

Vergaderjaar 2022–2023

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1199

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2023

Op 21 juni aanstaande ga ik tijdens een commissiedebat met uw Kamer in gesprek over het zorgverzekeringsstelsel». Graag informeer ik u voorafgaand aan dit debat over de volgende onderwerpen: 1) een recent onderzoek naar collectiviteiten, 2) zorgverzekeraars en cultuursensitieve zorg, 3) de wanbetalersregeling, 4) verzekeringsadvies ten aanzien van de aanvullende verzekering, 5) de monitor stapeling eigen bijdragen en het onderzoek naar jonge gezinnen en eigen bijdragen en 6) onderzoek naar extra financiële steun voor mensen met een beperking en chronisch zieken. In deze brief doe ik verschillende moties en toezeggingen af.

Voorafgaand daaraan informeer ik uw Kamer over de uitvoering van de motie van het lid Bushoff (PvdA) die de regering verzoekt om de Tweede Kamer vóór het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel te informeren over het al dan niet instellen van een offerteplicht voor zorgaanbieders (zie Kamerstuk 31 765, nr. 764). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoekt momenteel in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Patiëntenfederatie Nederland en het Ministerie van VWS hoe een offerteplicht kan worden vormgegeven. Ik streef ernaar om uw Kamer in het derde kwartaal van 2023 hierover verder te informeren.

1. Onderzoek naar collectiviteiten

Per 1 januari 2023 is de collectiviteitskorting op de zorgverzekering afgeschaft. In de Memorie van Toelichting van de behorende wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de verwachting geuit dat het aantal collectiviteiten zal afnemen. Een zorgverzekering die aan deelnemers van een collectiviteit wordt aangeboden, is voor dezelfde premie immers ook beschikbaar voor anderen. In ieder geval de collectiviteiten zonder aanvullende afspraken zullen minder aantrekkelijk zijn voor verzekerden. Dit zal ook gelden voor de collectiviteiten waarbij de meerwaarde van de (zorginhoudelijke) afspraken beperkt is. Het lid Tielen (VVD) heeft hierbij de regering verzocht om de effecten van de wetswijziging in relatie tot het

polisaanbod te monitoren en de Kamer hier vóór de zomer van 2023 over te informeren, zodat vervolgens bekeken kan worden of aanvullende dingen nodig zijn (zie Kamerstuk 35 872, nr. 15).

Op 12 april jl. heb ik uw Kamer reeds geïnformeerd over het aantal polissen in 2023 (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1191). In 2023 zijn er 60 polissen voor de basisverzekering. Dit aantal is gelijk aan 2022. Om aanvullend uitvoering te geven aan de motie van het lid Tielen heb ik onderzoeksbureau Zorgweb gevraagd onderzoek te doen naar de ontwikkeling van het aantal collectiviteiten en de deelnamegraad in 2023. In bijlage 1 vindt u de resultaten van dit onderzoek. Uit een uitvraag onder alle zorgverzekeraars blijkt dat het aantal collectiviteiten is gedaald van circa 47.000 in 2020 tot circa 44.600 in 2023.¹ In 2023 is 56,5 procent van de Nederlandse bevolking lid van een collectiviteit.² De werkgeverscollectiviteiten zijn in 2023 nog steeds de grootste categorie: bij 77,4 procent van de collectiviteiten gaat het om een werkgeverscollectiviteit (ten opzichte van 85,5 procent in 2020) en circa 4,8 miljoen verzekerden zijn lid van een werkgeverscollectiviteit (ten opzichte van circa 5,6 miljoen verzekerden in 2020). Het gemiddeld aantal deelnemers is licht gedaald van 232 deelnemers in 2020 naar 225 deelnemers in 2023.

De resultaten van het Zorgweb-onderzoek hebben betrekking op 2023. Ik wil ook weten hoe het aantal collectiviteiten zich volgend jaar verder ontwikkelt. Daarom zal ik ook in 2024 – zoals eerder toegezegd (zie Kamerstuk 35 872, nr. 6) – onderzoek laten doen naar het aantal collectiviteiten. Daarnaast zal dit onderzoek ook aandacht besteden aan het aantal (zorg)inhoudelijke afspraken bij collectiviteiten. De verwachting is dat de resultaten eind 2024 gereed zijn. De resultaten van dit onderzoek zal ik met uw Kamer delen.

2. Zorgverzekeraars en cultuursensitieve zorg

Naar aanleiding van de motie van de leden Den Haan (Fractie Den Haan) en Kuzu (DENK) (zie Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 176) ben ik in gesprek gegaan met zorgverzekeraars om het onderwerp cultuursensitieve zorg nog meer onder de aandacht te brengen. Graag informeer ik u over het beeld dat uit die gesprekken naar voren komt, zoals ik u heb toegezegd in mijn beleidsnota cultuursensitieve zorg (zie Kamerstuk 31 765, nr. 702).

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden. Dat betekent dat zorgverzekeraars de juiste zorg moeten inkopen voor hun verzekerden, en dat betekent dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop rekening moeten houden met de kenmerken van hun verzekerden. De Nza houdt toezicht op het voldoen aan de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Wat de juiste zorg is, kan verschillen van regio tot regio, en van groep verzekerden tot groep verzekerden. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 655) hebben wij met partijen afgesproken dat zij op basis van regiobeelden plannen maken om te waarborgen dat zorg en ondersteuning aansluiten bij de opgave waar een regio voor staat. Eén van deze IZA-afspraken is dat zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, vertegenwoordigers van het burgerperspectief (waaronder het patiëntperspectief), de Nza en het Ministerie van VWS samen criteria opstellen waar regiobeelden en regioplannen aan moeten voldoen. Uw Kamer is op 19 januari jl. over deze criteria geïnformeerd (zie Kamerstuk 31 765, nr. 704). Daarbij hebben

¹ In 2016 waren er nog circa 64.000 collectiviteiten.

² In 2016 en 2020 was respectievelijk 66,8 procent en 62,5 procent van de Nederlandse bevolking lid van een collectiviteit.

we onder andere afgesproken dat het regiobeeld aandacht besteedt aan demografie en sociale determinanten. Voorgaande heb ik u eerder gemeld in het schriftelijk overleg over de beleidsnota cultuursensitieve zorg (zie Kamerstuk 31 765, nr. 759).

In de gesprekken geven zorgverzekeraars aan dat cultuursensitieve zorg onderdeel is van de zorginkoop, omdat die zich richt op de zorgbehoefte van verzekerden in de regio. Cultuursensitieve zorg komt voort vanuit het zorgaanbod. De zorgbehoefte van verzekerden in grote steden – zo geven zorgverzekeraars als voorbeeld aan – is op delen anders dan buiten grote steden: gezondheid verschilt. Omdat zorgverleners vaak in dezelfde regio zijn gevestigd als hun patiënten en cliënten is er daarbij als vanzelf al een zekere mate van cultuursensitiviteit in de zorgverlening. Zorgverzekeraars zien daarbij dat zorgaanbieders in de werving van medewerkers inspelen op de (diversiteit aan) culturele achtergrond(en) van hun patiëntengroep. Zorgverzekeraars geven verder aan dat zij zich zeer inspannen om toegankelijk te communiceren met hun verzekerden, bijvoorbeeld over verzekeringsaspecten, maar bijvoorbeeld ook over een gezonde levensstijl en over positieve gezondheid (dat is: het versterken van het vermogen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan). Ook geven zij voorbeelden om duidelijk te maken dat zij de diversiteit van hun eigen medewerkers belangrijk vinden, en dat zij die diversiteit benutten om goed contact te hebben met hun verzekerden.

Mijn samenvattende beeld uit de gesprekken is dat zorgverzekeraars zich bewust zijn van het belang om in te spelen op kenmerken van (groepen van) verzekerden, en dat de belangrijkste routes daarbij zijn: goede zorginkoop en heldere communicatie.

3. Wanbetalersregeling

Op 22 november 2022 heeft uw Kamer mijn reactie ontvangen (zie Kamerstukken 24 515 en 33 077, nr. 653) op de nader gewijzigde motie van de leden Ceder (CU) en Kat (D66) (zie Kamerstuk 24 515, nr. 641) over «de negatieve effecten van de bestuursrechtelijke premie (wanbetalersregeling) en de te nemen maatregelen». Ik heb aangegeven mij te beraden op een beperkte verlaging van de bestuursrechtelijke premie en u vóór het zomerreces te informeren over de stand van zaken.

Ik heb besloten de opslag niet te verlagen alvorens er goed zicht is op de werking en de effecten van de opslag. Dit effect wordt dit jaar onderzocht door adviesbureau AEF in samenwerking met adviesbureau Zorgvuldig-Advies. Ik zal uw Kamer hierover eind 2023 informeren.

Verder wil ik u op dit onderwerp informeren over de rapporten van het Verwey-Jonker Instituut³ en de Hogeschool Leiden⁴ met betrekking tot de geleerde lessen van «de challenge». «De challenge» gaat over het opsporen van wanbetalers op basis van de CAK-lijst en het bieden van vasthoudende hulp. De hulpverlening aan deze zwaardere groep kent vaak andere accenten dan de hulpverlening aan inwoners met beginnende betalingsachterstanden. Naast het landelijk delen van de geleerde lessen wordt ook met het programma leefbaarheid en veiligheid verkend of er in de focusgebieden aanvullende doelgroepgerichte acties kunnen worden ondernomen.

³ Aan de slag met de CAK-lijst: inspiratie en tips voor een outreachende aanpak – Verwey-Jonker Instituut.

⁴ SZW-VWS-Challenge-eindrapportage.pdf (vitaledelta.nl).

4. Verzekeringsadvies ten aanzien van de aanvullende verzekering

Op 25 mei 2022 hebben de leden Werner en Van den Berg (beiden CDA) vragen gesteld over het bericht «Mensen met handicap dubbel verzekerd» (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2873). In de beantwoording is aangegeven dat aanvullende ziektekostenverzekeraars aspirant-verzekerden voorlichting en een persoonlijk advies kunnen geven om een weloverwogen keuze te maken bij het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering. Ook is toegezegd om via ZN aandacht te vragen voor deze belangrijke rol.

Om uitvoering te geven aan deze toezegging heb ik ZN gevraagd om verzekeraars te wijzen op het risico van aanvullende verzekeringen die niet meer nodig zijn. Dit onderwerp is in de afgelopen jaren meerdere keren besproken in ZN-verband. ZN heeft aangegeven dat het met name aan het zorgkantoor is om (nieuw) geïndiceerde verzekerden te wijzen op het belang van een goed verzekeringsadvies, mede op basis van de wijze van bekostiging van de zorgaanbieder. De daadwerkelijke acties zit dus bij zorgkantoren. En deze voorlichting wordt door de zorgkantoren ook uitgevoerd. ZN heeft aangegeven hun leden (die zorgverzekeraar, zorgkantoor en ziektekostenverzekeraar ineen zijn) nogmaals te wijzen op het belang van het tegengaan van overbodige verzekeringen, dus ook hun leden als (aanvullende) ziektekostenverzekeraars. Hiermee beschouw ik deze toezegging als afgedaan.

5. Monitor stapeling eigen bijdragen en onderzoek jonge gezinnen

In mijn brief d.d. 23 december 2022 (zie Kamerstukken 29 689 en 32 805, nr. 1176) heb ik toegezegd uw Kamer medio 2023 te informeren over de voortgang van het verkrijgen van cijfers voor de monitor stapeling eigen bijdragen en het onderzoek naar «jonge gezinnen».

Alhoewel het CBS voortvarend met de uitwerking van de monitor aan de slag is gegaan, is het gezien de omvang van de monitor niet mogelijk om op dit moment tot publicatie over te gaan. De reden is dat de monitor niet alleen kijkt naar de overlap van eigen bijdragen op het niveau van de zorgwetten, maar ook op het niveau van de zorg- en leveringsvormen binnen de zorgwetten. Hierdoor wordt de volledige stapeling van eigen bijdragen in kaart gebracht. Dit vraagt voor het CBS echter meer tijd dan verwacht bij de statistische verwerking en de controle van de tabellen.

De verwachting is nu dat het CBS in de zomer de monitor kan afronden en publiceren. Ik zal u vervolgens zo spoedig mogelijk na deze publicatie informeren over welke informatie over de stapeling van eigen bijdragen in de monitor is opgenomen. Mijn streven is u vervolgens uiterlijk in het eerste kwartaal van 2024 een inhoudelijke reactie op de monitor te sturen.

Het onderzoek naar jonge gezinnen is in gang gezet maar nog niet afgerond. De reden hiervoor is dat het verkrijgen en het analyseren van de benodigde data meer tijd kost dan verwacht. Over dit onderzoek informeer ik u tegelijkertijd met de inhoudelijke reactie op de monitor.

Ik betreur uiteraard de vertraging bij beide onderzoeken, maar ik ben ervan overtuigd dat de zorgvuldigheid die deze onderwerpen verdienen, de vertraging rechtvaardigt.

6. Onderzoek naar extra financiële steun voor mensen met een beperking en chronisch zieken

Op 22 december jl. heeft het lid Inge van Dijk de regering verzocht om te onderzoeken of extra financiële steun kan worden gegeven aan mensen met een beperking en chronisch zieken, die vanwege hun zorg meer gebruik moeten maken van gas en/of energie, bijvoorbeeld vanwege het gebruik van beademingsapparatuur (zie Kamerstuk 36 200, nr. 172).

In samenspraak met de VNG is onderzocht hoe er extra financiële steun beschikbaar kan komen voor verschillende kwetsbare doelgroepen ten behoeve van het betalen van energierekeningen. De in de motie genoemde groep «mensen met een beperking» behoren tot deze doelgroepen. Daarbij zijn meerdere opties van compensatie onderzocht. Uiteindelijk heeft het kabinet besloten dat een extra prijsbijstelling van het gemeentefonds de meest adequate manier is om verschillende kwetsbare doelgroepen in gemeenten tegemoet te komen. Uw Kamer is eerder geïnformeerd over de wijze waarop gemeenten de middelen krijgen om deze doelgroepen tegemoet te komen en de beleidsvrijheid die gemeenten hierin krijgen. De extra middelen zijn in april 2023 bij de Voorjaarsnota toegevoegd aan het gemeentefonds.

Daarnaast heeft de Minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen bij de najaarsnota maximaal € 50 mln. vrijgemaakt voor een subsidie aan het Tijdelijk Noodfonds Energie. Dit, inmiddels gesloten, Noodfonds was een privaat initiatief dat aan mensen met een hoge energierekening en een laag inkomen of laag middeninkomen ondersteunde met het betalen van hun energierekening. De ondersteuning had betrekking op de periode oktober 2022 tot en met maart 2023⁵. Ook de in de motie genoemde groep «mensen met een beperking» behoorden konden een beroep op het Noodfonds doen als zij aan de voorwaarden van het Noodfonds voldeden. Denk daarbij aan mensen met hoog energiegebruik door medische hulpmiddelen.

Verschiedende gemeenten hebben daarnaast ook lokale energie noodfondsen energie ingesteld. Vergoeding van kosten is afhankelijk van de persoonlijke situatie en daarbij wordt maatwerk geleverd. Chronisch zieken en gehandicapten met een hoog energieverbruik door het gebruik van medische hulpmiddelen kunnen een aanvraag indienen, zeker diegenen met een stapeling aan hulpmiddelen. Ook zijn er specifieke regelingen; bijvoorbeeld een regeling voor hogere stookkosten voor reumapatiënten in de gemeente Utrecht, en de gemeente Amsterdam heeft een Regeling Tegemoetkoming Meerkosten.

Gemeenten hebben in 2022 in totaal 35 miljoen euro aan incidentele middelen ontvangen om zowel via vroegsignalering als via de bijzondere bijstand gerichte hulp aan te bieden. Daarnaast heeft het kabinet als onderdeel van de Aanpak geldzorgen, armoede en schulden in de Miljoenennota structureel 40 miljoen euro beschikbaar gesteld voor het versterken van de gemeentelijke dienstverlening.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 22 november 2022 heb ik geconstateerd dat de vergoeding voor stroomkosten voor patiënten die in de thuissituatie gebruik maken van chronische thuisbeademing of thuisdialyse passend is (zie Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 146). Daarnaast is uw Kamer op 19 april jl. geïnformeerd dat alle zorgverzekeraars hebben toegezegd vanaf uiterlijk 1 mei 2023 een passende vergoeding voor

⁵ Maximaal 200% van het sociaal minimum in combinatie met een hoge energierekening (energiequote van 10% tot 160% sociaal minimum en 13% tot 200% sociaal minimum).

stroomkosten te bieden aan patiënten die in hun thuissituatie gebruik maken van zuurstofapparatuur (zie Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 218). Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

Ik hoop uw Kamer zo voldoende te hebben geïnformeerd,

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