

Vergaderjaar 2022–2023

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1201**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 19 juni 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 12 april 2023 over het Overstapeseizoen 2022–2023 (Kamerstuk 29 689, nr. 1191).

De vragen en opmerkingen zijn op 12 mei 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 16 juni 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	6
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	6
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>7</b>

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

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

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het overstapeseizoen 2022–2023. Deze leden danken de Minister voor zijn brief en hierbij nog enkele vragen. Zij lezen dat Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) graag een meer onderscheidend polisaanbod ziet en dat de Minister zich hierbij aansluit. Hoe zijn de reacties van verzekeraars op de oproep van de Minister om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden? Is de Minister hierover in gesprek met zorgverzekeraars? Is de Minister het met genoemde leden eens dat meer onderscheidend niet hetzelfde is als meer, oftewel dat het doel niet moet zijn om nog meer polissen te creëren? Op welke aspecten verwacht de Minister meer onderscheid?

De contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars liep moeizamer dan voorgaande jaren, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Het percentage verzekerden dat is overgestapt is hoger dan voorgaande jaren. Welke conclusies trekt de Minister uit deze gegevens? Doordat veel contracten pas na 1 januari 2023 rond waren, was voor verzekerden – in de periode waarin zij konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar – niet duidelijk of de zorgaanbieder van hun keuze gecontracteerd zou zijn in het nieuwe polisjaar. In hoeverre hebben verzekeraars hun zorgplicht nageleefd indien de contractering in het nieuwe polisjaar nog niet rond was? Vindt de Minister ook dat deze late contractering voortaan voorkomen moet worden? Is hij het met genoemde leden eens dat het overgrote deel van de inkoopcontracten voor half november (dus voor het overstapeseizoen begint) gesloten moet zijn, waardoor verzekerden die informatie hebben voor ze hun zorgverzekering voor het opvolgende jaar afsluiten?

De NZa is van mening dat zorgverzekeraars over het algemeen voldoende transparant zijn over de gevolgen voor verzekerden van contracten die nog niet gesloten zijn. Wat wordt bedoeld met «over het algemeen», en welke grenzen en criteria hanteert de NZa hierbij? Welke mening is de Minister toegedaan? In brief van de NZa over acties van de NZa voor en tijdens de overstapperperiode<sup>1</sup> lezen deze leden dat gestart is met een verkenning naar hoe regelgeving ten behoeve van een transparant zorginkoopproces aangepast kan worden. Wanneer worden de resultaten van deze verkenning verwacht?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de premie – voor zowel verzekerden zonder, als verzekerden met vrijwillig eigen risico – met 11 euro per jaar is verhoogd om de premiekorting voor verzekerden met vrijwillig eigen

<sup>1</sup> Brief NZa, 5 april 2023, «Acties NZa voor en tijdens overstapperperiode 2022–2023» (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2023/04/05/brief-overstapperperiode-2022-2023>).

risico te financieren. De Minister wacht de resultaten van het onderzoek naar risicoverevening af alvorens hij eventuele vervolgstappen overweegt. Een eventuele vervolgstap is het afschaffen van het vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico brengt echter belangrijke voordelen met zich mee, zoals kostenbewustzijn onder verzekerden en keuzevrijheid. Hoe borgt de Minister dat ook deze twee elementen worden meegenomen bij vervolgstappen? In navolging hiervan vinden genoemde leden het van belang dat verzekerden een duidelijk inzicht hebben in de kosten van zorg. Op welke manier kunnen verzekeraars meer en beter hun rol spelen om kostenbewustzijn te creëren bij verzekerden, zeker gezien de verwachte stijging van de zorgkosten? Wat kan de Minister vanuit zijn rol doen om dit bewustzijn te creëren dan wel vergroten? Is er een manier om het kostenbewustzijn onder verzekerden te meten? Tot slot zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd of er recent inzicht is in het aantal mensen dat recht heeft op zorgtoeslag, maar hier geen gebruik van maakt.

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

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over het overstapeseizoen en de onderliggende stukken. Deze leden willen benadrukken dat het belangrijk is dat zorgverzekeraars goede en kostendekkende inkoopafspraken maken met zorgaanbieders en dat hierover op een heldere manier gecommuniceerd wordt naar de verzekerden. Zij vragen wat de onderliggende oorzaken zijn van de late contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en welke stappen voor dit jaar gezet kunnen worden om voorafgaand aan het contracteren meer rekening te houden met onzekerheden, zoals hoge energieprijzen en inflatie. Genoemde leden vinden het goed dat de NZa een verkenning doet naar het transparanter maken inkoopprocessen en worden graag over de uitkomsten hiervan geïnformeerd. Ook hebben de leden van de D66-fractie met interesse kennisgenomen van de uitkomsten van het onderzoek dat naar aanleiding van de motie van het lid Paulusma c.s.<sup>2</sup> is uitgevoerd. Zij vinden het belangrijk dat ons zorgstelsel een solidair stelsel is en zien de kruissubsidiëring tussen verzekerden met en zonder vrijwillig eigen risico als mogelijk kwetsbaar voor de solidariteit van het stelsel. Deze leden begrijpen dat onderzoeken lopen naar een betere verevening via het risicovereveningssysteem en vragen de Minister aan te geven welke knoppen er binnen dit systeem zijn om dit effect te verminderen. Deze leden horen daarnaast ook graag van de Minister welke andere mogelijkheden er zijn om dit effect te verminderen, zoals bijvoorbeeld het beter informeren van verzekerden die voor een vrijwillig eigen risico kiezen.

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

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot het overstapeseizoen 2022–2023. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. De Minister schrijft dat het Equalis-onderzoek laat zien dat het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring van ongezonde naar gezonde verzekerden leidt en dat in het huidige onderzoeksjaar 2022–2023 met meer innovatieve technieken juist gekeken wordt naar de overcompensatie van de groep van gezonde verzekerden. De Minister wil dat onderzoek eerst afwachten eer de Minister besluit om het vrijwillig eigen risico af te schaffen. Genoemde leden vragen waarom de Minister onderzoeksgeld besteedt aan iets dat zo makkelijk op te lossen is. Waarom schaft de Minister het vrijwillig eigen risico niet per 2024 af?

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 35 872, nr. 13.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een overzicht kan geven van de winst per verzekerde per verzekeraar over de laatste vijf jaar. Genoemde leden vragen of de Minister van mening is dat onderzoek naar het verminderen van de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronische zieken niet meer nodig is. Zo ja, kan de Minister dit dan toelichten? Zo niet, welke acties zet de Minister dan in? Is de Minister bereid structureel een bandbreedte af te spreken van winst/verlies-marge (conform de aangehouden motie van het lid Van den Berg<sup>3</sup>)?

De Minister schrijft dat hij net als de NZa graag ziet dat het polisaanbod meer onderscheidend wordt, zodat er voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt. Daarom roept de Minister zorgverzekeraars opnieuw op om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden. Genoemde leden vragen waarom de Minister conform het verzoek van de leden van de CDA-fractie niet alleen kloonpolissen, maar ook tweelingpolissen gaat verbieden.

De Minister schrijft dat hij verwacht de Kamer in de zomer van 2023 te kunnen informeren over de uitkomsten van de onderzoeken in de risicoverevening. De leden van de CDA-fractie vragen tot wanneer de Kamer daar nog op kan bijsturen. Kan de Minister hiervan een tijdspad aangeven?

De Minister laat momenteel Zorgweb een onderzoek uitvoeren naar de ontwikkeling van het aantal collectiviteiten in 2023. De leden van de CDA-fractie vragen of daarbij ook wordt gekeken of de aanbieder van de collectiviteit zelf volledig de schadelast draagt. Zo nee, waarom niet?

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het Overstapeseizoen 2022–2023. Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Deze leden lezen dat het bedrag dat mensen zonder vrijwillig eigen risico extra aan premie betalen om de premiekorting voor mensen met een vrijwillig eigen risico te financieren, is toegenomen. Tegelijkertijd is ook het aantal mensen dat kiest voor een vrijwillig eigen risico gestegen, voornamelijk vanwege de stijging van de premie. Hierdoor wordt de solidariteit nog verder ondermijnd. Wanneer gaat de Minister beseffen dat dit systeem niet werkt?

Genoemde leden vragen de Minister hoeveel het jaarlijkse overstapcircus afgelopen jaar heeft gekost aan bijvoorbeeld reclame vanuit zorgverzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister schrijft dat het belangrijk is dat het polisaanbod «onderscheidend is». Wat is het nut van polissen en verzekeraars die zich van elkaar onderscheiden? Alle mensen willen immers vrijwel hetzelfde van een zorgverzekering, namelijk betaalbaarheid, kwaliteit en dat alle noodzakelijke zorg vergoed wordt. Waarom moeten verzekeraars zich dan alsnog onderscheiden, aangezien dit vaak leidt tot onbegrip onder verzekerden over verschillen en een opeenstapeling van eisen voor zorgaanbieders? Dient dit nog een ander nut dan legitimering van de marktwerking in de zorg?

Genoemde leden lezen dat het aantal polissen met beperkende voorwaarden is gestabiliseerd. Wat gaat de Minister eraan doen om ervoor te zorgen dat dit soort polissen worden tegengegaan?

De leden van de SP-fractie missen concrete acties van de Minister om de chaos en onduidelijkheid op te lossen over de vraag welke zorg gecontracteerd wordt. Hoe kunnen mensen nu een fatsoenlijke keuze maken als ze niet weten of hun zorgaanbieder wel vergoed wordt? Wat gaat de Minister nu concreet doen om te voorkomen dat mensen volgend jaar weer niet op tijd weten of hun zorgaanbieder wordt vergoed? Deze leden vragen de

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1185.

Minister daarnaast in hoeverre het huidige contracteerbeleid van zorgverzekeraars, waardoor veel zorgaanbieders niet (door alle zorgverzekeraars) gecontracteerd worden, nog past bij de huidige situatie van schaarste in de zorg. Is het niet logischer om nu alle zorgaanbieders dekkende tarieven te bieden?

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

De leden van de 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 en het onderliggende onderzoek naar het eigen risico. Deze leden hebben al eerder hun zorgen geuit over de contractering in 2023. Zij vinden de huidige situatie, waarin verzekerden een verzekering moeten afsluiten zonder duidelijkheid over wat deze verzekering precies gaat inhouden, zeer onwenselijk. Hoe kijkt de Minister naar deze situatie? Zou een overstaperegeling naar een andere regeling voor verzekerden, wanneer de uiteindelijke contractering tegenvalt, niet gepast zijn? Maakt een overstaperegeling onderdeel van de verkenning van de NZa naar tijdelijke duidelijkheid over vergoedingen? Wat zijn de praktische obstakels die de Minister bij een dergelijke overstaperegeling ziet? Hoe ziet, naar het idee van de Minister, een nieuwe contracteercultuur eruit? Kan de Minister verder toelichten wat genoemde leden hiervan kunnen verwachten? Vindt de Minister het wenselijk dat het aantal restitutiepolissen terugvalt, terwijl de populariteit voor de polissen met beperkende voorwaarden toeneemt? Betekent dit niet samen met de moeizame contractering dat het steeds minder inzichtelijk wordt voor mensen met welke extra kosten zij geconfronteerd kunnen worden? Hoe kijkt de Minister naar de bandbreedteregeling? Zou de Minister willen overwegen om deze regeling te verlengen? Zo nee, waarom niet? Is het realistisch om vooral in te zetten op een beter risicovereveningsmodel, als er al jaren gewerkt wordt aan perfectionering van dit model, maar het model nog steeds niet naar behoren functioneert? Waarom verwacht de Minister dat deze verbetering binnen korte termijn alsnog zal komen? De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief van de NZa dat bij zestien polissen met beperkende voorwaarden de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een of meer aanspraken onder de 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief ligt. Dit vinden genoemde leden zeer onwenselijk omdat dit botst met het hinderpaalcriterium. Kan de Minister aangeven of in al deze gevallen de zorgverzekeraar goed heeft kunnen onderbouwen waarom dit percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren? Kan de Minister een voorbeeld geven van een goede onderbouwing om een lager percentage te vergoeden? Wat betekent het in praktijk dat zorgverzekeraars voor niet gecontracteerde zorg verschillende vergoedingspercentages hanteren per zorgvorm? Kan de Minister dit nader toelichten?

De leden van de PvdA-fractie zijn al langer kritisch over het vrijwillig eigen risico. De premiekorting voor gezonde, jonge verzekerden met een hoger inkomen wordt gefinancierd door de andere verzekerden. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Equalis. De Minister heeft meermaals genoemd dat het vrijwillig eigen risico erg belangrijk is voor de solidariteit van ons stelsel. Daarover zegt het Equalis onderzoek: «Draagvlak voor solidariteit lijkt beperkt beïnvloed te worden door de keuzemogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico.» Als laatste laat het onderzoek zien dat de afschaffing van het vrijwillig eigen risico niet leidt tot een stijging in de zorgpremie. Daarom zijn deze leden erg benieuwd welke argumenten de Minister nog ziet voor het behoud van het vrijwillig eigen risico.

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

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het overstapseizoen. Zij hebben nog enkele zorgen en vragen. De eerste zorg van genoemde leden zit in het vrijwillig eigen risico. Uit recent onderzoek, zoals ook door de Minister wordt aangehaald, wordt wederom bevestigd dat een hoog vrijwillig eigen risico leidt tot een premiestijging. Die premiestijging is nu becijferd op elf euro per jaar. De reactie van de Minister is in de ogen van genoemde leden toch enigszins teleurstellend. De Minister schrijft te onderzoeken of kruissubsidiering niet eerst tegengegaan kan worden. Dit verbaast deze leden. Zij vragen de Minister waarom hij het vrijwillig eigen risico niet wil verbieden, tenminste totdat er een manier is gevonden om kruissubsidiering tegen te gaan.

Ook willen de leden van de GroenLinks-fractie de Minister vragen om op het volgende te reflecteren. De Minister beargumenteert eigenlijk dat als er geen sprake is van kruissubsidiering een vrijwillig eigen risico niet onrechtvaardig is. Het is dan immers zo dat er geen premieopslag is om de korting van het vrijwillig eigen risico te betalen. Genoemde leden betogen dat zelfs als er geen kruissubsidiering is, het vrijwillig eigen risico nog steeds onrechtvaardige uitkomsten kent. Zij zien namelijk dat mensen met een slechtere gezondheid het volledig verplicht eigen risico betalen en een hogere premie. Dit is in tegenstelling tot gezonde mensen, die geen eigen risico betalen en een premiekorting kunnen krijgen. Het is in de ogen van deze leden dan ook niet verassend dat, zoals ook het onderzoek blijkt, het vooral mensen uit een hogere sociale klassen zijn, die een vrijwillig eigen risico kiezen. Dit zijn mensen met meer geld en die vaak in goede gezondheid leven. En zij krijgen nu een extra korting. Hiermee wordt een tweedeling gecreëerd in ons zorgstelsel. Rijke gezonde mensen nemen een vrijwillig eigen risico en krijgen premiekorting. Mensen met minder geld of goede gezondheid betalen een hogere zorgpremie. Het is deze uitkomst, die in de ogen van de leden van de GroenLinks-fractie per definitie niet rechtvaardig is. Hoe verantwoordt de Minister deze dubbele extra kosten voor mensen met een slechtere gezondheid?

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

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief van de Minister en zij heeft hierover nog wat vragen. Uit het onderzoek blijkt dat de kruissubsidiering is toegenomen en dat mensen zonder vrijwillig eigen risico meebetalen aan de premiekorting voor mensen met een hoog vrijwillig eigen risico en dikwijls weinig zorgkosten. Het lid van de BBB-fractie hoort graag van de Minister wat er voor nodig is om het vrijwillig eigen risico af te schaffen en per wanneer afschaffen op zijn vroegst mogelijk is. Kan de Minister aangeven waarom hij niet alvast start met de voorbereidingen voor afschaffing van het vrijwillig eigen risico? Inmiddels worden er binnen het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) afspraken gemaakt over het goed informeren van verzekerden en het verbeteren van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Genoemd lid gaat er vanuit dat deze verbeterplannen tijdig worden doorgevoerd en zullen leiden tot merkbare verbeteringen voor verzekerde patiënten, maar omdat het overstapseizoen al weer snel voor de deur staat, vindt zij het wenselijk dat de Minister de vinger aan de pols houdt.

Het lid van de BBB-fractie vraagt de Minister alle verbetervoornemens in het kader van het goed informeren van verzekerden en het verbeteren van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in kaart brengen. Verder hoort ze graag wat de Minister gaat doen om de

voortgang en resultaten van verbetervoornemens voor komend overstap-seizoen in de praktijk te monitoren.

## II. Reactie van de Minister

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

*De leden van de VVD-fracties vragen naar de reacties van zorgverzekeraars op de oproep om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden. Deze leden willen weten of ik hierover in overleg ben met zorgverzekeraars en of ik het ermee eens ben dat meer onderscheidende polissen niet hetzelfde is als meer polissen. Ook vragen ze op welke aspecten ik meer onderscheid verwacht.*

Ik ben het eens met de genoemde leden dat een meer onderscheidend aanbod van polissen niet per definitie hoeft te leiden tot meer polissen. Een onderscheidend polisaanbod vraagt dat verzekerden daadwerkelijk keuzemogelijkheden hebben. Op dit moment blijken polissen soms maar op zeer kleine aspecten van elkaar te verschillen. Het is bijvoorbeeld maar de vraag in hoeverre een polis die bijvoorbeeld alleen via een iets hoger of iets lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg van andere polissen van dezelfde zorgverzekeraar (of concern) verschilt, nu écht onderscheidend is. Ik ben en blijf met zorgverzekeraars in gesprek over mijn verzoek om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te blijven houden.

Verzekeraars hebben verschillende manieren waarop zij zich kunnen onderscheiden richting verzekerden. Zo kunnen zij zich bijvoorbeeld onderscheiden op basis van hun zorginkoop en de service die zij leveren.

*De leden van de VVD-fracties vragen naar de dit jaar moeizaam verlopen contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het percentage verzekerden dat is overgestapt is hoger dan voorgaande jaren. De leden zijn benieuwd naar welke conclusies ik trek uit deze gegevens. Daarnaast zijn de leden benieuwd naar in hoeverre verzekeraars hun zorgplicht hebben nageleefd indien de contractering in het nieuwe polisjaar nog niet rond was. Er wordt gevraagd naar of ik vind dat deze late contractering voortaan voorkomen moet worden en of ik het eens ben met de leden dat het overgrote deel van de inkoopcontracten voor half november (dus voor het overstapseizoen begint) gesloten moet zijn.*

Dat er veel mensen zijn overgestapt geeft aan dat mensen zich bewust zijn van hun keuzemogelijkheden. Dat vind ik positief, mensen weten dat er wat te kiezen valt. Tegelijkertijd ben ik me er van bewust dat er veel wordt gekozen op de hoogte van premie en dat aandacht voor andere aspecten van een polis beperkt is. Het feit dat mensen voor een verzekering kiezen, maar nog niet weten hoe het zit met de contractering van aanbieders en de vergoeding van zorg, baart mij wel zorgen. Ik vind het dan ook van groot belang dat mensen beter weten waarvoor zij kiezen en dat dus in ieder geval duidelijk is voor het komende premiejaar welke aanbieders gecontracteerd zijn en wat de vergoeding is. In het Integraal Zorg Akkoord zijn afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren zodat voor 2024 de informatie voor verzekerden tijdig beschikbaar is. Partijen zijn inmiddels gezamenlijk aan de slag zijn gegaan met deze afspraken. Ik heb uw Kamer inmiddels per brief<sup>4</sup> geïnformeerd over de voortgang daarvan.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

Het feit dat de contractering begin 2023 nog niet rond was heeft formeel geen relatie met de zorgplicht. Er hoeft formeel namelijk niet gecontracteerd te worden om aan de zorgplicht te voldoen. De zorgplicht gaat over het individuele recht van verzekerden op zorg. Zolang mensen zorg hebben gekregen, en verzekeraars de rekening betalen aan de aanbieder (bij een natura-verzekering) of aan de verzekerde (bij een restitutieverzekering of op grond van artikel 13 Zvw), dan is geen sprake van dat de zorgplicht niet wordt nageleefd.

In het IZA is onder meer afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november af te ronden. Aanvullend op de IZA afspraken heb ik uw Kamer, met mijn brief over het verbeteren van het contracteerproces<sup>5</sup>, geïnformeerd dat de NZa ernaar streeft om begin juli in afstemming met partijen een handreiking voor het contracteerproces vast te stellen, waarin ook normen van het zorginkoopproces opgenomen worden. Ik vind het wenselijk dat het contracteerproces dusdanig wordt verbeterd dat de contractafspraken op 12 november ook zoveel mogelijk afgerond kunnen worden.

*De NZa is van mening dat zorgverzekeraars over het algemeen voldoende transparant zijn over de gevolgen voor verzekerden van contracten die nog niet gesloten zijn. Wat wordt bedoeld met «over het algemeen», en welke grenzen en criteria hanteert de NZa hierbij? Welke mening is de Minister toegedaan? In brief van de NZa over acties van de NZa voor en tijdens de overstapperiode<sup>6</sup> lezen deze leden dat gestart is met een verkenning naar hoe regelgeving ten behoeve van een transparant zorginkoopproces aangepast kan worden. Wanneer worden de resultaten van deze verkenning verwacht?*

Het begrip «over het algemeen» heeft de NZa gebruikt om het beeld over alle zorgverzekeraars gezamenlijk te duiden. Alle zorgverzekeraars hebben informatie gegeven over de gevolgen van de situatie dat contracten nog niet gesloten zijn. In twee gevallen vond de NZa dat de zorgverzekeraars duidelijker konden zijn over deze gevolgen voor verzekerden als de contracteerstatus nog op «in onderhandeling» staat.

De NZa is tot deze conclusie gekomen na een korte uitvraag die eind december bij alle zorgverzekeraars is gedaan. Daarbij zijn de volgende drie vragen gesteld:

- 1) Welke informatie verstrekt de zorgverzekeraar op dit moment over de gevolgen van het nog niet sluiten van een contract?
- 2) Welke informatie wordt toegevoegd naar aanleiding van het informatieverzoek?
- 3) Wat zijn de overwegingen daarbij?

De reacties op de vragen zijn beoordeeld aan de hand van artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Dit artikel bepaalt dat de informatie bruikbaar moet zijn voor consumenten. Daarvan is sprake als aan de volgende eisen is voldaan:

- a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
- b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
- c. de informatie is juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.

Ik deel de mening van de NZa dat zorgverzekeraars voldoende transparant waren over de gevolgen voor verzekerden van contracten die nog niet gesloten zijn.

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

<sup>6</sup> Brief NZa, 5 april 2023, «Acties NZa voor en tijdens overstapperiode 2022–2023» (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2023/04/05/brief-overstapperiode-2022-2023>).



In het IZA is onder meer afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk inzetten om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november af te ronden. Vanwege het belang om de IZA-doelen via de zorginkoop te realiseren én om de belangen van burgers bij het kiezen van een nieuwe zorgpolis te beschermen, ontwikkelt de NZa momenteel in nauw overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars een handreiking met gedragsregels voor de contractering en de informatieverstrekking aan burgers. Het is de bedoeling dat de handreiking uiterlijk in (het begin van) de zomer gereed is en kan worden aangeboden aan de IZA-partijen begin juli. Deze handreiking bevat specifieke gedragsregels die deels bestaan uit bestaande regels en deels bestaan uit nieuwe gedragsregels.

*De leden van de VVD-fractie geven aan dat een eventuele vervolgstap het afschaffen van het vrijwillig eigen risico is. Zij wijzen erop dat het vrijwillig eigen risico belangrijke voordelen met zich meebrengt, zoals kostenbewustzijn onder verzekerden en keuzevrijheid. Hoe borgt de Minister dat ook deze twee elementen worden meegenomen bij vervolgstappen?*

Bij het bepalen van een eventuele vervolgstap (na afronding van de risicovereveningsonderzoeken) ten aanzien het vrijwillig eigen risico dient uiteraard ook aandacht te zijn voor de voordelen van het vrijwillig eigen risico. Voor de volledigheid merk ik verder graag op dat de zorgverzekeraars private schadeverzekeraars zijn die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II vallen. Die richtlijn schrijft voor dat de vrijheid van de zorgverzekeraars om hun polis in te richten alleen mag worden beperkt voor zover dit noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. Dit betekent onder meer dat een eventuele beperking van die vrijheid objectief noodzakelijk dient te zijn om een doel van algemeen belang te bereiken en evenredig (proportioneel) dient te zijn met dat doel. Dit zijn allemaal belangrijke elementen die meegenomen moeten worden bij het bepalen van de vervolgstappen.

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de rol en mogelijkheden van zorgverzekeraars en de Minister bij het creëren van kostenbewustzijn onder verzekerden. Ook vragen zij naar een manier om het kostenbewustzijn onder verzekerden te meten.*

Het verplicht en het vrijwillig eigen risico zijn belangrijke instrumenten om verzekerden bewust te maken van de kosten van zorg. Ook de nominale premie is een instrument om te communiceren dat zorg duur is. Het kostenbewustzijn voortkomend uit het verplicht respectievelijk vrijwillig eigen risico kan leiden tot een afname van zorggebruik en de zorgkosten; dit wordt ook wel het «remgeldeffect» genoemd. Er zijn verschillende manieren om het remgeldeffect te meten, zowel met vragenlijsten en andere kwalitatieve methoden of kwantitatieve methoden.<sup>7</sup>

Verder dient een zorgverzekeraar een verzekerde die vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, alle informatie te verstrekken die een verzekerde nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien (artikel 9.1 van de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR022)). De zorgaanbieder dient de verzekerde te informeren over de tarieven die voor de verzekerde van belang zijn (artikel 4 van de «Regeling transparantie zorgaanbieders» (TH-NR-018)). Daarnaast kunnen verze-

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld: Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. | Nivel; Cost-Sharing Design Matters: A Comparison of the Rebate and Deductible in Healthcare | CPB.nl; The response to dynamic incentives in insurance contracts with a deductible: Evidence from a differences-in-regression-discontinuities design – Tilburg University Research Portal.

kerden de rekening van een zorgaanbieder inzien via de «mijn omgeving» van de zorgverzekeraar. Dit alles kan bijdragen aan het kostenbewustzijn van verzekerden.

*Tot slot zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd of er recent inzicht is in het aantal mensen dat recht heeft op zorgtoeslag, maar hier geen gebruik van maakt.*

Het aantal mensen dat recht heeft op zorgtoeslag, maar hiervan geen gebruik maakt, wordt in het IBO 1, (IBO Toeslagen) ingeschat op 10%. Dit betreft een analyse over het jaar 2015.<sup>8</sup>

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

*De leden van de D66-fractie vragen wat de onderliggende oorzaken zijn van de late contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en welke stappen voor dit jaar gezet kunnen worden om voorafgaand aan het contracteren meer rekening te houden met onzekerheden, zoals hoge energieprijzen en inflatie.*

Het contracteerproces 2023 kwam door verschillende oorzaken laat op gang. Een oorzaak is de financiële onzekerheid als gevolg van de hoge inflatie inclusief de hoge energiekosten. Daarnaast kwam het contracteerproces ook vertraagd op gang doordat tijdens het contracteerseizoen pas in een later stadium een helder beeld kwam van de effecten van het op dat moment net gesloten Integraal Zorgakkoord. In mijn brief van 12 juni over het verbeteren van het contracteerproces heb ik u hierover geïnformeerd.<sup>9</sup> In het IZA is afgesproken dat de NZa een handreiking op gaat stellen, waarin aandacht is voor transparante informatie-uitwisseling tussen partijen en de zorginhoudelijke gesprekken die tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gevoerd. Later dit jaar zal ik uw Kamer hierover verder informeren.

*De leden van de D66-fractie vragen welke knoppen er binnen het risicovereveningssysteem zijn om de kruissubsidiëring tussen verzekerden met en zonder het vrijwillig eigen risico te verminderen.*

Het Nederlandse risicovereveningsmodel behoort tot de beste risicovereveningmodellen van de wereld, maar er is ruimte voor verbetering. Op dit moment worden zorgverzekeraars voor gezonde verzekerden vaak nog overgecompenseerd en voor chronische zieken ondergecompenseerd. Ik span me samen met ZN, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland in om via verschillende onderzoeken de resterende ondercompensatie van chronisch zieken en overcompensatie van gezonde verzekerden in de risicoverevening aanzienlijk te verminderen. Verbeteringen in de risicoverevening kunnen ook zorgen voor een reductie van de overcompensatie van verzekerden met een vrijwillig eigen risico en hiermee voor een afname van de kruissubsidiëring. De «knoppen» zijn hierbij in principe divers en kunnen betrekking hebben op alle verschillende kenmerken van het risicovereveningsmodel, gebruik van nieuwe data of gebruik van andere schattingsmethoden. De onderzoeken voor het model 2024 zijn nu in een afrondende fase en kunnen aanzienlijke impact hebben op de genoemde over- en ondercompensatie. In de zomer informeer ik uw Kamer over de uitkomst van deze onderzoeken.

<sup>8</sup> Bijlage bij Kamerstuk 31 066, nr. 540.

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

*Deze leden horen daarnaast ook graag van de Minister welke andere mogelijkheden er zijn om de kruissubsidiëring te verminderen, zoals bijvoorbeeld het beter informeren van verzekerden die voor een vrijwillig eigen risico kiezen.*

De zorgverzekeraars gebruiken de kruissubsidie om extra premiekorting aan verzekerden met een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Zo kunnen ze gezonde verzekerden aantrekken. Dat is financieel interessant, want gezonde verzekerden leveren voor zorgverzekeraars onder het huidige risicovereveningssysteem (ondanks de hoge kwaliteit van dat systeem) meer op dan ongezonde verzekerden. Het (nog) verder verbeteren van het risicovereveningsmodel wordt daarom gezien als effectieve maatregel om de ongewenste kruissubsidiëring tegen te gaan. Het is de vraag of het informeren van verzekerden over de ongewenste kruissubsidie tot lagere premiekortingen vanuit zorgverzekeraars zal leiden. Hoewel circa 60% van de door Equalis geënuquëeerde verzekerden met een vrijwillig eigen risico aangaf bereid te zijn om af te zien van het vrijwillig eigen risico als dat tot kruissubsidiëring zou leiden, is het onzeker in welke mate ze dit ook werkelijk zouden doen. Afgezien daarvan zou de premiekorting voor de verzekerden die nog wel voor een vrijwillig eigen risico zouden kiezen, er niet noodzakelijkerwijs door dalen. Voor hen zou derhalve nog steeds sprake zijn van kruissubsidiëring.

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

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister onderzoeksgeld besteedt aan iets dat makkelijk op te lossen is. Waarom schaft de Minister het vrijwillig eigen risico niet per 2024 af?*

Allereerst merk ik op dat het vrijwillig eigen risico ook voordelen heeft: keuzevrijheid en kostenbewustzijn.

Verder geldt dat zorgverzekeraars private schadeverzekeraars zijn die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II vallen. Die richtlijn schrijft voor dat de vrijheid van de zorgverzekeraars om hun polis in te richten alleen mag worden beperkt voor zover dit noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. Dit betekent onder meer dat een eventuele beperking van die vrijheid objectief noodzakelijk dient te zijn om een doel van algemeen belang te bereiken en evenredig (proportioneel) dient te zijn met dat doel. Op dit moment is het duidelijk dat er een maatregel is die mogelijk proportioneel is om het beoogde doel (aantasting risicosolidariteit ten gevolge van de kruissubsidie) te bereiken, namelijk een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. Dat betekent dat het nu afschaffen van het vrijwillig eigen risico Europees-rechtelijk waarschijnlijk niet houdbaar is. Daarnaast vergt het afschaffen van het vrijwillig eigen risico een wetswijziging. Een normaal proces van wetswijziging kost al snel ten minste twee jaar.

*De leden van de CDA-fractie vragen om een overzicht van de winst per verzekerde per verzekeraar over de laatste vijf jaar.*

Zorgverzekeraars hebben sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) nog nooit winst uitgekeerd. Wel hebben zij in sommige jaren positieve resultaten behaald. Positieve resultaten worden gebruikt door zorgverzekeraars om te (blijven) voldoen aan hun wettelijke reserve-eisen of worden teruggegeven in de premie. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het resultaat op de basisverzekering per premiebetaler per verzekeraar voor 2017 tot en met 2021. Dit resultaat wordt gepresenteerd inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor een lagere premie in het volgende jaar. 2021 is het meest recente jaar

waarover gegevens van alle verzekeraars bekend zijn. Uiterlijk 1 juli publiceren verzekeraars hun jaarcijfers voor het jaar 2022.

**Tabel 1 Resultaat in euro's per verzekerde**

	ASR	CZ	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg & Zekerheid	Zilveren Kruis
2017	- 7	- 49	58	- 29	19	- 97	- 58	- 10	- 62
2018	- 3	37	8	139	10	- 52	19	70	12
2019	14	43	35	37	53	14	8	75	- 6
2020	9	29	100	7	- 36	61	- 15	7	19
2021	34	- 35	25	1	- 75	- 61	- 1	- 106	- 33

*Genoemde leden vragen of onderzoek naar het verminderen van de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronische zieken niet meer nodig is. Ook wordt mij gevraagd of ik bereid ben om structureel een bandbreedte af te spreken van winst/verlies-marge (conform de aangehouden motie van het lid Van den Berg<sup>10</sup>)?*

Het Nederlandse risicovereveningsmodel behoort tot de beste risicovereveningmodellen van de wereld, maar werkt nog niet optimaal. Zoals de CDA-fractie aangeeft worden gezonde verzekerden vaak nog overgecompenseerd en chronische zieken ondergecompenseerd. De mate waarin dit nu nog plaats vindt, vind ik ongewenst. Op dit moment span ik me samen met ZN, zorgverzekeraars, onderzoekers en Zorginstituut Nederland in om via verschillende onderzoeken de resterende ondercompensatie van chronisch zieken en overcompensatie van gezonde verzekerden in de risicoverevening aanzienlijk te verminderen. Deze onderzoeken voor het model 2024 zijn nu in een afrondende fase en kunnen aanzienlijke impact hebben op de genoemde over- en ondercompensatie. In de zomer informeer ik uw Kamer over de uitkomst van deze onderzoeken.

De bandbreedte op polisniveau is voor het vereveningsmodel 2023 geïntroduceerd vanwege onvolkomenheden in de risicoverevening in combinatie met een mogelijk druk overstapeseizoen vanwege het afschaffen van de collectiviteitskorting en de hoge inflatie. De ACM en NZa hebben mij om deze twee redenen geadviseerd om eenmalig voor het jaar 2023 een bandbreedte op polisniveau in te zetten. Dit advies heb ik overgenomen. De redenen van het afschaffen van de collectiviteitskorting en de hoge inflatie zijn nu niet aan de orde. De bandbreedte is daarbij geen wondermiddel. Zij heeft ook nadelen, omdat zij doelmatigheidsprikkels vermindert en zorgverzekeraars met strategisch gedrag kunnen inspelen op de bandbreedte op polisniveau. Mijn voorkeur is daarom om de over- en ondercompensatie te beperken via ex-ante aanpassingen van het risicovereveningsmodel. In de zomer informeer ik u over de voorgenomen aanpassingen voor het model 2024.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom de ik, conform het verzoek van de leden van de CDA-fractie, niet alleen kloonpolissen maar ook tweelingpolissen ga verbieden.*

Anders dan de genoemde leden stellen, zal ik geen tweeling- of kloonpolissen gaan verbieden. Desalniettemin dragen dergelijke polissen niet bij aan een onderscheidend polisaanbod: de polissen zijn inhoudelijk (nagenoeg) gelijk en creëren verwarring in het polisaanbod. Daarom steun ik de NZa in hun voornemen om de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars ten aanzien van nagenoeg gelijke polissen aan te

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1185.

scherpen. Hierdoor wordt het voor verzekerden beter inzichtelijk dat er een vergelijkbaar, en wellicht goedkoper, alternatief is.

*Ik heb toegezegd dat ik de Kamer in de zomer van 2023 zal informeren over de uitkomsten van de onderzoeken in de risicoverevening. De leden van de CDA-fractie vragen tot wanneer de Kamer daar nog op kan bijsturen en of ik hiervan een tijdsplan kan aangeven?*

Aanpassingen in de risicoverevening zijn niet eenvoudig te maken, want hiervoor is zorgvuldig onderzoek noodzakelijk. De tijd voor de jaarlijkse onderzoekscyclus wordt eerder als krap dan als ruim ervaren. Beleid rondom de risicoverevening is daarom ook beleid op de middellange en lange termijn. Mijn visie op de risicoverevening heb ik uiteengezet in mijn brief over de ex ante vormgeving van het risicovereveningsmodel 2023 (Kamerstuk 29 689, nr. 1150) en in het IZA heb ik met partijen afspraken rond de risicoverevening gemaakt (Kamerstuk 31 765, nr. 655). Bijsturing kan plaatsvinden op verschillende momenten en manieren. De Kamer wordt twee keer per jaar per brief geïnformeerd over de risicoverevening. De eerste brief wordt jaarlijks in de zomer verzonden en gaat in op de voorgenomen modelwijzigingen voor het volgende jaar. Indien gewenst kan de Kamer in principe op basis van deze brief bijsturen op het model voor het komende jaar. De voorbereidingen voor het nieuwe model zijn, ook met het oog op een zorgvuldige uitvoering en op de wettelijke termijn in verband met de uiterste datum voor de premiebekendmaking van 12 november, dan echter wel al in gevorderd stadium en hierdoor zijn grote aanpassingen in de praktijk niet meer mogelijk. Met de tweede brief begin september wordt de Kamer geïnformeerd over de definitieve vormgeving van het model voor het komende jaar. In deze brief wordt ook aandacht besteed aan het onderzoeksprogramma voor de komende jaren. De Kamer kan op basis van deze brief reflecteren op het onderzoeksprogramma en op het actuele risicovereveningsmodel en input leveren voor de ontwikkeling van de risicoverevening voor het jaar volgend op het komende jaar en de jaren daarna.

*De leden van de CDA-fractie vragen of bij het onderzoek van Zorgweb naar de ontwikkeling van het aantal collectiviteiten in 2023 ook wordt gekeken of de aanbieder van de collectiviteit zelf volledig de schadelast draagt. Zo nee, waarom niet?*

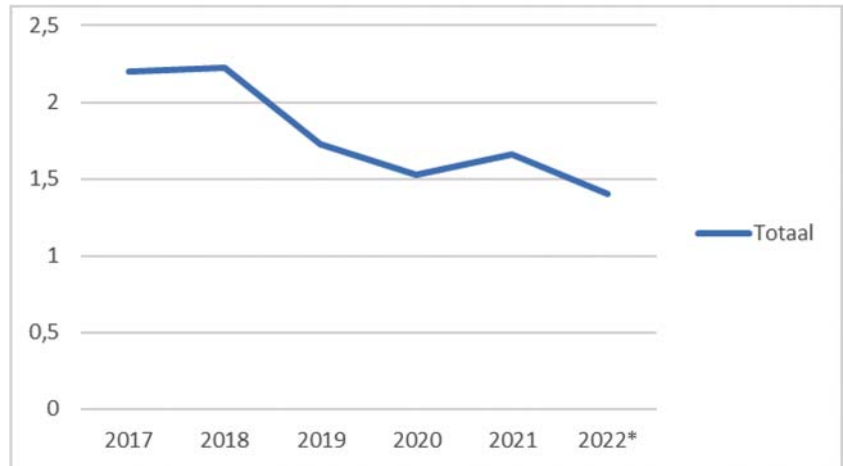
In de memorie van toelichting van de behorende wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de verwachting geuit dat het aantal collectiviteiten zal afnemen (Kamerstuk 35 872, nr. 3). Een zorgverzekering die aan deelnemers van een collectiviteit wordt aangeboden, is voor dezelfde premie immers ook beschikbaar 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 (zie Kamerstuk 35 872, nummer 15). Om uitvoering te geven aan deze motie heb ik Zorgweb gevraagd onderzoek te doen naar de ontwikkeling van het aantal collectiviteiten in 2023 en de deelnamegraad van collectiviteiten. In dit onderzoek wordt niet nagegaan of de aanbieder van de collectiviteit zelf de schadelast draagt. In 2024 zal ik – zoals eerder toegezegd (zie Kamerstuk 35 872, nr. 6) – opnieuw onderzoek laten doen collectiviteiten. Dit onderzoek zal onder andere aandacht besteden aan de (zorg)inhoudelijke afspraken bij collectiviteiten.

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

*Genoemde leden vragen de Minister hoeveel het jaarlijkse overstapcircus afgelopen jaar heeft gekost aan bijvoorbeeld reclame vanuit zorgverzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

De cijfers voor de reclamekosten vanuit zorgverzekeraars van 2022 zijn nog niet geheel compleet. Zorgverzekeraars hebben namelijk tot 1 juli om hun jaarcijfers te publiceren. Bij de uitgaven aan reclame is de afgelopen jaren een licht dalende trend te zien. Grafiek 1 geeft een overzicht van de gemiddelde reclamekosten per premiebetaler over de afgelopen 5 jaar, waarbij het jaar 2022 is gebaseerd op de reeds gepubliceerde jaaroverzichten. In totaal is er in 2021 ongeveer 23 miljoen euro uitgegeven door verzekeraars in totaal, dat is 1,66 euro per premiebetaler per jaar.

**Grafiek 1. Gemiddelde reclamekosten per premiebetaler in euro's per jaar (2017–2022\*)**



\* 2022 betreft de gemiddelde reclamekosten op basis van de tot nu toe gepubliceerde jaarcijfers over 2022 obv +/- 95% van de markt.

BRON: overzichten jaarcijfers basisverzekering gepubliceerd door verzekeraars.

Vanuit het Ministerie van VWS loopt er ieder jaar een publieksvoorlichting om mensen erop te wijzen dat ze hun nieuwe zorgpolis moeten controleren en kijken of deze nog aansluit bij hun zorgbehoeften. De kosten bedroegen voor het overstapseizoen 2022–2023 € 595.000 inclusief BTW.

*De leden van de SP-fractie vragen naar het nut van polissen en verzekeraars die zich van elkaar onderscheiden.*

Ik zie de keuzevrijheid van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt als een groot goed. In de gezondheidszorg zijn de voorkeuren en preferenties van verzekerden heterogeen. Dit wordt ook bevestigd door bijvoorbeeld onderzoek van CentERdata, waaruit vijf segmenten van verzekerden uit naar voren komen (zie Kamerstuk 29 689, nummer 1142). Het is daarom goed dat verzekerden jaarlijks de zorgverzekeraar en polis kunnen kiezen die het beste bij zijn of haar voorkeuren past.

Om een goede keuze te kunnen maken, dient het polisaanbod wel voldoende onderscheidend en overzichtelijk zijn. Zo kunnen verzekerden de optimale keuze maken voor een polis die zo goed mogelijk aansluit bij hun persoonlijke situatie. De dreiging dat verzekerden kunnen overstappen houdt zorgverzekeraars scherp in hun rol ten aanzien van klantgerichtheid en de inkoop van zorg. Op die manier dragen zorgverzekeraars bij aan kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg.

*Genoemde leden vragen wat ik ga doen om polissen met beperkende voorwaarden tegen te gaan?*

Ik zie geen aanleiding om stappen te ondernemen om polissen met beperkende voorwaarden tegen te gaan. Een polis met beperkende voorwaarden is een naturapolis, waarbij verzekerden recht hebben op zorg in natura bij gecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer deze polissen met beperkende voorwaarden zich onderscheiden van de rest van het polisaanbod, vormen ze een belangrijk onderdeel van ons zorgstelsel. Want dan gaat het bijvoorbeeld om polissen waar de zorgverzekeraar alleen de meest doelmatige zorgaanbieders heeft gecontracteerd. De mogelijkheid van contracteren is een belangrijke optie voor zorgverzekeraars om bij te dragen aan een transformatie van het zorglandschap. Er blijkt ook daadwerkelijk behoefte te zijn aan polissen met beperkende voorwaarden. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat de overgrote meerderheid met een polis met beperkende voorwaarden tevreden is met zijn of haar polis (zie Kamerstuk 29 689, nummer 1082 en Kamerstuk 29 689, nummer 1149).

*De leden van de SP-fractie vragen wat ik ga doen om te voorkomen dat mensen volgend jaar weer niet op tijd weten of hun zorgaanbieder wordt vergoed. Deze leden vragen daarnaast in hoeverre het huidige contracteerbeleid van zorgverzekeraars, waardoor veel zorgaanbieders niet (door alle zorgverzekeraars) gecontracteerd worden, nog past bij de huidige situatie van schaarste in de zorg. Is het niet logischer om nu alle zorgaanbieders dekkende tarieven te bieden?*

Voor consumenten is het van belang dat zij tijdens het overstapseizoen een weloverwogen keuze voor hun zorgverzekering kunnen maken. Informatie over het gecontracteerde zorgaanbod is daarbij een belangrijke factor. De contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kwam zoals hierboven aangegeven afgelopen jaar om verschillende redenen later op gang. Goede contractering is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. IZA-partijen hebben dan ook gereflecteerd op het contracteerproces 2023 en daarbij een stevige ambitie uitgesproken om samen aan een nieuwe contracteercultuur en -werkwijze te gaan werken en hierop de komende periode stappen met elkaar te zetten in lijn met de afspraken hierover in het IZA. In mijn brief van 12 juni over het verbeteren van het contracteerproces heb ik uw Kamer hierover geïnformeerd.<sup>11</sup> Onderdeel van deze afspraken is om de informatievoorziening aan verzekerden te verbeteren, zodat zij tijdens het overstapseizoen een weloverwogen keuze voor een polis kunnen maken.

Naast het verbeteren van het contracteerproces zijn in het IZA ook afspraken gemaakt over het vergroten van de sturingsmogelijkheden door zorgverzekeraars. In het IZA is om meerdere redenen afgesproken dat het verlagen van de vergoeding van niet-gecontracteerde wordt uitgewerkt.

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

*De leden van de PvdA-fractie vragen of een overstapregeling naar een andere regeling voor verzekerden, wanneer de uiteindelijke contractering tegenvalt, niet gepast zou zijn. Ook vragen de leden hoe een nieuwe contracteercultuur eruit zou kunnen zien.*

Een aanvullende overstapmogelijkheid is volgens mij geen oplossing voor onduidelijkheid over het gecontracteerde zorgaanbod. Wel is in het Burgerlijk Wetboek (art 6:940 lid 4 BW) bepaald dat als de polisvoor-

<sup>11</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

waarden verslechteren, de verzekerde het recht heeft om over te stappen naar een andere polis; bijvoorbeeld als de verzekeraar op het moment van overstappen aangeeft dat er een contract is met een bepaalde zorgaanbieder en later blijkt dit niet zo te zijn (terwijl de verzekerde van deze zorgaanbieder gebruik wil maken), dan heeft de verzekerde het recht om over te stappen. Maar veel beter is ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hun (aspirant) verzekerden goed informeren over voor welke zorgaanbieders de zorg wel en voor welke (nog) niet volledig vergoed wordt. In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa is bepaald dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed moeten informeren over de vergoedingen van zorg die voor de polis gelden. Het betreft onder meer informatie over gecontracteerd zorgaanbod en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ook moeten zij hun verzekerden tijdig informeren over eventuele nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden die voor de verzekerden van belang zijn.

Tevens is in de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) bepaald dat zorgaanbieders de consument moeten informeren over datgene wat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar.

Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder hebben een rol bij het informeren van de verzekerden en patiënten. Dat gaat helaas nog niet altijd goed. In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om de informatie aan verzekerden te verbeteren. Daarbij is bijvoorbeeld afgesproken dat de IZA-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat er op gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. In de voorlichting wordt de nadruk gelegd op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen. Ook zijn in IZA afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren, waarmee partijen inmiddels gezamenlijk aan de slag zijn gegaan. Ik zal heb uw Kamer inmiddels per brief geïnformeerd over de voortgang daarvan.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister het wenselijk vindt dat het aantal restitutiepolissen terugvalt, terwijl de populariteit voor de polissen met beperkende voorwaarden toeneemt.*

Keuzevrijheid van verzekerden is een belangrijk element van ons zorgstelsel. Elke verzekerde kan ieder jaar opnieuw kiezen voor een polis die het beste bij hem of haar past. Er is sprake van een ruim polisaanbod met ook voldoende keuze voor verschillende typen polissen. Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgverleners, waarvoor de kosten van zorg in de basisverzekering volledig wordt vergoed; de zorgverzekeraar moet immers aan zijn zorgplicht voldoen.

*De leden vragen zich af of (onder andere) door de moeizame contractering, het niet steeds minder inzichtelijk wordt voor mensen met welke extra kosten zij geconfronteerd kunnen worden.*

In het IZA zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van de transparantie over de contractering naar de verzekerde. Dit betreft onder andere een voorlichtingsprogramma over de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg en stevige inzet om voortaan voor 12 november meer duidelijkheid te geven over het gecontracteerde aanbod (kwaliteit, welke aanbieders etc.); partijen zijn inmiddels gezamenlijk aan de slag zijn gegaan met deze afspraken. Ik heb uw Kamer inmiddels per brief geïnformeerd over de voortgang daarvan.



*De fractieleden vragen, net als de leden van het CDA, naar of ik van plan ben de bandbreedteregelen te verlengen. Ook vragen zij zich af of er op korte termijn verbeteringen te verwachten zijn in het risicovereveningsmodel.*

Het Nederlandse risicovereveningsmodel behoort tot de beste risicovereveningsmodellen van de wereld, maar werkt nog niet optimaal. Zoals de CDA-fractie aangeeft worden gezonde verzekerden vaak nog overcompenseerd en chronische zieken ondercompenseerd. De mate waarin dit nu nog plaats vindt, vind ik ongewenst. Op dit moment span ik me samen met ZN, zorgverzekeraars, onderzoekers en Zorginstituut Nederland in om via verschillende onderzoeken de resterende ondercompensatie van chronisch zieken en overcompensatie van gezonde verzekerden in de risicoverevening aanzienlijk te verminderen. Deze onderzoeken voor het model 2024 zijn nu in een afrondende fase en kunnen aanzienlijke impact hebben op de genoemde over- en ondercompensatie. In de zomer informeer ik de kamer over de uitkomst van deze onderzoeken.

De bandbreedte op polisniveau is voor het vereveningsmodel 2023 geïntroduceerd vanwege onvolkomenheden in de risicoverevening in combinatie met een mogelijk druk overstapeseizoen vanwege het afschaffen van de collectiviteitskorting en de hoge inflatie. De ACM en NZa hebben mij om deze twee redenen geadviseerd om eenmalig voor het jaar 2023 een bandbreedte op polisniveau in te zetten. Dit advies heb ik overgenomen. De redenen van het afschaffen van de collectiviteitskorting en de hoge inflatie zijn nu niet aan de orde. De bandbreedte is daarbij geen wondermiddel. Zij heeft ook nadelen, omdat zij doelmatigheidsprikkels vermindert en zorgverzekeraars met strategisch gedrag kunnen inspelen op de bandbreedte op polisniveau. Mijn voorkeur is daarom om de over- en ondercompensatie te beperken via ex-ante aanpassingen van het risicovereveningsmodel. In de zomer informeer ik u over de voorgenomen aanpassingen voor het model 2024.

*De fractieleden vragen naar of in de gevallen dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een of meer aanspraken onder de 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief ligt, de zorgverzekeraar goed heeft kunnen onderbouwen waarom dit percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarnaast vragen zij om een voorbeeld van een goede onderbouwing. Ook zijn zij benieuwd naar wat het in praktijk betekent dat zorgverzekeraars voor niet gecontracteerde zorg verschillende vergoedingspercentages hanteren per zorgvorm.*

De NZa houdt toezicht op de naleving van de Zvw door zorgverzekeraars; dit omvat ook de wijze van hantering van het hinderpaalcriterium. Conform de regels van de NZa moeten zorgverzekeraars daarom – indien zij vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg hanteren van minder dan 75% van het marktconforme tarief – motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Als een zorgverzekeraar een lager vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg hanteert wil dat niet direct zeggen dat dat tot een hinderpaal leidt; dit kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke argumenten de Minister nog ziet voor het behoud van het vrijwillig eigen risico.*

Belangrijke argumenten vóór het vrijwillig eigen risico zijn dat het een keuzemogelijkheid aan verzekerden biedt en daarnaast dat het kostenbewustzijn onder verzekerden creëert. Er is sprake van een remgeldeffect van 119 miljoen euro per jaar.

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

*De leden van de GroenLink-fractie vragen waarom de Minister het vrijwillig eigen risico niet wil verbieden, tenminste totdat er een manier is gevonden om de kruissubsidie tegen te gaan.*

Allereerst merk ik op dat het vrijwillig eigen risico ook voordelen heeft: keuzevrijheid en kostenbewustzijn.

Verder geldt dat zorgverzekeraars private schadeverzekeraars zijn die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II vallen. Die richtlijn schrijft voor dat de vrijheid van de zorgverzekeraars om hun polis in te richten alleen mag worden beperkt voor zover dit noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. Dit betekent onder meer dat een eventuele beperking van die vrijheid objectief noodzakelijk dient te zijn om een doel van algemeen belang te bereiken en evenredig (proportioneel) dient te zijn met dat doel. Op dit moment is het duidelijk dat er een maatregel is die mogelijk proportioneler is om het beoogde doel (aantasting risicosolidariteit ten gevolge van de kruissubsidie) te bereiken, namelijk een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. Dat betekent dat het nu afschaffen van het vrijwillig eigen risico Europees-rechtelijk waarschijnlijk niet houdbaar is. Daarnaast vergt afschaffing van het vrijwillig eigen risico een wetswijziging. Een normaal proces van wetswijziging kost al snel ten minste twee jaar.

*De leden van de GroenLinks-fractie betogen dat zelfs als er geen kruissubsidiëring is, het vrijwillig eigen risico nog steeds onrechtvaardige uitkomsten kent. Zij zien namelijk dat mensen met een slechtere gezondheid het volledig verplicht eigen risico betalen en een hogere premie. Dit is in tegenstelling tot gezonde mensen, die geen eigen risico betalen en een premiekorting kunnen krijgen. Het is deze uitkomst, die in de ogen van de leden van de GroenLinks-fractie per definitie niet rechtvaardig is. Hoe verantwoordt de Minister deze dubbele extra kosten voor mensen met een slechtere gezondheid?*

Als er geen kruissubsidiëring zou zijn, maar wel een vrijwillig eigen risico, dan financieren mensen met een vrijwillig eigen risico zelf hun premiekorting. De premiekorting zou namelijk dan bestaan uit de extra eigen betalingen die mensen met een vrijwillig eigen risico als gevolg van dat vrijwillige eigen risico hebben plus de besparing op hun zorgkosten als gevolg van het extra remgeldeffect van het vrijwillig eigen risico. Met andere woorden: als de kruissubsidiëring nul is, dan betalen mensen zonder vrijwillig eigen risico niet mee aan de premiekorting van mensen mét vrijwillig eigen risico. Daarnaast blijft het ook zonder een vrijwillig eigen risico zo dat gezonde mensen minder verplicht eigen risico betalen dan zieke mensen. Over het geheel genomen kenmerkt het Nederlandse zorgstelsel zich door forse risico- en inkomenssolidariteit. Jonge en gezonde verzekerden betalen in grote mate mee aan de zorgkosten van oude en zieke verzekerden. Verder is het niveau van het eigen risico en de eigen bijdragen laag ten opzichte van de totale zorgkosten.

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

*De leden van de BBB-fractie horen graag wat er voor nodig is om het vrijwillig eigen risico af te schaffen en wanneer afschaffen op zijn vroegst mogelijk is. Kan de Minister aangeven waarom hij niet alvast start met de voorbereidingen voor afschaffing van het vrijwillig eigen risico?*

In het kader van het Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2022–2023 laat ik op dit moment onderzoeken uitvoeren waaruit aanpassingen kunnen volgen die de kruissubsidiëring kunnen doen afnemen en waardoor verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor zorgverzekeraars financieel minder aantrekkelijk worden.

Zorgverzekeraars zijn private schadeverzekeraars die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II vallen. Die richtlijn schrijft voor dat de vrijheid van de zorgverzekeraars om hun polis in te richten alleen mag worden beperkt voor zover dit noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. Dit betekent onder meer dat een eventuele beperking van die vrijheid objectief noodzakelijk dient te zijn om een doel van algemeen belang te bereiken en evenredig (proportioneel) dient te zijn met dat doel. Op dit moment is het duidelijk dat er een maatregel is die mogelijk proportioneel is om het beoogde doel (aantasting risicosolidariteit ten gevolge van de kruissubsidie) te bereiken, namelijk een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. Dat betekent dat het nu afschaffen van het vrijwillig eigen risico Europeesrechtelijk waarschijnlijk niet houdbaar is.

Ik wacht de resultaten van de onderzoeken in het kader van het Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2022–2023 af, alvorens ik eventuele vervolgstappen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico, zoals afschaffing, overweeg. Afschaffing van het vrijwillig eigen risico vergt een wijziging van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Het reeds starten met de voorbereidingen voor een eventuele afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou gelet op het voorgaande voorbarig zijn.

*Het lid van de BBB-fractie vraagt om alle verbetervoornemens in het kader van het goed informeren van verzekerden en het verbeteren van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in kaart brengen. Verder hoort ze graag wat ik ga doen om de voortgang en resultaten van verbetervoornemens voor komend overstapseizoen in de praktijk te monitoren.*

De Kamerbrief over het verbeteren van het contracteerproces van 12 juni bevat een overzicht van alle verbetervoornemens waar de IZA-partijen gezamenlijk aan werken.<sup>12</sup> Daarnaast ben ik in gesprek met de NZa om de voortgang van deze afspraken te monitoren.

---

<sup>12</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1198.