Minister realiseren dat verzekeraars voor 1 december voorafgaand aan het verzekeringsjaar naar (potentiële) verzekerden bekend maakt welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en hoeveel de verzekerde zelf moet betalen voor een niet-gecontracteerde aanbieder?*

Ik vind het belangrijk dat verzekerden (tijdens het overstapeseizoen) weten welke zorgaanbieders er gecontracteerd zijn en een bewuste keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar en een polis. In het IZA hebben partijen met elkaar aan aantal afspraken gemaakt om zowel het contracteerproces te verbeteren als de informatievoorziening aan de verzekerden. Op grond van deze afspraken hebben zorgverzekeraars afgelopen contracteerseizoen op hun website vermeld in welke fase de onderhandeling met de zorgaanbieder zich bevindt en hebben zij afgesproken om allemaal dezelfde kwalificaties daarvoor te gebruiken. Ook wordt aangegeven welke consequenties een bepaalde kwalificatie heeft voor het recht op vergoeding van de kosten van de geleverde zorg. Op dit moment maart wordt het contracteerseizoen 2024 geëvalueerd, waarbij zowel het contracteerproces als de informatievoorziening besproken wordt. Ik zal uw Kamer hierover in april van dit jaar verder informeren.

¹⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 6

Hoe controleert de Minister dat bij een natura- of combinatiepolis er voldoende zorg gecontracteerd is? Hoe controleert de Minister dat er in elke regio voldoende zorg gecontracteerd is, zo vragen genoemde leden tot slot.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die in de wet is verankerd. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraars zich aan deze plicht houden en ziet dus ook toe op voldoende aanbod in de regio. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie danken de Minister voor de brieven met betrekking tot het zorgverzekeringsstelsel en hebben nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie constateren dat 2024 het tweede jaar is dat de collectiviteitskorting is afgeschaft en zijn benieuwd in hoeverre dit invloed heeft gehad op het maken van een keuze voor een zorgverzekering door de consument. Voorts vragen deze leden of de Minister kan toelichten welke andere effecten kunnen worden waargenomen.

Bij de wetsbehandeling van de afschaffing van de collectiviteitskorting is toegezegd om in 2024 onderzoek te doen naar de ontwikkeling van collectiviteiten na de afschaffing van de korting en bijvoorbeeld te kijken naar de deelnamegraad²⁰. Dit onderzoek loopt nu en neemt ook de motie van het lid Paulusma c.s.²¹ mee, die de regering verzocht om de zorginhoudelijke afspraken in collectiviteiten te monitoren en hierbij te betrekken in hoeverre bewezen effectieve preventie- en leefstijlprogramma's onderdeel uitmaken van collectieve zorgverzekeringen. Ik verwacht uw Kamer eind 2024 te kunnen informeren over de uitkomsten van het onderzoek.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat patiënten en consumenten inspraak hebben op hun zorgverzekering, zoals georganiseerd in de Wet Verzekerdeninvloed Zvw. Het Nivel-onderzoek Evaluatie Wet Verzekerdeninvloed geeft aan dat patiënten en consumentenorganisaties zich de vraag stellen in welke mate de wetswijziging heeft geleid tot meer invloed van verzekerden. Deze leden vragen de Minister om in te gaan op de aanbevelingen uit het onderzoek, zoals de aanbeveling om de zichtbaarheid van de verzekerdenraden te versterken. Kan de Minister aangeven op welke wijze zij voornemens is hier navolging aan te geven?

De resultaten van het evaluatieonderzoek zijn gedeeld met alle zorgverzekeraars. Daarbij heb ik hen gewezen op de aanbevelingen die in het rapport staan, waaronder de aanbeveling dat de zichtbaarheid van verzekerdenraden versterkt kan worden. De komende periode houd ik een vinger aan de pols welke stappen worden gezet om de zichtbaarheid te versterken. Ik ben niet voornemens te bekijken wat er nodig is om de invloed van verzekerden op het inkoopbeleid te vergroten. Uit de evaluatie volgt immers (paragraaf 6.2) dat de betrokkenheid van verzekerden bij het zorginkoopbeleid is vergroot door de wetswijziging. Zowel zorgverzekeraars als verzekerden geven daarover aan dat het complexe materie betreft. Belangrijk is dat er meer betrokkenheid is ontstaan en dat er een mogelijkheid tot inspraak is. Verzekerdenraden voelen zich gehoord door de zorgverzekeraars.

²⁰ Kamerstuk 35 872, nummer 6

²¹ Kamerstuk 35 872, nummer 12

De leden van de D66-fractie hebben tevens met veel interesse kennisgenomen van de onderzoeken inzake de premieopslag, mede gezien het feit dat deze leden afgelopen jaren meermaals hebben gevraagd om meer informatie inzake de effecten van de wanbetalersregeling (bijvoorbeeld in de motie-Ceder/Kat d.d. 31 mei 2022). Deze leden vragen de Minister te reflecteren op het in het schriftelijk overleg «evaluatie van de wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering» genoemde onderzoeksresultaat dat de wanbetalers over het algemeen in de lagere inkomensklassen zitten. Hoe verhoudt zich dit tot de in het onderzoek gestelde randvoorwaarde dat iemand voldoende inkomen dient te hebben om de opslag te laten werken?

In beginsel heeft iedere verzekerde dankzij de zorgtoeslag en andere sociale voorzieningen voldoende inkomen om de zorgpremie te kunnen betalen. Door bijvoorbeeld geen gebruik te maken van sociale voorzieningen of door terugvorderingen van sociale voorzieningen en/of het gebruik van zorgtoeslag voor andere kosten (met name in de situatie van schuldenproblematiek) kunnen er betalingsachterstanden op de zorgpremie ontstaan. In die situatie is er ook weinig ruimte om de bestuursrechtelijke premie te betalen. Als de bestuursrechtelijke premie niet wordt betaald, dan blijven verzekerden in de wanbetalersregeling verzekerd voor de polis die zij hebben afgesloten. Als de inkomenssituatie verbetert (al dan niet met hulp van de gemeente) dan kunnen zij een betalingsregeling treffen met de zorgverzekeraar en betalen zij direct weer de normale premie van hun polis. Als deze betalingsregeling is voldaan dan wordt de eventuele openstaande bestuursrechtelijke premie bij het CAK niet meer geïncasseerd. In de situatie dat er (weer) financiële ruimte is, dan kan de bestuursrechtelijke premie dus een motiverende werking hebben om een betalingsregeling te treffen met de zorgverzekeraar, waardoor direct weer de normale premie wordt betaald. De mate waarin de opslag hierin een motiverende werking heeft wordt in het onderzoek door AEF en Zorgvuldigadvies (dat uw Kamer op 18 januari 2024 heeft ontvangen) genuanceerd, maar kan niet worden vastgesteld. In lijn met het aangenomen amendement²² van de leden Bikker en Klaver wordt het uitgavenbedrag van artikel 2 Curatieve zorg van de departementale begrotingsstaat verlaagd, zodat de opslag op korte termijn verlaagd kan worden naar 110%. Door het verlagen en afschaffen van de opslag zou het aantal wanbetalers ook weer kunnen stijgen. Het effect van deze verlaging op het aantal wanbetalers wordt daarom zorgvuldig gemonitord.

Deze leden vragen of de Minister kan aangeven welke beleidsopties er zijn om het aantal wanbetalers af te laten nemen, zonder de negatieve effecten voor mensen die hun premie niet kunnen betalen vanwege de in het onderzoek gestelde randvoorwaarden.

Kan de Minister aangeven welke stappen er gemaakt zijn om mensen met beginnende betalingsachterstanden vroegtijdig te benaderen. Hoeveel mensen zijn er op deze manier behandeld en welke stappen zijn er vervolgens ondernomen, zo vragen deze leden haar.

Het aantal wanbetalers is afgenomen van 325.000 in 2014 tot ongeveer 170.000, dit betreft de stand van het aantal wanbetalers medio 2022. Deze daling is veroorzaakt door inspanningen van zorgverzekeraars (met name door het aanbieden van betalingsregelingen), in combinatie met een wijziging van beleid (opschorting wanbetalersregeling bij het treffen van een betalingsregeling). Een verdere grote daling wordt niet verwacht. Er blijft altijd een groep verzekerden in- en uitstromen, omdat – ondanks het aanbod van een betalingsregeling door de zorgverzekeraar en vroegsignalering door gemeenten – er altijd verzekerden zijn die te maken krijgen

²² Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 6

met problematische schulden en intensievere hulp nodig hebben. In 2022 stroomde ongeveer 135.000 verzekerden in en uit de wanbetalersregeling. We zien dat een relatief groter deel van de verzekerden in de wanbetalersregeling te maken heeft met bredere schulden en vaak multiproblematiek. Het aanbieden van een betalingsregeling is dan niet voldoende. Bij deze groep is (schuld)hulpverlening nodig. Om die reden kunnen gemeenten bij het CAK een lijst opvragen met wanbetalers in hun gemeenten, zodat zij gericht hulp kunnen bieden. Ongeveer 150 (vooral grote en middelgrote) gemeenten ontvangen regelmatig de CAK-lijst. Het CAK promoot deze lijst actief.

Het is uiteraard wenselijk om deze situatie van gevorderde schuldenproblematiek te voorkomen. Om die reden heeft dit kabinet samen met gemeenten geïnvesteerd in vroegsignalering. Per 1 januari 2021 is de wetswijziging op de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) van kracht. Met deze wijziging is vroegsignalering van schulden op basis van signalen door derden een wettelijk taak voor gemeenten geworden. Op basis van signalen van zorgverzekeraars, maar ook (in combinatie met) energiebedrijven, woningverhuurders en drinkwaterbedrijven benaderen gemeenten bewoners met betaalachterstanden proactief om hen hulp aan te bieden. Gemeenten moeten binnen vier weken actie ondernemen als zij een signaal ontvangen (bijvoorbeeld het versturen van een brief, telefonisch contact of een huisbezoek). Het is aan een inwoner om deze hulp van de gemeente wel of niet te aanvaarden. De afgelopen jaren hebben gemeenten de volgende aantallen signalen ontvangen van zorgverzekeraars:

2021: 218.800

2022: 242.439

2023: 228.902 (t/m Q3)

Hier is een duidelijk stijgende lijn zichtbaar, waarbij steeds meer gemeenten actief hulp aan inwoners aanbieden. Dit kabinet heeft in 2023 en 2024 incidentele middelen van 50 miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld voor extra inzet op vroegsignalering en bijzondere bijstand. Het Ministerie van SZW is voornemens in 2024 de Wgs en daarmee ook de vroegsignalering te gaan evalueren.

Ten slotte, vragen de leden van de D66-fractie of de Minister kan toelichten op welke wijze er volledig gebruik wordt gemaakt van de capaciteit van klinieken. Deze leden begrijpen dat de treeknorm in de ziekenhuizen vaak wordt overschreden, terwijl er bij de klinieken nog voldoende capaciteit is om zorg te verlenen.

Kan de Minister aangeven welke knelpunten hierin meespelen – bijvoorbeeld bij contractering door zorgverzekeraars – en op welke wijze dit in verhouding staat tot het nakomen van de zorgplicht door zorgverzekeraars?

Er bestaat een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars. Bij een natura verzekering realiseren zorgverzekeraars dit door zorg in te kopen. Welke hoeveelheid zorg zij bij welke zorgaanbieders inkopen mogen zij zelf beslissen. Als er een te lange wachtlijst is bij een zorgaanbieder dan is een (natura-) zorgverzekeraar verplicht om op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie te komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een andere gecontracteerde of bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat kan bij een kliniek zijn, maar hoeft niet. Daarmee maakt de zorgverzekeraar gebruik van de capaciteit bij andere zorgaanbieders. De zorgplicht garandeert de beschikbaarheid van zorg, niet de beschikbaarheid van zorg bij een bepaalde (soort) zorgaanbieder. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraar voldoet aan de zorgplicht.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de brieven van Minister ontvangen over het zorgverzekeringsstelsel en hebben nog enkele vragen aan haar. Uit het onderzoek van Nivel blijkt dat alle zorgverzekeraars in Nederland een inspraakregeling hebben en bijna allemaal een verzekerdenraad hebben opgericht. De veranderingen in de wet hebben echter maar beperkt invloed gehad op de manier waarop verzekerden invloed hebben op het beleid van de zorgverzekeraars. De adviezen van de verzekerdenraden lijken voornamelijk te leiden tot aanpassingen in het klantcommunicatiebeleid en niet zozeer op het beleid rondom de inkoop van zorg. De leden van de BBB-fractie willen graag meer inzicht krijgen in wat de verzekerdenraden nodig hebben om concrete beleidsadviezen te kunnen geven over de inkoop van zorg. Is de Minister bereid om hier onderzoek naar te doen?

Uit de evaluatie van het Nivel volgt (zie paragraaf 6.2 van het onderzoek) dat de betrokkenheid van verzekerden bij het zorginkoopbeleid is vergroot door de wetswijziging. Zowel zorgverzekeraars als verzekerden geven echter aan dat inkoopbeleid complexe materie is. Belangrijk is dat er meer betrokkenheid is ontstaan en er mogelijkheid tot inspraak is. Daarom ben ik niet voornemens om vervolgstappen te ondernemen.

Daarnaast is het een aandachtspunt dat de verzekerdenraad niet bekend genoeg is bij individuele verzekerden. Veel mensen weten niet eens dat de verzekerdenraad bestaat. Het is belangrijk om de zichtbaarheid van de verzekerdenraad te vergroten, zodat individuele verzekerden contact kunnen opnemen met hun zorgverzekeraar via de verzekerdenraad. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat de zichtbaarheid wordt vergroot?

De resultaten van het evaluatieonderzoek zijn gedeeld met alle zorgverzekeraars. Daarbij heb ik hen gewezen op de aanbevelingen die in het rapport staan, waaronder de aanbeveling dat de zichtbaarheid van verzekerdenraden versterkt kan worden. De komende periode houd ik een vinger aan de pols welke stappen worden gezet om de zichtbaarheid te versterken.

Verder is er volgens het onderzoek behoefte aan vervolgonderzoek om te kijken naar wat er in de praktijk nodig is om individuele verzekerden meer te betrekken bij het vormen van het beleid van zorgverzekeraars. Is de Minister bereid om dit vervolgonderzoek mogelijk te maken?

Naar aanleiding van het Nivel-onderzoek vind ik het belangrijk dat zorgverzekeraars sterker inzetten op de bekendheid van de mogelijkheden van verzekerdeninvloed. Daarnaast ga ik met zorgverzekeraars in gesprek om te bekijken welke stappen zij nog kunnen zetten om de verzekerdeninvloed te kunnen vergroten en wat zij daarbij nodig hebben. Vervolgonderzoek acht ik niet nodig.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het inkopen van zorg. Zij hebben ook de verantwoordelijkheid om de beschikbare zorgcapaciteit optimaal te benutten en de wachttijden te verkorten tot minimaal de wettelijk vastgestelde norm. De leden van de BBB-fractie constateren dat niet alle klinieken die graag gecontracteerd willen worden en een bijdrage kunnen leveren aan het verkorten van de wachttijden, worden gecontracteerd voor 2024. Zij willen daarom weten of de Minister op de hoogte is van het feit dat de toegankelijkheid van zorg steeds meer onder druk staat. Dit komt doordat de wachttijden in ziekenhuizen de treeknorm ruimschoots overschrijden, terwijl er onbenutte capaciteit is bij niet-gecontracteerde klinieken. Daarnaast willen zij ook weten of de Minister op de hoogte is van het feit dat er capaciteit beschikbaar is bij klinieken, maar dat deze niet benut kan worden omdat zorgverzekeraars niet genoeg contracteren. Dit is jammer, omdat deze capaciteit juist kan helpen bij het verminderen van wachttijden. Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hun wettelijke verplichtingen

nakomen? Zorgverzekeraars hebben namelijk de verantwoordelijkheid om de beschikbare zorgcapaciteit in te kopen en ervoor te zorgen dat zorg toegankelijk is voor iedereen.

Ik ben ervan op de hoogte van het feit dat de toegankelijkheid van sommige zorgsoorten in de gevarenzone terecht kan komen of al is gekomen. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders om dit gevaar het hoofd te bieden. En de capaciteit beter te benutten en daar waar nodig uit te breiden. De zorgverzekeraars hebben daartoe een wettelijke zorgplicht. Bij een naturaverzekering realiseren zorgverzekeraars dit door zorg in te kopen om aan deze plicht te voldoen. Welke hoeveelheid zorg zij bij welke zorgaanbieders inkopen mogen zij zelf beslissen. Als er een te lange wachtlijst is bij een zorgaanbieder dan is een (natura-) zorgverzekeraar verplicht om op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie te komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een andere gecontracteerde of bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat kan bij een kliniek zijn, maar hoeft niet. Daarmee maakt de zorgverzekeraar gebruik van de capaciteit bij andere zorgaanbieders. De zorgplicht garandeert de beschikbaarheid van zorg, niet de beschikbaarheid van zorg bij een bepaalde (soort) zorgaanbieder. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraar voldoet aan de zorgplicht.

Daarnaast willen de leden van de BBB-fractie nog een paar andere punten aankaarten. Ze willen graag dat er onderzoek wordt gedaan naar de impact van groeiende commerciële huisartsenketens op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Hierbij kan gekeken worden naar hun waarde binnen het zorgstelsel en hoe we het praktijkhouderschap voor huisartsen aantrekkelijker kunnen maken. Ook kan de fusietoets van de zorgautoriteit worden uitgebreid naar de mogelijke gevolgen van overnames voor de kwaliteit van zorg. Het bestaande verbod op winstuitkering in de zorg kan indien nodig worden uitgebreid. Wat vindt de Minister hiervan?

Op dit moment laten de Minister van VWS en ik onderzoek doen naar de omvang van private equity in de Nederlandse zorg en de effecten van private equity op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort verwacht. Mede aan de hand van dit onderzoek zullen we bezien of, en zo ja welke, nadere maatregelen gewenst zijn om eventuele negatieve gevolgen van private equity te mitigeren. Het eventueel uitbreiden van het winstuitkeringsverbod zou daarbij een optie kunnen zijn.

Daarnaast verkent de Minister van VWS op dit moment de mogelijkheid om de NZa de bevoegdheid te geven om een voorgenomen fusie tijdelijk tegen te kunnen houden als er signalen zijn dat er kwaliteits- en/of toegankelijkheidsproblemen zijn bij een betrokken zorgaanbieder. Zij zal uw Kamer hierover dit voorjaar verder informeren.

Om het praktijkhouderschap en het werken met een vaste patiëntenpopulatie aantrekkelijker te maken, zijn er het afgelopen jaar verschillende acties ondernomen. De komende tijd worden er ambtelijk samen met het veld aanvullende beleidsopties verkend voor het stimuleren van het werken met een vaste patiëntenpopulatie. Besluitvorming hierover is aan een nieuw kabinet. De brief aan uw Kamer over stand van zaken versterking huisartsenzorg van afgelopen december is hier uitgebreid op ingegaan.

De leden van de BBB-fractie constateren dat de marktwerking in de zorg te ver is doorgeslagen en dat het zorgstelsel vrijwel vastgelopen is. Een idee om dit op te lossen is om de marktwerking te beperken door één verplichte basisverzekeringsspolis in te voeren en de premieverschillen te maximeren. Ook het verminderen van het aantal verschillende labels en

polissen kan bijdragen aan het vereenvoudigen van het verzekeringsstelsel. Is de Minister positief over deze ideeën en zo ja, hoe kunnen deze maatregelen worden uitgevoerd?

Op grond van de Zvw is geregeld wat de zorgverzekering aan zorg moet dekken. In die zin lijken de verschillende zorgverzekeringen al behoorlijk op elkaar. Met als belangrijkste voorbeeld dat alle zorgverzekeringen het basispakket verzekeren.

Ik vind een stelsel waarbij zorgverzekeraars, binnen voorbedeelde kaders van de Zvw, vrijheid hebben in hun polisaanbod waardevol. Zij kunnen dan immers met hun polisaanbod inspelen op verschillen in wensen van verzekerden. Bijvoorbeeld ten aanzien van de mate van service en de mate waarin een relatief selectief aanbod aan zorgaanbieders wordt gecontracteerd of juist een relatief breed aanbod.

Dit zorgt ervoor dat verzekerden kunnen kiezen voor een polis(type) dat bij hen past en dat zorgverzekeraars scherp blijven ten aanzien van klantgerichtheid, inkoop van zorg en premie. De mogelijkheid van overstappen is daarbij een stimulans voor zorgverzekeraars om zich in te spannen voor kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg. Ik ben daarom geen voorstander van het invoeren van één verplichte basisverzekeringsspolis en acht de bestaande voorwaarden die de Zvw aan polissen stelt, afdoende. Ook ben ik geen voorstander van het maximeren van premieverschillen; dat zou de prikkel verzwakken om een scherpe premie te vragen evenals de prikkel om passende zorg in te kopen om een scherpe premie te kunnen vragen. Dit zijn bovendien verregaande maatregelen die in het huidige privaatrechtelijke stelsel (Europees) juridisch niet of niet zonder meer mogelijk zijn. Wel vind ik het belangrijk dat het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend is. Daarom blijf ik zorgverzekeraars voortdurend oproepen om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden. Ook is het goed dat de NZa haar regelgeving ten aanzien van de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars voor nagenoeg gelijke polissen heeft aangepast. Hierdoor is het voor verzekerden beter inzichtelijk of er een vergelijkbaar, en wellicht goedkoper, alternatief is.

Tot slot vinden de leden van de BBB-fractie dat zorgverzekeraars te machtig zijn geworden. Daarom willen zij dat zorgverzekeraars voortaan afspraken maken met collectieven, zoals brancheverenigingen, en niet met individuele zorgverleners. Zorgverleners mogen zich organiseren en hoeven niet meer individueel in gesprek te gaan. Dit bespaart veel tijd en frustratie en zorgt bovendien voor een gelijkwaardiger onderhandelingsniveau. Wil de Minister dit meenemen in haar overwegingen om het zorgstelsel te vereenvoudigen?

De mogelijkheid om individuele contractafspraken te maken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een belangrijke basis van ons verzekeringsstelsel. Het stelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat om gerichte afspraken te maken over de kwaliteit, omvang en prijs van zorg om te komen tot een passend zorgaanbod en voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden. Tegelijkertijd realiseer ik me dat individuele contractonderhandelingen in sommige gevallen hoge transactiekosten met zich mee kunnen brengen, met name wanneer bij de onderhandelingen relatief kleinere zorgaanbieders zijn betrokken. Denk bijvoorbeeld aan kosten gerelateerd aan afstemming over kwaliteitsnormen en registraties. Het kan op die momenten nuttig zijn om als brancheorganisatie in gesprek te gaan met zorgverzekeraars en daarmee individuele leden te ondersteunen bij de contractonderhandelingen. Dat gebeurt in veel gevallen ook al. Daarbij is wel van belang dat de gesprekken tussen brancheorganisaties en zorgverzekeraars gericht zijn op het verbeteren van de toegang tot kwalitatief, goede zorg voor

patiënten en verzekerden. Gesprekken mogen niet gericht te zijn op puur commerciële aspecten als prijzen en volume.

Dat is meestal ook niet in het belang van de patiënt/verzekerde. In de leidraad Brancheorganisaties en zorgcontractering licht de ACM toe op welke wijze brancheorganisaties wel en niet hun leden mogen ondersteunen bij contractonderhandelingen in relatie tot de mededingingsregels.

Dat neemt niet weg dat ik uw zorgen deel dat in specifieke situaties kan blijken dat bovengenoemde mogelijkheden onvoldoende steun bieden en een ongelijke machtsverhouding tussen kleinere zorgaanbieders en zorgverzekeraars negatieve effecten heeft op de toegang tot kwalitatief goede zorg. Zoals toegezegd zal ik uw Kamer in het voorjaar een brief sturen in reactie op de motie van de leden Van den Berg en Tielen²³, waarbij ik meer uitgebreid zal ingaan op de voor- en nadelen van verbreding van de mogelijkheden voor collectief onderhandelen door zorgaanbieders door verhoging van de bagatelbepaling in de Mededingingswet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van het kabinet en hebben nog een aantal vragen over deze brieven en het zorgverzekeringsstelsel.

De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgpremie ook dit jaar weer is gestegen naar gemiddeld € 146 per maand. Zij benadrukken dat dit voor veel mensen een zware last is, ook in de groep mensen die geen recht heeft op zorgtoeslag. Tegelijkertijd is er wel voldoende geld in Nederland om de zorg te financieren. De zorg is dus niet onbetaalbaar, maar de zorgpremie wordt dat wel voor veel mensen. Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat de zorgpremie voor nog meer mensen een te zware last wordt? Hoe kijkt zij bijvoorbeeld naar mogelijke maatregelen om de kosten eerlijker te verdelen, door de zorg meer uit de belastingen te betalen of de premie inkomensafhankelijk te maken?

De Zvw kent al een grote mate van inkomenssolidariteit dankzij de inkomensafhankelijke bijdrage en zorgtoeslag voor huishoudens met een laag- en middeninkomen. De helft van alle Zvw-uitgaven worden bekostigd via de inkomensafhankelijke bijdrage. De andere helft via de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen samen. Dit is de zogenaamde 50/50-verdeling. Daarnaast ontvangen huishoudens met een laag- of middelhoog inkomen zorgtoeslag. Dat betekent niet dat ik mij niet inzet om zorgkosten en de zorgpremie in de toekomst houdbaar te houden. In tegendeel: met het IZA zetten we samen met alle partijen in en rond de zorg belangrijke stappen in het betaalbaar houden van de zorg en daarmee de zorgverzekeringspremie. Het versterken van de inzet op passende zorg en het verbeteren en verbreden van de toets op het pakketpakket zijn hiervoor cruciale instrumenten.

Daarnaast benadrukken de leden van de SP-fractie dat er ook genoeg maatregelen te nemen zijn om de zorguitgaven te beperken, zonder in te leveren op de kwaliteit en de toegankelijkheid. Daarvoor is het echter wel noodzakelijk om fundamenteeler in te grijpen in het stelsel. Zo stelde de CNV recent voor om de bewijslast voortaan om te draaien en de verzekeraars verantwoordelijk te maken om het te bewijzen als zorg niet is

²³ Kamerstuk 29 689-1207

geleverd, om zo te kunnen stoppen met overbodige administratieve last voor zorgverleners.²⁴ Is de Minister bereid naar dit soort mogelijkheden te kijken?

De Minister van VWS en ik delen met de leden dat het belangrijk is om te stoppen met onnodige administratieve lasten voor zorgaanbieders. Dit voorbeeld sluit goed aan bij de lijn die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft geschetst in haar recente rapport «Is dit wel verantwoord?» Hoe de zorg betekenisvol rekenschap kan afleggen in transitie». De RVS pleit namelijk voor meer vertrouwen in de zorgsector, en gaat in hun probleemstelling ook expliciet in op rechtmatigheidscontroles die doordat ze zijn gestoeld op wantrouwen en risicobeheersing, zorgen voor administratieve lasten voor zorgaanbieders. In de Regiegroep Aanpak Regeldruk bespreken de speciaal gezanten regeldruk met alle betrokken partijen de mogelijkheden voor significante vermindering van de administratieve last voor zorgaanbieders, het voorstel van Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV) kan dienen als concreet voorbeeld.

De leden van de SP-fractie stellen dat er snel iets moet gebeuren om mondzorgmijding tegen te gaan. Uit onderzoek onder het EenVandaag opiniepanel bleek immers dat ruim één op de vijf mensen mondzorg mijdt vanwege de kosten.²⁵ Om die reden zijn deze leden van mening dat mondzorg zo snel mogelijk in het basispakket zou moeten worden opgenomen. In de tussentijd moet er echter ook zo snel mogelijk iets gebeuren om de mondzorg voor mensen die kampen met ernstige gebitsproblemen door mondzorgmijding. Welke stappen is de Minister bereid daar nu voor te zetten? Hoe kijkt zij aan tegen het voorstel van Dokters van de Wereld en de FNV voor «eenmalige triage en behandeling van deze groepen om hun gebit weer in orde te brengen, op basis van de minimumeisen (pijn- en ontstekingsvrij, functioneel gebit en representatief)»?²⁶ Hoe staat het daarnaast met de uitvoering van de motie-Dijk/Drost over met concrete voorstellen komen om mondzorg voor bepaalde groepen te verbeteren?²⁷

In mijn brief van 29 juni 2023 over Stand van zaken project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen»²⁸ heb ik uw Kamer gerapporteerd over de literatuurstudie door Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) waaruit zou blijken dat ongeveer 0,5 miljoen Nederlanders de mondzorg om financiële redenen mijden. Financiële regelingen om mensen te helpen bereiken hen niet altijd. Dit leidt er soms toe dat mensen onnodig met mondziekten te maken krijgen. Ik ben daarom blij dat er veel aandacht is voor bestaanszekerheid. Het verhogen van de koopkracht van minima betekent ook meer financiële ruimte om naar de tandarts te gaan.

In de tweede voortgangsrapportages van het project die uw Kamer op 21 december 2023²⁹ heeft ontvangen, zijn oplossingsrichtingen opgenomen die een volgend kabinet kan nemen. Het gaat om: landelijke maatregelen, zoals een herziening van het basispakket en investeringen in de publieke gezondheid, en lokale maatregelen, zoals een betere inzet van

²⁴ AD, 4 januari 2024, «Administratie in de zorg? Doe dat maar lekker zelf!» (<https://www.ad.nl/opinie/administratie-doen-in-de-zorg-doe-dat-lekker-zelf-maar~ad481622/>)

²⁵ EenVandaag, 13 juni 2023, «Lagere inkomens gaan niet meer naar de tandarts vanwege de kosten: «Ibuprofen tegen de pijn goedkoper dan de tandartsrekening» (Lagere inkomens gaan niet meer naar tandarts vanwege de kosten: «Ibuprofen tegen de pijn goedkoper dan de tandartsrekening» – EenVandaag (avrotros.nl))

²⁶ Dokters van de Wereld en FNV, 14 juni 2023, «Zwartboek Mondzorg» (<https://doktersvanderwereld.org/rapporten-publicaties/zwartboek-mondzorg/>)

²⁷ Kamerstuk 33 578-105

²⁸ Kamerstuk 32 620-287

²⁹ Kamerstuk 32 620-290

gemeentelijke regelingen en het versterken van het maatschappelijk vangnet. Het is echter niet duidelijk wat de exacte kosten en baten zijn van deze maatregelen. Alle maatregelen kennen ook een keerzijde. De uitbreiding van het basispakket kan bijdragen aan het tegengaan van ongewenste mijding van mondzorg, maar is een vrij grove maatregel die ertoe kan leiden de totale zorgkosten sterk zullen stijgen (het effect op ondoelmatige zorg is onduidelijk en lastig te onderzoeken, evenals de bredere kosten en baten). Tegelijk kent ook lokaal maatwerk door gemeenten een keerzijde. Gemeentelijke regelingen zijn niet altijd goed toegankelijk en de verschillen tussen gemeenten zijn groot.

Ik zal voor de zomer het eindverslag van het bovengenoemde project met uw Kamer delen. Het is aan het volgende kabinet om een besluit te nemen over de richting van de te nemen maatregelen (en het eventuele verdere onderzoek naar de kosten en baten hiervan) en hiervoor financiële middelen beschikbaar te stellen.

De leden van de SP-fractie stellen daarnaast dat fysiotherapie zo snel mogelijk in het basispakket zou moeten worden opgenomen. Dit verbetert namelijk de toegankelijkheid van deze noodzakelijke zorg voor mensen en kan ook nog besparen op zwaardere zorg. In hoeverre verwacht de Minister dat fysiotherapie in 2025 voor meer gevallen vergoed zal worden uit het basispakket?

Zoals eerder gemeld aan uw Kamer verken ik samen met relevante beroepsgroepen (Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) en Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), de Patiëntenfederatie, ZN, de NZa en het ZiNL via het traject «Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie» (PAFOZ) de mogelijkheid om meer fysio- en oefentherapeutische zorg vanuit het basispakket te gaan vergoeden. Op 18 januari 2024 meldde ik uw Kamer dat het ZiNL een aantal kansrijke bouwstenen voor een versnelde verbetering van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie ziet. Hierover ben ik in gesprek met betrokken partijen. Dit voorjaar zal ik uw Kamer, zoals ik u eerder heb toegezegd, in ieder geval informeren over (het vervolg) van het PAFOZ-traject.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het eigen risico een onrechtvaardige boete is op ziek zijn, die zo snel mogelijk zou moeten worden afgeschaft. Zij vragen de Minister daarom wat het laatste moment is dat het eigen risico aangepast of afgeschaft zou kunnen worden voor het jaar 2025?

Het eigen risico is een belangrijk en waardevol instrument in ons stelsel. Het eigen risico zorgt voor betaalbaarheid, bewustwording van de kosten van de zorg en voor solidariteit in het stelsel. Afschaffen kost structureel zo'n € 6 miljard en kan daardoor de betaalbaarheid, en daarmee ook de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg op langere termijn onder druk zetten. Ik ben daarom geen voorstander van het afschaffen van het eigen risico.

Het afschaffen of verlagen van het eigen risico vergt een wijziging van de Zvw. Hiervoor staat normaal gesproken minimaal 1,5 jaar. Daarnaast moet een wijziging vóór begin september van een jaar t door beide Kamers aangenomen zijn, als de wijziging op 1 januari t+1 in dient te gaan. Als deze deadline niet gehaald wordt, kan er geen rekening meer gehouden worden met de wijziging van het eigen risico bij de vaststelling van de financiering van de zorgverzekeraars.

Als de afschaffing van het verplicht eigen risico gepaard gaat met een hogere risicovereveningsbijdrage zoals in het amendement dat de SP-fractie heeft ingediend bij het wetsvoorstel Verzamelwet VWS 2023³⁰ dient er bovendien vooraf goedkeuring van de Europese Commissie te zijn. Dat komt omdat de risicovereveningsbijdragen die de zorgverzekeraars van de overheid krijgen, staatssteunmaatregelen zijn. Wijzigingen in staatsteun moeten vooraf ter goedkeuring aan de Europese Commissie voorgelegd worden. Die zal een toets uitvoeren. Pas nadat de Europese Commissie een positief oordeel heeft gegeven, zal afschaffing van het eigen risico onder gelijktijdige invoering van een hogere risicovereveningsbijdrage daadwerkelijk kunnen worden uitgevoerd. De ervaring is dat het doorlopen van deze toetsing minstens twee jaar duurt.

In het verleden hebben we weleens gezien dat een wijziging van het verplicht eigen risico bij wet sneller kan gaan als er een breed politiek draagvlak is. De eerdere bevrozingen van het eigen risico zijn hier een voorbeeld van. Deze bevrozingen zijn met spoed behandeld en zijn in het gunstigste geval in slechts vier weken door beide Kamers behandeld. Dit is echter niet goed vergelijkbaar met een forse verlaging of afschaffing van het eigen risico. Zulke wijzigingen van het verplicht eigen risico zijn groter dan een bevrozing. Een dergelijke wijziging heeft forse financiële consequenties en heeft ook impact op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, die genoeg tijd moeten krijgen om die uitvoering aan te passen voordat de wijziging van kracht gaat.

Kortom: het afschaffen of een forse verlaging of afschaffing van het eigen risico per 1 januari 2025 acht ik niet haalbaar. Daarnaast geldt: als afschaffing van het verplicht eigen risico gepaard gaat met een verhoging van de risicovereveningsbijdrage zoals in het hierboven genoemde amendement van de SP, zal de afschaffing op zijn vroegst op 1 januari 2027 in werking kunnen treden.

De leden van de SP-fractie zijn ten slotte van mening dat het huidige zorgverzekeringsstelsel gebaseerd op marktwerking niet werkt en de oplossing van de problemen in de zorg in de weg zit. Zij zijn zich ervan bewust dat het huidige kabinet niet meer met een voorstel zal komen om dit stelsel grondig te herzien, gezien de demissionaire status. Echter benadrukken zij wel dat zo'n herziening onvermijdelijk is en vragen daarom wat de huidige Minister doet om aanpassing van dit stelsel te onderzoeken en voor te bereiden.

Alle partijen in het zorgstelsel zijn van mening dat het huidige zorgstelsel op een groot aantal vlakken nog verbeterd kan worden. Met het IZA hebben partijen hierover verschillende afspraken gemaakt om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk te houden. Tegelijkertijd is ook afgesproken dat individuele contractering het uitgangspunt van het zorgstelsel blijft. In het Rapport Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven³¹ dat mijn voorganger op 12 december 2023 aan uw Kamer heeft aangeboden is een breed scala aan mogelijke beleidsopties en uitvoeringvarianten voor een volgend kabinet opgenomen.

De leden van de SP-fractie constateren dat het aantal restitutiepolissen weer verder is gedaald van zeven naar vier. Zij vragen de Minister in hoeverre zij verwacht dat dit aantal verder af zal nemen. Daarnaast vragen zij de Minister of zij zich bewust is van de risico's van het verdwijnen van restitutiepolissen voor mensen die afhankelijk zijn van ongecontracteerde zorg, bijvoorbeeld bij transzorg of in de ggz. Wat gaat zij doen om te

³⁰ Kamerstukken II 2023/24, 36 357, nr. 13

³¹ Kamerstuk 32 620-289

voorkomen dat die mensen te maken krijgen met veel extra kosten of een minder toegankelijke zorg?

De trend van het afnemen van het aantal restitutiepolissen is al een aantal jaren geleden ingezet. De oorzaak daarvoor is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden, met name in de wijkverpleging en de ggz. Zorgverzekeraars hebben dan de keuze om ofwel de premie sterk te verhogen, ofwel de vergoeding voor deze zorg om te zetten naar natura. Zorgverzekeraars geven aan dat zij een forse premiestijging niet eerlijk vinden voor de verzekerden op deze polissen die deze hoge kosten niet declareren; daarom kiezen zij voor het omzetten naar een naturavergoeding. Het is niet duidelijk of het aantal restitutiepolissen de komende jaren verder zal afnemen.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit betekent dat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom ofwel voldoende zorg inkopen of vergoeden en bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan. Als een zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht, kan een zorgverzekeraar ook richting verzekerden aangeven dat de zorg van (bepaalde) ongecontracteerde aanbieders wordt vergoed alsof er een contract is en daarmee aan zijn zorgplicht voldoen. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen.

De leden van de SP-fractie blijven kritisch op de gang van zaken bij de contractering van de zorg. Nog steeds moeten mensen vaak een verzekering afsluiten, voordat zij weten welke zorgaanbieders door hun verzekeraar gecontracteerd worden. Zij vragen de Minister in hoeverre het is gelukt om dit te verbeteren. Welk percentage van de contracten was dit jaar voor 1 januari afgesloten? Gaat het met het verbetertraject lukken om dit percentage aankomend jaar honderd procent te maken?

De NZa bekijkt op dit moment hoe het contracteerseizoen 2024 is verlopen. Zij hebben samen met ZN op vier peilmomenten (12 november, 8 december, 22 december en midden januari) in kaart gebracht wat de contracteerstatus is binnen de medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging. Dit geeft een indicatie over de contracteergraad binnen deze sectoren. De uitkomst van deze evaluatie door de NZa zal ik dit voorjaar met uw Kamer delen. Deze evaluatie is onderdeel van een breed traject dat de IZA-partijen hebben afgesproken om het contracteerproces te verbeteren.

Dit vraagt echter een verandering van vorm, proces en cultuur en daarmee veel inspanning van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Dit is weliswaar in volle gang, maar neemt ook zeker nog de nodige tijd in beslag.

Het is aan de bilaterale partijen om een contract af te sluiten, waarbij afgesproken is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zich ertoe inzetten om de contractering zoveel mogelijk voor 12 november af te ronden. Er kunnen allerlei redenen zijn, waardoor dit in een individueel geval niet lukt. Ik zet me er wel voor in om ervoor te zorgen dat het merendeel van de contracten tijdens het overstapeseizoen worden afgesloten.

Daarnaast wijzen zij op de ongelijke positie tussen kleine zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, die er vaak toe leidt dat deze aanbieders onder druk komen te staan door niet-dekkende tarieven. Hoe kan de ongelijke positie tussen zorgverzekeraars en kleine zorgaanbieders worden verbeterd?

Individuele contractering is een belangrijke basis van ons zorgstelsel. Een evenwichtig proces van contractering zorgt voor de optimale mix van betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit en organiseerbaarheid. Zorgaanbieders kiezen vaak bewust voor een bepaalde «grootte» waarbij allerlei (persoonlijke en (bedrijfs)economische) overwegingen een rol kunnen spelen, maar dat kan ook van invloed zijn op de ruimte die er vervolgens bestaat om in de onderhandelingen maatwerkafspraken te maken. Bij kleinere zorgaanbieders is die ruimte doorgaans beperkter. Het kan dan helpen als zorgaanbieders meer samenwerken en gezamenlijk optrekken in de onderhandeling met zorgverzekeraars. In relatie tot de mededingingsregels dient daarbij altijd het belang van de patiënt voorop te staan. Gezamenlijk optrekken dient niet gericht te zijn op puur commerciële aspecten als prijzen en volumes. Ik zet daarnaast actief in op het vergroten van de organisatiegraad van kleinere zorgaanbieders. In reactie op de motie van de leden Van den Berg en Tielen³², zal ik dit voorjaar in de toegezegde brief over het zorgspecifieke markttoezicht meer uitgebreid ingaan op de verschillende beleidsopties als bovengenoemde mogelijkheden onvoldoende steun bieden.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat het nog altijd voorkomt dat zorgaanbieders onverzekerden weigeren, waardoor zij veel lastiger toegang kunnen krijgen tot de zorg die zij nodig hebben.³³ Er zijn nu wel subsidiepotjes voor, maar die volstaan niet om ervoor te zorgen dat onverzekerden een gelijke toegang hebben tot noodzakelijke zorg. Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat ook onverzekerden altijd toegang krijgen tot de zorg die zij nodig hebben?

Nederland is op basis van internationale verdragen en Nederlandse wetgeving gehouden iedereen die zich op Nederlands grondgebied bevindt medisch noodzakelijke zorg te bieden. Ik ontvang geen signalen dat acuut noodzakelijke zorg wordt geweigerd. Er worden wel signalen ontvangen dat de druk bij sommige huisartsenpraktijken hoog is. Met name op die plekken waar veel onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen verblijven. Het kan daarom voorkomen dat patiënten die zorg nodig hebben bij drukte worden doorverwezen naar een andere zorgaanbieder.

Er zijn geen financiële belemmeringen voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. Zorgaanbieders kunnen voor zorg aan onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen een beroep doen op de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) en de Financieringsregeling medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en onverzekerbare vreemdelingen (OVV). De laatste jaren zijn de zorguitgaven ten laste van deze regeling sterk gestegen; de uitgaven voor de SOV van € 34 miljoen in 2020 tot ca. € 75 miljoen in 2023. Dit is inclusief de zorg aan ontheemde Oekraïners, die niet of nog niet staan ingeschreven bij de Basisregistratie personen. De uitgaven voor de OVV zijn gestegen van ca. € 48 miljoen in 2020 tot meer dan € 60 miljoen in 2023. Op basis van deze kostenontwikkeling kan gesteld worden dat zorgaanbieders de weg naar deze regelingen steeds beter weten te vinden. Toch verken ik met Zorgverzekeringslijn of en hoe de voorlichting richting zorgaanbieders over deze financiële regelingen nog verder kan worden verbeterd.

³² Kamerstuk 29 689-1207

³³ Medisch Contact, 14 september 2023, «Elke dag dat ik hier ben, ben ik nodig» (<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/elke-dag-dat-ik-hier-ben-ben-ik-nodig>)

De leden van de SP-fractie vragen ten slotte hoe de Minister kijkt naar de vraag vanuit diabetespatiënten naar een ruimere vergoeding van glucosemonitoren. Daarvan wordt nu een deel niet vergoed, terwijl deze voor patiënten wel een duidelijke meerwaarde hebben. Is de Minister bereid om te kijken of het mogelijk zou zijn deze monitoren ook te vergoeden?

Nee, hiertoe ben ik niet bereid. Het ZiNL heeft in 2022 opnieuw een screening gedaan op basis van de door Diabetes Vereniging Nederland aangedragen studies om te beoordelen of er voldoende passend wetenschappelijk bewijs is om opnieuw een duiding te kunnen doen over de vergoeding van glucosemonitoren. Het ZiNL heeft geconcludeerd dat de aangedragen studies onvoldoende relevant zijn om het huidige standpunt te heroverwegen.