

Vergaderjaar 2022–2023

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 697**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 december 2022

In antwoord op uw verzoek vanuit de procedurevergadering van 16 november 2022, stuur ik u hierbij mijn reactie op de twee krantenartikelen uit de Telegraaf van 11 november jl.: «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: »Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is»<sup>1</sup> en «Zorgpremie voor velen molensteen»<sup>2</sup>. Ook ga ik in deze brief in op de twee toezeggingen die ik tijdens het mondelinge vragenuur van 15 november (Handelingen II 2022/23, nr. 22, mondelinge vragen van het lid Kuza) heb gedaan.

*Inzet van de akkoorden*

Ik herken 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. Hier moet wat aan gedaan moet worden. De zorg moet immers toegankelijk en betaalbaar blijven. Dit is ook de reden waarom ik de afgelopen tijd een aantal akkoorden heb gesloten.

Ik zet met de recent gesloten akkoorden en programma's<sup>3</sup> in op het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen die het nodig heeft, nu en in de toekomst.

Er zijn met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken. Tegelijkertijd besef ik ook dat de transfor-

<sup>1</sup> Telegraaf, 11 november 2022, «Zorggrens bereikt – Zorgverzekeraar CZ: »Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is» (https://www.telegraaf.nl/financieel/1190071453/zorgverzekeraar-cz:kunnen-niet-meer-garanderen-dat-zorg-altijd-voor-iedereen-toegankelijk-is)

<sup>2</sup> Telegraaf, 11 november 2022, «Zorgpremie voor velen molensteen» (https://www.telegraaf.nl/financieel/803545440/zorgpremie-voor-velen-molensteen)

<sup>3</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

maties niet van vandaag op morgen allemaal gerealiseerd zijn. We gaan dan ook samen met alle partijen aan de slag, om ook knelpunten in de toegang in het hier en nu op te lossen.

### *Zorgverzekeraars*

Het is aan zorgverzekeraars (en zorgkantoren), gelet op hun zorgplicht, om samen met zorgaanbieders alles in het werk te stellen om problemen in de toegankelijkheid van zorg te voorkomen.

Veel acties om de zorg toegankelijk te houden zijn reeds ingezet zoals: het delen van realtime capaciteitsinzichten in de acute zorg en pilots met zorgcoördinatie. Deze bevorderen dat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg van de juiste zorgverlener krijgt. Daarnaast worden er regiobeelden opgesteld om op basis daarvan regioplannen te maken, met het oog op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Ook worden er laagdrempelige (digitale) steunpunten opgericht om de wachttijden in de ggz aan te pakken.

Het Ministerie van VWS verkent verder samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) welke ruimte de huidige wetgeving biedt, voor het benutten van declaratiedata voor de juiste zorg op de juiste plek/passende zorg en hoe we hieraan praktisch nadere invulling kunnen geven, ook ten aanzien van zorgbemiddeling. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie van de leden Den Haan en Kuzu<sup>4</sup>. Hierbij wordt ook motie van de leden Bikker en Van den Hil betrokken (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 77). Deze motie is gericht op de ggz, maar kan breder gezien worden met de rol van zorgverzekeraars in kader van hun zorgplicht. Deze motie verzoekt om uit te werken dat zorgverzekeraars wachtenden zo vroeg mogelijk in beeld krijgen en hen actief mogen benaderen. Naar verwachting helpt dit zorgverzekeraars hun regierol vorm kunnen geven en anderzijds stelt dit de toezichthouders in staat om beter te acteren en te handhaven waar nodig.

### *De toezichthouders*

De toezichthouders hebben acties ingezet om de toegankelijkheid van de zorg te borgen, hierna vindt u daar een aantal voorbeelden van. Zo ben ik in overleg 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.

De NZa heeft een toezichtkader zorgplicht en daarnaast ook handvatten gepubliceerd over wat van verzekeraars verwacht wordt t.a.v. hun zorgplicht<sup>5</sup>.

De NZa heeft verder in de afgelopen periode naar aanleiding van de uitgestelde zorg o.a. een controlebezoek gebracht aan de vier grootste zorgverzekeraars. In het kader van deze controlebezoeken heeft de NZa in beeld gebracht welke activiteiten de zorgverzekeraar (heeft) verricht om de druk op de uitgestelde zorg als gevolg van covid-19 te verlichten. De NZa constateert dat zorgverzekeraars weliswaar financieel faciliteren, met zorgaanbieders met te lange wachtlijsten in gesprek zijn en projecten waar mogelijk naar voren hebben gehaald, maar dat verzekeraars te weinig proactief zijn waar het gaat om het aanpakken van knelpunten. NZa voert in 2023 een follow-up onderzoek uit. Ik heb bestuurlijke afspraken gemaakt met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU),

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689 nr. 1156

<sup>5</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_323566\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/).

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Patiëntenfederatie Nederland (PFN) over de aanpak van de uitgestelde zorg naar aanleiding van de aanhoudende hoge werkvoorraad en lange wachttijden in de medisch specialistische zorg, zo blijkt uit de NZa monitors toegankelijkheid van de zorg. Over de stand van zaken van de uitgestelde zorg informeer ik uw Kamer op korte termijn.

Voor de ggz heeft de NZa in haar Rode draden analyse enkele aanbevelingen gedaan wat betreft het aanbod van cruciale zorg. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn daarover verschillende afspraken gemaakt. Zo wordt per regio en op landelijk niveau inzichtelijk gemaakt welk aanbod van cruciale zorg er is en hoe dit zich verhoudt tot de vraag. Op die manier kunnen verzekeraars beter invulling geven aan hun zorgplicht. Afspraken uit het IZA hebben als doel om alle wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen en om de gemiddelde wachttijd terug te brengen naar vijf weken. Het uiteindelijke doel van de afspraken is passende zorg of ondersteuning voor iedereen, die toegankelijk en betaalbaar is. Om dit te kunnen bewerkstelligen hebben we het ggz macro-kader opgehoogd en stellen we transformatiemiddelen beschikbaar. De NZa monitort doorlopend samen met de IGJ of in de regio's met hoge wachttijden alles in het werk wordt gesteld om de wachttijden te verminderen.

Voor de huisartsen geldt dat er plekken zijn in Nederland waar mensen veel moeite hebben om een huisarts te vinden waar ze zich kunnen inschrijven. Overigens kunnen mensen ook als zij niet bij een huisarts zijn ingeschreven beroep doen op (acute) huisartsenzorg; zij kunnen als «passant» worden geholpen. In het IZA heb ik met partijen veel afspraken gemaakt over de vermindering van de druk op de huisartsenzorg. Hoewel de beroepsvereniging van huisartsen (LHV) nog niet getekend heeft, zijn we al stevig van start met de uitvoering van de afspraken. Zo wordt er gewerkt aan een betere verdeling van de avond-, nacht- en weekendzorg door huisartsen en aan het implementeren van «meer tijd voor de patiënt» in de spreekkamer van de huisarts.

In het kader van de IZA-afspraken over versterking van organisatie van de eerstelijnszorg werk ik met een brede groep van eerstelijnsparitijen aan een visie en plan van aanpak voor de eerstelijnszorg van 2030. Het herstel en behoud van de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg staat in dit traject centraal.

Voor de wijkverpleging geldt dat niet alle cliënten die aangemeld worden voor wijkverpleging op dit moment direct zorg kunnen krijgen. Voor een beter inzicht in de omvang van de schaarste en de landelijke spreiding van de problematiek is nadere analyse nodig. Daarover ben ik met de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in gesprek.

#### *Premie*

De zorgpremie stijgt komend jaar meer dan in eerdere jaren. Dat komt doordat de zorgpremie de kosten van de zorg weerspiegelt: die stijgen, door stijgende lonen maar ook door de gestegen kosten van energie, vergrijzing en duurdere behandelingen, en die kosten moeten betaald worden.

In Nederland hebben we een zeer solidair stelsel waarbij iedereen meebetaalt aan de zorgkosten, ongeacht of je ziek of gezond bent. Er is niet alleen solidariteit tussen gezond en ziek, maar ook tussen rijk en arm. Ruwweg de helft van de zorgkosten wordt betaald via de inkomensafhankelijke bijdrage, waarbij hogere inkomens meer bijdragen dan lagere inkomens. De andere helft wordt betaald via de zorgpremies en het eigen

risico. Daarbij ondersteun ik ongeveer 4,7 miljoen huishoudens met een laag inkomen via de zorgtoeslag, zodat ze deze premie en het eigen risico kunnen betalen. De zorgtoeslag stijgt automatisch mee met stijgende zorgpremies.

Dat laat onverlet dat ik de zorgen begrijp nu de stijgende zorgpremie samenvalt met stijgende energieprijzen en hoge inflatie. Hiervoor biedt het kabinet ondersteuning middels het uitgebreide koopkrachtpakket waarover uitvoerig met de Kamer is gesproken.

Wat betreft betalingsachterstanden van de zorgpremie zien zorgverzekeraars op dit moment geen noemenswaardige veranderingen. Wel is het belangrijk om de vinger aan de pols te houden. Ik zal de omvang van betalingsachterstanden dan ook actief monitoren.

#### *Toezeggingen tijdens mondeling vragenuur van 15 november*

Op 15 november jl. heb ik tijdens het mondelinge vragenuur met uw Kamer gesproken over het bericht «»Bijna helft Nederlanders vreest zorgverzekering niet te kunnen betalen»». Graag geef ik uitvoering aan de twee toezeggingen die ik tijdens dit debat heb gedaan.

Ten eerste vroeg het lid Den Haan (Fractie Den Haan) of ik ervan op de hoogte ben dat er tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten veel geld wordt betaald voor marketing en ledenwerving. Ook wilde zij weten om hoeveel geld het hier gaat en of dit geld niet ten goede zou moeten komen van de zorg en het verlagen van de zorgpremie. Allereerst wil ik opmerken dat, alhoewel de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 1 januari 2023 wordt afgeschaft, collectiviteiten op zichzelf blijven bestaan. Het beeld dat collectiviteiten vanaf 1 januari enkel gericht zijn op de aanvullende verzekering is dus niet correct. De totale uitgaven van zorgverzekeraars aan reclames voor de basisverzekering bedroegen in 2021 circa 23,3 miljoen euro. Ik heb geen zicht op de uitgaven aan reclamekosten voor aanvullende verzekeringen. Eveneens heb ik geen zicht op de reclamekosten specifiek voor (aanvullende) collectieve verzekeringen.

Het is toegestaan dat zorgverzekeraars kosten voor reclame maken. Zorgverzekeraars kunnen advertenties bijvoorbeeld gebruiken om zorginhoudelijke afspraken in collectiviteiten onder de aandacht te brengen van verzekerden. Zorgverzekeraars en collectiviteiten kunnen namelijk nog steeds (zorg)inhoudelijk afspraken maken over bijvoorbeeld verzuimreductie en duurzame inzetbaarheid. Dat is zelfs wenselijk omdat zulke initiatieven een positief effect kunnen hebben op de gezondheid en het welzijn van deelnemers. Nu de collectiviteitskorting op de basisverzekering verdwijnt, zullen zorgverzekeraars en collectiviteiten meer dan voorheen gebruik moeten maken van andere manieren om verzekerden te stimuleren zich aan te sluiten bij collectiviteiten. Alhoewel hiervoor financiële prikkels mogelijk zijn, bijvoorbeeld de collectiviteitskorting op de aanvullende verzekering en de mogelijkheid dat een collectiviteit een bijdrage verstrekt aan de premie voor de zorgverzekering, kunnen verzekeraars ook via reclame de voordelen van de collectieve verzekeringen onder de aandacht te brengen voor verzekerden.

Ten tweede vroeg het lid Paulusma (D66) of ik bij zorgverzekeraars onder de aandacht wil brengen dat zij ervoor moeten zorgen dat verzekerden, om nu goedkoop uit te zijn, geen verzekeringen kiezen die uiteindelijk duurder uitpakken dan verwacht. Ik heb dit, via ZN, onder de aandacht gebracht van zorgverzekeraars. Dit sluit aan bij de praktijk dat zorgverzekeraars, maar bijvoorbeeld ook vergelijkingssites, hun verzekerden informeren over de consequenties van de keuze voor bijvoorbeeld een vrijwillig eigen risico of een polis met beperkende voorwaarden. Zo

bieden verschillende vergelijkingssites keuzehulpen die verzekerden kunnen gebruiken om te achterhalen of het voor hen verstandig is om een vrijwillig eigen risico af te sluiten. Daarnaast bieden alle zorgverzekeraars een «zorgverzekeringskaart» aan, waarop zorgverzekeraars op uniforme wijze de belangrijkste polisvoorwaarden en vergoedingen van hun verzekeringen weergeven. Op deze overzichten staan ook eventuele beperkingen vermeldt, zoals de vergoeding indien een verzekerde een niet-gecontracteerde zorgaanbieder raadpleegt.

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