

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

## Herziening Zorgstelsel

Nr. 1252

### BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juni 2024

Op 19 juni aanstaande ga ik tijdens een commissiedebat met uw Kamer in gesprek over het zorgverzekeringsstelsel. Graag informeer ik u voorafgaand aan dit debat over de volgende onderwerpen:

1. Een recent onderzoek van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar «Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt»;
2. Het Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet (Zvw) 2023 van de NZa;
3. De Informatiekaart Zorgverzekeringen 2024 van de NZa;
4. De stand van zaken rondom gesprekken met zorgverzekeraars over het gebruik van foto's bij machtigingsaanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard;
5. De vertraging van de digitalisering van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) en de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV); en
6. De verlaging van de opslag van de bestuursrechtelijke premie.

In deze brief doe ik verschillende moties en toezeggingen af.

#### **1. Onderzoek «Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt»**

Al jarenlang is er aandacht voor het polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Aan de ene kant is er een ruim aanbod, waaruit een verzekerde een passende keuze kan maken. Aan de andere kant wordt het keuzeprocess van verzekerden bemoeilijkt door polissen die weinig tot niet van elkaar verschillen. Verzekerden kunnen hierdoor overstapbelemmeringen ervaren, hetgeen leidt tot een lagere overstappeneigheid. En juist die overstappeneigheid is belangrijk om verzekeraars te prikkelen tot klantgerichtheid en de inkoop van een kwalitatief en betaalbaar zorgaanbod.

De ACM en NZa hebben gezamenlijk onderzoek gedaan naar verschillen tussen basispolissen en keuzes van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt. Bijgaand zijn de resultaten van dit onderzoek opgenomen (zie bijlage 1 voor de aanbiedingsbrief van de NZa en bijlage 2 voor het rapport). Het onderzoek vormt een update van het onderzoek «Beter kiezen op de polismarkt» uit 2018<sup>1</sup> en richt zich op de periode 2019–2023.

### Onderzoeksmethode en resultaten

Voor het onderzoek hebben de ACM en de NZa een zogenoemde clusteranalyse uitgevoerd: basispolissen zijn op basis van hun belangrijkste kenmerken (zoals het type polis, de contracteergraad, het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg en een aantal serviceaspecten) ingedeeld in clusters. Polissen uit hetzelfde cluster zijn hierbij als (bijna) gelijk aan elkaar beschouwd. Vervolgens hebben de ACM en de NZa in kaart gebracht hoeveel verzekerden niet voor de goedkoopste polis binnen het cluster hebben gekozen.

Uit het onderzoek blijkt dat 61 procent van de premiebetalers in 2023 een basispolis had waarvoor een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief bestaat binnen het totale aanbod van basispolissen. Deze verzekerden hadden gemiddeld 103 euro per jaar kunnen besparen door voor een goedkopere (bijna) gelijke basispolis te kiezen. In 2018 ging het om 72 procent van de premiebetalers en 93 euro per jaar. In 2023 kwam de totale potentiële premiebesparing neer op ruim 900 miljoen euro. Wanneer er gecorrigeerd wordt voor inflatie en de potentiële premiebesparing uitgedrukt wordt als percentage van de potentiële premiebesparing uit 2018, blijkt dat de totale potentiële premiebesparing de afgelopen twee jaar is afgenomen en voornamelijk in 2023 lager lag dan in voorgaande jaren. De NZa en de ACM merken daarbij op dat de 900 miljoen euro niet voor het «oprapen» ligt, omdat een massale overstap zou leiden tot een premiestijging van de goedkoopste polissen. Premies voor individuele polissen worden veelal bepaald op basis van een zogenoemde «spilpremie» voor het gehele concern. De goedkopere polissen kunnen nu alleen zo goedkoop aangeboden worden, omdat er ook nog voldoende mensen kiezen voor een polis met een premie boven de zogenoemde «spilpremie». <sup>2</sup> Indien alle verzekerden overstappen naar de goedkopere polissen, zullen de premies van deze polissen gaan stijgen.

De analyses zijn ook uitgevoerd op concernniveau (dus ten aanzien van (bijna) gelijke polissen die aangeboden worden door hetzelfde concern). Uit deze analyses komt naar voren dat bijna de helft (48 procent) van de premiebetalers goedkoper uit had kunnen zijn in 2023 (gemiddeld 90 euro per jaar), indien zij hadden gekozen voor een (bijna) gelijk alternatief binnen het concern.

### Verklaringen en suggesties vanuit de ACM en de NZa

Prijsverschillen voor (bijna) gelijke producten komen ook in andere markten voor en kunnen verschillende redenen hebben. De ACM en de NZa benoemen de volgende drie mogelijke verklaringen voor hun bevindingen:

1. Er is sprake van een groot aanbod van (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern, waarbij verschillen tussen polissen onnodig worden uitvergroot. Deze schijndifferentiatie draagt niet bij aan de transparan-

<sup>1</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 931.

<sup>2</sup> Zie voor een verdere toelichting blz. 49 van het rapport «Beter kiezen op de polismarkt» van de ACM en de NZa uit 2018.

- tie van het keuzeproces en kan het vergelijken van zorgverzekeringen onnodig bemoeilijken voor verzekerden.
2. Sommige zorgverzekeraars maken de toegang tot de aanvullende verzekering afhankelijk van welke basisverzekering de verzekerde heeft. Verzekerden die graag een bepaalde aanvullende verzekering met een ruimer pakket willen, moeten hierdoor voor een relatief dure basisverzekering kiezen.
  3. Zorgverzekeringen zijn een complex product – voornamelijk met betrekking tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg – en er zijn aanwijzingen uit de wetenschappelijke literatuur dat sommige groepen hierdoor voor hen nadelige keuzes maken.

Verzekerden kunnen ook bewust ervoor kiezen meer te willen betalen uit tevredenheid over bijvoorbeeld de kwaliteit van de wachtlijstbemiddeling of vanuit merktrouw. Ik verwacht dat verzekerden ook een verschillende merk- en servicebeleving kunnen ervaren tussen verschillende zorgverzekeraars behorende tot hetzelfde concern. Dat betekent dat basispolissen die de clusteranalyse als (bijna) gelijk betitelt, in de merk- en servicebeleving van de verzekerde als verschillend ervaren kunnen worden.

In hun rapport dragen de ACM en de NZa verschillende suggesties aan die bij kunnen dragen aan een beter keuzeproces van verzekerden. Zo gaat de NZa een verdere uitbreiding van hun «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» verkennen, bijvoorbeeld ten aanzien van het actief verstrekken van informatie over (bijna) gelijke polissen door zorgverzekeraars op het moment van de premiebekendmaking of bij het prolongatieaanbod. Deze verkenning steun ik van harte, omdat op deze manier meer verzekerden op de hoogte zullen zijn van het bestaan van een (bijna) gelijke polis met een mogelijk lagere premie.

Een andere suggestie vanuit de ACM en de NZa is het uitvoeren van een verkenning naar de uitbreiding van artikel 17 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarmee het verbod op premiedifferentiatie ook zou gaan gelden voor bijna gelijke polissen én voor (bijna) gelijke polissen van verschillende zorgverzekeraars binnen hetzelfde concern. Een zorgverzekeraar mag op dit moment namelijk een andere premie vragen voor een zorgverzekering die identiek is aan een zorgverzekering die door een andere zorgverzekeraar binnen hetzelfde concern wordt aangeboden. Graag wijs ik als reactie op deze suggestie van de NZa op de eerdere juridische analyse die heeft plaatsgevonden naar de mogelijkheden van een aanpassing van artikel 17 van de Zvw.<sup>3</sup> Daaruit blijkt dat een aanpassing van artikel 17 van de Zvw op Europeesrechtelijke bezwaren stuit. Volgens Europees recht is wettelijk ingrijpen alleen mogelijk, indien dit noodzakelijk en proportioneel is. Het is zeer de vraag of op dit moment aan dat vereiste is voldaan. Er kunnen namelijk goede redenen zijn om binnen concernniveau verschillende premies te hanteren. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van de solvabiliteit die verschilt per zorgverzekeraar. Ook de uiteenlopende bedrijfsvoering per zorgverzekeraar, waaronder de servicebeleving, kan aanleiding zijn om een andere premie in rekening te brengen. Dit zijn legitieme gronden voor uiteenlopende premies.

Verder vragen de ACM en de NZa om maatregelen om de koppeling van bepaalde aanvullende verzekeringen aan basisverzekeringen tegen te gaan. Ik zie ook dat er een koppeling van bepaalde aanvullende verzekeringen aan basisverzekeringen is. Mijn voorganger heeft hier eind 2022 al op gereageerd in de brief over de monitor verzekeringsmarkt 2022.<sup>4</sup> Toen

<sup>3</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 917.

<sup>4</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1171.

heeft mijn voorganger opgemerkt dat de markt voor aanvullende verzekeringen een vrije markt is, waarop verzekeraars zelf bepalen welke aanvullende verzekeringen ze met welke dekking, tegen welke premie, en aan wie aanbieden. Nu de ACM en de NZa in het rapport constateren dat de beperkte toegang tot de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen bij bepaalde basisverzekeringen het kiezen lastiger maakt en dit de risicosolidariteit ondermijnt, zal ik in gesprek gaan met deze partijen om te verkennen of er handelingsopties zijn. Overigens informeer ik uw Kamer met regelmaat over hoe ik het risicovereveningsmodel nog verder verbeter; hiermee borg ik de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden aan de voorkant.<sup>5</sup>

Tot slot vragen de ACM en de NZa terecht aandacht voor de vereenvoudiging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Het wetsvoorstel om contracteren van zorg te stimuleren<sup>6</sup>, geeft daarvoor volgens mij goede handvatten. Verder verwijs ik graag naar mijn brief van 15 mei jl. over het contracteer- en overstapeseizoen 2023–2024<sup>7</sup>, waarin de NZa tevens melding maakt van haar voornemen om de NZa-Regeling «Transparantie Zorgaanbieders» aan te passen om te voorkomen dat patiënten onbedoeld bij niet-gecontracteerde aanbieders terechtkomen.

### Toezegging «Gower distance»

De motie van de leden Van den Berg en Bushoff van 5 juli 2023 heeft de NZa verzocht om de meerwaarde van de toevoeging van de zogenaamde «Gower distance» aan artikel 7 van de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-022) te bezien.<sup>8</sup> Dit artikel beschrijft de informatieverplichtingen voor concerns en risico dragers rondom (nagenoeg) gelijke polissen. De gower distance is een afstandsmaat die de verschillen tussen polissen op basis van een set polissenmerken meet. De toepassing van deze maat en de bijbehorende analyses kent echter veel vrijheidsgraden (op welke productkenmerken worden de polissen bijvoorbeeld vergeleken en welke weging wordt hierop toegepast?). De ACM en de NZa komen daarom tot de conclusie dat de gower distance minder geschikt is als beleidsinstrument om op te kunnen sturen in de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten». De motie beschouw ik hiermee als afgedaan.

## **2. Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2023**

Ook dit jaar heeft de NZa een «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2023» uitgebracht (zie bijlage 3). De NZa constateert dat de uitdagingen in de zorg steeds groter worden. Er is sprake van schaarste van zorg door onder andere de vergrijzing en een groeiend personeelstekort. De NZa ziet dat zorgverzekeraars in 2023 veel inspanningen leverden. Zorgverzekeraars hebben zich ingespannen om de Zvw en de Wmg rechtmatig uit te voeren. Ook verliep het contracteerseizoen afgelopen jaar soepeler dan voorgaande jaren. Tegelijkertijd vindt de NZa dat er ook verbetering nodig is op sommige vlakken. Zorgverzekeraars kunnen zich volgens de NZa meer inspannen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor hun verzekerden. Dit kunnen zij doen door het optimaal benutten van de beschikbare zorgcapaciteit, domeinoverstijgende afstemming en het verkorten van wachttijden en wachtlijsten.

<sup>5</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1225.

<sup>6</sup> Zie Wetsvoorstel om contracteren van zorg te stimuleren | Nieuwsbericht | Rijksoverheid.nl.

<sup>7</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1249.

<sup>8</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1208.

De NZa geeft verder aan dat zorgverzekeraars niet alle knelpunten in de zorg kunnen oplossen. Samenwerking in de regio wordt steeds belangrijker om tot gedragen keuzes te komen. Deze conclusie deel ik van harte. De IZA-afspraken dragen bij aan de benodigde verandering om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren.<sup>9</sup> Daarnaast gaat de NZa in het rapport in op reguliere thema's als zorginkoop, zorgplicht, polismarkt, transparantie en declaraties en verantwoording.

De rapporten die aan het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2023» ten grondslag liggen zijn reeds door de NZa gepubliceerd, en waar van toepassing heb ik deze reeds aan uw Kamer aangeboden. U vindt de verwijzingen in de digitale versie van het rapport.

### **3. Informatiekaart Zorgverzekeringen 2024**

De NZa bracht de afgelopen jaren jaarlijks een Monitor Zorgverzekeringsmarkt uit. Deze verscheen vaak in het najaar. De NZa heeft in plaats hiervan er dit jaar voor gekozen om gedurende het jaar periodiek een informatiekaart uit te brengen, om op deze manier een actueler inzicht te geven in relevante ontwikkelingen. In bijlage 4 is de «Informatiekaart Zorgverzekeringen 2024» opgenomen, waarin onder andere aandacht besteed wordt aan het polisaanbod, premies, premieverschillen en het keuzegedrag van verzekerden tijdens het overstapeseizoen van 2023–2024.<sup>10</sup>

### **4. Stand van zaken rondom gesprekken met zorgverzekeraars over het gebruik van foto's bij machtigingsaanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard**

Tijdens het mondelinge vragenuur van 13 februari jl. heb ik uw Kamer toegezegd om bij zorgverzekeraars na te gaan hoe het staat met het gebruik van medische foto's bij machtigingsbeoordelingen bij andere dan tertiaire borstreconstructies. Dit naar aanleiding van vragen van uw Kamer hierover. Graag geef ik uw Kamer hierover een terugkoppeling.

#### Wat hieraan voorafging

Aan deze toezegging is een traject voorafgegaan. In 2021 is de motie Agema<sup>11</sup> aangenomen die vraagt om te bewerkstelligen dat zorgverzekeraars geen blootfoto's meer verlangen van verzekerden bij hersteloperaties. Op 24 januari 2022<sup>12</sup> is uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de motie: in lijn met de motie is ingezet op veranderingen in het proces van de machtigingen voor deze behandelingen, opdat deze minder belastend ervaren worden door patiënten. Op 6 juli 2022<sup>13</sup> is uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken hierbij. Eén van de veranderingen was dat de machtigingen voor de primaire en secundaire borstreconstructies na borstkanker zijn komen te vervallen, en daarmee circa 5.000 machtigingsaanvragen per jaar. Tevens zou een verkenning plaats vinden naar het optimaliseren van het machtigingsproces voor de overige (tertiaire) 200–300 hersteloperaties (hersteloperaties na een eerste borstreconstructie bij borstkanker of ter preventie daarvan) per jaar. Al vóór de berichtgeving van de NOS die aanleiding was voor de monde-

<sup>9</sup> Zie Kamerstuk 31 765, nummer 848.

<sup>10</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1242 en Kamerstuk 29 689, nummer 1249 voor mijn eerdere reactie op de ontwikkelingen tijdens het afgelopen overstapeseizoen.

<sup>11</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1121.

<sup>12</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nummer 1140.

<sup>13</sup> Zie Kamerstuk 35 925 XVI, nummer 198.

linge vraag van 13 februari jl. waren Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) lange tijd met elkaar in gesprek over het optimaliseren van processen rondom machtigingsaanvragen.

Op 13 februari jl. hebben de zorgverzekeraars bekend gemaakt dat zij vanaf 2024 het machtigingsbeleid voor een volledige tertiaire borstreconstructie na borstkanker gefaseerd aan gaan passen. Dit geldt voor de aanvragen binnen de gecontracteerde zorg, die voldoen aan de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar. Dat betekent ook dat per die datum voor deze behandelingen geen inhoudelijke beoordeling wordt verricht door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en derhalve geen medische informatie, waaronder foto's, meer gedeeld hoeft te worden.

#### Hoe verder

Conform mijn toezegging van 13 februari jl. is met zorgverzekeraars verkend welke verdere verbeteringen kunnen worden doorgevoerd bij machtigingsaanvragen waarbij foto's worden opgevraagd om de aanspraak te toetsen, bij andere aanvragen dan borstreconstructies in verband met borstkanker of preventieve verwijdering van borstweefsel in verband met een verhoogd risico op borstkanker. Het gaat hierbij om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Dit zijn behandelingen die een puur cosmetisch karakter *kunnen* hebben. Zorgverzekeraars wijzen er daarbij op dat behandelingen van plastisch-chirurgische aard alleen voor vergoeding in aanmerking komen als er sprake is van verminking of van een lichamelijke functiestoornis.<sup>14</sup> Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om te controleren of er sprake is van verzekerde zorg. Inherent aan de formulering in wet- en regelgeving van de criteria «verminking» en «lichamelijke functiestoornis» is dat het hier gaat om afwijkingen *in het uiterlijk* die leiden tot een verminking<sup>15</sup> of functiestoornis<sup>16</sup> en daarom alleen visueel te beoordelen zijn. Het Ministerie van VWS voert momenteel gesprekken met zorgverzekeraars of er andere mogelijkheden zijn om de toets op rechtmatigheid te borgen dan met visuele beoordeling van medische foto's. Hier zal het Zorginstituut Nederland (ZINL) ook bij betrokken worden vanuit zijn rol als pakketbeheerder.

De medisch adviseurs van zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor het beoordelen van de machtigingsaanvragen zijn BIG-geregistreerd. Medisch adviseurs mogen alleen medische foto's opvragen als dat noodzakelijk en proportioneel is.<sup>17</sup> De medisch adviseurs werken via een medische richtlijn van de wetenschappelijke vereniging, de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), en vallen onder de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Ik wil benadrukken dat de zorgverzekeraar geen zeggenschap heeft over het professionele oordeel van de medisch adviseurs; de medisch adviseurs werken onafhankelijk op basis van hun medische beroepsnormen.

---

<sup>14</sup> Art. 2.4, eerste lid, sub b Bzv.

<sup>15</sup> Staatscourant 30 oktober 2006, nr. 211 / pag. 11: «Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die *direct in het oog springt*»

<sup>16</sup> Besluit zorgverzekering art. 2.4, eerste lid, sub b ad 1 spreekt van «afwijkingen in het *uiterlijk* die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen».

<sup>17</sup> Uit data van de SKGZ blijkt dat sinds 2020 107 geschillen rondom de vergoeding van plastische chirurgische zorg door de geschillencommissie van de SKGZ zijn behandeld. Zorgverzekeraars zijn in 93% van de behandelde geschillen in het gelijk gesteld. Uit deze data blijkt dat medisch adviseurs en de zorgverzekeraars de beoordeling van de aanspraak op deze zorg in lijn met de wet- en regelgeving uitvoeren.

Als het vereisen van machtigingen niet noodzakelijk en proportioneel is, dan worden deze niet langer door de zorgverzekeraar verlangd. Als bijvoorbeeld voor een bepaalde behandeling de machtigingsaanvragen standaard worden goedgekeurd, dan is een inhoudelijke beoordeling door de medisch adviseurs niet van toegevoegde waarde en kunnen zorgverzekeraars ervoor kiezen deze te laten vervallen. Als voor bepaalde behandelingen een groot aandeel van de aanvragen niet voldoet aan de wettelijke criteria, dan is dat juist een reden om de machtigingsaanvraag niet te laten vervallen, omdat anders zonder de machtigingsaanvraag veel zorg onrechtmatig vergoed zou worden. In die situaties zouden zorgverzekeraars de vergoeding achteraf moeten terugvorderen.

Indien een machtingsprocedure vervalt, betekent dit overigens dit niet dat er geen wettelijke taak meer is om te controleren of er sprake is van verzekerde zorg. De controle vooraf door middel van een machtingsprocedure komt in het eerdergenoemde geval te vervallen omdat dit niet meer doelmatig, proportioneel en subsidiair wordt geacht. Indien er echter signalen komen dat er mogelijk onverzekerde zorg uitgevoerd wordt, kan er een controle achteraf ingesteld worden waarbij dan alsnog (indien proportioneel geacht) door middel van medische foto's gecontroleerd wordt.

### Conclusie

Zorgverzekeraars beschouwen het verlangen van machtigingen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard als noodzakelijk om vast te stellen of een vergoeding voldoet aan de voorwaarden van de Zvw. Slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt de vraag beantwoord of een verzekerde conform deze voorwaarden is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg. De onafhankelijk opererende en onder de wet BIG en WGBO vallende medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars vragen ten behoeve van de beoordeling van deze criteria zorginhoudelijke informatie, waaronder medische foto's, op wanneer dit noodzakelijk en proportioneel is, rekening houdend met de richtlijnen van hun beroepsgroep.

Zorgverzekeraars en de Vereniging Artsen Volksgezondheid blijven voortdurend, samen met ZINL en de NVPC, in gesprek over het verder optimaliseren van het proces van machtingsaanvragen en de criteria voor de beoordeling van verminking en lichamelijke functiestoornis. Indien deze gesprekken leiden tot een verkenning voor nieuwe beleids-opties, zal uw Kamer daarover geïnformeerd worden.

## **5. Vertraging digitalisering regelingen SOV en OVV**

Het lid Bushoff<sup>18</sup> heeft verzocht om een toelichting bij de planning en de redenen voor de vertraging van het digitaliseren van het declaratieproces van de huisartsenzorg bij de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) en de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV). Gedurende de realisatie is ontdekt dat de declaratieketen van de huisartsenzorg complexer is dan aanvankelijk ingeschat. Huisartsen dienen op verschillende manieren declaraties in. Om alle huisartsen een uniforme oplossing te kunnen bieden om digitaal te kunnen declareren en bovendien te kunnen voldoen aan de gestelde eisen voor een correcte declaratieverwerking (wet- en regelgeving), is het nodig om een aantal aanpassingen door te voeren in het Huisartsen-informatie-systeem. Vanwege de overvolle ICT-agenda in de huisartsenzorg is door de koepel

<sup>18</sup> Wijziging van een aantal wetten op het terrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Verzamelwet VWS 2023) (36357) | Tweede Kamer der Staten-Generaal

van de huisartsen (LHV) besloten om aan deze aanpassing geen prioriteit te geven. Het CAK heeft – gelet op de besluitvorming door de LHV – en ook gelet op de bijgestelde opgaven in de digitalisering, moeten besluiten tot een aanpassing van de planning, en wel als volgt:

- Aansluiting van de huisartsen per uiterlijk 1 juli 2025;
- Aansluiting van de overige zorgsoorten in de tweede helft van 2025.

## **6. Verlaging opslag bestuursrechtelijke premie**

Bij amendement van de leden Bikker en Klaver<sup>19</sup> zijn er middelen gereserveerd op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de hoogte van de bestuursrechtelijke premie voor wanbetalers uit de Zvw structureel te verlagen naar 110% van de gemiddelde premie. Ik kan u melden dat de verlaging naar 110% per 1 juli 2024 wordt doorgevoerd. De bestuursrechtelijke premie wordt daarmee verlaagd van € 175,20 per maand naar € 160,60 per maand. De effecten van deze verlaging zullen – ook met het oog op de uitkomsten van het recente onderzoek naar de werking van de bestuursrechtelijke premie – nauwlettend worden gemonitord.

Ik hoop uw Kamer hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister voor Medische Zorg,  
P.A. Dijkstra

---

<sup>19</sup> Zie Kamerstuk 36 410 XVI, nummer 6.