

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1264

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 augustus 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 15 mei 2024 over de contracteer- en overstapseizoenen 2023–2024 (Kamerstuk 29 689, nr. 1249).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 juni 2024 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 augustus 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Eerdmans

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	8
II.	Reactie van de Minister	9

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het afgelopen contracteer- en overstapeseizoen. Deze leden zetten vraagtekens bij de conclusie dat het afgelopen contracteerseizoen aanzienlijk beter is verlopen, en hebben daarom nog de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat op 22 december 2023 in ongeveer 90%, van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, duidelijk was of er een contract werd gesloten of niet. Maar het overstapeseizoen begint op 12 november en op die datum moeten zorgverzekeraars hun premies en voorwaarden met betrekking tot de contractering bekend maken. Wat was de stand van contractering op 12 november, zo willen deze leden weten. Kunnen de leden hier een overzicht van krijgen per zorgverzekeraar? Het is genoemde leden ook niet duidelijk of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat handhaven bij zorgverzekeraars als zij hun deadline niet halen. Kan de Minister dit toelichten?

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de contractering van GGZ-aanbieders duidelijk achterblijft bij de andere sectoren. Hoeveel meerjarige-contracten zijn er met GGZ-aanbieders afgesloten en hoeveel contracten hebben omzetplafonds? Wordt voor niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders nog een redelijke vergoeding geboden, hoe wordt dit kenbaar gemaakt aan verzekerden en hoe verschillen de zorgverzekeraars hierin? Ziet de Minister een relatie tussen de jarenlange onderschrijdingen in de GGZ-sector, de achterblijvende contracteergraad, beperkende voorwaarden als omzetplafonds enerzijds en de groei van de wachtlijsten en de toename aan crisiszorg anderzijds? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat bij de restitutiepolis vaker hoge kosten gedeclareerd worden, ligt dat dan aan duurdere behandelingen of gebruiken verzekerden met een restitutiepolis meer zorg? Is daar al eens onderzoek naar gedaan?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over het jaarlijks overstapeseizoen op de zorgverzekeringsmarkt. Zij hebben nog wel enkele vragen over deze brief.

In deze brief erkent de Minister het probleem dat het voor verzekerden vaak onduidelijk is welke zorg niet gecontracteerd is en welke kosten hiermee gemoeid zijn. Het gevolg hiervan is dat patiënten te vaak met onverwacht hoge kosten worden geconfronteerd. Dit probleem baart de fractie van GroenLinks-PvdA grote zorgen. Hoe kijkt de Minister naar dit probleem?

Een offerteplicht, het schriftelijke moeten informeren van patiënten in geval van (onvolledige) vergoeding van zorgkosten, zoals de aangenomen motie Bushoff (Kamerstuk 31 765, nr. 764) voorstelt, kan hierin uitkomst in bieden. De Minister geeft aan dat de offerteplicht in zijn huidige definitie juridisch niet houdbaar is.

Kan de Minister inzichtelijk maken welke wetswijziging er dient plaats te vinden om het juridisch houdbaar te krijgen? Is de Minister bereid om deze stap te zetten? Kan het buitenlandse ongecontracteerde zorg niet als uitzondering gelden? Verder noemt de Minister het invoeren van een offerteplicht onwenselijk. Hoe vindt de Minister dat de nadelen, zoals bijvoorbeeld administratieve lasten, opwegen tegen de voordelen dat patiënten niet meer tegen onverwachts hoge zorgkosten aanlopen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn tevreden dat het NZa hetzelfde doel als genoemde leden nastreeft, namelijk het voorkomen dat patiënten onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het verplicht schriftelijk informeren in plaats van vormvrij kan hieraan bijdragen als alternatief van de offerteplicht. Op welke termijn zijn deze nieuwe regels voorzien? Gaat dit nieuwe beleid worden gemonitord? Wordt daarbij gekeken in hoeverre het bijdraagt aan het doel om te voorkomen dat patiënten onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

In de brief geeft de Minister aan dat er in ons zorgstelsel een belangrijke rol is weggelegd voor de verzekerde. Volgens de Minister leidt keuzevrijheid en marktwerking tot betere kwalitatieve zorg, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De Minister stelt dat de verzekerde dan wel in staat moet zijn om een weloverwogen keuze te maken voor een polis, waardoor het belangrijk is dat zoveel mogelijk contracten in het overstapseizoen worden afgesloten. Het staat het buiten kijf dat het later bekend maken van het gecontracteerde aanbod niet in het belang is van de verzekerden. Hoe kijkt de Minister aan tegen feit dat verzekerden zonder volledig geïnformeerd te zijn een keuze voor een polis moeten maken? Hoe kunnen verzekerden deze keus goed maken zonder dat ze precies weten wat de gecontracteerde zorg is?

In de brief laat de Minister weten dat op 22 december 2023 in ongeveer 90 procent van de onderhandelingen duidelijk was of er een contract werd gesloten of niet. Dat betekent dat er in ongeveer 10 procent van de gevallen geen duidelijkheid is geweest over het contract en verzekerden dus geen weloverwogen keuze hebben kunnen maken wat betreft hun polis. Daarbovenop ligt dit percentage veel hoger bij de officiële deadline van 12 november. Erkent de Minister dat dit het fundament raakt van ons zorgstelsel? Waarom hebben verzekerden niet het recht om tussentijds over te stappen in het geval dat de zorgverzekeraar niet voor 12 november uitsluitel kan geven over contracten? Ze moeten immers een keus maken op basis van gebrekkige informatie waardoor er een kans bestaat dat ze onbedoeld tegen hoge kosten oplopen doordat ze gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. Is de Minister bereid om het recht op tussentijds overstappen voor verzekerden te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich grote zorgen over de lange wachttijden in de zorg. Dit raakt een van de belangrijkste pijlers van

een solidair zorgstelsel; toegankelijkheid voor iedereen. Het beleid van omzetplafonds, of zorgplafond, draagt bij aan wachttijden. Genoemde leden zijn daarom erg kritisch op het zorgplafond. Hoe kijkt de Minister naar de relatie tussen het zorgplafond en wachttijden in de zorg? Kan de Minister in kaart brengen in hoeverre het zorgplafond bijdraagt aan de wachttijden in de zorg? Het argument voor het zorgplafond is het betaalbaar houden van de zorg. In hoeverre draagt het zorgplafond daadwerkelijk bij aan de betaalbaarheid van de zorg als een deel van die zorg simpelweg wordt uitgesteld? Is er geen alternatief voor het zorgplafond dat wachttijden niet in de hand helpt?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben gelezen dat het polis aanbod in 2024 59 is. Hoe kijkt de Minister tegen dit hoge aantal polissen aan? Deelt de Minister de mening dat dit hoge aantal polissen niet transparant is en het hoge aantal juist contraproductief is voor de keuzevrijheid van consumenten? Wat is volgens de Minister het ideale aantal polissen? Welke mogelijkheden zijn er om het aantal polissen terug te dringen? Artikel 17 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verbiedt dat gelijke polissen voor verschillende prijzen worden aangeboden. Is de Minister bereid om artikel 17 Zvw aan te passen zodat (i) ook (bijna) gelijke polissen hieronder vallen en (ii) ook (bijna) gelijke polissen binnen hetzelfde concern hieronder vallen om het aantal polissen terug te dringen?

Sinds de Zorgverzekeringswet (Zvw) is er sprake van gereguleerde marktwerking in de zorg. Een onderdeel van de Zvw is concurrentie onder zorgverzekeraars, wat zich onder andere uit in marketing en online vergelijkers. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn kritisch op deze kosten omdat deze niet direct bijdragen aan betere zorg. Genoemde leden vragen hoeveel geld er van verzekeraars naar vergelijkingswebsites, zoals bijvoorbeeld Independer, en marketing gaat. Kan de Minister in kaart brengen hoe dit zich verhoudt tot het budget wat daadwerkelijk naar zorg gaat?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben signalen ontvangen dat patiënten in de GGZ bij een x aantal behandelingen privacy gevoelige informatie dienen te delen met de zorgverzekering om hun behandeling te kunnen voortzetten. Gezien de gevoeligheid van zulke informatie en de impact die het delen van deze informatie voor de patiënt kan hebben, baart dit de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zorgen. Herkent de Minister dit beeld? Zo ja, hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Waarom mag de zorgverzekeraar zulke privacy gevoelige informatie opvragen? Vooral gezien de impact die dit heeft op de patiënt? Waarom dienen patiënten gevoelige informatie te delen en geldt de opinie van de zorgprofessional niet als afdoende om een behandeling voort te zetten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de stukken over het contracteer- en overstapeseizoen 2023–2024. Zij hebben hierbij nog enkele vragen aan de Minister.

Genoemde leden zijn blij te lezen dat het contracteer- en overstapeseizoen dit jaar beter en tijdiger is verlopen dan het contracteerseizoen het jaar daarvoor. Dit lijkt te komen doordat er geen grote beleidsveranderingen gedurende het inkoopseizoen plaatsvonden, zoals het sluiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in september 2022, en doordat er geen sprake was grote externe ontwikkelingen, zoals impact van bijvoorbeeld inflatie of covid-1. Kan de Minister op dit eerste punt reflecteren? Is het mogelijk

om grote beleidsveranderingen zoveel mogelijk voorafgaand aan het inkoopseizoen door te voeren, indien nodig, om zo de rust in het inkoopseizoen te bewaken?

Het doet de leden van de VVD-fractie goed dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ernaar hebben gestreefd contracten op 12 november af te ronden. Wel blijkt dit streven in face-to-face onderhandelingen minder effectief te zijn geweest. Genoemde leden vragen de Minister waar dit mee te maken heeft. In welke sectoren vinden face-to-face onderhandelingen plaats. Wat wordt ondernomen om ook deze vorm van onderhandelen sneller te laten verlopen, opdat verzekerden tijdig weten waar ze aan toe zijn.

De leden van de VVD-fractie lezen dat afgelopen seizoen het op een na hoogste overstappercentage is vastgesteld. De Minister stelt dat overstappen geen doel op zich is, maar het vooral van belang is dat verzekerden nagaan of de polis die ze hebben nog goed bij hen past. Genoemde leden delen dit, maar zijn van mening dat overstappen meer is, namelijk ook een middel om zorgverzekeraars scherp te houden op de inkoop van goede zorg tegen een aanvaardbare prijs. Zij vinden het zorgelijk dat uit onderzoek van de toezichthouders is gebleken dat verzekeraars hun klanten op verschillende manieren belemmeren om een overstap te maken naar een goedkopere basisverzekering. Ook het aantal polissen dat inhoudelijk op elkaar lijkt, lijkt nog steeds een hardnekkig probleem te zijn, ondanks herhaalde oproepen en besluiten vanuit de politiek om dit te verbeteren. Kan de Minister aangeven hoe er gevolg wordt gegeven aan de oproep van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om het aantal basispolissen dat inhoudelijk sterk op elkaar lijkt te verminderen en de koppeling tussen de aanvullende verzekering en specifieke basispolissen los te laten?

De leden van de VVD lezen in figuur 1 dat de contracteergraad binnen de ggz-instellingen afwijkt van de contracteergraad bij andere zorgsectoren. Kan de Minister de historische ontwikkeling van deze cijfers delen met de Kamer, voorzien van een duiding van deze ontwikkeling?

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht maar zijn voor het tijdig afronden van het contracteerproces ook afhankelijk van de offertes van zorgaanbieders en daar heeft het afgelopen seizoen enige discussie over plaatsgevonden. Kan de Minister aangeven hoe de verhouding is tussen zorgaanbieders en het wel en niet tijdig aanleveren van offertes? De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa hier reeds actie op onderneemt door richtsnoeren om te vormen naar regelgeving, onder andere op het gebied van het tijdig aanleveren van offertes waarop de NZa gaat handhaven. Wat zijn de gevolgen voor zorgaanbieders indien zij de offertes niet tijdig aanleveren?

De leden van de VVD-fractie zijn positief over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en vergelijkingsites en vinden het goed te zien dat dit verzekerden in staat stelt om een goede vergelijking tussen polissen te maken. Kan worden toegelicht hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een vergelijkingswebsite tijdens het afgelopen overstapseizoen en ook wanneer zij hier voornamelijk gebruik van maken? In hoeverre is er een verband te zien tussen zekerheid over contracten en het gebruik van vergelijkingsites?

De NZa heeft geconcludeerd dat een offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorg op dit moment niet mogelijk en wenselijk is en dat gekeken wordt om dit op een andere manier vorm te geven, zo lezen de leden van

de VVD-fractie. Aanpassing van de Regeling Transparantie Zorgaanbieders wordt hierbij genoemd.

Op welke manier wordt deze aanpassing gemonitord en geëvalueerd om te zien of de aanpassing daadwerkelijk tot verbetering leidt? Genoemde leden hebben kennisgenomen van de verkenning transparantie niet-gecontracteerde zorg. Zij menen uit de conclusies op te kunnen maken dat de overheid weinig niet-vrijblijvende maatregelen in handen heeft om meer transparantie af te kunnen dwingen, klopt deze conclusie? Zo nee, welke niet-vrijblijvende instrumenten heeft de overheid, naast een offerteplicht, in handen om transparantie meer af te kunnen dwingen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de NZa over de overstapperperiode 2024, alsmede ook van de reactie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hierop. De leden van de NSC-fractie erkennen de inspanningen die zorgverleners hebben geleverd in het belang van de verzekeringnemers om het contracteerproces te verbeteren. Er moeten zeker nog stappen worden genomen, voornamelijk op het gebied van informatievoorziening aan verzekerden en het contracteren van passende zorg. Zij zullen hier tijdens het commissie-debat Zorgverzekeringsstelsel verder op ingaan en hebben geen verdere vragen aan de Minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de brief gelezen van de Minister over het contracteer- en overstapseizoen 2023–2024 en hebben nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat ruim 1,3 miljoen verzekerden zijn gewisseld van zorgverzekeraar. Dit komt over met 7,4% van de verzekerden. Kan de Minister aangeven welk percentage van de verzekerden niet gewisseld is, maar de polis heeft aangepast bij de eigen verzekeraar. In theorie zou dit betekenen dat het voor overige verzekerden niet nodig was om te wisselen van zorgverzekeraar of om bij de eigen zorgverzekeraar de verzekering aan te passen. Kan de Minister informatie delen met betrekking tot een passende zorgverzekering bij consumenten? In hoeverre is er sprake van over- of onderverzekering bij consumenten.

Voorts vragen de leden van de D66-fractie of consumenten op de hoogte worden gesteld wanneer de polis van de consument afgesloten in het vorige jaar, wordt aangepast in het nieuwe jaar. Kan de Minister aangeven of consumenten zich bewust zijn dat hun huidige polis kan veranderen? Is de Minister bereid dit mee te nemen in een volgende publiekscampagne bij het overstapseizoen? Welke mogelijkheden ziet de Minister om nog beter te waarborgen dat consumenten een verzekering hebben passend bij hun zorgvraag en geïnformeerd worden over een goedkoper alternatief. Kan de Minister hierin reageren op de suggesties van ACM en NZa om het keuzeprocess voor consumenten te verbeteren.

Tot slot, de leden van de D66-fractie stelden eerder individuele schriftelijke vragen over het bericht dat zorgverzekeraars overstappers belemmeren waardoor de premie onnodig hoog is. Deze leden danken de Minister voor de beantwoording op deze vragen die zij reeds op 18 juni 2024 hebben ontvangen¹.

¹ 2024Z10466

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het contracteer- en overstapseizoen 2023–2024 en hebben de volgende vragen aan de Minister.

De leden van de BB-fractie hebben gelezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders samenwerken om de administratieve lasten te verminderen en de inkoopvereisten verder te standaardiseren. Genoemde leden vragen de Minister om specifieker te zijn en te informeren hoe precies de administratieve lasten zullen worden verlaagd.

Verder hebben deze leden gelezen dat er wordt gewerkt aan duidelijkheid over de mogelijkheden voor kleine zorgaanbieders om samen te werken binnen de mededingingsregels. Wanneer zullen de besprekingen tussen brancheverenigingen en de ACM worden afgerond?

Daarnaast willen kleine zorgaanbieders in de regio vaak wel onderhandelen met zorgverzekeraars, maar zijn zij bang dat ze hun zelfstandigheid zullen verliezen of zullen worden overtroefd door grote aanbieders. Op welke manier wordt er rekening gehouden met de regio, bij het gezamenlijk optrekken van kleine zorgaanbieders? Hoe wordt voorkomen dat zij hun kleinschalige karakter en zelfstandigheid moeten opgeven voor gecontracteerde zorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het contracteer- en overstapseizoen 2023–2024 en hebben hierover nog enkele vragen aan de Minister.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa beziet of de handvatten voor contractering aanscherping nodig hebben. Deze leden vragen of de Minister wil aangeven wanneer de Kamer hier meer over hoort.

De leden van de CDA-fractie lezen dat met de Nederlandse GGZ, ActiZ en Zorgthuis.nl wordt geëvalueerd welke verbetermogelijkheden er zijn voor de ondersteuning van het contracteerproces en dat hierbij ook de bereikbaarheid van de kleine zorgaanbieders wordt meegenomen. Deze leden vragen of de Minister dit concreet wil maken en wanneer de Kamer meer horen over deze evaluatie.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de zorgverzekeraars stappen hebben gezet om de polisinformatie te verrijken met relevante factoren als kwaliteit en toegankelijkheid. Deze leden vragen welke stappen er dan precies zijn gezet. Hoe is dit in de praktijk tot uiting gekomen, zijn hier voorbeelden van?

Wat kunnen we voor de polissen voor 2025 verwachten op dit punt? Hoe rekent de Minister de zorgverzekeraars hierop af?

De leden van de CDA-fractie lezen dat er een toename van 14 naar 59 meldingen is bij de NZa over het overstapseizoen 2023–2024. Wat is de reden dat het hogere aantal meldingen niet heeft geleid tot de inzet van toezichtsinstrumenten? Heeft dit een inhoudelijke of organisatorische reden? Zijn de meldingen wel behandeld?

Genoemde leden vragen verder hoe de Minister de toekomst van de restitutiepolis ziet, aangezien het aantal restitutiepolissen opnieuw is afgenomen, van zeven naar vier.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het staat met de analyses naar nagenoeg gelijke polissen. Zij verwijzen naar de motie van de leden Van den Berg en Bushoff (Kamerstuk 29 689, nr. 1208) waarin de regering werd verzocht de verkenning naar de «Gower distance» uiterlijk mei 2024 te doen. Deze leden vragen of in deze analyses ook de aanpak van tweelingpolissen wordt meegenomen en zo nee, dit wel te doen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de motie van de leden Van den Berg en Agema (Kamerstuk 29 689, nr. 1232) over het door zorgverzekeraars aanbieden van een contract aan kleine zorgaanbieders en het percentage kleine zorgaanbieders dat voor 2024 een contract aangeboden heeft gekregen alsmede de motie van de leden Van den Berg en Tielen (Kamerstuk 29 689, nr. 1207) over het monitoren of zorgverzekeraars meer kleine zorgaanbieders voor het jaar 2024 contracteren, wel zijn afgedaan maar niet zijn uitgevoerd. Genoemde leden vragen waarom niet specifiek gemonitord kan worden of meer kleine zorgaanbieders zijn gecontracteerd. De cijfers waar de Minister naar verwijst vinden deze leden te algemeen omdat hieruit onvoldoende duidelijk wordt hoe het staat met de contractering van kleine zorgaanbieders. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister alsnog bereid is om te kijken naar mogelijkheden om het aantal gecontracteerde kleine zorgaanbieders te monitoren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het contracteer- en overstapseizoen, de brief van de NZA en het bijbehorend onderzoek. Genoemde leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie vinden het gejubel van de Minister over hoe goed het «contracteerseizoen» verlopen is misplaatst. Alle verbeteringen waarmee zij probeert dit overstapcircuit te verbeteren zijn schijnoplossingen voor het echte probleem: het huidige zorgstelsel. De marktwerking die leidt tot concurrentie tussen zorgverzekeraars om maar zoveel mogelijk «consumenten» binnen te harken dient het belang van de zorgverzekeraar, maar niet van mensen. Zij worden opgezadeld met ingewikkelde keuzes, onduidelijkheden over de contractering van zorg en elk jaar een hogere premie. Genoemde leden zijn van mening dat één Nationaal Zorgfonds zonder eigen risico een einde zou kunnen maken aan dit overstapcircuit. Deze leden vragen de Minister hoe zij kijkt naar een Nationaal Zorgfonds.

Vorig jaar stapte ruim 1,3 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Dit is het één na hoogste overstappercentage sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. De leden van de SP-fractie zijn kritisch op de gang van zaken bij de contractering van de zorg. Zij vragen waarom dit percentage afgelopen jaar zo hoog was. Bovendien vragen de leden van de SP-fractie wat de «publieksvoorlichting» tijdens het «contracteerseizoen» heeft gekost. Gelieve dit uit te splitsen naar verschillende onderdelen van deze campagne. Hoeveel zorggeld besteden verzekeraars jaarlijks aan reclame en marketing? Wat vindt de Minister ervan dat ruim 1,3 miljoen mensen zich afgelopen jaar door een ingewikkeld web van zorgverzekeringen en zorgverzekeraars hebben gewurmd om de juiste zorgverzekering te krijgen? Deelt de Minister de mening dat zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zou moeten zijn zonder dat zorgverzekeraars om hun premiegeld zouden moeten concurreren? Kunt u een overzicht naar de Kamer sturen van de winsten van de zorgverzekeraars afgelopen jaar die naar de reserves zijn gegaan? De NZa doet tevens een verkenning of verzekeraars premiebetalers actief

moeten informeren als er een beter geschikte en betaalbare polis beschikbaar is. Waarom is hiervoor een verkenning nodig en wordt hier niet meteen toe overgegaan?

De Minister stelt dat het «contracteerseizoen» beter en tijdiger is verlopen. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars streefde ernaar om de contracten op 12 november af te ronden. Maar de leden van de SP-fractie constateren dat dit niet is gelukt. Op 22 december 2023 was in ongeveer 90% van de onderhandelingen duidelijk of er een contract werd gesloten of niet. Hoe verklaart de Minister dat het niet lukt om de contractering op orde te krijgen voor 12 november? Welke belangen van zorgverzekeraars spelen er volgens de Minister mee in deze onderhandelingen? Deelt de Minister de mening dat zorgverzekeraars kleinere zorgaanbieders onder druk kunnen zetten om tot een contract te komen voor een te lage vergoeding? Wat zijn de gevolgen hiervan voor patiënten? Genoemde leden vragen waarom de Minister geen harde afspraken maakt met zorgverzekeraars om deze contracten eerder rond te krijgen. Welke plannen heeft zij hiervoor op de plank liggen? Veel mensen moeten nog steeds een verzekering afsluiten zonder dat zij weten of de juiste zorgaanbieder wel een contract met de verzekeraar sluit. Wat is de Minister van plan om hieraan te doen? Welk percentage van de contracten was dit jaar voor 12 november afgesloten? Hoeveel voor 1 januari?

De leden van de SP-fractie lezen dat een deel van de zorgaanbieders ontevreden is over de uitkomsten van de onderhandelingen in het contracteerproces. Zij geven aan beperkte onderhandelingsmogelijkheden te ervaren, zijn ontevreden over de indexeringen en de tarieven en missen deels transparantie ten aanzien van het gebruik van benchmarks en rekentools. Wat gaat de Minister doen met deze signalen van zorgaanbieders? Is de Minister verrast dat de zorgverzekeraars de contractering als beter en tijdiger hebben ervaren dan de zorgaanbieders? Hoe gaat de Minister zorgen voor meer transparantie vanuit de zorgverzekeraars?

In de brief van de NZa lezen de leden van de SP-fractie dat het aantal meldingen sinds vorig jaar is gestegen van 14 naar 59 tijdens het overstapeseizoen. Deze meldingen komen voort uit een vermoeden van een overtreding. Kan de Minister uitgebreider ingaan op de toename in het aantal meldingen? Wat is er met deze meldingen gedaan?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het afgelopen contracteer- en overstapeseizoen. Deze leden zetten vraagtekens bij de conclusie dat het afgelopen contracteerseizoen aanzienlijk beter is verlopen, en hebben daarom nog de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat op 22 december 2023 in ongeveer 90% van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, duidelijk was of er een contract werd gesloten of niet. Maar het overstapeseizoen begint op 12 november en op die datum moeten zorgverzekeraars hun premies en voorwaarden met betrekking tot de contractering bekend maken. Wat was de stand van contractering op 12 november, zo willen deze leden weten. Kunnen de leden hier een overzicht van krijgen per zorgverzekeraar?

Met de leden van de PVV-fractie ben ik het eens dat het inderdaad van belang is dat een verzekerde bij het afsluiten van een verzekering moet

weten waar hij of zij aan toe is. Een verzekerde moet dus weten of er wel of geen contract is afgesloten, maar vooral ook wat voor vergoeding er geldt en wat de financiële consequentie zijn als er geen contract is afgesloten. Ook wanneer er geen contract is afgesloten kan het namelijk zijn dat de zorg wel volledig vergoed wordt.

Een adequaat contracteerproces is een belangrijke voorwaarde voor het maken van goede contractuele afspraken over de transitie naar passende zorg. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars streven ernaar om, zoals ook afgesproken in het IZA, de contractering zo veel mogelijk op 12 november af te ronden en hebben hiertoe verschillende verbeterstappen gezet. Zo hebben zorgverzekeraars bijvoorbeeld de voorlichting aan de verzekerden over de contracteergraad verbeterd door gebruik te maken van vijf contracteerstatussen.

De NZa heeft het afgelopen contracteerseizoen geëvalueerd en per sector de contracteergraad gemeten op vier peilmomenten. Er zijn gegevens bekend van de contracteergraad op 12 november, 8 december, 22 december en op 22 januari jl. In onderstaande tabel is opgenomen welk aandeel van zorgaanbieders een contract heeft of geen contract, maar waarbij de zorg wel volledig vergoed wordt. Vervolgens is uitgesplitst welk percentage gecontracteerd is. Op 12 november is duidelijk dat met ingang van 2024, bij 58% van de academische ziekenhuizen de zorg volledig vergoed wordt (met uitzondering van het eigen risico). Bij 39% is een contract afgesloten. Bij de overige 17% is dus geen contract afgesloten, maar wel sprake van volledige vergoeding. Ik heb geen overzicht beschikbaar van de stand van de contractering per zorgverzekeraar.

Sector	12 november	8 december	22 december	22 januari
Algemene ziekenhuizen	56% (39+17)	83% (60+23)	99% (84 +15)	99% (89+10)
Academische ziekenhuizen	58% (39+19)	91% (67+24)	100% (91+9)	100% (95+5)
Zelfstandige klinieken	48% (47+1)	68% (65+3)	83% (82+1)	90% (90+0)
GGZ instellingen	57% (32+25)	77% (44+33)	90% (65+25)	92% (77+15)
GGZ overig	82% (71+11)	89% (88+1)	91% (90+1)	94% (93+1)
Wijkverpleging face tot face	55% (48+7)	85% (75+10)	95% (89+6)	97% (95+2)
Wijkverpleging digitaal	63% (63+0)	87% (79+8)	92%(86+6)	94% (91+3)

Met de IZA-partijen is afgesproken dat er wordt gezien hoe de evaluatie van het contracteerseizoen volgend jaar vorm wordt gegeven. Afgesproken is dat het meten van de contracteergraad daar opnieuw onderdeel van is. Ik vind het heel belangrijk om mij te blijven inzetten voor het tijdig afronden van het contracteerproces, zodat de verzekerde aan de start van het overstapeseizoen voldoende duidelijkheid heeft ten behoeve van het maken van een weloverwogen keuze voor een zorgverzekering. In het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» heb ik daarom afgesproken dat de voorwaarden van de zorgpolis, inclusief contractering, glashelder moeten zijn bij het afsluiten van de polis. De Nederlandse Zorgautoriteit moet hierop gaan toezien. De komende tijd zal ik samen met partijen inventariseren welk stappen verder gezet kunnen worden in het glashelder krijgen van de polisvoorwaarden.

Het is genoemde leden ook niet duidelijk of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat handhaven bij zorgverzekeraars als zij hun deadline niet halen. Kan de Minister dit toelichten?

In de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg zijn richtlijnen opgenomen om het contracteerproces voorspelbaarder te maken. De NZa heeft 12 november in de Handvatten opgenomen als richtpunt voor de afronding van het contracteerproces. Naast deze Handvatten heeft de NZa de Regeling Transparantie zorginkoopproces in 2024 vastgesteld. Op basis hiervan kan de NZa handhaven. Het tijdig bereiken van een overeenkomst vraagt een inspanning van zowel zorgverzekeraars als ook zorgaanbieders. Er is geen deadline dat de contractering op 12 november is afgerond. Als de contractering op 12 november nog niet is afgerond, dan verwacht de NZa van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de burger. Daarnaast ben ik bezig met de uitwerking van de maatregel uit het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» die betrekking heeft op de glasheldere polisvoorwaarden. De NZa moet hierop gaan toezien.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de contractering van GGZ-aanbieders duidelijk achterblijft bij de andere sectoren.

Uit de evaluatie van de NZa naar de contractering voor 2024 is naar voren gekomen dat de contracteergraad in de GGZ achterblijft ten opzichte van andere sectoren. Er is hiervoor geen duidelijk aanwijsbare reden gevonden. Bij het uitwerken van de evaluatie van de contractering voor 2025 zal ik de NZa vragen om te verkennen wat de oorzaken van de achterblijvende contractering zijn.

Hoeveel meerjarige-contracten zijn er met GGZ-aanbieders afgesloten en hoeveel contracten hebben omzetplafonds?

Er is één zorgverzekeraar die met meer dan 10% van de zorgaanbieders een meerjarig contract heeft afgesloten. Er zijn zorgverzekeraars die geen meerjarige contracten afsluiten. Meerjarige contracten zorgen voor minder administratieve lasten, maar soms willen zorgaanbieders geen meerjarig contract afsluiten, omdat de zorgaanbieder zich dan vastlegt op een meerjarige visie waar deze zich niet altijd meerjarig aan wil committeren.

Het al dan niet afspreken van een omzetplafond is de uitkomst van onderhandelingen door twee private partijen, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Ik heb geen inzicht in het aantal omzetplafonds dat is afgesproken.

Wordt voor niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders nog een redelijke vergoeding geboden, hoe wordt dit kenbaar gemaakt aan verzekerden en hoe verschillen de zorgverzekeraars hierin?

Zorgverzekeraars zijn verplicht een vergoeding te betalen voor niet-gecontracteerde zorg. Daarbij dienen zij rekening te houden met het hinderpaalcriterium. Zorgverzekeraars moeten transparant zijn over de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg, conform de regels van de NZa². In artikel 10 van deze regels staat dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:

² TH/NR-022 – Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

- a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
- b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.

Ziet de Minister een relatie tussen de jarenlange onderschrijdingen in de GGZ-sector, de achterblijvende contracteergraad, beperkende voorwaarden als omzetplafonds enerzijds en de groei van de wachtlijsten en de toename aan crisiszorg anderzijds? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting.

Ik herken en betreur de problematiek die er is in de ggz. De groei van de wachtlijsten en de toename van de crisiszorg zijn een bekend probleem. Ik zie echter de relatie zoals hierboven geformuleerd niet op deze manier. Voor de wachtlijsten in delen van de ggz zijn diverse oorzaken en er wordt hard gewerkt om tot oplossingen te komen. In de zorg is in toenemende mate sprake van krapte aan personeel. Dat geldt zeker ook voor de ggz. Tegelijkertijd is er ook sprake van een toenemende zorgvraag.

De afgelopen jaren is met het financieren van opleidingsplaatsen voor ggz opleidingen en het actieprogramma «Werken in de zorg» sterk ingezet op het vergroten van de instroom en het behoud van zittend personeel in de zorg.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. De NZa ziet toe op de naleving daarvan. In het kader van dat toezicht heeft de NZa een beoordelingskader ontwikkeld dat beschrijft wat zij van zorgverzekeraars verwacht ten aanzien van de aanpak van wachttijden in de ggz. Een van de onderdelen van dit beoordelingskader betreft het tijdig beslissingen nemen over correct ingediende aanvragen om een omzetplafond te verhogen.

In de Monitor contractering ggz 2020 constateerde de NZa dat zorgverzekeraars ten opzichte van 2019 meer beleid hebben geformuleerd voor de zogenoemde bijcontractering, maar dat hier nog winst te behalen is in bijvoorbeeld snelheid van afhandeling van verzoeken.

In Nederland geven we ieder jaar meer geld uit aan de geneeskundige ggz. In de rijksbegroting zet het Ministerie van VWS ieder jaar een bedrag opzij voor de geneeskundige ggz. Dit is het macrokader ggz. Dit bedrag is tussen 2019 en 2023 met 24% toegenomen. Daarvan komt 14% door prijsindexatie.

Ten aanzien van omzetplafonds zet de NZa zich vanuit haar toezicht in op goede informatieverstrekking richting verzekerden over van toepassing zijnde omzetplafonds en de consequenties daarvan. Zodat de verzekerden een weloverwogen eigen keuze tussen zorgverzekeraars kunnen maken op moment van afsluiten polis en de keuze tussen aanbieders in geval van een zorgvraag. Indien een verzekerde niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kan, dient de zorgverzekeraar desgevraagd via bemiddeling te zorgen voor een passend alternatief. Als de NZa signalen heeft dat verzekerden geen tijdige toegang tot zorg hebben, dan spreekt zij de betreffende zorgverzekeraar aan op de verantwoordelijkheid om passende zorg te vinden (via zorgbemiddeling) en monitort vanuit toezicht de opvolging daarvan.

Omzetplafonds kunnen de zorgverzekeraars juist ook helpen om goede sturing te geven om schaarse capaciteit optimaal in te zetten en er daarmee voor zorgen dat de zorg bij de patiënten terecht komen die de zorg het hardst nodig hebben. Daarnaast zitten er diverse waarborgen in het systeem die het recht op zorg voor de verzekerde beschermen. Immers kan er doorleverplicht met de aanbieder zijn afgesproken, waarbij

de patiënt de zorg krijgt waarop hij recht heeft. Als geen doorleverplicht is afgesproken dan zal de verzekeraar de patiënt uit hoofde van de zorgplicht bemiddelen naar een andere zorgaanbieder waar de zorg tijdig en op redelijke reisafstand kan worden geleverd.

Voor de toegankelijkheidsvraagstukken in de ggz bestaat geen eenvoudige oplossing zoals bijvoorbeeld het onbeperkt inkopen van ggz-zorg door het afschaffen van omzetplafonds. Er is immers sprake van een grote schaarste aan personeel, dat maar één keer goed kan worden ingezet. Het zorgen en borgen van voldoende aanbod voor patiënten daar waar de wachtlijsten het langst zijn, namelijk voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag, vergt een gedeelde inzet van alle partijen: de zorginkoper, de zorgaanbieder, de professional en de overheid. Daarom heeft mijn voorganger afspraken gemaakt in het kader van de «cruciale ggz».³ Onderdeel van de afspraken die gemaakt zijn over cruciale ggz is dat zorginkopers, zorgaanbieders en (vertegenwoordigers van) patiënten nauw samenwerken om op grond van regionale wachtlijsten en de verwachte zorgvraag passend zorgaanbod te organiseren. Partijen hebben daarnaast met elkaar afgesproken dat de in de regio overeengekomen cruciale zorgnetwerken vanaf de inkoop voor 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht worden.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat bij de restitutiepolis vaker hoge kosten gedeclareerd worden, ligt dat dan aan duurdere behandelingen of gebruiken verzekerden met een restitutiepolis meer zorg? Is daar al eens onderzoek naar gedaan?

De afgelopen periode is een aantal restitutiepolissen omgezet naar combinatiepolissen, waarbij meestal alleen zorg voor wijkverpleging en ggz wordt vergoed in natura en de overige zorg wordt vergoed via restitutie. De reden die zorgverzekeraars daarvoor aangeven is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden voor niet-gecontracteerde zorg, met name in de wijkverpleging en de ggz, waar het aandeel niet-gecontracteerde zorg groot is. Uit eerder onderzoek blijkt dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de wijkverpleging en niet-gecontracteerde zorgaanbieders in delen van de ggz verhoudingsgewijs meer zorg leveren per patiënt, zonder dat de patiëntkenmerken daarvoor een duidelijke verklaring bieden⁴.

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over het jaarlijks overstapseizoen op de zorgverzekeringsmarkt. Zij hebben nog wel enkele vragen over deze brief.

In deze brief erkent de Minister het probleem dat het voor verzekerden vaak onduidelijk is welke zorg niet gecontracteerd is en welke kosten hiermee gemoeid zijn. Het gevolg hiervan is dat patiënten te vaak met onverwacht hoge kosten worden geconfronteerd. Dit probleem baart de fractie van GroenLinks-PvdA grote zorgen. Hoe kijkt de Minister naar dit probleem?

Ik vind het belangrijk dat verzekerden een goed geïnformeerde keuze kunnen maken voor hun zorgverzekeraar en herken de zorgen die u benoemt. Het is voor verzekerden ingewikkeld om te bepalen wat er eventueel bijbetaald moet worden. Ik zie dat er nog verbeteringen

³ Kamerstuk II 2023–2024, 25 424, nr. 684

⁴ Kamerstukken II, 6 december 2022, 23 235, nr. 219
Kamerstukken II, 6 januari 2022, 25 424, nr. 599

mogelijk zijn in de informatievoorziening richting verzekerden. Mijn ambtsvoorganger heeft met partijen in de zorg expliciete afspraken gemaakt over het verbeteren van de informatie over het gecontracteerde en het niet-gecontracteerde zorgaanbod, waarin zowel aanbieders als verzekeraars stappen te zetten hebben. Deze stappen hebben zij de afgelopen periode ook daadwerkelijk gezet, al vraagt het verder verbeteren van deze informatie ook nog langer stevige inzet van alle partijen. De zorgverzekeraars hanteren sinds afgelopen overstapseizoen uniforme informatieverstrekking over de stand van de contractering en vergoeding richting hun verzekerden. Zo is voor de verzekerden tijdens het overstapseizoen duidelijk wat de status van de contractering van zorgaanbieders is. Zorgverzekeraars willen deze (uniforme) kernboodschappen nog verder aanscherpen en verbeteren. Onderzoek door zorgverzekeraars heeft aangetoond dat deze verduidelijking verzekerden heeft geholpen in hun keuzeproces. Daarnaast is door Equalis, in opdracht van VWS, een inventarisatie en verkenning uitgevoerd naar de huidige informatieverstrekking over niet-gecontracteerde zorg. Deze verkenning laat een aantal aandachtspunten zien ten aanzien van de informatieverstrekking rondom niet-gecontracteerde zorg. Dit betreft met name de informatieverstrekking door zorgaanbieders en vergelijkingssites. In lijn met de bevindingen in dit rapport, focus ik mij samen met andere partijen op de lopende trajecten zoals de verbeteringen van de kernboodschappen, de jaarlijkse publieksvoorlichting vanuit VWS en de aanpassing van de Regeling Transparantie Zorgaanbieders door de NZa. Tot slot is in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn voor verzekerden bij het afsluiten van de polis. De komende tijd werk ik samen met partijen hieraan, zodat de informatievoorziening richting verzekerden de komende jaren nog verder verbetert.

Een offerteplicht, het schriftelijke moeten informeren van patiënten in geval van (onvolledige) vergoeding van zorgkosten, zoals de aangenomen motie Bushoff (Kamerstuk 31 765, nr. 764) voorstelt, kan hierin uitkomst in bieden. De Minister geeft aan dat de offerteplicht in zijn huidige definitie juridisch niet houdbaar is. Kan de Minister inzichtelijk maken welke wetswijziging er dient plaats te vinden om het juridisch houdbaar te krijgen?

De NZa heeft voorafgaand een verkenning uitgevoerd naar de mogelijke invoering van een offerteplicht, zoals voorgesteld in het IZA. De NZa heeft geconcludeerd dat een offerteplicht op dit moment juridisch niet mogelijk en niet wenselijk is. Een onderscheid in regels t.a.v. gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg vergt een aanpassing van de Wmg. Andere delen van de Wmg (Artikel 38, lid 7 en 39, lid 2 Wmg) geven de NZa wel al de bevoegdheid om nadere regels te stellen m.b.t. informatieverstrekking door zorgaanbieders aan de consument, inclusief informatieverplichtingen voor zorgaanbieders richting de patiënt t.a.v. niet-gecontracteerde zorg en de invloed die dit heeft op de hoogte van de vergoeding van de geleverde zorg. De NZa zal de werking van de aangescherpte regeling monitoren.

Ik zal de monitoring van de aangescherpte regeling van de NZa nauwkeurig volgen en wil de uitkomsten hiervan afwachten, het is nu dus te vroeg om te kijken naar het invoeren van de offerteplicht. Ik acht het tevens vooralsnog niet noodzakelijk en proportioneel om een algemene regeling op te stellen die enkel is gericht op niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarmee wordt een extra administratieve last gecreëerd en wachlijsten worden mogelijk nog langer door de tijd die met het opstellen en goedkeuren van een offerte gepaard gaat. Ik focus mij daarom vooralsnog liever op meer proportionele mogelijkheden om het

doel, goede informatievoorziening voor de patiënt, te bereiken en daarmee ook de administratieve lasten te beperken.

Is de Minister bereid om deze stap te zetten? Kan het buitenlandse ongecontracteerde zorg niet als uitzondering gelden? Verder noemt de Minister het invoeren van een offerteplicht onwenselijk. Hoe vindt de Minister dat de nadelen, zoals bijvoorbeeld administratieve lasten, opwegen tegen de voordelen dat patiënten niet meer tegen onverwachts hoge zorgkosten aanlopen?

Ik begrijp de wens van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie om de informatievoorziening voor verzekerden bij niet-gecontracteerde zorg te verbeteren. Ik ben echter, zoals toegelicht in de kamerbrief over het overstap- en contracteerseizoen, van mening dat het aanpassen van de Wmg met als doel de offerteplicht in te voeren daarvoor niet de meest geschikte manier is. Ik acht het niet noodzakelijk en proportioneel om een verplichting op te stellen die enkel is gericht op niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarmee wordt een extra administratieve last gecreëerd en wachtlijsten worden mogelijk nog langer door de tijd die met het opstellen en goedkeuren van een offerte gepaard gaat. Ik focus mij daarom liever op meer proportionele mogelijkheden om het doel, goede informatievoorziening voor de patiënt, te bereiken en daarmee ook de administratieve lasten te beperken.

Zo heeft de NZa onlangs haar regeling transparantie zorgaanbieders aangepast met daarin de verplichting voor de zorgaanbieders om voorafgaand actief en aantoonbaar informatie te verstrekken aan de consument over niet-gecontracteerde zorg en daarbij ook vast te leggen dat deze informatie daadwerkelijk is verstrekt.⁵

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn tevreden dat het NZa hetzelfde doel als genoemde leden nastreeft, namelijk het voorkomen dat patiënten onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het verplicht schriftelijk informeren in plaats van vormvrij kan hieraan bijdragen als alternatief van de offerteplicht. Op welke termijn zijn deze nieuwe regels voorzien? Gaat dit nieuwe beleid worden gemonitord? Wordt daarbij gekeken in hoeverre het bijdraagt aan het doel om te voorkomen dat patiënten onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

Ik wil, net zoals de leden van GroenLinks-PvdA-fractie en net als de NZA, ook voorkomen dat mensen onbedoeld bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders terecht komen en wellicht met onverwachtse bijbetaling te maken krijgen. De gewijzigde Regeling Transparantie Zorgaanbieders, kernmerk TH/NR-035, treedt op 1 september 2024 in werking. De verplichting van informatieverstrekking door de zorgaanbieder over contractering bestond al, maar is in de herziene regeling gespecificeerd met betrekking tot niet-gecontracteerde zorg en de mogelijke (financiële) gevolgen van het gebruiken van zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daaraan is verder toegevoegd dat zorgaanbieders consumenten actief en aantoonbaar moeten informeren over de aan- of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de consument en over mogelijke gevolgen daarvan voor de vergoeding van zorg of diensten door de zorgverzekeraar. De NZa heeft deze wijziging ook opgenomen in de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg en gaat deze na afloop van het komende contracteerseizoen, begin 2025, evalueren. In de evaluatie is ook aandacht voor het doel van de herziening

⁵ Regeling transparantie zorgaanbieders – TH/NR-035 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl), treedt 1 september 2024 in werking.

van de regeling, namelijk het voorkomen dat patiënt onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

In de brief geeft de Minister aan dat er in ons zorgstelsel een belangrijke rol is weggelegd voor de verzekerde. Volgens de Minister leidt keuzevrijheid en marktwerking tot betere kwalitatieve zorg, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

De Minister stelt dat de verzekerde dan wel in staat moet zijn om een weloverwogen keuze te maken voor een polis, waardoor het belangrijk is dat zoveel mogelijk contracten in het overstapseizoen worden afgesloten. Het staat het buiten kijf dat het later bekend maken van het gecontracteerde aanbod niet in het belang is van de verzekerden. Hoe kijkt de Minister aan tegen feit dat verzekerden zonder volledig geïnformeerd te zijn een keuze voor een polis moeten maken? Hoe kunnen verzekerden deze keus goed maken zonder dat ze precies weten wat de gecontracteerde zorg is?

Ik vind het belangrijk dat verzekerden een goed geïnformeerde keuze kunnen maken voor hun zorgverzekeraar. Daarom is in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn. De komende tijd zal ik samen met partijen inventariseren welk stappen verder gezet kunnen worden in het glashelder krijgen van de polisvoorwaarden.

In het door mijn voorgangers afgesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) waren ook al expliciete afspraken gemaakt over het verbeteren van de informatie over het gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbod, waarin zowel aanbieders als verzekeraars stappen te zetten hebben. De zorgverzekeraars hanteren sinds afgelopen overstapseizoen uniforme kernboodschappen over de stand van de contractering richting verzekerden en wat de consequenties hiervan zijn op de vergoedingen en willen deze nog verder verbeteren. Onderzoek door zorgverzekeraars heeft aangetoond dat deze verduidelijking verzekerden heeft geholpen in hun keuzeproces. Daarnaast is door Equalis, in opdracht van VWS, een inventarisatie en verkenning uitgevoerd naar de huidige informatieverstrekking. Deze verkenning laat een aantal aandachtspunten zien ten aanzien van de informatieverstrekking rondom niet-gecontracteerde zorg. Dit betreft met name de informatieverstrekking door zorgaanbieders en vergelijkingsites. In lijn met de bevindingen in dit rapport, focus ik mij samen met de IZA-partijen op de lopende trajecten zoals de verbeteringen van de kernboodschappen, de jaarlijkse publieksvoorlichting vanuit VWS en de aanpassing van de Regeling Transparantie Zorgaanbieders door de NZa.

In de brief laat de Minister weten dat op 22 december 2023 in ongeveer 90 procent van de onderhandelingen duidelijk was of er een contract werd gesloten of niet. Dat betekent dat er in ongeveer 10 procent van de gevallen geen duidelijkheid is geweest over het contract en verzekerden dus geen weloverwogen keuze hebben kunnen maken wat betreft hun polis. Daarbovenop ligt dit percentage veel hoger bij de officiële deadline van 12 november. Erkent de Minister dat dit het fundament raakt van ons zorgstelsel?

De overstappeneigtheid van verzekerden is belangrijk om verzekeraars te prikkelen tot klantgerichtheid en de inkoop van een kwalitatief en betaalbaar zorgaanbod. Het is hierbij belangrijk dat verzekerden tijdig een goed geïnformeerde keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. Mijn voorganger heeft daarom ingezet op het verbeteren van de informatievoorziening, zodat het voor verzekerden ook duidelijk is wat de vergoeding is als een zorgaanbieder (nog) niet gecontracteerd is. Hoewel de informatievoorziening het afgelopen jaar verbeterd is, wil ik hier

verdere stappen op zetten in het belang van de verzekerde. Daarnaast heeft het Kabinet in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn voor verzekerden bij het afsluiten van een polis. De komende tijd zal ik inventariseren welke stappen gezet kunnen worden in het glashelder krijgen van de polisvoorwaarden.

Waarom hebben verzekerden niet het recht om tussentijds over te stappen in het geval dat de zorgverzekeraar niet voor 12 november uitsluitel kan geven over contracten? Ze moeten immers een keus maken op basis van gebrekkige informatie waardoor er een kans bestaat dat ze onbedoeld tegen hoge kosten oplopen doordat ze gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. Is de Minister bereid om het recht op tussentijds overstappen voor verzekerden te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Ik ben mij er van bewust dat de huidige informatievoorziening soms moeilijk te volgen is voor verzekerden. Daarom richt ik mij in de voorlichting ook op dit aspect en wordt er gewerkt aan een verduidelijking van de boodschappen van zorgverzekeraars aan consumenten. Zorgverzekeraars geven op hun website aan wat de status is van de contractering en wat dit betekent voor een verzekerde. Dit is vastgelegd in de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten»⁶. Iemand kan dus kiezen voor een zorgverzekering waarbij wel duidelijk is dat er een volledige vergoeding is voor een specifieke aanbieder. Er wordt hard gewerkt aan het verbeteren van de informatievoorziening aan verzekerden en ik heb in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» daarom ook afgesproken dat de voorwaarden voor de zorgpolis, inclusief contractering, glashelder moet zijn bij het afsluiten van een polis. De komende tijd zal ik samen met partijen inventariseren welke stappen gezet kunnen worden om hier handen en voeten aan te geven. Op dit moment zie ik daarom geen reden om een onderzoek te gaan doen naar de mogelijkheid voor tussentijds overstappen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich grote zorgen over de lange wachttijden in de zorg. Dit raakt een van de belangrijkste pijlers van een solidair zorgstelsel; toegankelijkheid voor iedereen. Het beleid van omzetplafonds, of zorgplafond, draagt bij aan wachttijden. Genoemde leden zijn daarom erg kritisch op het zorgplafond. Hoe kijkt de Minister naar de relatie tussen het zorgplafond en wachttijden in de zorg? Kan de Minister in kaart brengen in hoeverre het zorgplafond bijdraagt aan de wachttijden in de zorg? Het argument voor het zorgplafond is het betaalbaar houden van de zorg. In hoeverre draagt het zorgplafond daadwerkelijk bij aan de betaalbaarheid van de zorg als een deel van die zorg simpelweg wordt uitgesteld? Is er geen alternatief voor het zorgplafond dat wachttijden niet in de hand helpt?

Ik maak mij ook zorgen over de lange wachttijden. In de zorg is echter in toenemende mate sprake van krapte aan personeel. Ik wil conform Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» werken aan het terugdringen van deze krapte. Zorgverzekeraars hebben ook een rol in de aanpak van wachttijden, zij hebben zorgplicht en moeten er dus voor zorgen dat hun verzekerden zorg krijgen. De NZa ziet toe op de naleving daarvan. Ten aanzien van omzetplafonds zet de NZa zich in op goede informatieverstrekking richting verzekerden over omzetplafonds en de consequenties daarvan voor verzekerden. Zodat de verzekerden een weloverwogen eigen keuze tussen zorgverzekeraars kunnen maken op het moment van

⁶ TH/NR-022 – Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

afsluiten van een polis en de keuze voor een zorgaanbieder in geval van een zorgvraag. Indien een verzekerde niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kan, dient de zorgverzekeraar desgevraagd via bemiddeling te zorgen voor een passend alternatief. Als de NZa signalen heeft dat verzekerden geen tijdige toegang tot zorg hebben, dan spreekt zij de betreffende zorgverzekeraar aan op de verantwoordelijkheid om passende zorg te vinden (via zorgbemiddeling) en monitort vanuit toezicht de opvolging daarvan.

Omzetplafonds kunnen de zorgverzekeraars juist ook helpen om goede sturing te geven om schaarse capaciteit optimaal in te zetten en er daarmee voor zorgen dat de zorg bij de patiënten terecht komen die de zorg het hardst nodig hebben. Daarnaast zitten er diverse waarborgen in het systeem die het recht op zorg voor de verzekerde beschermen. Immers kan er doorleverplicht met de aanbieder zijn afgesproken, waarbij de patiënt de zorg krijgt waarop hij recht heeft. Als geen doorleverplicht is afgesproken dan zal de verzekeraar de patiënt uit hoofde van de zorgplicht bemiddelen naar een andere zorgaanbieder waar de zorg tijdig en op redelijke reisafstand kan worden geleverd.

Voor toegankelijkheidsvraagstukken bestaat geen eenvoudige oplossing zoals het onbeperkt inkopen door het afschaffen van omzetplafonds. Er is immers ook sprake van grote personele schaarste, waardoor het van belang is te sturen op de inzet van zorg daar waar deze het hardst nodig is.

Het zorgen en borgen van voldoende aanbod voor patiënten daar waar de wachtlijsten het langst zijn, namelijk voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag, vergt een blijvende en gedeelde inzet van alle partijen: de zorginkoper, de zorgaanbieder, de professional en de overheid.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben gelezen dat het polis aanbod in 2024 59 is. Hoe kijkt de Minister tegen dit hoge aantal polissen aan? Deelt de Minister de mening dat dit hoge aantal polissen niet transparant is en het hoge aantal juist contraproductief is voor de keuzevrijheid van consumenten? Wat is volgens de Minister het ideale aantal polissen? Welke mogelijkheden zijn er om het aantal polissen terug te dringen?

Ik begrijp de opmerking over het aantal polissen dat wordt aangeboden. Het is voor verzekerden niet altijd gemakkelijk om daaruit te kiezen. De informatie over de aangeboden polissen moet daarom glashelder zijn. Ik vind daarnaast dat de focus niet moet liggen op het aantal polissen, maar op de diversiteit van het polisaanbod. Er moet voor verzekerden namelijk écht iets te kiezen zijn op de zorgverzekeringmarkt. Polissen die (bijna) gelijk zijn dragen niet bij aan een onderscheidend polisaanbod. Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten dat er een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief is. Daarom is het goed dat de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Verder steun ik het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele (bijna) gelijke polis met een lagere premie.

Artikel 17 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verbiedt dat gelijke polissen voor verschillende prijzen worden aangeboden. Is de Minister bereid om artikel 17 Zvw aan te passen zodat (i) ook (bijna) gelijke polissen hieronder vallen en (ii) ook (bijna) gelijke polissen binnen hetzelfde concern hieronder vallen om het aantal polissen terug te dringen?

Ik heb u eerder geïnformeerd over de juridische analyse die heeft plaatsgevonden naar de mogelijkheden van een aanpassing van artikel 17 van de Zorgverzekeringswet (Zvw).⁷ 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. Daarom is het niet wenselijk en ben ik niet bereid om artikel 17 Zvw aan te passen zodat ook (bijna) gelijke polissen verboden worden.

Sinds de Zorgverzekeringswet (Zvw) is er sprake van gereguleerde marktwerking in de zorg. Een onderdeel van de Zvw is concurrentie onder zorgverzekeraars, wat zich onder andere uit in marketing en online vergelijkers. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn kritisch op deze kosten omdat deze niet direct bijdragen aan betere zorg.

Genoemde leden vragen hoeveel geld er van verzekeraars naar vergelijkingssites gaat, zoals bijvoorbeeld Independer, en marketing gaat. Kan de Minister in kaart brengen hoe dit zich verhoudt tot het budget wat daadwerkelijk naar zorg gaat?

Ik heb geen zicht op het totale bedrag dat van verzekeraars naar vergelijkingssites gaat. Betalingen aan vergelijkingssites vallen, net als bijvoorbeeld de kosten van de polisadministratie, onder de acquisitiekosten van zorgverzekeraars. De totale acquisitiekosten bedroegen in 2023 165,3 miljoen euro. Dat is 11,58 euro per premiebetaler. Marketing valt onder reclamekosten. Ik heb in een recent debat aangegeven dat deze kosten, op basis van een extrapolatie van de reeds de bekende cijfers, 25,8 miljoen euro en 1,88 euro per premiebetaler per jaar bedroegen. Inmiddels zijn bijna alle cijfers bekend. De realisatie komt nu uit op 23,7 miljoen euro en 1,66 euro per premiebetaler. De acquisitiekosten en reclamekosten samen bedroegen in 2023 189,0 miljoen euro, dat is ongeveer 0,3% van de totale uitgaven aan Zvw-zorgkosten van ongeveer 60 mld.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben signalen ontvangen dat patiënten in de GGZ bij een x aantal behandelingen privacy gevoelige informatie dienen te delen met de zorgverzekering om hun behandeling te kunnen voortzetten. Gezien de gevoeligheid van zulke informatie en de impact die het delen van deze informatie voor de patiënt kan hebben, baart dit de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zorgen. Herkent de Minister dit beeld? Zo ja, hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Waarom mag de zorgverzekeraar zulke privacy gevoelige informatie opvragen? Vooral gezien de impact die dit heeft op de patiënt? Waarom dienen patiënten gevoelige informatie te delen en geldt de opinie van de zorgprofessional niet als afdoende om een behandeling voort te zetten?

Ik herken dit beeld niet zo goed omdat ik aan de hand van de summiere vraag niet precies weet welke type behandelingen of welke signalen de leden bedoelen. Daarom kan ik de vraag helaas niet inhoudelijk beantwoorden. In algemene zin merk ik op dat het verwerken van gegevens is vastgelegd in wet- en regelgeving. Daarnaast hebben zorgverzekeraars die lid zijn van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zich verplicht tot naleving

⁷ Zie Kamerstuk 29 689, nr. 917.

van de «Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars». In geval van klachten over de verwerking van gegevens kunnen mensen in eerste instantie contact opnemen met de zorgverzekeraar. Mocht dat geen uitkomst bieden, dan kunnen zij een klacht indienen bij de Stichting klachten en geschillen zorgverzekeringen (SKGZ) of een melding doen bij de NZa.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de stukken over het contracteer- en overstapeseizoen 2023–2024. Zij hebben hierbij nog enkele vragen aan de Minister.

Genoemde leden zijn blij te lezen dat het contracteer- en overstapeseizoen dit jaar beter en tijdiger is verlopen dan het contracteerseizoen het jaar daarvoor. Dit lijkt te komen doordat er geen grote beleidsveranderingen gedurende het inkoopseizoen plaatsvonden, zoals het sluiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in september 2022, en doordat er geen sprake was grote externe ontwikkelingen, zoals impact van bijvoorbeeld inflatie of covid-1. Kan de Minister op dit eerste punt reflecteren?

Het contracteerproces voor 2023 kwam inderdaad later op gang dan andere jaren, omdat er onder andere onzekerheden waren over een mogelijke financiële compensatie van hoge energieprijzen en inflatie. Daarnaast is het IZA tijdens het contracteerseizoen 2023 door de IZA-partijen ondertekend hetgeen consequenties had voor de start van het contracteerseizoen. Met het sluiten van het IZA zijn juist ook veel afspraken gemaakt over het verbeteren van dit contracteerproces. Doordat het proces echter laat op gang kwam, waren relatief veel onderhandelingen aan het begin van het overstapeseizoen nog niet afgerond. De contractering 2024 is daarnaast beter verlopen doordat partijen afspraken over het contracteerproces hebben gemaakt, waarbij ze onder andere hebben afgesproken om ernaar te streven de contracten voor 12 november af te ronden, doordat de NZa hier actiever op is gaan sturen met de handvatten die ze hebben vastgesteld, en ook doordat de ACM een leidraad heeft opgesteld over de rol van branches tijdens het contracteerseizoen.

Is het mogelijk om grote beleidsveranderingen zoveel mogelijk voorafgaand aan het inkoopseizoen door te voeren, indien nodig, om zo de rust in het inkoopseizoen te bewaken?

De IZA-partijen hebben afspraken gemaakt om het contracteerseizoen te verbeteren en zetten in op een betere en tijdige informatievoorziening naar de verzekerden. Partijen hebben daarbij ook besproken dat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat grote beleidsveranderingen nog na 1 juli plaatsvinden om zo de rust in het inkoopseizoen te bewaren. Om deze reden vind ik het belangrijk dat bijvoorbeeld de besluitvorming over alle belangrijke wijzigingen voor het verzekerde basispakket, met mogelijke impact op de inkoop, voor 1 juli afgerond is.

Het doet de leden van de VVD-fractie goed dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ernaar hebben gestreefd contracten op 12 november af te ronden. Wel blijkt dit streven in face-to-face onderhandelingen minder effectief te zijn geweest. Genoemde leden vragen de Minister waar dit mee te maken heeft. In welke sectoren vinden face-to-face onderhandelingen plaats. Wat wordt ondernomen om ook deze vorm van onderhandelen sneller te laten verlopen, opdat verzekerden tijdig weten waar ze aan toe zijn.

De NZa heeft samen met ZN dit jaar voor het eerst de contracteergraad uitgevraagd op 12 november, 8 december, 22 december en 22 januari jl. Daarbij is voor de GGZ en de wijkverpleging onderscheid gemaakt tussen de face-to-face contractering en digitaal contracteren vanwege het verschil in bijdrage van grote (vaak face-to-face) en kleinere zorgaanbieders (vaak digitaal) aan de contracteergraad. In alle andere sectoren, die de NZa heeft gemonitord, is hierin in de evaluatie geen onderscheid gemaakt. Bij face-to-face contractering worden op maat afspraken gemaakt, waarbij partijen gedurende het hele jaar met elkaar in gesprek zijn en het inkoop- en verkoopproces verschillende fases kent. Het contracteerproces begint vaak al voor de zomerperiode. Dat is het moment dat de eerste gesprekken plaatsvinden over de zorginhoud zowel met betrekking tot het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar als ook de visie en het jaarplan van de zorgaanbieder. Vervolgens starten na de zomerperiode de financiële onderhandelingen.

Door de maatwerkafspraken bij face-to-face contracteren is meer ruimte om met elkaar te onderhandelen dan bij digitale contractering, waar de zorgverzekeraar meestal met een eerste contractaanbod komt. Digitale contractering verloopt daardoor vaak sneller dan face-to-face onderhandelingen. In de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg van de NZa zijn diverse richtsnoeren opgenomen om de transparantie van het contracteerproces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten, zodat de contractering constructief en zonder onnodige vertragingen verloopt. Naar aanleiding van de evaluatie van het afgelopen contracteerseizoen zijn een aantal richtsnoeren omgezet tot regelgeving waarop de NZa kan handhaven.

De leden van de VVD-fractie lezen dat afgelopen seizoen het op een na hoogste overstappercentage is vastgesteld. De Minister stelt dat overstappen geen doel op zich is, maar het vooral van belang is dat verzekerden nagaan of de polis die ze hebben nog goed bij hen past. Genoemde leden delen dit, maar zijn van mening dat overstappen meer is, namelijk ook een middel om zorgverzekeraars scherp te houden op de inkoop van goede zorg tegen een aanvaardbare prijs. Zij vinden het zorgelijk dat uit onderzoek van de toezichthouders is gebleken dat verzekeraars hun klanten op verschillende manieren belemmeren om een overstap te maken naar een goedkopere basisverzekering. Ook het aantal polissen dat inhoudelijk op elkaar lijkt, lijkt nog steeds een hardnekkig probleem te zijn, ondanks herhaalde oproepen en besluiten vanuit de politiek om dit te verbeteren. Kan de Minister aangeven hoe er gevolg wordt gegeven aan de oproep van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om het aantal basispolissen dat inhoudelijk sterk op elkaar lijkt te verminderen en de koppeling tussen de aanvullende verzekering en specifieke basispolissen los te laten?

Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten dat er een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief is. Daarom is het goed dat de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-027) van de NZa zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Verder steun ik het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele (bijna) gelijke polis met een lagere premie.

De ACM en NZa rapporteren dat de beperkte toegang tot de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen bij bepaalde basisverzekeringen het kiezen lastiger maakt en de risicosolidariteit ondermijnt. Ik zal in gesprek gaan met de NZa en ACM om te verkennen of er handelings-

opties zijn. Dat is namelijk niet evident, omdat de markt voor aanvullende verzekeringen een vrije markt is. Dat betekent dat verzekeraars zelf bepalen welke aanvullende verzekeringen ze aan wie aanbieden, met welke dekking, en tegen welke premie. Daarnaast vind ik het belangrijk om de observatie van de ACM en de NZa in een breder perspectief te bezien. De Zvw beoogt solidariteit tussen gezond en ongezond en de risicoverevening is het mechanisme om voor een gelijk speelveld te zorgen: dat groepen gezonde verzekerden in beginsel even aantrekkelijk zijn als groepen ongezonde verzekerden. Het goede nieuws is dat vorig jaar een substantiële verbetering in de risicoverevening is gerealiseerd⁸. Omdat deze verbetering nog nieuw is, verwacht ik dat de doorwerking ervan de komende jaren doorzet.

Als ik de redentatie van de ACM en NZa volg, dan zou dat ook invloed kunnen hebben op de wijze waarop zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aanbieden.

De leden van de VVD lezen in figuur 1 dat de contracteergraad binnen de ggz-instellingen afwijkt van de contracteergraad bij andere zorgsectoren. Kan de Minister de historische ontwikkeling van deze cijfers delen met de Kamer, voorzien van een duiding van deze ontwikkeling?

De NZa heeft dit jaar voor het eerst de contracteergraad op deze manier, samen met ZN, gemeten op vier peilmomenten. Dit betekent dat er geen vergelijkbare informatie over meerdere jaren beschikbaar is. Ik kan de historische ontwikkeling van de contracteergraad dit jaar daarom nog niet met u delen. Wel is de bedoeling van de NZa om voortaan jaarlijks de contracteergraad te monitoren, zodat vanaf volgend jaar wel de contracteergraad tussen verschillende jaren is te vergelijken.

In de evaluatie heeft de NZa geconstateerd dat de contracteergraad bij de GGZ achterloopt ten opzichte van andere sectoren en dat er ook meer signalen binnen zijn gekomen over de contractering in de GGZ. De NZa heeft niet kunnen duiden waardoor dit wordt veroorzaakt.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht maar zijn voor het tijdig afronden van het contracteerproces ook afhankelijk van de offertes van zorgaanbieders en daar heeft het afgelopen seizoen enige discussie over plaatsgevonden. Kan de Minister aangeven hoe de verhouding is tussen zorgaanbieders en het wel en niet tijdig aanleveren van offertes? De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa hier reeds actie op onderneemt door richtsnoeren om te vormen naar regelgeving, onder andere op het gebied van het tijdig aanleveren van offertes waarop de NZa gaat handhaven. Wat zijn de gevolgen voor zorgaanbieders indien zij de offertes niet tijdig aanleveren?

De NZa heeft geen inzicht in de verhouding tussen zorgaanbieders en het wel en niet tijdig aanleveren van offertes. Hierdoor beschik ik ook niet over deze informatie. Ten behoeve van afronden van het contracteerproces, gedurende het overstapseizoen, is het wel van belang dat dit tijdig gebeurt. Vandaar dat een aantal richtsnoeren het afgelopen jaar zijn omgevormd tot regelgeving waar de NZa ook op kan handhaven indien hier niet aan wordt voldaan. Uiterlijk 1 oktober moeten zorgaanbieders een offerte bij de zorgverzekeraars indienen volgens de formele regeling. In de richtsnoeren is opgenomen dat het wenselijk is om dit zo snel mogelijk te doen, waarbij wordt uitgegaan van 1 september.

De leden van de VVD-fractie zijn positief over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en vergelijkingssites en vinden het goed te zien dat dit verzekerden in staat stelt om een goede vergelijking tussen polissen te

⁸ Kamerstukken II, 2023/24, 29 689, nr. 1225

maken. Kan worden toegelicht hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een vergelijkingswebsite tijdens het afgelopen overstapeseizoen en ook wanneer zij hier voornamelijk gebruik van maken? In hoeverre is er een verband te zien tussen zekerheid over contracten en het gebruik van vergelijkingsites?

Onderzoek in opdracht van de Autoriteit Consument & Markt (ACM)⁹ laat zien dat het afgelopen overstapeseizoen circa de helft van de respondenten (52 procent) een vergelijkingswebsite heeft geraadpleegd bij het oriënteren op een zorgverzekering. Het is mij niet bekend wanneer zij hier voornamelijk gebruik van hebben gemaakt. Ook heb ik geen inzicht in een eventueel verband tussen zekerheid van contracten en het gebruik van vergelijkingsites.

De NZa heeft geconcludeerd dat een offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorg op dit moment niet mogelijk en wenselijk is en dat gekeken wordt om dit op een andere manier vorm te geven, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Aanpassing van de Regeling Transparantie Zorgaanbieders wordt hierbij genoemd. Op welke manier wordt deze aanpassing gemonitord en geëvalueerd om te zien of de aanpassing daadwerkelijk tot verbetering leidt?

De gewijzigde Regeling Transparantie Zorgaanbieders, kenmerk TH/NR-035, treedt op 1 september 2024 in werking. De NZa heeft deze wijziging ook opgenomen in de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg en heeft toegezegd de opvolging van deze nadere regels na het komende contracteerseizoen te evalueren. Tegen die tijd is er een hele contracteercyclus geweest (vanaf publicatie zorginkoopbeleid tot het sluiten van contracten), waarbij de Handvatten door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gedurende deze gehele cyclus konden worden ingezet. In de evaluatie zal dus ook aandacht zijn voor het doel van de herziening van de regeling, namelijk het voorkomen dat patiënt onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ik vind het belangrijk om goed de vinger aan de pols te houden of de evaluatie op dit punt daadwerkelijke verbeteringen laat zien.

Genoemde leden hebben kennisgenomen van de verkenning transparantie niet-gecontracteerde zorg. Zij menen uit de conclusies op te kunnen maken dat de overheid weinig niet-vrijblijvende maatregelen in handen heeft om meer transparantie af te kunnen dwingen, klopt deze conclusie? Zo nee, welke niet-vrijblijvende instrumenten heeft de overheid, naast een offerteplicht, in handen om transparantie meer af te kunnen dwingen?

Er zijn diverse mogelijkheden om meer transparantie af te dwingen. Ik noem de belangrijkste. De NZa kan op grond van haar regelingen voor transparantie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders richting consumenten¹⁰ handhavend optreden richting zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Partijen kunnen met elkaar bestuurlijk afspraken maken om de transparantie over niet gecontracteerde zorg te verbeteren, zoals in het IZA is gedaan en waar uitvoering aan gegeven wordt. Met het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering dat bij uw Kamer is ingediend, kunnen zorgverzekeraars beter sturen op niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast zal op basis van het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» worden gewerkt aan voorstellen voor de beleidsagenda om te komen tot een onafhankelijke indicatiestelling voor niet-gecontracteerde

⁹ Motivaction. 2024. Consumentenonderzoek Zorgverzekeringsmarkt 2024.

¹⁰ TH/NR-022 – Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

TH/NR-035 – Regeling Transparantie Zorgaanbieders

wijkverpleging; ook met deze maatregel zal meer duidelijkheid en transparantie ontstaan over niet-gecontracteerde zorg. De verplichting van informatieverstrekking door de zorgaanbieder over contractering bestond al, maar is in de herziene Regeling Transparantie Zorgaanbieders, kenmerk TH/NR-035, nader gespecificeerd met betrekking tot niet-gecontracteerde zorg en de gevolgen daarvan voor verzekerden. In deze nadere specificering is toegevoegd dat zorgaanbieders patiënten actief en aantoonbaar moeten informeren over de aan- of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt en over mogelijke gevolgen daarvan voor de vergoeding van zorg of diensten door de zorgverzekeraar voorafgaand aan de start van de zorgverlening. In de evaluatie Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg is ook aandacht voor het doel van de herziening van de regeling, namelijk het voorkomen dat patiënten onbedoeld terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

De NZa heeft voorafgaand een verkenning uitgevoerd naar de mogelijke invoering van een offerteplicht, zoals voorgesteld in het IZA. De NZa heeft geconcludeerd dat een offerteplicht op dit moment juridisch niet mogelijk en niet wenselijk is. Een onderscheid in regels t.a.v. gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg vergt een aanpassing van de Wmg. Andere delen van de Wmg (Artikel 38, lid 7 en 39, lid 2 Wmg) geven de NZa wel al de bevoegdheid om nadere regels te stellen m.b.t. informatieverstrekking door zorgaanbieders aan de consument, inclusief informatieverplichtingen voor zorgaanbieders richting de patiënt t.a.v. niet-gecontracteerde zorg en de invloed die dit heeft op de hoogte van de vergoeding van de geleverde zorg. De NZa zal de werking van de aangescherpte regeling monitoren.

Ik zal de monitoring van de aangescherpte regeling van de NZa nauwkeurig volgen en wil de uitkomsten hiervan afwachten, het is nu dus te vroeg om te kijken naar het invoeren van de offerteplicht. Ik acht het tevens vooralsnog niet noodzakelijk en proportioneel om een algemene regeling op te stellen die enkel is gericht op niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarmee wordt een extra administratieve last gecreëerd en wachtlijsten worden mogelijk nog langer door de tijd die met het opstellen en goedkeuren van een offerte gepaard gaat. Ik focus mij daarom vooralsnog liever op meer proportionele mogelijkheden om het doel, goede informatievoorziening voor de patiënt, te bereiken en daarmee ook de administratieve lasten te beperken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de NZa over de overstapperiode 2024, alsmede ook van de reactie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hierop. De leden van de NSC-fractie erkennen de inspanningen die zorgverleners hebben geleverd in het belang van de verzekeringsnemers om het contracteerproces te verbeteren. Er moeten zeker nog stappen worden genomen, voornamelijk op het gebied van informatievoorziening aan verzekerden en het contracteren van passende zorg. Zij zullen hier tijdens het commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel verder op ingaan en hebben geen verdere vragen aan de Minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de brief gelezen van de Minister over het contracteer- en overstapseizoen 2023–2024 en hebben nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat ruim 1,3 miljoen verzekerden zijn gewisseld van zorgverzekeraar. Dit komt over met 7,4% van de verze-

kerden. Kan de Minister aangeven welk percentage van de verzekerden niet gewisseld is, maar de polis heeft aangepast bij de eigen verzekeraar. In theorie zou dit betekenen dat het voor overige verzekerden niet nodig was om te wisselen van zorgverzekeraar of om bij de eigen zorgverzekeraar de verzekering aan te passen. Kan de Minister informatie delen met betrekking tot een passende zorgverzekering bij consumenten? In hoeverre is er sprake van over- of onderverzekering bij consumenten.

Het is niet bekend welk percentage van de verzekerden niet gewisseld is, maar de al bestaande polis heeft aangepast bij de eigen verzekeraar¹¹. Of er sprake is van een «passende» zorgverzekering is aan de verzekerde. Alleen deze kan beoordelen of de gekozen polis voor hem of haar «passend» is. Hier is geen algemene definitie voor. Er is evenwel geen sprake van over- of onderverzekering bij consumenten in de zin dat voor iedereen het pakket hetzelfde is bij de basisverzekering, namelijk het basispakket Zvw. Het kan wel zo zijn dat een verzekerde een polis met een lagere premie had kunnen afsluiten of dat een verzekerde bij moet betalen omdat de zorgaanbieder geen contract heeft. Daar volgt echter niet de conclusie uit dat deze verzekerde een niet-passende polis heeft gekozen. Andere aspecten van de polis kunnen voor de verzekerde opwegen tegen bijvoorbeeld een lagere premie van een andere polis.

Voorts vragen de leden van de D66-fractie of consumenten op de hoogte worden gesteld wanneer de polis van de consument afgesloten in het vorige jaar, wordt aangepast in het nieuwe jaar. Kan de Minister aangeven of consumenten zich bewust zijn dat hun huidige polis kan veranderen? Is de Minister bereid dit mee te nemen in een volgende publiekscampagne bij het overstapseizoen?

Zorgverzekeraars melden veranderingen in de polis aan hun verzekerden in de prolongatiebrief. In het algemeen roept de publiekscampagne elk jaar verzekerden op te checken of hun polis nog passend is. Ook voor volgend jaar is mijn voornemen om verzekerden weer op te roepen hun polis te checken. Hierbij is een belangrijk element om te checken of er iets verandert. Dus ik neem dit volgend jaar mee.

Welke mogelijkheden ziet de Minister om nog beter te waarborgen dat consumenten een verzekering hebben passend bij hun zorgvraag en geïnformeerd worden over een goedkoper alternatief. Kan de Minister hierin reageren op de suggesties van ACM en NZa om het keuzeprocess voor consumenten te verbeteren.

Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten dat er een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief is. Daarom is het goed dat de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-027) van de NZa zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Verder steun ik het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele (bijna) gelijke polis met een lagere premie. Tot slot merk ik graag op dat verzekerden er ook bewust voor kunnen kiezen meer te willen betalen uit tevredenheid over bijvoorbeeld de kwaliteit van de wachtlijstbemiddeling of vanuit merktrouw.

Tot slot, de leden van de D66-fractie stelden eerder individuele schriftelijke vragen over het bericht dat zorgverzekeraars overstappers belemmeren waardoor de premie onnodig hoog is. Deze leden danken de Minister voor

¹¹ Zorgthermometer Verzekerden in Beeld 2024.pdf (vektis.nl)

de beantwoording op deze vragen die zij reeds op 18 juni 2024 hebben ontvangen¹².

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het contracteer- en overstapseizoen 2023–2024 en hebben de volgende vragen aan de Minister.

De leden van de BB-fractie hebben gelezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders samenwerken om de administratieve lasten te verminderen en de inkoopvereisten verder te standaardiseren. Genoemde leden vragen de Minister om specifiek te zijn en te informeren hoe precies de administratieve lasten zullen worden verlaagd.

De komende tijd zal ik het speerpunt uit het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» ten aanzien van de aanpak van de administratieve lasten verder gaan uitwerken. Dit borduurt verder op de afspraken die in het IZA zijn gemaakt ten behoeve van het verbeteren van het proces rondom de contractering over het tijdig afronden van het inkoopproces en wordt door de zorgverzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders gewerkt aan het verlagen van de administratieve lasten en verdere uniformering van inkoopvereisten. ZN is samen met zorgaanbieders aan de slag op basis van de bouwstenen die er liggen vanuit de verschillende onderzoeken naar uniformeringsmogelijkheden in de Zvw. Zo zijn er onder meer afspraken gemaakt voor de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen, wijkverpleging en ten aanzien van de hulpmiddelenreglementen, waarbij ingezet wordt op het meer uniformeren van onder andere contracten en andere documenten die een rol spelen in het inkoopproces. Hiermee wordt het contracteerproces vereenvoudigd en waarschijnlijk bespoedigd. Ook voor de GGZ wordt door zorgverzekeraars gekeken of en welke algemene contractteksten geüniformeerd kunnen worden. Met deze aanpak wordt geprobeerd de verschillen tussen verzekeraars te verkleinen en zo de administratieve lasten voor zorgaanbieders te verlichten. Voor de medisch-specialistische zorg zijn al eerder stappen gezet en wordt bekeken of dit aspect verder meegenomen kan worden in het traject Succesvol Contracteren.

Verder hebben deze leden gelezen dat er wordt gewerkt aan duidelijkheid over de mogelijkheden voor kleine zorgaanbieders om samen te werken binnen de mededingingsregels. Wanneer zullen de besprekingen tussen brancheverenigingen en de ACM worden afgerond?

De algemene besprekingen tussen brancheverenigingen en de ACM over de mogelijkheden van samenwerking in relatie tot de mededingingsregels zijn reeds afgerond.

Uitkomst van die overleggen is dat partijen gezamenlijk een infographic hebben opgesteld met handvatten voor samenwerking vanuit mededingingsperspectief¹³. Verder hebben toezichthouders blijvend aandacht voor samenwerking in de contractering in relatie tot de mededingingsregels, zie bijvoorbeeld de handvatten contractering van de NZa¹⁴ en communicatie op de website van de ACM¹⁵. Daarnaast worden momenteel

¹² 2024Z10466

¹³ De infographic is te vinden op de pagina: Mededingingswet en de Autoriteit Consument en Markt (dejuistezorgopdejuistepiek.nl)

¹⁴ Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

¹⁵ Samenwerken in de zorgsector | ACM.nl

verdiepende sessies georganiseerd specifiek gericht op de mogelijkheden voor kleine zorgaanbieders. Een eerste sessie heeft reeds plaatsgevonden. Een tweede sessie wordt in samenwerking met partijen gepland na de zomer van 2024. Afhankelijk van de uitkomst van die sessie wordt bezien of een vervolg nodig is. Bij deze sessies bespreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de paramedische zorg en verloskunde met de ACM wat de mogelijkheden zijn aan de hand van ingebrachte casuïstiek. Het Ministerie van VWS faciliteert deze gesprekken.

Daarnaast willen kleine zorgaanbieders in de regio vaak wel onderhandelen met zorgverzekeraars, maar zijn zij bang dat ze hun zelfstandigheid zullen verliezen of zullen worden overtroefd door grote aanbieders. Op welke manier wordt er rekening gehouden met de regio, bij het gezamenlijk optrekken van kleine zorgaanbieders? Hoe wordt voorkomen dat zij hun kleinschalige karakter en zelfstandigheid moeten opgeven voor gecontracteerde zorg?

Ik herken de beschreven problematiek door de leden van de BBB. Zoals eerder vermeld aan uw Kamer vindt er in de contractering idealiter maatwerk plaats waarbij er voldoende aandacht is voor de wensen van iedere individuele zorgaanbieder. In de praktijk is het echter onmogelijk voor een zorgverzekeraar om met iedere individuele zorgaanbieder maatwerkafspraken te maken. Daarvoor is het aantal relatief kleine zorgaanbieders vaak te groot. Dat neemt niet weg dat het van belang dat kleine zorgaanbieders volwaardig partner zijn in de gesprekken over de waarden en toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg en dat dit ook vertaald wordt in de contracten. Gezamenlijk contracteren is daar een aspect van. In de eerdergenoemde geplande sessie met kleine zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de ACM zal aan de hand van ingebrachte casuïstiek de mogelijkheden worden besproken, waarbij ook aandacht is voor de gevolgen die dat heeft voor de positie van individuele aanbieders. Het Ministerie van VWS faciliteert deze gesprekken. Daarnaast vind ik het van belang dat kleine zorgaanbieders goed vertegenwoordigd zijn op regionale en landelijke tafels. In dat kader is vanuit de Visie op de eerstelijnszorg 2030 aandacht voor de organisatiegraad van (kleine) zorgaanbieders in een gefragmenteerd zorglandschap, en wordt ingezet op het versterken van samenwerking op wijk- en regioniveau.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het contracteer- en overstapeseizoen 2023–2024 en hebben hierover nog enkele vragen aan de Minister.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa beziet of de handvatten voor contractering aanscherping nodig hebben. Deze leden vragen of de Minister wil aangeven wanneer de Kamer hier meer over hoort.

De NZa heeft de gewijzigde Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg eind juni gepubliceerd, deze zijn direct in werking getreden. Ook heeft de NZa op haar website een nieuwsbericht gewijd aan de wijzigingen (Nieuwe afspraken verbeteren informatie over zorgverzekering | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)). In de nieuwe versie van de Handvatten zijn een paar veranderingen doorgevoerd. De veranderingen die zijn doorgevoerd hebben betrekking op de geüpdatete regeling transparantie zorgaanbieders, de richtsnoeren die zijn omgezet tot regelgeving uit de regeling transparantie zorginkoopproces zijn toegevoegd en er is één nieuw richtsnoer toegevoegd welke zorgaanbieders oproept om informatie over de offerte al zo veel mogelijk met de zorgverzekeraar te delen voor uiterlijk 1 september.

De leden van de CDA-fractie lezen dat met de Nederlandse GGZ, ActiZ en Zorgthuis.nl wordt geëvalueerd welke verbetermogelijkheden er zijn voor de ondersteuning van het contracteerproces en dat hierbij ook de bereikbaarheid van de kleine zorgaanbieders wordt meegenomen. Deze leden vragen of de Minister dit concreet wil maken en wanneer de Kamer meer horen over deze evaluatie.

Er zijn inderdaad verbeteringen nodig. Langs meerdere lijnen wordt ingezet op het verbeteren van het contracteerproces in sectoren waar veel kleine zorgaanbieders werken. Met als doel toe te werken naar een zo eerlijk mogelijk speelveld. Zo heeft de NZa de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg opgesteld ter ondersteuning van een soepel en snel contracteerproces. Hierin is bijvoorbeeld een afspraak opgenomen over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars tijdens het contracteerproces. Dit moet met name voor kleine zorgaanbieders bijdragen aan een beter contracteerproces. Daarnaast zet ik in op het actief verduidelijken van de mogelijkheden van gezamenlijk onderhandelen door kleine aanbieders. Dat is mogelijk binnen de mededingingsregels zolang een zorginhoudelijk doel voorop staat en dit zowel door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten wordt onderschreven. Het is verder aan de partijen om hier nadere afspraken over te maken n.a.v. de evaluatie. Mochten hier concrete verbetermogelijkheden uit voortkomen, zal ik deze met uw Kamer delen. Tot slot zijn er voor de wijkverpleging afspraken gemaakt om IZA conform te contracteren. Zorgverzekeraars hebben de afspraak gemaakt om in 2023 voor € 175 miljoen extra in te kopen en daarnaast is er € 75 miljoen via een Fonds wijkverpleging beschikbaar gesteld. ZN, ActiZ en Zorgthuis.nl hebben gezamenlijk geconcludeerd dat grotendeels invulling is gegeven aan deze afspraken.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de zorgverzekeraars stappen hebben gezet om de polisinformatie te verrijken met relevante factoren als kwaliteit en toegankelijkheid. Deze leden vragen welke stappen er dan precies zijn gezet. Hoe is dit in de praktijk tot uiting gekomen, zijn hier voorbeelden van? Wat kunnen we voor de polissen voor 2025 verwachten op dit punt? Hoe rekent de Minister de zorgverzekeraars hierop af?

In 2023 zijn verdere stappen gezet om de vergelijkingen van zorgverzekeringen en daarmee polisinformatie te verrijken. Zorgverzekeraars en vergelijkers beogen de vergelijkingen van zorgverzekeringen te verrijken met extra kenmerken, zodat vergelijkingen op de zorgverzekeringsmarkt zorgverzekeraars meer prikkelt om zich (naast betaalbaarheid) op andere relevante ontwikkelingen te richten, zoals toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, het helpen van kwetsbare groepen, duurzaamheid, en preventie. Daarom hebben vergelijkers en zorgverzekeraars in goed onderling overleg in 2023 het document «Met meer waarde vergelijken» opgesteld. Het document beschrijft welke verwachtingen zorgverzekeraars en vergelijkers over en weer van elkaar mogen koesteren in hun gezamenlijke streven naar het realiseren van deze verbeteringen voor de consument. In dit document zijn ambities en verwachtingen beschreven. Het is vervolgens aan individuele partijen om in de praktijk hun eigen invulling te geven aan beschreven ambities en verwachtingen. Bijlage bij dit document is de bijgevoegde «brochure» om partijen als het ministerie, politici en journalisten hierover te informeren.

Zorgverzekeraars en vergelijkers hebben in 2024 gezamenlijk verbeterpunten geformuleerd. De punten waarvan partijen de verwachtingen voor 2024 nader hebben uitgewerkt, zijn (in aanvulling op 2023):

- Transparant vergelijken uitgebreid: Verduidelijken wat een zorgverzekering nog meer vergoedt, naast de gewenste dekking(en); Zorgverzekeraars en vergelijkers communiceren eenduidig over de werking van

basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen; Vergelijken vermelden de mogelijkheden en beperkingen voor consumenten voor het hebben van contact met een zorgverzekeraar.

- Methodologische verbeteringen op terrein van preventie en gezond leven waaronder het beter meewegen van de inzet van een zorgverzekeraar voor zorgvernieuwing.
- Voorbereidingen getroffen voor het naar keuze kunnen opnemen van contracteringsinformatie (over ziekenhuizen, apotheken en fysiotherapeuten) door vergelijken.
- De zorgverzekeraars en de vergelijken hebben wederzijds vastgesteld dat zij het aanbieden van eenmalige welkomstgeschenken niet vinden passen binnen de zorgmarkt. Daarom hebben zij de ambitie uitgesproken om het aanbieden daarvan te beperken.

Vergelijken en zorgverzekeraars zien dat in het overstapeseizoen november/december 2023 de vergelijkingen van zorgverzekeringen voor consumenten zichtbaar transparanter zijn geworden en zich breder op meerwaardefactoren hebben gericht. Ik hoop dat de vergelijkingen van zorgverzekeringen in 2024 door de geformuleerde nieuwe verwachtingen transparanter worden en dat meerwaardefactoren hierbij nog beter zichtbaar worden voor een breder publiek. Tegelijkertijd werken zorgverzekeraars en vergelijken t.b.v. latere jaren aan het beter inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg in de vergelijkingen van zorgverzekeringen. Ik hecht veel belang aan informatie over toegankelijk en kwaliteit, waarbij ik beseft dat zeker kwaliteit van zorg niet altijd eenvoudig meetbaar is, en ik zal de voortgang van partijen blijven volgen. Tot slot is in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn voor verzekerden bij het afsluiten van de polis. De komende tijd werk ik samen met partijen hieraan, zodat de informatievoorziening richting verzekerden de komende jaren nog verder verbetert.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er een toename van 14 naar 59 meldingen is bij de NZa over het overstapeseizoen 2023–2024. Wat is de reden dat het hogere aantal meldingen niet heeft geleid tot de inzet van toezichtsinstrumenten? Heeft dit een inhoudelijke of organisatorische reden? Zijn de meldingen wel behandeld?

Meldingen hebben betrekking op een vermoeden van een overtreding. Indien er sprake is van een vermoeden van een overtreding kijkt de NZa naar de vraag welke maatregel het meest passend is om in te zetten. Dat kan ook de inzet van informele maatregelen zoals een gesprek of een waarschuwing zijn. Uit de analyse van de meldingen blijkt dat er bij het overgrote deel van de meldingen geen sprake was van een vermoedelijke overtreding.

De groei lijkt hoofdzakelijk te zijn veroorzaakt door de verscherpte aandacht voor de contractering en de publicatie van de handvatten. De NZa heeft de meldingen behandeld; de meeste meldingen kwamen uit de sectoren GGZ, medisch specialistische zorg en farmacie. Inhoudelijk gaan de meldingen over onderwerpen zoals indexering en OVA, communicatie en bereikbaarheid, tijdigheid van reacties, de hoogte van offertes en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De meldingen hebben niet geleid tot inzet van tools zoals genoemd in het handvattendocument

Genoemde leden vragen verder hoe de Minister de toekomst van de restitutiepolis ziet, aangezien het aantal restitutiepolissen opnieuw is afgenomen, van zeven naar vier.

Ik zie net als u dat het aantal restitutiepolissen afneemt. Voor verzekerden betekent dit dat de keuze in het aanbod van polissen gewijzigd is. Het is aan zorgverzekeraars om te beslissen of zij een restitutiepolis (blijven) aanbieden. Wel blijkt dat de restitutiepolissen die de laatste jaren zijn omgezet naar combinatiepolissen voor de meeste vormen van zorg nog een vergoeding op basis van restitutie bieden, behalve voor de wijkverpleging en ggz. Naast deze restitutiepolissen blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een ruime keuze voor zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het staat met de analyses naar nagenoeg gelijke polissen. Zij verwijzen naar de motie van de leden Van den Berg en Bushoff (Kamerstuk 29 689, nr. 1208) waarin de regering werd verzocht de verkenning naar de «Gower distance» uiterlijk mei 2024 te doen. Deze leden vragen of in deze analyses ook de aanpak van tweelingpolissen wordt meegenomen en zo nee, dit wel te doen.

Deze analyse, inclusief een reactie op de motie van de leden Van den Berg en Bushoff), is op 4 juni jl. aan uw Kamer toegestuurd.¹⁶

De leden van de CDA-fractie constateren dat de motie van de leden Van den Berg en Agema (Kamerstuk 29 689, nr. 1232) over het door zorgverzekeraars aanbieden van een contract aan kleine zorgaanbieders en het percentage kleine zorgaanbieders dat voor 2024 een contract aangeboden heeft gekregen alsmede de motie van de leden Van den Berg en Tielen (Kamerstuk 29 689, nr. 1207) over het monitoren of zorgverzekeraars meer kleine zorgaanbieders voor het jaar 2024 contracteren, wel zijn afgedaan maar niet zijn uitgevoerd. Genoemde leden vragen waarom niet specifiek gemonitord kan worden of meer kleine zorgaanbieders zijn gecontracteerd. De cijfers waar de Minister naar verwijst vinden deze leden te algemeen omdat hieruit onvoldoende duidelijk wordt hoe het staat met de contractering van kleine zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister alsnog bereid is om te kijken naar mogelijkheden om het aantal gecontracteerde kleine zorgaanbieders te monitoren.

Het contracteerseizoen 2024 was de eerste keer dat de NZa de contacteersgraad op dergelijke wijze gemonitord heeft. Deze monitor heeft mij veel inzicht gegeven. Ik vind het goed dat de NZa proactief bezig is met het monitoren van het contracteerproces en op basis hiervan ook haar regelgeving aanpast met als doel om het contracteerproces voorspelbaarder te maken. Ook het komende contracteerseizoen zal de NZa de contracteersgraad meten. Dit is een belangrijke manier om inzage te krijgen in het verloop van de contractering. Ik ben met de NZa in gesprek in hoeverre zij de monitoring verder kunnen specificeren om bijvoorbeeld ook zicht te krijgen op de contracteersgraad van specifieke groepen (kleinere) zorgaanbieders. De NZa ziet het belang van goede informatie over de contractering en bekijkt daarom voor de komende jaren de mogelijkheden om de monitoring van de contractering verder vorm te geven en geautomatiseerd uit te vragen. Daarbij wordt ook gekeken naar mogelijke samenwerking met andere partijen en de beperking van administratieve lasten voor het veld, waarbij de verwachting is dat dit nog niet is afgerond vóór het komende contracteerseizoen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het contracteer- en overstapseizoen, de brief van de NZa en

¹⁶ Zie Kamerstuk 29 689, nr. 1252.

het bijbehorend onderzoek. Genoemde leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie vinden het gejubel van de Minister over hoe goed het «contracteerseizoen» verlopen is misplaatst. Alle verbeteringen waarmee zij probeert dit overstapcircuit te verbeteren zijn schijnoplossingen voor het echte probleem: het huidige zorgstelsel. De marktwerking die leidt tot concurrentie tussen zorgverzekeraars om maar zoveel mogelijk «consumenten» binnen te harken dient het belang van de zorgverzekeraar, maar niet van mensen. Zij worden opgezadeld met ingewikkelde keuzes, onduidelijkheden over de contractering van zorg en elk jaar een hogere premie. Genoemde leden zijn van mening dat één Nationaal Zorgfonds zonder eigen risico een einde zou kunnen maken aan dit overstapcircuit. Deze leden vragen de Minister hoe zij kijkt naar een Nationaal Zorgfonds.

Er wordt hardt gewerkt aan het verbeteren van de contractering en van de transparantie daarover voor verzekerden. Maar het kan nog beter. Daarom zullen ook in het komende overstapseizoen verdere verbeteringen worden doorgevoerd. De introductie van Nationaal Zorgfonds zal de gewenste veranderingen niet realiseren. Ons huidige zorgstelsel heeft immers veel verworvenheden die we moeten koesteren en niet overboord moeten zetten. Zo is de Zvw solidair, biedt het keuzevrijheid en zorgt het voor een beheerste groei van de zorguitgaven. Bij een Nationaal Zorgfonds krijgen we wellicht weer te maken met de problemen uit de tijd van het Ziekenfonds, zoals lange wachtlijsten, kosteninefficiënte levering van zorg en tweedeling in de zorg. Ik wil de zorg niet vermoeien met een nieuwe grootscheepse stelselwijziging. Wel zal ik, samen met andere partijen, kijken waar we het huidige stelsel nog beter kunnen laten werken. Daar worden, in samenwerking met partijen als zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties, al goede stappen in gezet. Tot slot wijs ik uw Kamer er graag op dat de groep met het laagste inkomen en gemiddelde zorgkosten in 2024 zelfs minder voor hun ziektekostenverzekering betaalt dan in 2006.

Vorig jaar stapte ruim 1,3 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Dit is het één na hoogste overstappercentage sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. De leden van de SP-fractie zijn kritisch op de gang van zaken bij de contractering van de zorg. Zij vragen waarom dit percentage afgelopen jaar zo hoog was. Bovendien vragen de leden van de SP-fractie wat de «publieksvoorlichting» tijdens het «contracteerseizoen» heeft gekost. Gelieve dit uit te splitsen naar verschillende onderdelen van deze campagne.

De cijfers laten naar mijn idee zien dat het overstappercentage wat lager was dan vorig overstapseizoen. De redenen waarom mensen overstappen zijn divers. Uit een peiling van Nivel¹⁷ blijkt dat de drie voornaamste redenen voor overstappen liggen in ontevreden over de hoogte van de totale premie, ontevredenheid over de hoogte van de premie van de basisverzekering en het feit dat hun zorgverzekeraar niet alle zorgaanbieders heeft gecontracteerd.

Bovendien vragen de leden van de SP-fractie wat de «publieksvoorlichting» tijdens het «contracteerseizoen» heeft gekost, uitgesplitst naar verschillende onderdelen van deze campagne. Het doel van de publieksvoorlichting in het overstapseizoen is mensen ervan bewust te maken dat ze in deze periode de gelegenheid hebben een zorgverzekering te kiezen die het beste past bij hun persoonlijke situatie. De totale kosten voor de publieksvoorlichting bedragen € 633.000. Hiervan is € 179.000 besteed

¹⁷ Barometer Wisselen van zorgverzekeraar | Nivel

aan voorlichting voor het brede publiek. Uit onderzoek is bekend dat mensen in een lage sociaaleconomische positie minder snel overstappen van zorgverzekering, ook als een andere verzekering beter bij hen zou kunnen passen. Daarom is € 454.000 besteed aan communicatie met deze groep. Deze communicatie vond onder meer plaats door persoonlijke gesprekken en voorlichting over veel voorkomende misverstanden rond zorgverzekeringen.

Hoeveel zorggeld besteden verzekeraars jaarlijks aan reclame en marketing?

Mijn ambtsvoorganger heeft in het recente commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel aangegeven dat deze kosten, op basis van een extrapolatie van de toen reeds de bekende cijfers, voor 2023 in totaal 25,8 miljoen euro bedroegen. Dit is gelijk aan 1,88 euro per premiebetaler per jaar. Inmiddels zijn bijna alle cijfers over 2023 bekend. De realisatie komt nu uit op 23,7 miljoen euro en 1,66 euro per premiebetaler per jaar. Dat is ongeveer 0,04% van de totale uitgaven aan zorgkosten van ongeveer 60 miljard euro. De afgelopen vijf jaar ligt het bedrag dat per jaar wordt uitgegeven aan reclamekosten stabiel tussen de 20 en 25 miljoen euro. Gezien het feit dat de zorgkosten stijgen, is dit dus een steeds kleiner percentage van de totale uitgaven aan zorgkosten.

Wat vindt de Minister ervan dat ruim 1,3 miljoen mensen zich afgelopen jaar door een ingewikkeld web van zorgverzekeringen en zorgverzekeraars hebben gewurmd om de juiste zorgverzekering te krijgen? Deelt de Minister de mening dat zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zou moeten zijn zonder dat zorgverzekeraars om hun premiegeld zouden moeten concurreren?

Er wordt hard gewerkt aan het verbeteren van de contractering en van de transparantie daarover voor verzekerden. Maar het kan nog beter. Daarom zullen ook in het komende overstapeseizoen verdere verbeteringen worden doorgevoerd. Zoals ik hiervoor ook heb aangegeven zal de introductie van Nationaal Zorgfonds de gewenste veranderingen niet realiseren. Daarnaast is het waardevol dat zorgverzekeraars moeten dingen om de gunst van de verzekerde, omdat dat verzekeraars stimuleert om hun best te doen voor hun verzekerden.

Kunt u een overzicht naar de Kamer sturen van de winsten van de zorgverzekeraars afgelopen jaar die naar de reserves zijn gegaan?

In de tabel hieronder vindt u de resultaten uit 2023 die verzekeraars hebben toegevoegd aan hun reserves. Het overige resultaat hebben zij ingezet om de premie van 2024 te verlagen. Overigens wordt er niet ieder jaar geld aan de reserves toegevoegd. In 2021 en 2022 hebben verzekeraars respectievelijk 395 miljoen en 566 miljoen ingeteerd op hun reserves.

Concern	Toevoeging aan de reserves (x € 1 miljoen)
ASR	23
CZ	86
DSW (incl. Stad Holland)	50
Salland	0
ONVZ	76

Concern	Toevoeging aan de reserves (x € 1 miljoen)
VGZ	29
Zorg en Zekerheid	33
Zilveren Kruis	16
Menzis	19
Totaal	841

Bron: publicatie jaarcijfers basisverzekering 2023 van bovenstaande verzekeraars

De NZa doet tevens een verkenning of verzekeraars premiebetalers actief moeten informeren als er een beter geschikte en betaalbare polis beschikbaar is. Waarom is hiervoor een verkenning nodig en wordt hier niet meteen toe overgegaan?

De NZa heeft mij laten weten dat ze tot op heden twijfels had over de proportionaliteit en de juridische inzetbaarheid van dit instrument, maar dat zij de inzet van dit instrument nu toch verder gaat verkennen. Deze verkenning is noodzakelijk om te analyseren in hoeverre de wettelijke bevoegdheden van de NZa ruimte bieden om effectief in te kunnen grijpen. Zoals bij elke interventie door een toezichthouder dient hierbij te worden afgewogen in hoeverre de voorziene regeling proportioneel en effectief is, en dienen betrokken partijen zoals de verzekeraars te worden gehoord. De verkenning zal de komende tijd plaatsvinden, zodat een eventueel gewijzigd beleid zo snel mogelijk kan worden ingesteld.

De Minister stelt dat het «contracteerseizoen» beter en tijdiger is verlopen. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars streefden ernaar om de contracten op 12 november af te ronden. Maar de leden van de SP-fractie constateren dat dit niet is gelukt. Op 22 december 2023 was in ongeveer 90% van de onderhandelingen duidelijk of er een contract werd gesloten of niet. Hoe verklaart de Minister dat het niet lukt om de contractering op orde te krijgen voor 12 november?

Het merendeel van de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gedurende het overstapeseizoen afgesloten. Dit was ongeveer 90% afhankelijk van de sector. Het aandeel van de zorgaanbieders, waarbij het duidelijk is of de zorg volledig vergoed wordt, ongeacht of er een contract is, ligt hoger.

Het contracteerproces is een proces dat uit diverse stappen en termijnen bestaat. De NZa heeft regels gesteld om te zorgen dat de contractering zo soepel en spoedig mogelijk verloopt. Desondanks is het voor partijen complex om de contractering zo snel mogelijk rond te krijgen. Daarbij speelt ook nog eens de dynamiek van de overstapperiode mee. De overstapperiode vormt een sterke prikkel voor verzekeraars om de contractering zo tijdig mogelijk afgerond te hebben. Tegelijkertijd biedt het overstapeseizoen en deze druk voor zorgverzekeraars om tijdig af te willen ronden voor zorgaanbieders juist een pressiemiddel. Daarbij moet gezegd worden dat er voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geen formele verplichting is om de contractering voor 12 november rond te hebben. Een dergelijke verplichting zou de onderhandelingsmacht van zorgaanbieders aanzienlijk vergroten en daarmee de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om kwalitatief goede en betaalbare zorg in te kopen aanzienlijk beperken. De NZa verwacht van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij komende overstapperiode de contractering nog verder gaan versnellen. De NZa houdt hierop actief toezicht en zal dit blijvend monitoren.

Welke belangen van zorgverzekeraars spelen er volgens de Minister mee in deze onderhandelingen?

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zullen voldoende kwalitatief goede zorg voor verzekerden in moeten kopen. Daarnaast speelt mee dat de zorgverzekeraars onderling concurreren en zij de zorg daarom kwalitatief goede zorg voor een scherpe prijs in willen kopen om hun verzekerden een zo laag mogelijke premie te kunnen bieden.

Deelt de Minister de mening dat zorgverzekeraars kleinere zorgaanbieders onder druk kunnen zetten om tot een contract te komen voor een te lage vergoeding?

Ik zie dat kleine zorgaanbieders moeilijker aan tafel komen om te onderhandelen over een contract. Zorgverzekeraars kunnen door de forse aantallen kleine aanbieders ook niet met alle zorgaanbieders face-to-face maatwerkafspraken maken, vanwege de tijd die dit vraagt per aanbieder. Langs meerdere lijnen wordt daarom ingezet om het contracteringsproces in sectoren waar veel kleine zorgaanbieders werken te verbeteren. Met als doel toe te werken naar een zo eerlijk mogelijk speelveld. Zo heeft de NZa de «Handvatten contractering en Transparantie gecontracteerde zorg» opgesteld ter ondersteuning van een soepel en snel contracteerproces. Hierin is bijvoorbeeld een afspraak opgenomen over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars tijdens het contracteerproces. Dit moet met name voor kleine zorgaanbieders bijdragen aan een beter contracteerproces. Daarnaast zet ik in op het actief verduidelijken van de mogelijkheden van gezamenlijk onderhandelen door kleine aanbieders. Dat is mogelijk binnen de mededingingsregels zolang een zorginhoudelijk doel voorop staat en dit zowel door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten wordt onderschreven.

Wat zijn de gevolgen hiervan voor patiënten?

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht wat betekent dat zij ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden de zorg kunnen krijgen die nodig is. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende kwalitatief goede zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen. De NZa ziet hierop toe. Ten principale is het niet onwenselijk als zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben, zolang de voordelen – in termen van betere kwaliteit van zorg tegen betaalbare kosten – daarvan bij de verzekerde terecht komen. Dat mag echter niet zo ver gaan dat dit leidt tot een dusdanige aantasting van de kwaliteit van de zorg dat de patiëntveiligheid in gevaar komt. De IGJ ziet daarop toe. Daarbij heeft de NZa wel regels gesteld om de contractering zo veel mogelijk in goede banen te leiden en te zorgen dat de zorgaanbieders acceptabele reactietermijnen krijgen en verzekerden goed worden geïnformeerd over het gecontracteerde aanbod (zie ook de hierboven genoemde handvatten).

Genoemde leden vragen waarom de Minister geen harde afspraken maakt met zorgverzekeraars om deze contracten eerder rond te krijgen. Welke plannen heeft zij hiervoor op de plank liggen?

In het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» is opgenomen dat er sprake moet zijn van glasheldere polisvoorwaarden, inclusief contractering. De komende tijd zal ik samen met partijen inventariseren welk stappen verder gezet kunnen worden in het «glashelder» krijgen van de polisvoorwaarden.

Er zijn ook al wel stappen gezet de afgelopen tijd. Partijen, zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars, hebben in het IZA afspraken gemaakt, om ernaar te streven om de contracten voor 12 november af te

ronden, zodat verzekerden gedurende het overstapseizoen een weloverwogen keuze voor een polis kunnen maken. De NZa heeft afgelopen jaar de handvatten «Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg» vastgesteld, zodat het contracteerproces voorspelbaarder is. Een aantal van deze handvatten is voor het contracteerseizoen 2025 omgezet in normen, zodat de NZa hier ook nadrukkelijk toezicht op kan houden. Het interveniëren in het onderhandelingsproces vanuit de overheid vind ik niet wenselijk. Door te veel druk te zetten kan er spanning komen te ontstaan op een evenwichtige onderhandelpositie van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder. Met als mogelijk gevolg slechtere onderhandeluitkomsten van de contractering in termen van kwaliteit van zorg, betaalbaarheid, en de inzet op veranderingopgaven, zoals beschreven in het IZA, waar de verzekerde de dupe van is.

Veel mensen moeten nog steeds een verzekering afsluiten zonder dat zij weten of de juiste zorgaanbieder wel een contract met de verzekeraar sluit. Wat is de Minister van plan om hieraan te doen?

In het IZA hebben partijen afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Die helpen ervoor te zorgen dat voor zoveel mogelijk zorgaanbieders tijdig helder is dat zij gecontracteerd zijn. Daarnaast vind ik het belangrijk dat verzekerden weten wat de (mogelijke) financiële gevolgen zijn als de onderhandelingen nog plaatsvinden of als er geen contract is afgesloten. Met partijen zijn daarom afspraken gemaakt over het verbeteren van de informatievoorziening aan verzekerden. Afgelopen jaar hebben zorgverzekeraars gewerkt met vijf uniforme kernboodschappen. Hiermee is de informatievoorziening verbeterd. Samen met de Patiëntenfederatie Nederland zet ik in op verdere verbetering zowel via de zorgverzekeraars als via de zorgaanbieders maar ook via de jaarlijkse campagne tijdens het overstapseizoen. Tot slot is in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn voor verzekerden bij het afsluiten van de polis. De komende tijd werk ik samen met partijen hieraan, zodat de informatievoorziening richting verzekerden de komende jaren nog verder verbetert.

Welk percentage van de contracten was dit jaar voor 12 november afgesloten? Hoeveel voor 1 januari?

De NZa heeft afgelopen contracteerseizoen voor het eerst gemonitord en deze monitorgegevens zijn opgenomen in de brief over het contracteeren overstapseizoen 2023–2024. De NZa heeft de contracteergraad op vier peilmomenten gemonitord. Er zijn gegevens bekend van de contracteergraad op 12 november, 8 december, 22 december en op 22 januari. In onderstaande tabel is de contracteergraad van drie van deze peilmomenten opgenomen.

Sector	12 november	22 december	22 januari
Algemene ziekenhuizen	39%	84%	89%
Academische ziekenhuizen	39%	91%	95%
Zelfstandige klinieken	47%	82%	90%
GGZ instellingen	32%	65%	77%
GGZ overig	71%	90%	93%
Wijkverpleging face tot face	48%	89%	95%

Sector	12 november	22 december	22 januari
Wijkverpleging digitaal	63%	86%	91%

De leden van de SP-fractie lezen dat een deel van de zorgaanbieders ontevreden is over de uitkomsten van de onderhandelingen in het contracteerproces. Zij geven aan beperkte onderhandelingsmogelijkheden te ervaren, zijn ontevreden over de indexeringen en de tarieven en missen deels transparantie ten aanzien van het gebruik van benchmarks en rekentools. Wat gaat de Minister doen met deze signalen van zorgaanbieders?

Het klopt dat niet alle zorgaanbieders tevreden zijn over de uitkomsten van de onderhandelingen in het contracteerproces. Hierover ben ik samen met alle IZA partijen in gesprek. Ik vind het belangrijk dat de contracten gesloten worden vanuit onderling vertrouwen en dat betekent dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars transparant moeten zijn over hun aanbod. Om ervoor te zorgen dat het contracteerseizoen voorspelbaar is en er vanuit de relatie gecontracteerd wordt heeft de NZa de handvatten «Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg» opgesteld.

Een belangrijk onderdeel van deze handvatten gaat over transparantie. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars moeten transparant, duidelijk en een deugdelijke toelichting geven over het contractvoorstel. Hierbij is ook transparantie en duidelijkheid van de techniek van belang. Als zorgverzekeraar gebruik maken van benchmarks en rekentools, dan vind ik het ook van belang dat zij navolgbaar uit kunnen leggen hoe zij tot hun voorstel zijn gekomen.

Indien de offerte van de zorgaanbieder of het aanbod van de zorgverzekeraar onvoldoende transparant is dan is het in eerste instantie aan de onderhandelende partijen zelf om elkaar hier op aan te spreken en hier afspraken over te maken. Indien partijen hier niet uitkomen dan kunnen zij hiervan een melding doen bij de NZa. De NZa ziet erop toe dat de regels die zij opgesteld over de transparantie voor het zorginkoopproces¹⁸ worden nageleefd.

Is de Minister verrast dat de zorgverzekeraars de contractering als beter en tijdiger hebben ervaren dan de zorgaanbieders?

Zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders geven aan dat het afgelopen contracteerseizoen aanzienlijk beter en tijdiger is verlopen dan vorig jaar. Op 22 december 2023 was in ongeveer 90% van de onderhandelingen duidelijk of er een contract werd gesloten of niet. We zijn er daarmee nog niet, maar hebben een stap in de goede richting gedaan. Een deel van de zorgaanbieders is echter ontevreden over de uitkomst van de onderhandelingen.

Dit verrast mij niet omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders – naast dat zij beiden uiteraard streven naar kwalitatief goede zorg – ook andere belangen hebben. Zorgverzekeraars willen voor hun verzekerden zoveel mogelijk kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs inkopen, waarbij zorgaanbieders er belang bij kunnen hebben om een hogere prijs te krijgen voor de zorg die zij leveren.

Hoe gaat de Minister zorgen voor meer transparantie vanuit de zorgverzekeraars?

¹⁸ Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw – TH/NR-034

Ieder jaar maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken over welke zorg door wie wordt geleverd, tegen welke prijs en met welke kwaliteit.

Onduidelijkheid en het ontbreken van transparantie tussen partijen over de toelichting van elkaars voorstel helpen niet in het bespoedigen van het contracteerproces. In de handvatten contractering en transparantie gecontracteerde zorg heeft de NZa daarom verschillende richtsnoeren opgenomen om ervoor te zorgen dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars transparant zijn over hun offerte/ contractvoorstel. Hierin is bijvoorbeeld opgenomen dat bij face-to-face contracteren zorgaanbieders en zorgverzekeraars vóór 1 september afspraken maken over de techniek en/of methodiek van zaken zoals benchmarking of volumeprognoses, als hier gebruik van wordt gemaakt. Tot slot is in het Hoofdlijnenakkoord 2024–2028 «Hoop, Lef en Trots» afgesproken dat de polisvoorwaarden glashelder moeten zijn voor verzekerden bij het afsluiten van de polis. De komende tijd werk ik samen met partijen hieraan, zodat de informatievoorziening richting verzekerden de komende jaren nog verder verbetert.

In de brief van de NZa lezen de leden van de SP-fractie dat het aantal meldingen sinds vorig jaar is gestegen van 14 naar 59 tijdens het overstapeseizoen. Deze meldingen komen voort uit een vermoeden van een overtreding. Kan de Minister uitgebreider ingaan op de toename in het aantal meldingen? Wat is er met deze meldingen gedaan?

Meldingen hebben betrekking op een vermoeden van een overtreding. Indien er sprake is van een vermoeden van een overtreding kijkt de NZa naar de vraag welke maatregel het meest passend is om in te zetten. Dat kan ook de inzet van informele maatregelen zoals een gesprek of een waarschuwing zijn.

De groei lijkt hoofdzakelijk te zijn veroorzaakt door de verscherpte aandacht voor de contractering en de publicatie van de handvatten. De NZa heeft de meldingen behandeld; de meeste meldingen kwamen uit de sectoren GGZ, medisch specialistische zorg en farmacie. Inhoudelijk gaan de meldingen over onderwerpen zoals indexering en OVA, communicatie en bereikbaarheid, tijdigheid van reacties, de hoogte van offertes en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

De meldingen hebben niet geleid tot inzet van tools zoals genoemd in het handvattendocument. Uit de analyse van de meldingen blijkt namelijk dat er bij het overgrote deel van de meldingen geen sprake was van een vermoedelijke overtreding.