

Vergaderjaar 2022–2023

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 763**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 30 maart 2023

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 reactie op verzoek commissie over de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen» (Kamerstuk 31 765, nr. 697).

De vragen en opmerkingen zijn op 25 januari 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 29 maart 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inhoudsopgave

<b>I.</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BIJ1-fractie	7
<b>II.</b>	<b>Reactie van de bewindspersoon</b>	<b>8</b>

### **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de artikelen «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen» en zij danken de Minister voor zijn reactie. Deze leden vinden het belang van toegankelijke zorg groot en hebben nog enkele vragen.

Genoemde leden lezen dat de Minister met zowel zorgverzekeraars als toezichthouders bezig is om knelpunten in de toegang ook «in het hier en nu» op te lossen. Kan de Minister aangeven welke knelpunten dit zijn en hoe die opgelost kunnen worden? Van welke knelpunten verwacht de Minister dat hij die niet kan oplossen? Hoe zorgt de Minister ervoor dat de oplossingen voor «het hier en nu» aansluiten bij de passende zorg op lange termijn?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert – niet geheel verrassend – dat zorgverzekeraars weinig proactief zijn wanneer het aankomt op aanpakken van knelpunten in de toegang. De leden van de VVD-fractie hebben hier diverse malen aandacht voor gevraagd in Kamervragen over de inhaalzorg. Kan de Minister de gewenste proactieve activiteiten van de zorgverzekeraars aanpakken bij de oplossingen «in het hier en nu»? Kan de Minister aangeven welke signalen van zorgverzekeraars laten zien dat hen de rol van initiatiefnemer tot maken (resultaats)afspraken met zorgaanbieders niet wordt gegund, zoals wordt beschreven in de brief over de stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg?<sup>1</sup> Welke interventies zijn mogelijk, wanneer de NZa constateert dat zorgverzekeraars niet proactief handelen?

In dezelfde brief lezen deze leden dat de NZa op 10 oktober 2022 een informatiekaart heeft gepubliceerd over wachttijden. Op welke manier(en) wordt deze kaart onder de aandacht van patiënten gebracht?

De Minister schrijft dat mensen, als zij niet bij een huisarts zijn ingeschreven, als «passant» beroep kunnen doen op (acute) huisartsenzorg. Is dit niet een theoretische mogelijkheid die in de praktijk geen oplossing biedt? Op welke manier wordt dit kenbaar gemaakt aan mensen die zonder huisarts zitten? Hoe verhoudt het niet kunnen vinden van een «eigen» huisarts zich tot de handvatten bij uitvoering van de zorgplicht van de NZa?

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 338.

## Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen» en zij willen de Minister nog enkele vragen voorleggen.

Genoemde leden beschouwen het feit dat steeds meer mensen moeite hebben met het opbrengen van de zorgpremie en het eigen risico, als een grote waarschuwing. Zorgverzekeraars dempen momenteel gelukkig het prijseffect als gevolg van de toegenomen inflatie uit eigen vermogen, maar kunnen dat niet lang blijven volhouden. Deze leden zijn daarom erg enthousiast over aankondiging van de aanpassing van de regels van het medisch eigen risico. De spreiding van het eigen risico met een maximale bijdrage van 150 euro per behandeling, waar de leden van de D66-fractie al lang voor pleiten, zal niet alleen zorgen dat de zorg betaalbaarder blijft voor mensen met een kleine beurs, maar kan ook bijdragen aan het terugdringen van het mijden van zorg. Kan de Minister toelichten in welke mate hij verwacht dat deze maatregel, bovenop de drukking van het eigen risico, een drukkend effect op de premie zal hebben? Kan de Minister ingaan op het verwachte positieve effect van het feit dat zorgbehoevenden langer kostenbewust zullen blijven? Kan de Minister toezeggen dat hij het mijden van zorg nauwlettend in de gaten houdt en eventueel bijstuurt?

De leden van de D66-fractie zien uit naar de verkenning naar de vraag welke ruimte de huidige wetgeving biedt voor het benutten van declaratiedata voor de juiste zorg op de juiste plek/passende zorg. Deze leden willen er wel op wijzen dat de gegevens van patiënten beschermd moeten zijn, waarbij het recht op privacy essentieel is. Zij zien de positieve effecten die het delen van declaratiedata kan hebben op het terugdringen van wachtlijsten en zorgbemiddeling. Kan de Minister toelichten op welke wijze het delen van declaratiedata zorgverzekeraars helpt in hun regio? Wanneer denkt de Minister de Kamer te kunnen informeren over de voortgang van de verkenning?

Genoemde leden lezen bezorgd dat verzekeraars te weinig proactief zijn waar het gaat om het aanpakken van knelpunten met betrekking tot de uitgestelde zorg. Deze leden spreken met klem uit dat het de taak van verzekeraars is om zich hierin constructief op te stellen en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. Welke stappen gaat de Minister zetten om de zorgverzekeraars te stimuleren zich in te zetten voor het aanpakken van de knelpunten omtrent het wegwerken van de uitgestelde zorg? Wanneer kan de Kamer het follow-up onderzoek van de NZa verwachten in 2023? Welke vragen zullen centraal staan in dit onderzoek? Deelt de Minister de opvatting met de leden van de D66-fractie dat zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht de samenwerking met zelfstandige zorgklinieken moeten opzoeken wanneer ze er niet in slagen de zorgachterstanden weg te werken in de medisch specialistische zorg?

Tot slot willen de leden van de D66-fractie de Minister aansporen om, in het kader van de betaalbaarheid van de zorg, zo transparant en breed mogelijk te communiceren over de moeilijke keuzes die op dit onderwerp gemaakt zullen moeten worden de komende jaren. Deze leden zien een geïntensiveerde aandacht voor de communicatie over scherpe keuzes in de zorg als essentieel voor het bewaken van het maatschappelijke draagvlak omtrent de financiering van ons zorgstelsel. Het is belangrijk dat mensen een goed beeld hebben van de beperkingen die de zorg kent alvorens ze van het zorgaanbod gebruik moeten maken. In dit kader

vragen deze leden of de Minister een tijdsplan kan geven op welke termijn hij uitvoering denkt te kunnen geven aan de motie van het lid Paulusma<sup>2</sup>, die de regering verzoekt om een publiekscampagne te houden waarin zij de burger meeneemt in hoe de zorg wordt vormgegeven en waarom.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister van VWS op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». In plaats van actie te ondernemen, verwijst de Minister naar zorgakkoorden en monitoring. Dit is niet de weg die genoemde leden graag zien en zij hebben daarom nog een aantal aanvullende vragen en opmerkingen.

Genoemde leden zijn van mening dat wanneer er geen garantie meer is dat iedereen altijd zorg kan krijgen, er niet wordt voldaan aan de zorgplicht. Is de Minister het daarmee eens? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat de Minister bewerkstelligen dat aan de zorgplicht wordt voldaan? Wat betekent dit concreet? Is het niet de taak van een regering om ervoor te zorgen dat wanneer iemand ziek is, hij of zij altijd een dokter kan bezoeken? Kan de Minister uitleggen hoe hij deze taak invult?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Minister het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) heeft afgesloten om de zorg toegankelijk te houden. Dat is vreemd, de Minister is immers tegelijkertijd niet voornemens het IZA door te laten rekenen door een onafhankelijke partij zoals het Centraal Planbureau. Is de Minister bereid dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet? Hoe verklaart hij dan dat een zorgverzekeraar in de media beweert dat de toegang tot zorg niet meer voor iedereen gegarandeerd kan worden? De zorgverzekeraars waren immers betrokken bij het tot stand komen van het IZA en hebben het medeondertekend. Hebben zorgverzekeraars hun geloof in het zorgakkoord soms al verloren? Zo ja, hoe zit dat met de andere ondertekenaars van het akkoord? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Deze leden maken zich ernstig zorgen over het voornemen van de Minister om te onderzoeken of het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan aanpassing behoeft. Waar komt dat vandaan? De zorgplicht is toch in de wet verankerd? Hoe luidt de wet inzake de zorgplicht? Waarom wil de Minister van dit fundament van de Zorgverzekeringswet af? Wat is de verplichting verzekerde zieke patiënt zonder zorgplicht? Hoe verhoudt het feit dat men zich verplicht moet verzekeren zich tot het op de helling zetten van de zorgplicht? Wat moeten patiënten met een verplichte zorgverzekering als daar geen zorgplicht tegenover staat? Gaat dit soms de regel worden dat wanneer niet aan plichten en normen voldaan kan worden, dat dan maar de invulling gewijzigd wordt? Hetzelfde heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport immers in gang gezet met het aanpassen van de 45-minuten norm in de acute zorg en de Minister voor Medische Zorg en Sport met de structurele overschrijdingen van de Treknormen voor de wachtlijsten voor een verpleeghuisplek. Kan de Minister deze zorgen wegnemen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Minister diverse afspraken heeft gemaakt met tal van organisaties om de wachtlijsten aan te pakken. Deze leden vragen echter wat hij heeft gedaan om de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht te houden. Welke instrumenten heeft de Minister om zorgverze-

<sup>2</sup> Kamerstuk 36 200-XVI, nr. 186.

keraars aan hun zorgplicht te houden, en welke heeft hij al ingezet? De NZa heeft daarbij geconstateerd dat de zorgverzekeraars weinig proactief zijn als het gaat om het aanpakken van de knelpunten met de wachtlijsten. Welke consequenties heeft dat voor de zorgverzekeraars tot nu toe gehad?

Genoemde leden van de PVV-fractie maken zich al jaren zorgen over de almaar stijgende zorgpremie. Sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006 is de nominale premie met een ongekend percentage van maar liefst 61% gestegen. Ruim 80% van de Nederlandse bevolking maakt zich inmiddels zorgen over de hoge premie en ruim 40% verwacht dit jaar de zorgpremie niet meer te kunnen betalen. Deze leden zien daarbij een hoge stijging van het vrijwillig eigen risico bij de overstappers dit jaar. Niet omdat ze zo goed in hun slappe was zitten, maar om de premiekosten te drukken. Dit kan problemen opleveren als ze onverwacht toch zorg nodig hebben. Ook kiezen steeds meer mensen voor alleen een basisverzekering, zonder aanvullend pakket, eveneens om de kosten te drukken. Neemt de Minister al deze signalen over de hoge zorgpremie wel serieus? Het monitoren van de betalingsachterstanden is een wassen neus als er niet tegelijkertijd een plan komt om ze op te lossen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». Omdat deze leden zich grote zorgen maken over de toegankelijkheid van de zorg, zeker in het licht van de huidige koopkrachtcrisis, hebben zij nog enkele vragen aan de Minister.

Zij vrezen dat de financiële uitdagingen van huishoudens hen weinig andere keus laten dan te kiezen voor een zorgverzekering die in de basis goedkoper is, maar uiteindelijk duurder kan uitpakken. De Minister noemt dat zorgverzekeraars hun klanten over extra kosten informeren, genoemde leden hebben er weinig vertrouwen in dat dit voldoende is om te voorkomen dat mensen in de problemen komen. Analyses van *Prisewise* en *Independer*<sup>3</sup> laten zien dat mensen dit jaar opvallend vaak hun eigen risico verhogen. Is de Minister het met deze leden eens dat mensen zo letterlijk gokken met hun gezondheid? Erkent de Minister dat dit een zorgwekkend signaal is over de betaalbaarheid van de zorg? Zo ja, welke stappen wil de Minister zetten om te zorgen dat mensen niet in de financiële problemen komen door te kiezen voor een hoger eigen risico? Zo nee, waarom niet? Welke voordelen ziet de Minister in een vrijwillig eigen risico? Heeft het vrijwillig eigen risico een drukkend effect op de zorgkosten? Zo ja, hoe verhoudt zich dit tot zorgmijding uit angst voor hoge zorgkosten? Wat betekent de lagere premie die mensen met een hoger eigen risico krijgen voor de hoogte van de premie voor mensen met het standaard eigen risico? Kan de Minister dit effect becijferen?

De leden van de PvdA-fractie hebben ook grote zorgen over extra kosten voor niet gecontracteerde zorg. Dat heeft drie redenen. De stijging van de zorgpremie maakt een naturapolis aantrekkelijker. De contractering van zorgverzekeraars loopt extra moeilijk dit jaar. En het kabinet wil de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg verder beperken. Alle drie deze factoren vergroten het risico dat mensen (onverwachts) voor hogere zorgkosten komen te staan. Zorgverleners hebben een verplichting om

<sup>3</sup> RTL Nieuws, 30 december 2022, «Maximaal eigen risico opvallend populair bij overstapper zorgverzekering» (<https://www.rtlnieuws.nl/economie/artikel/5356365/overstappen-zorgverzekering-eigen-risico-verhogen>).

patiënten te informeren als zorg niet volledig vergoed wordt omdat er geen afspraken zijn gemaakt met de verzekeraar. Deze informatieplicht laat veel ruimte aan de zorgverlener over de wijze van informeren. Vindt de Minister dit wenselijk? Hoe beoordeelt de Minister het idee van een offerteplicht voor niet gecontracteerde zorg, zoals opgenomen in het IZA? Verwacht hij dat dit snel uitvoerbaar is? Is de Minister bereid andere stappen te zetten om mensen die onverwachts met hoge zorgkosten worden geconfronteerd, te helpen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet? Hoe wordt gemonitord of mensen vaak onverwachts met extra kosten worden geconfronteerd en of dit tot betalingsproblemen leidt? Kan de Minister iets zeggen over de omvang van dit probleem?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Genoemde leden constateren dat het huidige zorgstelsel steeds minder goed in staat is om te doen wat het belooft, namelijk iedereen toegang geven tot verzekerde zorg. Zij vragen de Minister daarom of hij van mening is dat het huidige zorgstelsel zo nog houdbaar is.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister om met een serieuze aanpak te komen om de zorg voor alle mensen toegankelijk te houden. Daar hoort volgens deze leden ook een effectiever beleid bij om zorgverleners voor de zorg te behouden door de loonkloof op te lossen, bureaucratie aan te pakken en zorgverleners echte zeggenschap te geven over hun zorgorganisatie. Is de Minister bereid om daar echt stappen in te zetten?

Genoemde leden constateren dat het op 31 december 2022 voor veel mensen niet duidelijk was of hun zorgaanbieder in 2023 een contract zou hebben met hun zorgverzekeraar. Hierdoor kunnen zij dus niet meer wisselen van zorgverzekeraar op het moment dat duidelijk zou worden dat hun zorgaanbieder niet meer gecontracteerd zal worden, waardoor zij dan moeten kiezen tussen bijbetalen of het opgeven van hun vertrouwde zorg en overstappen naar een nieuwe zorgaanbieder (als daar plaats is). Zij vragen de Minister hoe hij ervoor gaat zorgen dat alle onderhandelingen voor het jaar 2024 wel op tijd zijn afgerond, zodat mensen eventueel nog kunnen wisselen van zorgverzekeraar als hun zorgaanbieder niet wordt gecontracteerd door hun huidige zorgverzekeraar.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister daarnaast wat voor consequenties er zijn voor zorgverzekeraars wanneer zij de onderhandelingen met zorginstellingen niet op tijd hebben afgerond en welke rechten verzekerden hebben wanneer hun zorgaanbieder opeens niet gecontracteerd blijkt te worden, nadat de deadline om te wisselen van zorgverzekeraar is verstreken.

Deze leden lezen in de reactie van de Minister dat hij «in overleg [is] met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), om mede naar aanleiding van de signalering «Stand van de zorg» te kijken of het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan aanpassing behoeft». Zij vragen wat precies het doel is van de Minister met deze gesprekken. Op welke manier zou de zorgplicht volgens hem kunnen worden aangepast? Gaat het hierbij om een aanscherping of een afzwakking van de zorgplicht?

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister stelt dat de premies stijgen «doordat de zorgpremie de kosten van de zorg weerspiegelt». Is de Minister zich ervan bewust dat het een politieke keuze is om de zorgpremies generiek te laten meestijgen met de zorgkosten, aangezien de zorgkosten ook op een andere manier zouden kunnen worden gefinancierd? Is de Minister bereid om te onderzoeken hoe de zorgverzekering op een andere manier zou kunnen worden gefinancierd, waardoor de zorgpremies wel betaalbaar blijven voor mensen?

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt -Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». Het lid wil daarbij wat opmerkingen plaatsen.

Genoemd lid wil allereerst opmerken dat wat de BBB-fractie betreft de problematiek van de lange wachtlijsten hoog op de agenda moet staan. Het verwijzen naar gesloten akkoorden die op lange termijn verlichting moeten geven, doet geen recht aan de ernst van de problematiek. De lange wachtlijsten vormen een acuut probleem. Het lid van de BBB-fractie begrijpt van een van de grotere zorgverzekeraars dat het binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) niet mogelijk is om inzage te krijgen in de wachtlijsten en zodoende te proberen hun patiënten te helpen. Kan de Minister bevestigen dat dat zo is? Zo ja, is de Minister dan bereid om dit te veranderen?

Het lid van de BBB-fractie denkt dat een deel van de oplossing te vinden is in een betere spreiding over ziekenhuizen. Daarbij is het soms voor een patiënt niet mogelijk om op eigen kracht wat verder te reizen naar een ziekenhuis verder weg met een kortere wachtlijst. In hoeverre worden patiënten hierin actief ondersteund, bijvoorbeeld door het vergoeden van reiskosten? Is dit een oplossingsrichting waarover door zorgverzekeraars wordt nagedacht en zo nee, waarom niet?

Genoemd lid is van mening dat bij het wegwerken van de wachtlijsten ook het beperken van de instroom op wachtlijsten hoort. Eerder is al gebleken dat wanneer een huisarts meer tijd kan besteden aan een patiënt, dit aanzienlijk scheelt in de doorverwijzingen. Kan de Minister dit onderdeel van het IZA naar voren halen? Nu gaat dit gefaseerd in vanaf april. Het lid van de BBB-fractie ziet graag dat de huisartsen die dat willen, daar meteen mee kunnen starten. Zij vraagt ook wat de Minister gaat doen als de huisartsen het IZA niet ondertekenen. Volgens genoemd lid kan het niet zo zijn dat meer tijd voor de patiënt enkel afhangt van deze ondertekening.

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BIJ1-fractie**

Het lid van de BIJ1-fractie maakt zich ernstige zorgen over de betaalbaarheid van de zorg in Nederland. Dat de zorgkosten op verschillende fronten stijgen, is een gegeven waar niet omheen kan worden gegaan. De reactie vanuit de regering daarentegen is een bewuste beleidskeuze. De Minister kan van mening zijn dat het zorgstelsel in Nederland solidair is, maar dan hanteert de Minister een alternatieve definitie van solidariteit. Want het feit dat mensen in Nederland essentiële zorg niet kunnen bekostigen, is toch een duidelijke indicatie dat deze kosten onvoldoende gedragen worden door mensen met hogere inkomens? Het indiceert namelijk beide een gebrek aan bewustzijn van saamhorigheid en onvoldoende bereidheid om de consequenties daarvan te dragen. Elke Nederlander voelt de gevolgen van de huidige koopkracht-

daling, maar de consequenties zijn niet voor ieder gelijk. Waar sommigen een week minder op vakantie moeten, belanden anderen in diepe schulden om noodzakelijke zorg te kunnen blijven betalen. Een daadwerkelijke solidaire samenleving zou niemand in de steek laten om de excessieve luxe van anderen te kunnen garanderen. Het duidt aan dat voor het kabinet de leefomstandigheden van kwetsbare Nederlanders geen prioriteit is, maar dat voorrang wordt gegeven aan het mandaat van de kaviaarsnoepers.

Daarnaast las het lid van de BIJ1-fractie met ongenoegen dat het huidige koopkrachtpakket van het kabinet gebruikt wordt om de zorgen over een *ménage à trois* van inflatie, stijgende energiekosten, en stijgende zorgpremies te kalmeren. Beduidt het feit dat sommige Nederlanders hun zorgkosten niet kunnen betalen niet dat de doeltreffendheid van het koopkrachtpakket gebrekkig is? Vindt de Minister dat de huidige koopkrachtproblematiek niet alarmerend genoeg is om dit pakket te herzien?

Zou de Minister willen toegeven dat het in de steek laten van burgers die hun zorg niet kunnen bekostigen een doelbewuste beleidskeuze is, in plaats van het probleem te negeren door aantoonbaar inadequaats beleid als zondebok te gebruiken? Is de Minister het met genoemd lid eens dat het belasten van mensen met hoge inkomens een middel is om de stijgende zorgkosten te betalen, en dat dit middel doelbewust niet wordt ingezet?

## **II. Reactie van de bewindspersoon**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

*Genoemde leden lezen dat de Minister met zowel zorgverzekeraars als toezichthouders bezig is om knelpunten in de toegang ook «in het hier en nu» op te lossen. Kan de Minister aangeven welke knelpunten dit zijn en hoe die opgelost kunnen worden? Van welke knelpunten verwacht de Minister dat hij die niet kan oplossen? Hoe zorgt de Minister ervoor dat de oplossingen voor «het hier en nu» aansluiten bij de passende zorg op lange termijn?*

*De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert – niet geheel verrassend – dat zorgverzekeraars weinig proactief zijn wanneer het aankomt op aanpakken van knelpunten in de toegang. De leden van de VVD-fractie hebben hier diverse malen aandacht voor gevraagd in Kamervragen over de inhaalzorg. Kan de Minister de gewenste proactieve activiteiten van de zorgverzekeraars aanpakken bij de oplossingen «in het hier en nu»?*

In de reactiebrief op de artikelen over de zorggrens bereikt en de zorgpremie heb ik aangegeven dat ik met zowel zorgverzekeraars als toezichthouders bezig ben om knelpunten in de toegang ook «in het hier en nu» op te lossen. De knelpunten waarover gesproken werd kunnen per regio verschillen. Het is hierbij van belang dat partijen gezamenlijk optrekken in het signaleren én oplossen van de uiteenlopende knelpunten. Eerder heeft de NZa in de stand van de zorg 2022<sup>4</sup> knelpunten omtrent de toegankelijkheid van de zorg aangekaart. Hierin wordt onder andere geconcludeerd dat redenen voor de toenemende druk op de toegankelijkheid komen door de toenemende zorgvraag, de personele krapte in combinatie met een hoog ziekteverzuim en de inhaalzorg veroorzaakt door Covid. De gesignaleerde knelpunten worden momenteel, mede door

<sup>4</sup> 2.1 Toegankelijkheid | STAND VAN DE ZORG 2022 | NZa-Magazines



de gesloten akkoorden<sup>5</sup>, gezamenlijk opgepakt. Daarnaast ben ik in overleg met de NZa, om mede naar aanleiding van de signalering «Stand van de zorg» te kijken of er iets aangepast moet worden aan het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan.

Zoals ik in de stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg<sup>6</sup> heb aangegeven wordt er hard gewerkt aan het wegwerken van de wachtlijsten, maar wordt het potentieel nog niet volledig benut. Aanvullend heb ik bestuurlijke afspraken gemaakt met de partijen. Eén van deze afspraken betreft de opdracht aan zorgverzekeraars om de regie te pakken om, in samenwerking met zorgaanbieders, te komen tot concrete actieplannen binnen de regio om de toegankelijkheid van de (planbare) medisch-specialistische zorg (msz) te verbeteren. Ik wil benadrukken dat het hierbij gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel zorgverzekeraars als aanbieders. De NZa ziet toe op de voortgang van de uitvoering hiervan en spreekt de zorgverzekeraars waar nodig aan op hun zorgplicht.

*Kan de Minister aangeven welke signalen van zorgverzekeraars laten zien dat hen de rol van initiatiefnemer tot maken (resultaats)afspraken met zorgaanbieders niet wordt gegund, zoals wordt beschreven in de brief over de stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg?<sup>7</sup> Welke interventies zijn mogelijk, wanneer de NZa constateert dat zorgverzekeraars niet proactief handelen?*

Zorgverzekeraars zijn voor het nemen van regie bij het verminderen van de wachttijden ook afhankelijk van de samenwerking met zorgaanbieders. De NZa heeft tijdens het onderzoek vernomen dat zorgverzekeraars veelal worden aangesproken op het faciliteren van financiële vergoedingen, maar in de regio minder goed aan tafel komen ter bespreking van de (schaarse) beschikbare zorgcapaciteit. Zorgverzekeraars hebben in de gesprekken aangegeven dat hun die rol niet altijd wordt gegund. Dit wordt meer gezien als de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Desalniettemin geeft de NZa aan van oordeel te zijn dat deze rol voor zorgverzekeraars wel voortvloeit uit de wettelijke zorgplicht. De NZa spreekt zorgverzekeraars hier op aan en voert in 2023 een follow-up onderzoek uit.

*In dezelfde brief lezen deze leden dat de NZa op 10 oktober 2022 een informatiekaart heeft gepubliceerd over wachttijden. Op welke manier(en) wordt deze kaart onder de aandacht van patiënten gebracht?*

De NZa heeft deze informatiekaart gepubliceerd met een persbericht. Daarnaast heeft de NZa in meerdere persberichten laten weten dat het nuttig kan zijn te kijken wat wachttijden zijn bij verschillende aanbieders of gebruik te maken van zorgbemiddeling. Verder draag ik bij aan de doorontwikkeling van de informatie over wachttijden op Zorgkaart Nederland. De Patiëntenfederatie Nederland (PFN) zet zich in voor makkelijker werkbare en beter vindbare wachttijden voor de patiënten zodat ook zij zelf een beter geïnformeerde beslissing kunnen nemen. Ik verstrek hiervoor een subsidie aan de PFN en ik verwacht dat dit voor patiënten bijdraagt aan een beter inzicht in de wachttijden.

<sup>5</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Kamerstuk 29 389, nr. 111) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (Kamerstuk 32 793, nr. 678), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) (Kamerstuk 29 248, nr. 485) en de hervormingsagenda jeugd (Kamerstuk 31 839, nr. 917)

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 338.

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 338.

*De Minister schrijft dat mensen, als zij niet bij een huisarts zijn ingeschreven, als «passant» beroep kunnen doen op (acute) huisartsenzorg. Is dit niet een theoretische mogelijkheid die in de praktijk geen oplossing biedt? Op welke manier wordt dit kenbaar gemaakt aan mensen die zonder huisarts zitten? Hoe verhoudt het niet kunnen vinden van een «eigen» huisarts zich tot de handvatten bij uitvoering van de zorgplicht van de NZa?*

Iedere verzekerde moet zich kunnen inschrijven bij een huisarts. Door de hoge druk op de huisartsenzorg, onder andere vanwege de almaar groeiende zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt, zien we in toenemende mate dat op sommige plaatsen in Nederland praktijken vol zitten.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, zij voeren de zorgplicht uit. Zorgverzekeraars kunnen verzekerden bemiddelen naar een specifieke, andere zorgverlener. Mensen die zich niet kunnen inschrijven bij een huisarts in de buurt, kunnen zich dus wenden tot hun zorgverzekeraar die met hen mogelijk nog een andere huisarts kan vinden. Helaas is het ook de werkelijkheid dat dit niet altijd meer een uitkomst biedt en zit er tijdelijk niets anders op dan wachten tot er ergens ruimte is. Voor spoedzorg kan een patiënt (als passant) overigens altijd ergens terecht bij een huisarts(enpost).

Samen met branchepartijen van de huisartsenzorg, verzekeraars en toezichthouders werk ik hard aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg, voor nu en ook in de toekomst. Zo hebben we afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) over meer tijd voor de patiënt, een betere verdeling van diensten in de ANW-uren en verminderen van de administratieve lasten. Daarnaast zetten we in op goede organisatie van de eerstelijnszorg, waarbij ik een belangrijke ondersteunende rol zie weggelegd voor regionale samenwerkingsverbanden in het goed organiseren van zorg. Op korte termijn verwacht ik met partijen te komen tot een visie op de eerstelijnszorg 2030.

De «handvatten voor zorgverzekeraars» voor de invulling van de zorgplicht die de NZa in het kader van toezicht eerder heeft uitgebracht gaat in op de rol die van zorgverzekeraars verwacht mag worden, ook in een situatie van schaarste aan personeel. In de handvatten is het volgende opgenomen: *De zorg dreigt in de toekomst onbetaalbaar en ontoegankelijk te worden door de stijgende zorgkosten, krapte op de arbeidsmarkt en de toename van chronisch zieken. Het is daarom belangrijk dat ook zorgverzekeraars werk maken van het duurzaam beter organiseren van zorg in de regio en inzetten op het leveren van passende en doelmatige zorg. Dit zien wij als het borgen van de zorgplicht in de toekomst en heeft om die reden een plek in dit handvat gekregen.*

Het is dus een taak voor zorgverzekeraars om te zorgen dat er voldoende zorg is voor haar verzekerden. Dat dit soms moeilijk uitvoerbaar is, is bekend. De NZa heeft hier in zijn rol van toezichthouder ook oog voor. Ik verwijs u naar de publicatie «stand van de zorg» waarin de NZa samen met de IGJ deze problematiek aankaart. Ik ben in gesprek met de NZa en IGJ hierover. Het doel van deze gesprekken is om te bezien wat vooruitlopend op alle recent gesloten akkoorden en programma's<sup>8</sup>, in het hier en nu kan helpen om knelpunten in de toegang op te lossen en daarbij handvatten te bieden aan zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgin-

<sup>8</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd

kopers. Ik zal u voor het zomerreces nader informeren over de voortgang hiervan.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen» en zij willen de Minister nog enkele vragen voorleggen.*

*Genoemde leden beschouwen het feit dat steeds meer mensen moeite hebben met het opbrengen van de zorgpremie en het eigen risico, als een grote waarschuwing. Zorgverzekeraars dempen momenteel gelukkig het prijseffect als gevolg van de toegenomen inflatie uit eigen vermogen, maar kunnen dat niet lang blijven volhouden. Deze leden zijn daarom erg enthousiast over aankondiging van de aanpassing van de regels van het medisch eigen risico. De spreiding van het eigen risico met een maximale bijdrage van 150 euro per behandeling, waar de leden van de D66-fractie al lang voor pleiten, zal niet alleen zorgen dat de zorg betaalbaarder blijft voor mensen met een kleine beurs, maar kan ook bijdragen aan het terugdringen van het mijden van zorg. Kan de Minister toelichten in welke mate hij verwacht dat deze maatregel, bovenop de drukking van het eigen risico, een drukkend effect op de premie zal hebben? Kan de Minister ingaan op het verwachte positieve effect van het feit dat zorgbehoevenden langer kostenbewust zullen blijven? Kan de Minister toezeggen dat hij het mijden van zorg nauwlettend in de gaten houdt en eventueel bijstuurt?*

De hervorming van het verplicht eigen risico maakt het eigen risico een effectiever instrument, omdat mensen minder snel en minder vaak het verplicht eigen risico volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn: ze betalen opnieuw maximaal € 150 voor een nieuwe zorgvraag later in het jaar of bij een vervolg-dbc (een dbc sluit na maximaal 120 dagen) en worden zo gestimuleerd na te denken of de baten van de behandeling opwegen tegen de kosten. De invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg zal daardoor naar verwachting leiden tot een per saldo besparing van jaarlijks € 200 miljoen vanaf 2025. Dat zal naar verwachting leiden tot een € 8 lager gemiddeld eigen risico en een per saldo dempend effect op nominale premie van ongeveer € 2 per verzekerde per jaar. In de nota van toelichting bij de in voorbereiding zijnde algemene maatregel van bestuur zal ik nader ingaan op de financiële effecten, waaronder de effecten op de premies en op de zorgtoeslag. Het concept van deze algemene maatregel van bestuur zal naar verwachting nog vóór het zomerreces worden voorgehangen bij uw Kamer.

Zoals aangegeven in de Kamerbrief «Hoofdpijnen slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg» ben ik voornemens om de effecten van de maatregel te evalueren.

*De leden van de D66-fractie zien uit naar de verkenning naar de vraag welke ruimte de huidige wetgeving biedt voor het benutten van declaratiedata voor de juiste zorg op de juiste plek/passende zorg. Deze leden willen er wel op wijzen dat de gegevens van patiënten beschermd moeten zijn, waarbij het recht op privacy essentieel is. Zij zien de positieve effecten die het delen van declaratiedata kan hebben op het terugdringen van wachtlijsten en zorgbemiddeling. Kan de Minister toelichten op welke wijze het delen van declaratiedata zorgverzekeraars helpt in hun regierol?*

*Wanneer denkt de Minister de Kamer te kunnen informeren over de voortgang van de verkenning?*

De genoemde verkenning in de brieven van 7 december 2022<sup>9</sup> en van 13 december 2022<sup>10</sup> over de stand van zaken toegang medisch-specialistische zorg en inzet op actieve zorgbemiddeling is nog niet afgerond. Voor het verzamelen en benutten van (declaratie)data is een wettelijke grondslag vereist. Met het oog op privacy is het van belang om goed na te gaan welke ruimte de bestaande grondslagen bieden, waar nog verduidelijking of aanvulling nodig en wenselijk is en wat daarvan de implicaties zijn. Dat vraagt per situatie zorgvuldige afwegingen, die we momenteel met de betrokken partijen uitwerken. Het streven is om de Kamer voor het zomerreces over deze verkenning te informeren. Wel kan ik al vermelden dat zorgverzekeraars, nog los van de vraag of gebruik van data in deze situatie is toegestaan, niet beschikken over (declaratie)data op basis waarvan zij kunnen zien wie in aanmerking komt voor wachtlijst- en zorgbemiddeling. Patiënten kunnen wel altijd zelf contact opnemen met hun zorgverzekeraar en vragen om zorgbemiddeling. Ook kan een zorgverlener gegevens hierover aan de zorgverzekeraar doorgeven, mits – in het verband met het medisch beroepsgeheim – sprake is van toestemming van de patiënt.

*Genoemde leden lezen bezorgd dat verzekeraars te weinig proactief zijn waar het gaat om het aanpakken van knelpunten met betrekking tot de uitgestelde zorg. Deze leden spreken met klem uit dat het de taak van verzekeraars is om zich hierin constructief op te stellen en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. Welke stappen gaat de Minister zetten om de zorgverzekeraars te stimuleren zich in te zetten voor het aanpakken van de knelpunten omtrent het wegwerken van de uitgestelde zorg? Wanneer kan de Kamer het follow-up onderzoek van de NZa verwachten in 2023? Welke vragen zullen centraal staan in dit onderzoek?*

Er wordt door partijen hard gewerkt aan het wegwerken van de wachtlijsten, maar is er nog geen sprake van een substantiële daling van de wachttijden. Aanvullend heb ik bestuurlijke afspraken gemaakt met de partijen. Eén van deze afspraken betreft de opdracht aan zorgverzekeraars om de regie te pakken om, in samenwerking met zorgaanbieder, te komen tot concrete actieplannen binnen de regio om de toegankelijkheid van de (planbare) medisch-specialistische zorg (msz) te verbeteren. Ik wil benadrukken dat het hierbij gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel zorgverzekeraars en aanbieders. De NZa ziet toe op de voortgang van de uitvoering van deze afspraak.

De NZa is op dit moment volop bezig met de voorbereiding van het follow-up onderzoek, zowel op de inhoud als op de timing van het onderzoeksproces. Zoals ik tijdens het commissiedebat Ontwikkelingen rondom coronavirus op 15 december jl. heb aangegeven heb ik met de NZa besproken of dit onderzoek voor de zomer van 2023 uitgevoerd kan worden. De NZa kan nu nog geen datum aangeven omdat op dit moment nog bekeken wordt wat het juiste momentum is om de meeste informatie te kunnen vergaren.

*Deelt de Minister de opvatting met de leden van de D66-fractie dat zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht de samenwerking met zelfstandige zorgklinieken moeten opzoeken wanneer ze er niet in slagen de zorgachterstanden weg te werken in de medisch specialistische zorg?*

<sup>9</sup> Kamerstuk 31 765 nr. 697.

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 338.

In mijn brief van 13 december jl. heb ik u geïnformeerd over de activiteiten die zorgverzekeraars verrichten om de druk op de uitgestelde zorg als gevolg van COVID-19 te verlichten en het toezicht van de NZa daarop. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Als de ziekenhuizen onvoldoende capaciteit hebben om aan de zorgplicht te kunnen voldoen dan ligt het in de rede dat zorgverzekeraars indien mogelijk contracten afsluiten met andere partijen, bijvoorbeeld zbc's, om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Uitgangspunt daarbij is het leveren van passende zorg. In de genoemde brief van 13 december is aangegeven dat de NZa in samenwerking met Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) in kaart heeft gebracht hoeveel extra zorg de zbc's kunnen leveren. Deze informatie kan zorgverzekeraars en ziekenhuizen helpen gericht de capaciteit van zbc's te benutten.

*Tot slot willen de leden van de D66-fractie de Minister aansporen om, in het kader van de betaalbaarheid van de zorg, zo transparant en breed mogelijk te communiceren over de moeilijke keuzes die op dit onderwerp gemaakt zullen moeten worden de komende jaren. Deze leden zien een geïntensiveerde aandacht voor de communicatie over scherpe keuzes in de zorg als essentieel voor het bewaken van het maatschappelijke draagvlak omtrent de financiering van ons zorgstelsel. Het is belangrijk dat mensen een goed beeld hebben van de beperkingen die de zorg kent alvorens ze van het zorgaanbod gebruik moeten maken. In dit kader vragen deze leden of de Minister een tijdsplan kan geven op welke termijn hij uitvoering denkt te kunnen geven aan de motie van het lid Paulusma<sup>11</sup>, die de regering verzoekt om een publiekscampagne te houden waarin zij de burger meeneemt in hoe de zorg wordt vormgegeven en waarom.*

Het is belangrijk dat Nederlanders goed geïnformeerd worden over de druk op de zorg en de moeilijke keuzes die voorliggen om de zorg toekomstbestendig te maken. Ik hecht er aan om dit samen met zorgpartijen te doen. In de verschillende trajecten zoals het Integraal Zorgakkoord en het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen worden op dit vlak samen met zorgpartijen acties uitgewerkt. Waar nodig zullen we daarbij ook onderzoeken hoe het publiek het beste geïnformeerd kan worden. In het najaar van 2023 zal ik bezien of er extra stappen nodig zijn in de publiekscommunicatie en de Kamer hierover informeren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister van VWS op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». In plaats van actie te ondernemen, verwijst de Minister naar zorgakkoorden en monitoring.*

*Dit is niet de weg die genoemde leden graag zien en zij hebben daarom nog een aantal aanvullende vragen en opmerkingen.*

*Genoemde leden zijn van mening dat wanneer er geen garantie meer is dat iedereen altijd zorg kan krijgen, er niet wordt voldaan aan de zorgplicht. Is de Minister het daarmee eens? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat de Minister bewerkstelligen dat aan de zorgplicht wordt voldaan? Wat betekent dit concreet? Is het niet de taak van een regering om ervoor te zorgen dat wanneer iemand ziek is, hij of zij altijd een dokter kan bezoeken? Kan de Minister uitleggen hoe hij deze taak invult?*

<sup>11</sup> Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 186.

Ik ben het eens met de stelling dat we alles in het werk moeten stellen om voor alle Nederlanders goede, betaalbare en bereikbare zorg te garanderen. In het huidige stelsel is de wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars een belangrijk middel om dit doel te bereiken en dat blijft zo. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan. In de Zorgverzekeringwet is zoals gezegd de zorgplicht juridisch verankerd. Daarnaast is door de NZa het toezichtskader zorgplicht in een beleidsregel opgenomen. Hierin is een concretere invulling door de NZa als (externe) toezichthouder opgenomen. En door de NZa is het document «De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars» opgesteld, waar ook naar wordt verwezen in de brief. Hierin staat praktisch aangegeven welke concrete inspanningen zorgverzekeraars moeten verrichten om aan hun zorgplicht te voldoen. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht en daarmee borg ik als stelselverantwoordelijke dat de zorgplicht gehandhaafd blijft.

Tegelijkertijd herken ik ook dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg onder druk staat. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachttijden lang, en is er sprake van schaarste aan zorgpersoneel. Dit roept de vraag op of de zorgplicht zoals deze nu omschreven is het meeste recht doet aan de huidige situatie. Ik ben mede naar aanleiding van de signalering «Stand van de zorg»<sup>12</sup> dan ook in overleg hierover met de NZa en IGJ. Ik hecht er waarde aan om te benadrukken dat ik niet voornemens ben de zorgplicht (deels) te laten verdwijnen. Het zou juist ook kunnen dat er bijvoorbeeld een nog specifiekere omschrijving zou moeten komen over wat zorgverzekeraars precies moeten doen om in de huidige situatie aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.

*De leden van de PVV-fractie lezen dat de Minister het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft afgesloten om de zorg toegankelijk te houden. Dat is vreemd, de Minister is immers tegelijkertijd niet voornemens het IZA door te laten rekenen door een onafhankelijke partij zoals het Centraal Planbureau. Is de Minister bereid dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet? Hoe verklaart hij dan dat een zorgverzekeraar in de media beweert dat de toegang tot zorg niet meer voor iedereen gegarandeerd kan worden? De zorgverzekeraars waren immers betrokken bij het tot stand komen van het IZA en hebben het medeondertekend. Hebben zorgverzekeraars hun geloof in het zorgakkoord soms al verloren? Zo ja, hoe zit dat met de andere ondertekenaars van het akkoord? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.*

In mijn brief van 15 november 2022<sup>13</sup> heb ik aangegeven dat ik in overleg ben met de IZA partijen over de uitwerking van de afspraken omtrent de kwantificering en doorrekening van het IZA. Ik zal uw Kamer over de uitkomst informeren. Daarnaast heb ik geen enkel signaal dat verzekeraars hun geloof in het zorgakkoord zijn verloren. Sterker nog, we werken hard samen met alle IZA-partijen aan de uitwerking van het akkoord, vanuit de overtuiging dat we daarmee de zorg ook voor de toekomst houdbaar en toegankelijk houden.

*Deze leden maken zich ernstig zorgen over het voornemen van de Minister om te onderzoeken of het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan aanpassing behoeft. Waar komt dat vandaan? De zorgplicht is toch in de wet verankerd? Hoe luidt de wet inzake de zorgplicht? Waarom wil de Minister van dit fundament van de Zorgverzekeringwet af? Wat is de verplicht verzekerde zieke patiënt zonder zorgplicht? Hoe verhoudt het feit dat men zich verplicht moet verzekeren zich tot het op de helling*

<sup>12</sup> 04 | Stand van de zorg 2022 | NZa-Magazines

<sup>13</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 692.

*zetten van de zorgplicht? Wat moeten patiënten met een verplichte zorgverzekering als daar geen zorgplicht tegenover staat?*

De belofte om goede, betaalbare en beschikbare zorg voor alle Nederlanders te organiseren wordt in het huidige stelsel wettelijk geborgd door de zorgplicht en dat blijft ook zo. Dit is opgenomen in artikel 11 zorgverzekeringswet. De tekst in deze wet luidt: *De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich vormdoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:*

- a. *de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of*
- b. *vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.*

Ik hecht er waarde aan om te benadrukken dat ik niet voornemens ben de zorgplicht (deels) te laten verdwijnen. Ik vind het echter nodig om een verkenning over de zorgplicht aan te gaan, vanwege de constatering van de NZa en de IGJ in de signalering «Stand van de zorg» van eind 2022. In deze verkenning gaat het onder andere over de invulling van de zorgplicht. Het gesprek ben ik nu aan het voeren met de (externe) toezichthouders, maar is nog in een vroeg stadium. Uw Kamer wordt uiteraard geïnformeerd over de uitkomsten.

*Gaat dit soms de regel worden dat wanneer niet aan plichten en normen voldaan kan worden, dat dan maar de invulling gewijzigd wordt? Hetzelfde heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport immers in gang gezet met het aanpassen van de 45-minuten norm in de acute zorg en de Minister voor Medische Zorg en Sport met de structurele overschrijdingen van de Treeknormen voor de wachtlijsten voor een verpleeghuisplek. Kan de Minister deze zorgen wegnemen?*

Ik streef naar een vervanging van de 45-minutennorm voor spoedeisende hulpen en afdelingen acute verloskunde, omdat hij niet-medisch onderbouwd is, onvoldoende zegt over de kwaliteit van zorg voor patiënten en geen rekening houdt met ontwikkelingen in de spoedzorg. De reden van vervanging is dus niet dat niet aan deze norm wordt voldaan. Om de toegankelijkheid van acute zorg in heel Nederland te borgen kom ik met nieuwe instrumenten. Er wordt gewerkt aan medisch onderbouwde kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen. Daarnaast onderzoek ik of aanvullende maatregelen nodig zijn om de toegankelijkheid van zorg te borgen in regio's waar deze onder druk kan komen te staan, zoals in de regio's aan de grenzen van ons land. Nabijheid en leefbaarheid van een regio worden hierbij meegenomen. Afgelopen maanden heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport diverse Kamervragen over de wachttijden en Treeknormen in de langdurige zorg beantwoord. Ik verwijs naar antwoorden op vragen van lid Agema<sup>14</sup> van 16 december 2022 en antwoorden op vragen van lid Werner<sup>15</sup> van 20 december 2022. Tevens voert de Minister voor Langdurige Zorg en Sport regelmatig het debat met uw Kamer over dit onderwerp.

*De leden van de PVV-fractie lezen dat de Minister diverse afspraken heeft gemaakt met tal van organisaties om de wachtlijsten aan te pakken. Deze leden vragen echter wat hij heeft gedaan om de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht te houden. Welke instrumenten heeft de Minister om zorgverzekeraars aan hun zorgplicht te houden, en welke heeft hij al ingezet? De*

<sup>14</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1373

<sup>15</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1398

*NZa heeft daarbij geconstateerd dat de zorgverzekeraars weinig proactief zijn als het gaat om het aanpakken van de knelpunten met de wachtlijsten. Welke consequenties heeft dat voor de zorgverzekeraars tot nu toe gehad?*

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. In de praktijk gaat het om een veelheid van manieren om normaleleving te bewerkstelligen. Er zijn verschillende, formele en informele, instrumenten. In het handvattendocument waar eerder naar verwezen is, heeft de NZa verder geëxpliciteerd hoe zij verwachten dat zorgverzekeraars omgaan met het zorgplichtthema wachttijden in het bijzonder.

Met behulp van dit handvattendocument heeft de NZa onlangs controlebezoeken uitgevoerd bij de vier grote zorgverzekeraars. Hieruit kwam inderdaad het beeld naar voren dat zorgverzekeraars meer proactief moeten handelen om de wachttijden te verkorten. Zo moeten zorgverzekeraars bijvoorbeeld meer regie nemen om de beschikbare zorgcapaciteit te verdelen.

De NZa is op dit moment bezig met de voorbereiding van het follow-up onderzoek in 2023. Wanneer zij daarbij constateren dat proactief handelen uitblijft, kan de NZa overgaan tot vervolgmaatregelen. De NZa beschikt hierbij over diverse handhavinginstrumenten die zij kunnen inzetten. Informele instrumenten zijn normoverdragende gesprekken, waarschuwingen, het geven van voorlichting en guidance, en het inzetten van publiciteit. Daarnaast heeft de NZa twee formele (wettelijke) handhavinginstrumenten die bij zorgverzekeraars in het kader van naleving van de zorgplicht ingezet kunnen worden, namelijk de aanwijzing en last onder dwangsom. Verder verwijs ik u naar mijn brief van 22 juni 2022<sup>16</sup>, waarin ik uitgebreid ben ingegaan op de handhavingmogelijkheden door de NZa.

*Genoemde leden van de PVV-fractie maken zich al jaren zorgen over de almaar stijgende zorgpremie. Sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006 is de nominale premie met een ongekend percentage van maar liefst 61% gestegen. Ruim 80% van de Nederlandse bevolking maakt zich inmiddels zorgen over de hoge premie en ruim 40% verwacht dit jaar de zorgpremie niet meer te kunnen betalen. Deze leden zien daarbij een hoge stijging van het vrijwillig eigen risico bij de overstappers dit jaar. Niet omdat ze zo goed in hun slappe was zitten, maar om de premiekosten te drukken. Dit kan problemen opleveren als ze onverwacht toch zorg nodig hebben. Ook kiezen steeds meer mensen voor alleen een basisverzekering, zonder aanvullend pakket, eveneens om de kosten te drukken. Neemt de Minister al deze signalen over de hoge zorgpremie wel serieus? Het monitoren van de betalingsachterstanden is een wassen neus als er niet tegelijkertijd een plan komt om ze op te lossen.*

Ja, ik neem deze signalen serieus. De zorgpremie weerspiegelt de kosten van de zorg. De Zvw-zorgkosten stijgen door vergrijzing, meer chronische zieken en meer medische mogelijkheden, maar de afgelopen jaren ook doordat er zorg is overgeheveld van de andere domeinen naar de Zvw. Daarnaast wordt ook de zorg op dit moment geconfronteerd met hogere loonkosten en hogere energiekosten. Met het Integraal Zorg Akkoord (IZA) zetten we een belangrijke stap in het betaalbaar houden van de zorg.

Overigens worden de laagste inkomens gecompenseerd voor de stijging van de premie doordat de zorgtoeslag meegroeit met de premie en de hoogte van de eigen betalingen in de Zvw. Daarnaast heeft dit kabinet recent een uitgebreid pakket aan maatregelen getroffen om de koopkracht

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 617



in zijn geheel te bevorderen. Deze komen ten gunste van zowel lage als middeninkomens. Ondanks alle koopkrachtmaatregelen kan het kabinet niet alle koopkrachtverlies voor alle Nederlanders wegnemen.

Sommige burgers hebben betalingsachterstanden bij hun zorgverzekeraar. In die gevallen is maatwerk geboden. Soms door betalingsregeling bij de zorgverzekeraar en soms door (schuld)hulp vanuit het sociale domein. Om die reden werken zorgverzekeraars mee aan vroegsignalering en bieden zij betalingsregelingen op maat aan. Als verzekerden de betalingsregeling niet kunnen voldoen, dan kunnen zij laagdrempelig contact met hun verzekeraar opnemen om een passende afspraak te maken. Hoewel zorgverzekeraars nog geen noemenswaardige veranderingen zien in het aantal betalingsachterstanden ten opzichte van vorig jaar, blijf ik het belangrijk vinden om goed de vinger aan de pols te houden.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». Omdat deze leden zich grote zorgen maken over de toegankelijkheid van de zorg, zeker in het licht van de huidige koopkrachtcrisis, hebben zij nog enkele vragen aan de Minister.*

*Zij vrezen dat de financiële uitdagingen van huishoudens hen weinig andere keus laten dan te kiezen voor een zorgverzekering die in de basis goedkoper is, maar uiteindelijk duurder kan uitpakken. De Minister noemt dat zorgverzekeraars hun klanten over extra kosten informeren, genoemde leden hebben er weinig vertrouwen in dat dit voldoende is om te voorkomen dat mensen in de problemen komen. Analyses van Prewise en Independer<sup>17</sup> laten zien dat mensen dit jaar opvallend vaak hun eigen risico verhogen. Is de Minister het met deze leden eens dat mensen zo letterlijk gokken met hun gezondheid? Erkent de Minister dat dit een zorgwekkend signaal is over de betaalbaarheid van de zorg? Zo ja, welke stappen wil de Minister zetten om te zorgen dat mensen niet in de financiële problemen komen door te kiezen voor een hoger eigen risico? Zo nee, waarom niet? Welke voordelen ziet de Minister in een vrijwillig eigen risico? Heeft het vrijwillig eigen risico een drukkend effect op de zorgkosten? Zo ja, hoe verhoudt zich dit tot zorgmijding uit angst voor hoge zorgkosten? Wat betekent de lagere premie die mensen met een hoger eigen risico krijgen voor de hoogte van de premie voor mensen met het standaard eigen risico? Kan de Minister dit effect becijferen?*

In april 2022 is de motie van het lid Paulusma c.s. aangenomen (zie Kamerstuk 35 872, nr. 13) die verzoekt onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt. Ik heb onderzoeksbureau Equalis opdracht gegeven hier onderzoek naar te doen. Equalis kijkt onder andere welke verzekerden zoal voor een vrijwillig eigen risico kiezen en wat de redenen van verzekerden zijn om al dan niet een vrijwillig eigen risico af te sluiten. Verder geeft het onderzoek een inschatting van het remgeldeffect dat uitgaat van het vrijwillig eigen risico en geeft het inzicht in de mate van kruissubsidiëring. Ik verwacht de resultaten van het onderzoek vóór het meireces naar uw Kamer te kunnen sturen.

<sup>17</sup> RTL Nieuws, 30 december 2022, «Maximaal eigen risico opvallend populair bij overstapper zorgverzekering» (<https://www.rtlnieuws.nl/economie/artikel/5356365/overstappen-zorgverzekering-eigen-risico-verhogen>).

*De leden van de PvdA-fractie hebben ook grote zorgen over extra kosten voor niet gecontracteerde zorg. Dat heeft drie redenen. De stijging van de zorgpremie maakt een naturopolis aantrekkelijker. De contractering van zorgverzekeraars loopt extra moeilijk dit jaar. En het kabinet wil de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg verder beperken. Alle drie deze factoren vergroten het risico dat mensen (onverwachts) voor hogere zorgkosten komen te staan. Zorgverleners hebben een verplichting om patiënten te informeren als zorg niet volledig vergoed wordt omdat er geen afspraken zijn gemaakt met de verzekeraar. Deze informatieplicht laat veel ruimte aan de zorgverlener over de wijze van informeren. Vindt de Minister dit wenselijk? Hoe beoordeelt de Minister het idee van een offerteplicht voor niet gecontracteerde zorg, zoals opgenomen in het IZA? Verwacht hij dat dit snel uitvoerbaar is? Is de Minister bereid andere stappen te zetten om mensen die onverwachts met hoge zorgkosten worden geconfronteerd, te helpen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet? Hoe wordt gemonitord of mensen vaak onverwachts met extra kosten worden geconfronteerd en of dit tot betalingsproblemen leidt? Kan de Minister iets zeggen over de omvang van dit probleem?*

Het is belangrijk dat patiënten – voordat een zorgtraject start – weten of zij daarvoor met kosten geconfronteerd gaan worden. Er zijn regels gesteld dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders daarover transparant moeten zijn naar verzekerden. De NZa houdt daar toezicht op. Toch komt het voor dat verzekerden onverwacht met kosten geconfronteerd worden, omdat zij niet geïnformeerd waren dat hun zorgverlener geen contract heeft en dat zij daardoor zelf een deel van de rekening moeten betalen. Ik heb geen overzicht hoe vaak dit voorkomt, maar er zijn met enige regelmaat signalen hierover.

Juist daarom is in het IZA afgesproken om de mogelijkheden te onderzoeken om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verplichten om patiënten vooraf schriftelijk een offerte te sturen met daarin de behandeling en de bijbehorende kosten die door de patiënt moeten worden voldaan, zodat de behandeling pas kan starten nadat de patiënt akkoord is gegaan met de offerte. De beste manier om onverwachte kosten te voorkomen is ervoor te zorgen dat patiënten daarover vooraf geïnformeerd worden. De NZa is met het Ministerie van VWS de mogelijkheid van een offerteplicht aan het verkennen. Zodra daar meer over bekend is zal ik u daarover informeren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: «Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»» en «Zorgpremie voor velen molensteen». Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Genoemde leden constateren dat het huidige zorgstelsel steeds minder goed in staat is om te doen wat het belooft, namelijk iedereen toegang geven tot verzekerde zorg. Zij vragen de Minister daarom of hij van mening is dat het huidige zorgstelsel zo nog houdbaar is.*

*De leden van de SP-fractie vragen de Minister om met een serieuze aanpak te komen om de zorg voor alle mensen toegankelijk te houden. Daar hoort volgens deze leden ook een effectiever beleid bij om zorgverleners voor de zorg te behouden door de loonkloof op te lossen, bureaucratie aan te pakken en zorgverleners echte zeggenschap te geven over hun zorgorganisatie. Is de Minister bereid om daar echt stappen in te zetten?*

Met de leden van de SP-fractie vind ik dat het nodig is om komende jaren echt stappen te zetten in de aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn, waaronder het behoud van zorgmedewerkers, de aanpak van regeldruk en het versterken van de zeggenschap van zorgverleners. VWS doet dat samen met werkgevers, vakbonden, zorginkopers en brancheorganisaties, met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn waarover de Minister voor Langdurige Zorg en Sport u op 30 september 2022 heeft geïnformeerd.<sup>18</sup> Het Ministerie van VWS is op dit moment met deze partijen aan de slag om de acties uit het programmaplan uit te voeren, nader te concretiseren en per actie een of meerdere «eigenaren» te identificeren.

Uw Kamer zal in het voorjaar van 2023 worden informeren over de voortgang van dit programma, waaronder ook de acties om de zeggenschap te versterken en ervoor te zorgen dat de sector zorg en welzijn een fijne sector is om in te (blijven) werken, zodat medewerkers behouden blijven voor deze zorg.

De aanpak van regeldruk vindt plaats via het programma (Ont)Regel de Zorg. Binnen dit programma wordt samengewerkt met zorgpartijen om de administratieve lasten in de zorg radicaal terug te dringen en te moderniseren. Het streven is een gezondheidszorg waarbij de zorgverlener meer tijd en aandacht heeft voor de patiënt en de administratie primair ten dienste staat van die zorg.

Om de lonen in de zorg in het midden van het loongebouw extra te kunnen laten stijgen zijn in 2021 met Prinsjesdag extra middelen (675 miljoen euro) beschikbaar gesteld. We zien in nagenoeg alle cao's in zorg en welzijn dat er vervolgens ook afspraken zijn gemaakt om deze groep er extra op vooruit te laten gaan.

Via de reguliere overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) voor 2023 wordt circa 3 miljard euro extra beschikbaar gesteld voor loonontwikkeling. Deze OVA-ruimte biedt de mogelijkheid voor sociale partners om te differentiëren in contractloonstijging tussen verschillende groepen en ook daarmee de lonen van de middengroep extra te laten stijgen.

Daarnaast wordt in de aanloop naar de Mid Term Review in 2024, die afgesproken is in het IZA in 2023, een breed onderzoek uitgezet naar de beloning in de zorg. Het doel is voor zorg en welzijn breed een actuele stand van zaken te krijgen met betrekking tot beloning, ook ten opzichte van andere sectoren.

*Genoemde leden constateren dat het op 31 december 2022 voor veel mensen niet duidelijk was of hun zorgaanbieder in 2023 een contract zou hebben met hun zorgverzekeraar. Hierdoor kunnen zij dus niet meer wisselen van zorgverzekeraar op het moment dat duidelijk zou worden dat hun zorgaanbieder niet meer gecontracteerd zal worden, waardoor zij dan moeten kiezen tussen bijbetalen of het opgeven van hun vertrouwde zorg en overstappen naar een nieuwe zorgaanbieder (als daar plaats is). Zij vragen de Minister hoe hij ervoor gaat zorgen dat alle onderhandelingen voor het jaar 2024 wel op tijd zijn afgerond, zodat mensen eventueel nog kunnen wisselen van zorgverzekeraar als hun zorgaanbieder niet wordt gecontracteerd door hun huidige zorgverzekeraar.*

Ik heb geen formele bevoegdheid om zorgverzekeraars en zorgaanbieders te dwingen om vóór het eind van het jaar de onderhandelingen af te ronden en samen een contract te sluiten. Dit zou immers tegen het privaatrechtelijke karakter van de Zorgverzekeringwet in gaan, dat is

<sup>18</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 485

gebouwd op contractsvrijheid. Ik vind het ook ongewenst dat een van de partijen door mijn ingrijpen in een machtspositie zou kunnen komen tijdens de onderhandelingen. Dat frustreert een optimale uitkomst van deze gesprekken. Wel zal ik de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders gezamenlijk aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid tegenover hun verzekerden en patiënten om de onderhandelingen vóór het begin van het nieuwe contractjaar af te ronden.

Het is voor verzekerden van belang dat zij tijdig weten of aanbieders gecontracteerd zijn of niet. In het IZA hebben we afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces. Zo hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het IZA afgesproken jaarlijks voor 12 november transparant te maken met wie zij een contract hebben afgesloten. In IZA-verband wordt het initiatief genomen om deze afspraken verder te concretiseren. Ook gaan de IZA-partijen gezamenlijk aan de slag met een verbeterplan voor het contracteerproces.

*De leden van de SP-fractie vragen de Minister daarnaast wat voor consequenties er zijn voor zorgverzekeraars wanneer zij de onderhandelingen met zorginstellingen niet op tijd hebben afgerond en welke rechten verzekerden hebben wanneer hun zorgaanbieder opeens niet gecontracteerd blijkt te worden, nadat de deadline om te wisselen van zorgverzekeraar is verstreken.*

In de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (TH/NR-022) zijn de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars opgenomen. Een zorgverzekeraar dient in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op te nemen met welk zorgaanbod op dat moment per polis is gecontracteerd. Een zorgverzekeraar dient hierbij de informatie te vermelden die relevant is voor de verzekerde voor het maken van een keuze. Indien een zorgaanbieder gedurende het overstapeseizoen dus nog niet gecontracteerd is door een zorgverzekeraar, dient hij verzekerden hierover, alsook over de consequenties, te informeren. De NZa houdt toezicht op deze informatieverplichtingen.

Daarnaast is in artikel 13, lid 5 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaald dat indien een zorgaanbieder niet langer gecontracteerd wordt, een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, het recht op deze zorgverlening door deze aanbieder voor rekening van de zorgverzekeraar behoudt.

*Deze leden lezen in de reactie van de Minister dat hij «in overleg [is] met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), om mede naar aanleiding van de signalering «Stand van de zorg» te kijken of het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan aanpassing behoeft». Zij vragen wat precies het doel is van de Minister met deze gesprekken. Op welke manier zou de zorgplicht volgens hem kunnen worden aangepast? Gaat het hierbij om een aanscherping of een afzwakking van de zorgplicht?*

Ik ben in overleg met de NZa en de IGJ, om mede naar aanleiding van de signalering «Stand van de zorg» te verkennen of enerzijds er iets aangepast moet worden aan het begrip «zorgplicht» en de invulling daarvan. Ik informeer u te zijner tijd over de uitkomsten van deze verkenning. Daarnaast werken we aan gezamenlijke communicatie richting het zorgveld en burgers. Het doel van deze gesprekken is om te bezien wat vooruitlopend op alle recent gesloten akkoorden en

programma's<sup>19</sup>, in het hier en nu kan helpen om knelpunten in de toegang op te lossen. Ik zal u voor het zomerreces nader informeren over de voortgang hiervan.

*De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister stelt dat de premies stijgen «doordat de zorgpremie de kosten van de zorg weerspiegelt». Is de Minister zich ervan bewust dat het een politieke keuze is om de zorgpremies generiek te laten meestijgen met de zorgkosten, aangezien de zorgkosten ook op een andere manier zouden kunnen worden gefinancierd? Is de Minister bereid om te onderzoeken hoe de zorgverzekering op een andere manier zou kunnen worden gefinancierd, waardoor de zorgpremies wel betaalbaar blijven voor mensen?*

Op dit moment worden de zorgkosten gefinancierd uit de nominale premies en via de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). Er zijn in theorie andere manieren om de zorg te financieren mogelijk, zie voor meer informatie Zorgkeuzes in Kaart 2020.<sup>20</sup> De vorm van financiering verandert echter niet het feit dat de zorgkosten stijgen en dat deze betaald moeten worden. Het huidige stelsel en de huidige financiering via de nominale premie, inkomensafhankelijke bijdrage in combinatie met de zorgtoeslag werkt in mijn ogen goed. Daarbij is de zorgtoeslag een gericht mechanisme dat de betaalbaarheid van de zorg voor de lage en middeninkomens verhoogt doordat de zorgtoeslag meebeweegt met de gemiddelde premiestijging. Aanpassingen in de financiering zijn vaak fundamenteel. Ik vind dergelijke aanpassingen niet nodig en niet opportuun. Ik ben dan ook niet bereid om onderzoek te doen naar andere financieringsvormen. Ik zie een groter belang in het houdbaar houden van de zorgkosten als geheel en het zorgen voor genoeg mensen om die zorg te leveren, zoals ik ook in het IZA heb beschreven.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie**

*Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de artikelen: «Zorggrens bereikt -Zorgverzekeraar CZ: »Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is« en «Zorgpremie voor velen molensteen». Het lid wil daarbij wat opmerkingen plaatsen.*

*Genoemd lid wil allereerst opmerken dat wat de BBB-fractie betreft de problematiek van de lange wachtlijsten hoog op de agenda moet staan. Het verwijzen naar gesloten akkoorden die op lange termijn verlichting moeten geven, doet geen recht aan de ernst van de problematiek. De lange wachtlijsten vormen een acuut probleem. Het lid van de BBB-fractie begrijpt van een van de grotere zorgverzekeraars dat het binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) niet mogelijk is om inzage te krijgen in de wachtlijsten en zodoende te proberen hun patiënten te helpen. Kan de Minister bevestigen dat dat zo is? Zo ja, is de Minister dan bereid om dit te veranderen?*

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen op persoonsniveau gegevens uitwisselen over de wachtstatus van cliënten. Zorgkantoren hebben deze persoonsgegevens nodig vanwege de zorgplicht en om te bemiddelen naar een geschikte plaats in een verpleeghuis. Grondslag voor de uitwisseling ligt in de Wet langdurige zorg, waarbij de toestemming van cliënten geregeld is. Deze gegevens worden via iWlz (landelijke syste-

<sup>19</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd

<sup>20</sup> [www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020](http://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020)

matiek) verzameld en – geanonimiseerd – verwerkt in een landelijke wachtlijstrapportage. Deze rapportage is niet tot personen herleidbaar en voor iedereen te raadplegen op: [www.zorgcijfersdatabank.nl](http://www.zorgcijfersdatabank.nl).

Zorgverzekeraars daarentegen kunnen op dit moment niet beschikken over gegevens van de wachtstatus van cliënten met een Wlz-indicatie. Daarvoor ontbreekt momenteel de juridische grondslag. Er is op dit moment dan ook geen gestructureerde gegevensuitwisseling tussen zorgkantoor of zorgaanbieder en de verzekeraar. Om de doorstroming van cliënten te bevorderen en wachttijden te reduceren is het gewenst dat op een verantwoorde manier (conform AVG-vereisten) gegevens kunnen worden gedeeld tussen deze partijen. Ik ben bereid met betrokkenen te verkennen wat er nodig is om de gegevensuitwisseling op een toekomstbestendige manier vorm te geven. Ik zal dit waar nodig en mogelijk in samenhang bezien met de eerder in deze brief genoemde verkenning naar het (binnen de grenzen van de privacywetgeving) benutten van declaratiedata van zorgverzekeraars voor de juiste zorg op de juiste plek/passende zorg.

*Het lid van de BBB-fractie denkt dat een deel van de oplossing te vinden is in een betere spreiding over ziekenhuizen. Daarbij is het soms voor een patiënt niet mogelijk om op eigen kracht wat verder te reizen naar een ziekenhuis verder weg met een kortere wachtlijst. In hoeverre worden patiënten hierin actief ondersteund, bijvoorbeeld door het vergoeden van reiskosten? Is dit een oplossingsrichting waarover door zorgverzekeraars wordt nagedacht en zo nee, waarom niet?*

Er is door zorgverzekeraars geen collectieve inzet op het stimuleren van verder reizen om langere wachttijden te mijden door het vergoeden van reiskosten. Of individuele zorgverzekeraars compensatie voor de reiskosten verlenen is mij niet bekend. De vergoeding van vervoerskosten valt onder bepaalde voorwaarden onder de basisverzekering. Het gaat hier dan om vergoeding van ziekenvervoer waarbij de verzekerde tot (minimaal) één van de gespecificeerde categorieën of tot de hardheidsclausule moet behoren om voor de vergoeding in aanmerking te komen<sup>21</sup>. Het gaat hier niet om een algemene reiskostenvergoeding.

*Genoemd lid is van mening dat bij het wegwerken van de wachtlijsten ook het beperken van de instroom op wachtlijsten hoort. Eerder is al gebleken dat wanneer een huisarts meer tijd kan besteden aan een patiënt, dit aanzienlijk scheelt in de doorverwijzingen. Kan de Minister dit onderdeel van het IZA naar voren halen? Nu gaat dit gefaseerd in vanaf april. Het lid van de BBB-fractie ziet graag dat de huisartsen die dat willen, daar meteen mee kunnen starten. Zij vraagt ook wat de Minister gaat doen als de huisartsen het IZA niet ondertekenen. Volgens genoemd lid kan het niet zo zijn dat meer tijd voor de patiënt enkel afhangt van deze ondertekening.*

De huisartsen hebben onlangs het IZA ondertekend. Huisartsenpartijen en zorgverzekeraars hebben samen goede en ambitieuze afspraken gemaakt over de opschaling van meer tijd voor de patiënt (MTVP). De afspraken houden in dat MTVP gefaseerd beschikbaar wordt met als doel dat per 1 januari 2024 alle huisartsen hiervan gebruik kunnen maken indien gewenst. Dit tijdpad is ambitieuzer dan het tijdpad dat in het IZA is afgesproken.

---

<sup>21</sup> Vervoer (Zvw) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland

## Vragen en opmerkingen van de leden van de BIJ1-fractie

*Het lid van de BIJ1-fractie maakt zich ernstige zorgen over de betaalbaarheid van de zorg in Nederland. Dat de zorgkosten op verschillende fronten stijgen, is een gegeven waar niet omheen kan worden gegaan. De reactie vanuit de regering daarentegen is een bewuste beleidskeuze. De Minister kan van mening zijn dat het zorgstelsel in Nederland solidair is, maar dan hanteert de Minister een alternatieve definitie van solidariteit. Want het feit dat mensen in Nederland essentiële zorg niet kunnen bekostigen, is toch een duidelijke indicatie dat deze kosten onvoldoende gedragen worden door mensen met hogere inkomens? Het indiceert namelijk beide een gebrek aan bewustzijn van saamhorigheid en onvoldoende bereidheid om de consequenties daarvan te dragen. Elke Nederlander voelt de gevolgen van de huidige koopkrachtdaling, maar de consequenties zijn niet voor ieder gelijk. Waar sommigen een week minder op vakantie moeten, belanden anderen in diepe schulden om noodzakelijke zorg te kunnen blijven betalen. Een daadwerkelijke solidaire samenleving zou niemand in de steek laten om de excessieve luxe van anderen te kunnen garanderen. Het duidt aan dat voor het kabinet de leefomstandigheden van kwetsbare Nederlanders geen prioriteit is, maar dat voorrang wordt gegeven aan het mandaat van de kaviaarsnoepers.*

*Daarnaast las het lid van de BIJ1-fractie met ongenoegen dat het huidige koopkrachtpakket van het kabinet gebruikt wordt om de zorgen over een ménage à trois van inflatie, stijgende energiekosten, en stijgende zorgpremies te kalmeren. Beduidt het feit dat sommige Nederlanders hun zorgkosten niet kunnen betalen niet dat de doeltreffendheid van het koopkrachtpakket gebrekkig is? Vindt de Minister dat de huidige koopkrachtproblematiek niet alarmerend genoeg is om dit pakket te herzien?*

*Zou de Minister willen toegeven dat het in de steek laten van burgers die hun zorg niet kunnen bekostigen een doelbewuste beleidskeuze is, in plaats van het probleem te negeren door aantoonbaar inadequaat beleid als zondebok te gebruiken? Is de Minister het met genoemd lid eens dat het belasten van mensen met hoge inkomens een middel is om de stijgende zorgkosten te betalen, en dat dit middel doelbewust niet wordt ingezet?*

Het is de wens van het kabinet om het aantal huishoudens met een risico op betalingsproblemen zoveel mogelijk te beperken, maar het kabinet kan niet alle koopkrachtverlies voor Nederlanders wegnemen. Er blijft daarom een groep huishoudens over met risico op betalingsproblemen. Wel laten de stresstesten zien dat door alle maatregelen die het kabinet treft de verwachte forse toename van huishoudens met een risico op betalingsproblemen is voorkomen. In de bijgewerkte stresstest voor 2023 heeft het CPB becijferd dat 430 duizend huishoudens te maken krijgen met potentiële betalingsproblemen. De verwachting voor Prinsjesdag was 1 miljoen huishoudens. En voor begin 2021, dus voor de stijgende energieprijzen, becijferde het CPB ongeveer een half miljoen huishoudens met potentiële betalingsproblemen. Hoewel het met de koopkrachtmaatregelen is gelukt om het aantal huishoudens met een risico op betalingsproblemen fors te verkleinen, kan het kabinet dit aantal niet volledig terugbrengen tot nul. Maar we staan als kabinet wel naast de kwetsbare huishoudens. En dat blijven we ook doen.

Meer specifiek voor de zorg wil ik het volgende opmerken.

De zorgpremie weerspiegelt de kosten van de zorg. De zorgkosten stijgen door vergrijzing, meer chronische zieken en meer medische mogelijkheden. Daarnaast wordt ook de zorg op dit moment geconfronteerd met hogere loonkosten en hogere energiekosten. Het IZA is er mede op gericht dat de zorguitgaven de komende jaren minder hard stijgen. Met koopkrachtmaatregelen beogen we de betaalbaarheid van de kosten voor levensonderhoud, waaronder die van de zorg, betaalbaar te houden. Specifiek voor de zorgkosten is er de zorgtoeslag voor de lage- en middeninkomens waarvan de hoogte meestijgt met de premie en de hoogte van de eigen betalingen in de Zvw.

Ondanks alle koopkrachtmaatregelen kunnen er individueel vervelende situaties ontstaan die ook leiden tot betalingsachterstanden bij de zorgverzekeraar. In die gevallen is maatwerk geboden. Soms door een betalingsregeling bij de zorgverzekeraar en soms door (schuld)hulp vanuit het sociale domein. Om die reden werken zorgverzekeraars mee aan vroegsignalering» en bieden zij betalingsregelingen op maat aan. Als verzekerden de betalingsregeling niet kunnen voldoen dan kunnen zij laagdrempelig contact opnemen met hun zorgverzekeraars om een passende afspraak te maken.

Hoewel zorgverzekeraars nog geen noemenswaardige veranderingen zien in het aantal betalingsachterstanden ten opzichte van vorig jaar, blijf ik hierbij de vinger aan de pols houden.