

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Bezoekadres:**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**

3474372-1040287-PZO

**Bijlage(n)**

1

**Uw kenmerk**

29 689 2022D49909

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

Datum 17 februari 2023

Betreft Inbreng schriftelijk overleg over de publicatie 'Stand van de zorg 2022'

Geachte voorzitter,

Hierbij ontvangt u, mede namens de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de beantwoording van de vragen van de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het schriftelijk overleg over de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de Nederlandse Zorgautoriteit d.d. 28 november 2022.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers



## 29 689      **Herziening Zorgstelsel**

**Nr.**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld ..... 2022

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Voorzitter van de commissie,  
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

### **Inhoudsopgave**

**blz.**

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

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie  
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

#### **II.     Reactie van de minister**

#### **III.**

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

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

De leden van de VVD-fractie hebben met veel interesse de publicatie Stand van de Zorg 2022 van de Nederlandse Zorgautoriteit gelezen (NZa) en zij danken de NZa voor dit rapport. Het is een bevestiging van eerdere verwachtingen dat de zorg anders ingericht moet worden om deze toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Genoemde leden onderschrijven de conclusies uit dit rapport en hebben hierbij nog enkele vragen.

Zij ontvangen veel signalen van mensen die zich zorgen maken over de stijgende zorgkosten, de hoge werkdruk in de zorg, de tekorten aan personeel en de lange wachtlijsten. De leden van de VVD-fractie delen dan ook de oproep dat stevige keuzes nodig zijn om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen. Zij vinden het van belang dat de samenleving goed meegenomen wordt in deze keuzes. Deze leden vragen de minister wat de stand van zaken is met betrekking tot de maatschappelijke gesprekken die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op dit moment voert over de toekomstbestendigheid van onze zorg.

In het rapport is ook te lezen dat de overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars mensen moeten voorbereiden op de noodzaak en de consequenties van passende zorg, waarbij een burgerberaad als voorbeeld wordt genoemd. Uit ervaring met soortgelijke initiatieven met actief betrokken burgers weten deze leden dat een groot risico van een burgerberaad is dat het extra bureaucratie optuigt, leidt tot extra complexiteit en niet noodzakelijkerwijs tot keuzes of prioritering. Genoemde leden vragen wat het concrete doel is van een eventueel burgerberaad en hoe de minister voorkomt dat extra bureaucratie en complexiteit ontstaat.

Deze leden lezen dat het landelijk aan goede data ontbreekt om per regio inzichtelijk te maken wat de zorgvraag is, hoe deze zich ontwikkelt en hoe deze zich verhoudt tot het beschikbare aanbod. Hoe en op welke termijn zijn regio's in staat om de zorgvraag in kaart te hebben en welke databronnen hebben ze daarbij nodig? Hoe zorgt de minister dat beter in kaart is/wordt gebracht hoe de zorgvraag in regio's zich ontwikkelt?

Hoe ziet de minister de rol van innovaties (technologie, digitalisering, maar ook sociale innovaties rondom multidisciplinaire zorg) als het gaat om de gewenste ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid?

De leden van de VVD-fractie zijn overtuigd dat de zorgverzekeraars een rol kunnen en moeten pakken als het gaat om preventie. Zij lezen echter dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de bekostiging van preventie-initiatieven nog moeizaam tot stand komen. Dit komt onder andere door de onduidelijkheid over de effectiviteit van innovatieve interventies en over de vraag of een interventie binnen het zorgdomein of het sociaal domein bekostigd moet worden. Genoemde leden vinden het goed te lezen dat vanuit het Zorginstituut Nederland dit jaar verschillende documenten zijn uitgebracht om deze vragen te beantwoorden, zoals de duiding van valpreventie en de wegwijzer voor leefstijlinterventies. Hoe wordt duidelijk of het beantwoorden van deze vragen ook effect gaat hebben op de inzet van verzekeraars op preventie?

Genoemde leden willen weten hoe zorgbemiddeling meer gepromoot en geïntensiveerd kan worden in relatie tot de wachtlijsten en inhaalzorg. Deze leden hebben verscheidene keren naar voren gebracht dat een combinatie van

organisatie, versnippering en achterstand in digitalisering de problematiek rondom de wachtlijsten verergert. Hoe staat het met de uitvoering van de motie Bikker-Van den Hil<sup>1</sup> over het uitwerken van de mogelijkheid dat zorgverzekeraars wachtenden zo vroeg mogelijk in beeld krijgen en hen zelf mogen benaderen?

Ten aanzien van de zich ontwikkelende zorgkosten lezen genoemde leden in zowel het Integraal Zorgakkoord (IZA), als in de Stand van de zorg 2022 de stappen die gezet zullen en moeten worden om de risicoverevening te verbeteren. Zij lezen in het IZA dat alle partijen ervan overtuigd zijn dat nieuwe bronnen van data die voorspellend zijn voor de toekomstige zorgkosten van verzekerden zeer welkom zijn, zeker naarmate die data dichter aansluiten bij de gezondheid van de verzekerde en minder een weerslag zijn van de behandeling van de verzekerde. Data die dicht bij gezondheid aansluiten, zouden minder gevoelig zijn voor het risico dat vanuit de risicoverevening belemmeringen op de prikkels tot passende zorg zouden uitgaan. De leden van de VVD-fractie vragen hoe werk gemaakt zal worden van het aanboren van nieuwe databronnen om toekomstige zorgkosten voor verzekerden beter te voorspellen.

De leden van de VVD verwijzen in hun inbreng naar de risicovereveningsparagraaf in het IZA. Zoals daarin te lezen is, is het verminderen van over- en ondercompensaties de primaire opgaven voor de risicoverevening. Daar wordt, zoals het onderzoeksprogramma van de risicoverevening laat zien, ook komend onderzoeksjaar weer vol op ingezet. Hierbij wordt ook naar andere oplossingen gekeken dan de 'klassieke oplossingen' van het toevoegen of verfijnen van kenmerken, maar ook naar andere schattingstechnieken zoals constrained regression. Waar mogelijk en relevant wordt in zulke onderzoeken ook onderzocht of nieuwe databronnen een toegevoegde waarde hebben.

Zij willen graag weten hoe de minister deze Stand van de zorg ziet in relatie tot de ambitie om de gezondheidsverschillen tussen (groepen) Nederlanders te verkleinen.

In het rapport valt te lezen dat de solidariteit steeds meer onder druk komt te staan. Genoemde leden zijn benieuwd naar wat de visie van de minister is als het gaat om solidariteit en de druk daarop. Hoe definieert de minister het eventueel verdwijnen van solidariteit? Hoe ziet dat eruit in de praktijk?

De leden van de VVD-fractie lezen dat zorgprofessionals het voortouw zouden moeten nemen en krijgen als het gaat om prioriteren van zorg. Hoe ziet de minister een plek hierbij voor de initiatiefwet Ellemeet/Tielen<sup>2</sup> die inmiddels door beide Kamers is aangenomen? Hoe komt de zeggenschap uit deze wet tot uitvoering? Wat wordt vanuit het ministerie gedaan om in gesprek te zijn met zorgprofessionals over hun visie op de druk op de zorg en hun ideeën om het anders in te richten?

De NZa roept de minister van VWS als stelselverantwoordelijke op om samen met 'het zorgveld' per zorgsector, en waar nodig sectoroverstijgend, beleid te ontwikkelen voor het toegankelijk houden van de zorg in plotselinge situaties van krapte. Hoe en op welke termijn is de minister voornemens om op die oproep in te gaan?

Het rapport gaat uitgebreid in op de brede stand van de zorg en bevat diverse constatering, verwachtingen en verbeterpunten. Genoemde leden willen graag

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 36200-XVI, nr. 77.

<sup>2</sup> Kamerstuk 35660, nr. 2.

weten waar de minister de grootste zorg over heeft en op welke manier hij die zorg aanpakt. Met andere woorden: waar ligt wat betreft de minister de absolute prioriteit om de zorg toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden?

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

De leden van de D66-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de publicatie van de NZa. Zij onderschrijven grotendeels de analyse die van de huidige zorg wordt gemaakt. Deze leden hebben naar aanleiding van de publicatie een aantal vragen en/of opmerkingen voor de minister.

De NZa schrijft dat een kritisch punt is bereikt in de zorg. Er moeten keuzes worden gemaakt. Genoemde leden delen de bevinding van de NZa en menen dat de minister met het IZA op veel van de besproken onderwerpen stappen heeft gezet. De richting waar de NZa voor pleit, namelijk meer samenwerking en regionaal maatwerk, lezen deze leden ook terug in de bewoordingen van het IZA. Desalniettemin roept de NZa ook op tot een bepaalde bewustwording. Een appél op zelfredzaamheid en op verantwoordelijkheid. De leden van de D66-fractie pleiten ook voor een eerlijk verhaal over de zorg en de bijbehorende (on)mogelijkheden. Deelt de minister de opvatting van deze leden dat een inspanning nodig is vanuit de overheid (bijvoorbeeld middels een publiekscampagne) om het zorgveld én de zorggebruiker mee te krijgen in deze nieuwe richting?

Genoemde leden zien in financiering en contractering een belangrijke knop waaraan gedraaid kan worden om de juiste beweging op gang te brengen. Financiering sluit nu ook vaak nog niet aan bij hoe we ons zorgstelsel willen inrichten. Voor de leden van de D66-fractie is het duidelijk dat op specifieke gebieden alternatieve methodieken ontworpen moeten worden. Bijvoorbeeld de risicoverevening. De NZa schrijft dat het voorkomt dat zorgverzekeraars nu minder worden gecompenseerd bij de inzet van passende zorg. Onlangs is het vereveningsmodel naar aanleiding van een jaarlijks onderzoek weer aangepast. Genoemde leden willen van de minister weten of deze verkeerde prikkel (terughoudendheid bij het inkopen van zorg) in 2023 niet meer van invloed is.

De leden van de D66-fractie hopen dat de minister urgentie voelt bij het zoeken naar alternatieve bekostigingsmechanismen. Zo wordt nog maar weinig gebruikgemaakt van bundelbekostiging in de medisch-specialistische zorg. Is de minister het met deze leden eens dat pilots met alternatieve bekostiging breder uitgerold kunnen worden? Ook blijkt er een brede belangstelling<sup>3</sup> voor een sectoroverstijgende betaaltitel. Genoemde leden willen graag van de minister weten hoe hij hierover denkt en wat zijn plannen in dit kader zijn.

Voor veel van de geschetste adviezen uit de publicatie van NZa vragen genoemde leden wie hierop controleert en wie een doorzettingsmacht heeft. De NZa wijst bijvoorbeeld op een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars bij de inkoop en bij zorgaanbieders bij het opstellen van regionale plannen. Maar het zorgveld heeft zelf vaak ook een belang. Ziet de minister het als zijn rol om op de voortgang te controleren en zijn doorzettingsmacht te gebruiken waar nodig?

Er zijn enkele trends waar genoemde leden nog vragen over hebben. Zij willen zich graag uitspreken voor het potentieel van kortdurende zorg. Helaas blijkt uit de

<sup>3</sup> NZa, 22 juli 2021, 'Brede belangstelling voor ontwikkeling sectoroverstijgende betaaltitel Zvw-Wlz' (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/07/22/brede-belangstelling-voor-ontwikkeling-sectoroverstijgende-betaaltitel-zvw-wlz>).

publicatie van de NZa dat dit nog maar weinig wordt ingezet. Welke mogelijkheden ziet de minister om dit uit te breiden?

Ook blijkt uit de publicatie dat er in 2022 niet is geslaagd om de zorgachterstand weg te werken die tijdens de pandemie is opgelopen. Genoemde leden hebben eerder benadrukt dat private zorginstellingen hierin een rol kunnen vervullen. Deelt de minister deze opvattingen en wat zijn eventuele stappen die de minister daarin kan nemen?

Tenslotte zijn de zorgpremies voor 2023 bekendgemaakt. Ondanks de oproep van de NZa om het aantal polissen terug te dringen, is het aantal polissen dit jaar met bijna 10% gestegen. Deelt de minister de opvatting van de leden van de D66-fractie dat het voor de consument beter zou zijn om deze 'wildgroei' aan polissen terug te brengen tot een kleiner aantal? Ziet de minister een rol voor zichzelf om deze markt meer te reguleren en welke opties heeft hij daartoe?

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

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de NZa-publicatie: 'Stand van de zorg 2022' en wensen hierover enkele vragen te stellen aan de minister. Genoemde leden lezen in de NZa-publicatie dat mensen niet meer altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Hoewel deze leden hier al jaren voor waarschuwen, is het uitermate zorgelijk dat de NZa dit nu onomwonden constateert. Deelt de minister deze zorgen? Als oorzaak wordt het personeelstekort in de zorg genoemd. Is de minister het daarmee eens? Zo ja, wat zegt dit dan over het zorgbeleid het afgelopen decennium, dat massaontslagen in de zorg veroorzaakte en een rem zette op zorgopleidingen? Wordt het geen tijd om het afbraakbeleid in de zorg onder kabinet-Rutte II als oorzaak aan te wijzen van de huidige problemen?

Deelt de minister de mening van genoemde leden dat personeelstekorten in de zorg nooit gezien mogen worden als een gegeven omdat zorgvragers dan zonder zorg komen te zitten? Er werken ongeveer 1,4 miljoen mensen in de zorg en ze werken gemiddeld 24,5 uur per week. Verschillende onderzoeken tonen aan dat het tekort van 50.000 zorgmedewerkers ingelost kan worden als dit gemiddelde 26,5 uur per week wordt. Deelt de minister de mening dat personeelstekorten in de zorg oplosbaar zijn? Zo nee, waarom niet? Welke acties heeft de minister ondernomen om personeelstekorten op te lossen, zonder dat er meer zorgmedewerkers bij hoeven te komen? Bij een tekort van 50.000 zorgmedewerkers en een gemiddelde loonsom van 65.000 euro (Centraal Planbureau (CPB)) heeft de minister 3,25 miljard euro nodig als extra loonsom voor extra uren gemaakt door de 1,4 miljoen zorgmedewerkers die reeds in de zorg werken. Is de minister bereid dit geld extra beschikbaar te stellen? Zo nee, waarom niet? Het verzamelinkomen voor de zorgtoeslag ligt op ruim 41.000 euro. Is de minister bereid uit te laten zoeken hoeveel zorgmedewerkers hoeveel uur meer gaan werken als de minister deze grens optrekt naar 50.000 euro? Zo nee, waarom niet? Welke regels zijn sinds het laatste debat over de arbeidsmarkt in de zorg<sup>4</sup> geschrappt?

De leden van de PVV-fractie zijn geschokt dat in een welvarend land als Nederland nu wordt gesproken over schaarste: schaarste in het zorgaanbod en dat men daar maar aan moeten wennen. Genoemde leden vinden dat onacceptabel. De schaarste is veroorzaakt door beleid. Wijzig dat beleid en hef de schaarste op in plaats van een beroep te doen op de zelfredzaamheid van patiënten. Genoemde leden willen weten of de minister de waarschuwing van de NZa ter harte neemt

<sup>4</sup> Commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de Zorg, 6 juli 2022.

dat er tweedeling dreigt in de zorg. Want dat is waar deze inzet op zelfredzaamheid voor het gaat zorgen. Namelijk: een tweedeling in de zorg tussen degenen die zichzelf inderdaad weten te redden of daar de middelen voor hebben, en degenen die dat niet voor elkaar krijgen. Hoe gaat de minister deze laatste groep helpen en ondersteunen? Want de tijd dringt, zoals ook de NZa aangeeft: 'We zijn veel dichterbij dit punt dan menigeen denkt. Beleid om keuzes te maken en zorg te prioriteren is inmiddels noodzaak'.

De leden van de PVV-fractie zijn verbijsterd dat in de publicatie wordt gesteld dat als patiënten zichzelf niet kunnen redden, dat ze het dan maar moeten leren en dat ze alleen hulp kunnen krijgen als ze dat niet kunnen. Deze leden vinden dit een gotspe, dat men moet aantonen dat men zichzelf niet kan redden, dat men geen familie, burens of vrienden heeft die kunnen helpen, dat men het ook niet kan leren en dat men dan pas zorg kan krijgen. En dat wordt passende zorg genoemd. Deze leden hopen dat de minister hier afstand van neemt, evenals van de oproep van de NZa om voorwaarden te gaan stellen aan welke zorg wel of niet gegeven gaat worden in de toekomst. Medische zorg dient altijd gegeven te worden, volgens deze leden. Is de minister het hiermee eens?

Genoemde leden lezen in de publicatie dat contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wederom als oplossing naar voren wordt geschoven. Eerst werd benadrukt dat contractering de kwaliteit van zorg zou verbeteren, en nu dat niet bewezen kan worden, wordt contractering genoemd als oplossing voor het personeelstekort. Deze leden vinden dit onbegrijpelijk. Gaat de minister hierin mee? Deze leden begrijpen overigens heel goed waarom zorgaanbieders liever zonder contract werken en dus zonder allerlei niet-medisch opgelegde eisen en verantwoordingsformulieren. Zij achten het dan ook een zinloos traject om deze zorgaanbieders tot contractering te dwingen. De kans is groot dat ze de zorg dan eerder verlaten en nieuwkomers zal het weerhouden in de zorg te beginnen en daarmee is het personeelstekort helemaal niet opgelost. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

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

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZa. Voor deze leden hoort solidariteit aan de basis van het zorgstelsel te staan. Dat de NZa nu concludeert dat op een harde tweedeling wordt afgestevend in de zorg, is dan ook meer dan zorgelijk. Genoemde leden hebben daarom enkele vragen aan de minister.

Deze leden vragen ten eerste of de minister het beeld herkent dat door de NZa geschetst wordt, dat de zorg een kritisch punt heeft bereikt waarbij mensen lang niet altijd meer de zorg krijgen die zij nodig hebben. Deelt de minister daarnaast ook het beeld dat het zorgaanbod niet in elke regio hetzelfde of gelijk is? De NZa wijst er terecht op dat er een appèl moet komen op mensen die dat kunnen, dat zij of hun eigen netwerk meer zelf moeten gaan doen. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister dit voor zich ziet. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er een sterker appèl komt op zelfredzaamheid en weerbaarheid? De NZa wijst er echter ook terecht op dat mensen die het niet zelf kunnen, geholpen moeten worden. Genoemde leden vragen hoe de minister voornemens is de ondersteuning voor deze kwetsbare mensen te verbeteren.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister het met de NZa eens is dat zorgverzekeraars minder moeten concurreren bij het investeren in gezondheid. Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze gaat de minister er dan voor zorgen dat



het beleid van de dominante zorgverzekeraar in een regio in het vervolg gevolgd wordt?

De NZa wijst er in paragraaf 2.1 over toegankelijkheid op dat bij plotselinge schaarste maatwerk in de regio nodig is. Om ook in plotselinge situaties van krapte de zorg toegankelijk te houden, zal het nodig zijn om keuzes te maken over hoe de zorg wordt geleverd en/of welke zorg wel en welke zorg even niet geleverd kan worden, zo schrijft de NZa. De leden van de CDA-fractie vragen de minister hoe hij dit voor zich ziet. Op welke wijze moeten hier in de toekomst regionale afspraken over gemaakt worden? Wie moet hierbij de regierol hebben als het aan de minister ligt? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat administratieve lasten in een snel tempo lager worden zodat er meer ruimte is om zorg te leveren? Hoe gaat de minister zorgen dat bewezen niet-effectieve zorg niet meer vergoed wordt en niet meer kan worden verleend? Hoe gaat de minister zorgen dat bewezen tijdbesparende innovaties (GUPTA-rapport) eenduidig worden toegepast? Hoe gaat de minister zorgen dat meer voorwaarden gesteld kunnen worden bij toelating in het pakket<sup>5</sup> zodat onder andere informatie beschikbaar komt over werkelijke effectiviteit van een behandeling en niet alleen op basis van *clinical trials*?

De NZa vraagt aan de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om met hen te onderschrijven dat de arbeidsmarktkrapte nu al consequenties heeft voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. De leden van de CDA-fractie vragen de minister of hij dit daadwerkelijk onderschrijft. Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe reageert de minister op de oproep van de NZa dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als stelselverantwoordelijke op korte termijn samen met het zorgveld per zorgsector, en waar nodig sectoroverstijgend, beleid moet ontwikkelen voor het toegankelijk houden van de zorg in plotselinge situaties van krapte?

Genoemde leden vragen de minister tevens om te reageren op de aansporing van de IGJ tot realistische verwachting en heldere communicatie over kwaliteit van zorg<sup>6</sup>. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het voor burgers helder is dat het streven naar optimale kwaliteit van zorg geplatst moet worden naast wat mogelijk is?

In paragraaf 2.2 over passende bekostiging en contractering schrijft de NZa dat de financiële effecten van het huidige risicovereveningsmodel belemmerend kunnen werken voor de inzet van preventie, innovatieve behandelingen of substitutie naar eerstelijnszorg. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister van plan is de risicoverevening aan te passen zodat het inkopen van passende zorg geen nadelige financiële gevolgen zal hebben voor zorgverzekeraars.

Zij vragen op welke termijn de minister verwacht het geplande onderzoek naar verbetering van de risicoverevening ten behoeve van de groep ouderen en chronische zieken naar de Kamer te kunnen sturen. Aan welke ex ante maatregelen denkt de minister om vanaf 2024 de compensatie van gezonde en chronisch zieke verzekerden in de risicoverevening structureel te verbeteren?

De NZa schrijft dat zij in het najaar focusgroepen organiseert om met veldpartijen de haalbaarheid en voor- en nadelen te verkennen van enkele ideeën over de vraag hoe via bekostiging de beschikbaarheid van uitkomstinformatie vergroot kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen welke veldpartijen bij deze focusgroepen aansluiten. Deze leden vragen tevens of de Kamer geïnformeerd

<sup>5</sup> Kamerstuk 29689, nr. 1112.

<sup>6</sup> Signaleringsbrief NZa en IGJ aan VWS "Krapte in de zorg zet kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk", 13 oktober 2022

wordt over de resultaten van deze focusgroepen en of de beschikbaarheid van deze informatie openbaar zal zijn, dus ook voor patiënten.

Ondanks goede voorbeelden worden nog heel beperkt afspraken gemaakt over alternatieve bekostigingsvormen zoals bundelbekostiging, terwijl de NZa juist hoopt dat met prospectieve bundelbekostiging de huidige volumeprikkel in het stelsel sterk kan worden gereduceerd. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister van plan is ervoor te gaan zorgen dat er geen vrijblijvendheid meer is in het overnemen van goede voorbeelden, zodat er bijvoorbeeld meer gebruikgemaakt wordt van bundelbekostiging.

De NZa geeft in paragraaf 2.3 over samenwerken aan passende zorg aan dat regioplannen een belangrijk stuurmiddel zijn voor de transitie naar passende zorg. Om een betrouwbaar beeld te krijgen, is volgens de NZa een uniforme digitale infrastructuur voorwaardelijk. De leden van de CDA-fractie steunen dit en vragen daarom de minister welke stappen hij onderneemt om een dergelijke uniforme digitale infrastructuur op te zetten. Kan de minister daarbij een tijdlijn geven wanneer deze uniforme digitale infrastructuur klaar moet zijn?

In de derde paragraaf over trends in sectoren staat dat tussen 2019 en 2021 bijna 40.000 mensen hebben deelgenomen aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). De NZa geeft echter aan dat deze vormen van zorg nog niet overal in het land beschikbaar zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister kan aangeven in welke regio's de GLI nog niet wordt aangeboden, en wat hiervan de reden is. Kan de minister daarnaast aangeven wat de resultaten zijn?

Ten opzichte van vorig jaar is het aantal polissen toegenomen van 57 naar 60. Ook het aantal polissen met beperkende voorwaarden is gestegen van 16 naar 21. De NZa geeft aan dat per 2023 maatregelen worden getroffen om een verdere segmentering van de markt te stoppen. De leden van de CDA-fractie vragen aan welke maatregelen de minister denkt om deze verdere segmentering te stoppen.

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZa. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Deze leden maken zich zorgen over de door de NZa geschetste tweedeling in de zorg. Zij constateren echter ook dat de minister niet bereid lijkt te zijn om te komen tot de fundamentele keuzes die nodig zijn om dit tegen te gaan, zoals het afschaffen van het eigen risico, het fatsoenlijk belonen van zorgverleners en het afschaffen van de marktwerking in de zorg. Hoe verwacht de minister om deze tweedeling tegen te gaan, als de keuzes die nodig zijn om klassenzorg tegen te gaan, taboe worden verklaard?

Genoemde leden lezen in het rapport dat het aantal polissen met beperkende voorwaarden en het aantal mensen met zo'n polis opnieuw is gestegen. Zij constateren dat dit de toegang tot de zorg van deze mensen verslechtert. Zij vragen de minister daarom wat hij van plan is om te doen om deze ontwikkeling tegen te gaan. Voorts vragen deze leden of de bestaande 'polisjungle' de oorspronkelijke bedoeling van de Zorgverzekeringswet was. Kan de minister toelichten in hoeverre de enorme verscheidenheid aan polissen bijdraagt aan betere, betaalbare en toegankelijke zorg? Daarnaast constateren deze leden dat de stijging van het aantal mensen met een polis met beperkende voorwaarden ook te maken heeft met de forse stijging van de zorgpremie, waardoor deze voor steeds meer mensen lastig te betalen is. Zij stellen dat dit de huidige financieringssysteem van de zorgverzekering steeds lastiger houdbaar maakt.

Daarom vragen zij of de minister bereid is om te onderzoeken op welke manier het mogelijk zou zijn om de zorgverzekering meer uit de belastingen te betalen.

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

Het lid van de BBB-fractie heeft met grote zorgen kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZA. Zorgen omdat de NZA waarschuwt voor een tweedeling tussen mensen die de weg weten te vinden in het zorglandschap en over voldoende middelen beschikken en mensen voor wie dat niet geldt. Maar ook zorgen omdat de NZa waarschuwt voor de verschillen in beschikbare zorg tussen regio's. Het lid van de BBB fractie heeft daarom een aantal vragen.

Genoemd lid wil weten hoe de minister de uitspraak vanuit de NZa: 'we stevenen af op een harde tweedeling', beoordeelt. Het lid van de BBB-fractie is van mening dat inderdaad steeds grotere verschillen ontstaan in de toegankelijkheid van zorg tussen verschillende bevolkingsgroepen. Door middel van de zorgtoeslag wordt getracht om voor de laagste inkomens wat pijn te verzachten maar in de praktijk blijkt dat deze mensen toch moeite hebben om eigen bijdrages en eigen risico te betalen. Genoemd lid denkt dat dit probleem door de hoge inflatie verder zal groeien. Deelt de minister deze zorgen?

Het lid van de BBB-fractie denkt dat het steeds ophogen van de zorgtoeslag ter compensatie van hogere zorgkosten een doodlopende weg is. Niet alleen kan de zorgtoeslag bijvoorbeeld ook gebruikt worden om andere financiële gaten te dichten, maar daarnaast ontstaan steeds meer problemen bij de groep die geen zorgtoeslag krijgt: de middeninkomens. Genoemd lid denkt dat het stelsel fundamenteel anders moet en ziet veel voordelen in het concept zoals de SP-fractie voorstelt: een nationaal zorgfonds. In hoeverre heeft de minister hier al eens serieus naar gekeken? Zou de minister deze mogelijkheid serieus willen onderzoeken?

Het genoemde lid wil graag weten hoe de minister 'zelfredzaamheid' gaat bevorderen. Hoe ziet de minister de rol van mantelzorgers in relatie tot zelfredzaamheid? De Europese Commissie vindt de mantelzorgers van groot belang en wil meer financiële en sociale zekerheid voor deze groep. Hoe denkt de minister dit in te gaan vullen? Het lid van de BBB-fractie wil erop wijzen dat mantelzorg veel vraagt van mensen. Het is logisch dat bij een steeds minder toegankelijke zorg, steeds meer mensen (noodgedwongen) mantelzorger worden. Maar dit eist vaak een hoge tol van deze mantelzorgers. Genoemd lid is dan ook van mening dat problemen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg niet afgeschoven mogen worden op mantelzorgers. Deze mensen moeten gefaciliteerd worden. Daarbij gaat het niet alleen over financiële middelen, maar ook het mogelijk maken van de combinatie zorg en werk bijvoorbeeld. Graag ontvangt genoemd lid een reflectie van de minister hierop.

Het lid van de BBB-fractie heeft ook vragen over het verschuiven van het thema 'ziekte' naar 'gezondheid', waar ook NZa naar verwijst. Zij onderschrijft dit uitgangspunt van harte, maar denkt dat het makkelijker gezegd dan gedaan is. In de praktijk zijn protocollen leidend. Als voorbeeld: een jonge vrouw krijgt een hartinfarct en herstelt daar goed van. Er is geen hartschade, ze was in goede conditie en heeft deze conditie snel weer terug. Dan wordt toch verplicht

hartrevalidatie gestart, omdat dat nu eenmaal 'hoort'. De vrouw ziet de toegevoegde waarde niet, voelt zich niet gehoord, maar start het traject, omdat ze anders niet terug naar haar werk mag. Een andere hartpatiënt in dezelfde groep wordt na de standaard hartrevalidatie 'ontslagen', maar heeft nog een slechte conditie, is onzeker en wil graag door. Dit kan niet, want het traject heeft het maximaal aantal keren bereikt. De vrouw wil de haar nog resterende afspraken graag aan de man gunnen, zij heeft het toch niet nodig. Ook dat kan niet. Als het gaat om passende zorg en focus op gezondheid dan is daar in dit voorbeeld toch echt geen sprake van. Hier anders mee om gaan vergt een totaal andere manier van kijken naar de zorg. Het vergt dat de patiënt echt centraal staat. Dat er ook naar de patiënt geluisterd wordt. Het lid van de BBB-fractie denkt dat passende zorg start bij zorg die past bij de patiënt. Uiteindelijk is dat ook de meest efficiënte zorg. De minister regelt de zorg nu in passend bij het systeem. De patiënt moet zich aanpassen aan het systeem. De NZa schrijft 'niet beginnen bij het systeem, maar bij de vraag wat nodig is.' De NZa ziet dit meer op populatieniveau, door uitgaande van de gezondheidsstatus van de populatie, de vraag naar ondersteuning en zorg in kaart te brengen. Het lid van de BBB-fractie denkt dat dit vooral een slag is voor beleidsmakers, maar dat de echte omslag op de werkvloer plaats moet vinden: bij de artsen en de verpleegkundigen. Zij willen dit wel, maar worden daarin vaak belemmerd door regelgeving, vanuit het Rijk maar ook vanuit de zorgverzekeraars. Genoemd lid wil daarom weten hoe de minister deze omslag concreet gaat maken. Is de minister voornemens om dit inderdaad via zorgverzekeraars in te gaan zetten? Beseft de minister dat het niet zo is dat de zorgverzekeraars verandering moeten bewerkstelligen bij de zorgverleners, maar dat juist verandering bewerkstelligd moet worden bij de zorgverzekeraars?

Het lid van de BBB-fractie kan zich vinden in de definitie die NZa hanteert voor passende zorg: 'Passende zorg is zorg die samen met de patiënt tot stand komt, is de juiste zorg op de juiste plek en gaat niet over ziekte, maar over gezondheid en preventie.' Maar genoemd lid heeft nog steeds grote moeite met hoe de minister 'de juiste zorg op de juiste plek' invult. Zij vraagt daarom of de minister de aangenomen motie van het lid van den Berg<sup>7</sup> inzake kwaliteit van de zorg, actief betreft bij het nader invullen van het Integraal Zorgakkoord en de werkagenda's, zodat nabijheid van zorg onderdeel is van passende zorg.

Het lid van de BBB-fractie vraagt verder of de zorgverzekeraars de aangewezen organisaties zijn om te investeren in gezondheid zoals de NZa adviseert. Hoe ziet de minister dit? Op welke wijze zou dit moeten gebeuren? Genoemd lid denkt dat het integraal benaderen van gezondheid, zoals ook in het Integraal Zorgakkoord wordt omschreven, van groot belang is. Waarbij gezondheid niet los gezien kan worden van andere beleidsterreinen, zoals armoede, schulden, huisvesting en werk. Hoe ziet de minister de rol van de zorgverzekeraars in dit geheel?

Het lid van de BBB-fractie merkt op dat de NZa voorstelt dat zorgverzekeraars elkaar niet beconcurreren op het thema gezondheid. Ook hierin ziet genoemd lid ondersteuning voor het anders inrichten van het stelsel, bijvoorbeeld volgens het eerder genoemde nationale zorgfonds. De NZa schrijft: '(...) Die heeft alles te maken met het huidige financieringsmodel. Als je betaalt voor productie krijg je productie. Als je betaalt voor gezondheid krijg je gezondheid. Betaal dus voor gezondheid.' Welke aangrijpingspunten ziet de minister in deze opmerking van de NZa en gaat de minister daar wat mee doen?

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 679.

Ten slotte vraagt het lid van de BBB-fractie aandacht voor de opmerking van de NZa, dat passende zorg inkopen voor een zorgverzekeraar niet altijd loont. Dit heeft te maken met de zogenaamde risicoverevening. Hoe ver staat de minister met het onderzoek naar risicoverevening en een eventuele aanpassing van dit systeem?

## II. Reactie van de minister

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

De leden van de VVD-fractie hebben met veel interesse de publicatie Stand van de Zorg 2022 van de Nederlandse Zorgautoriteit gelezen (NZa) en zij danken de NZa voor dit rapport. Het is een bevestiging van eerdere verwachtingen dat de zorg anders ingericht moet worden om deze toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Genoemde leden onderschrijven de conclusies uit dit rapport en hebben hierbij nog enkele vragen.

*Zij ontvangen veel signalen van mensen die zich zorgen maken over de stijgende zorgkosten, de hoge werkdruk in de zorg, de tekorten aan personeel en de lange wachtlijsten. De leden van de VVD-fractie delen dan ook de oproep dat stevige keuzes nodig zijn om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen. Zij vinden het van belang dat de samenleving goed meegenomen wordt in deze keuzes. Deze leden vragen de minister wat de stand van zaken is met betrekking tot de maatschappelijke gesprekken die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op dit moment voert over de toekomstbestendigheid van onze zorg.*

De IGJ ziet dat aanbieders van zorg en jeugdhulp naar oplossingen zoeken om zorg en jeugdhulp te laten doorgaan terwijl de personeelstekorten groeien. Het zoeken naar innovatieve oplossingen en inzetten op goed werkgeverschap, samenwerking en technologie wil de IGJ stimuleren. Dit doet de IGJ door er aandacht voor te hebben in het toezicht. Ook draagt de IGJ bij aan het bevorderen van een actieve leercultuur gericht op passende zorg mede aan de hand van het Kader passende zorg.

Aanbieders van zorg en jeugdhulp voelen zich wel eens geremd om het anders te doen omdat ze bang zijn dat de IGJ het niet goed vindt. Maar dikwijls is er binnen een norm ruimte om het anders te doen. De IGJ gaat meer uitdragen dat zij ruimte geeft om het anders te doen. Als de ruimte er niet is binnen de norm, is het mogelijk om er onderbouwd van af te wijken op voorwaarde dat de zorg en jeugdhulp goed en veilig is. Als de IGJ merkt dat in de praktijk vaak van een norm wordt afgeweken bespreekt de IGJ dat met koepels en beroepsorganisaties die de norm opstellen. De IGJ stelt zelf geen kwaliteitsnormen op, maar gaat uit van wetgeving en veldnormen van beroepsverenigingen en koepels van aanbieders. Ondanks alle inspanningen zal het sommige aanbieders niet meer lukken om nog goede zorg of jeugdhulp te bieden. Het blijft de taak van de IGJ om een grens te trekken als de kwaliteit of veiligheid van de zorg of jeugdhulp onvoldoende is. Als een onderliggend probleem bij meerdere aanbieders (in een regio) speelt, zal de IGJ haar zorgen naar buiten brengen.

*In het rapport is ook te lezen dat de overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars mensen moeten voorbereiden op de noodzaak en de consequenties van passende zorg, waarbij een burgerberaad als voorbeeld wordt genoemd. Uit ervaring met soortgelijke initiatieven met actief betrokken burgers weten deze leden dat een groot risico van een burgerberaad is dat het extra bureaucratie optuigt, leidt tot extra complexiteit en niet noodzakelijkerwijs tot keuzes of prioritering. Genoemde leden vragen wat het concrete doel is van een eventueel burgerberaad en hoe de minister voorkomt dat extra bureaucratie en complexiteit ontstaat.*

Het kabinet is er voorstander van de samenleving op een directere manier te betrekken bij het oplossen van maatschappelijke vraagstukken. De kennis en ervaring die hiermee wordt opgehaald kan weer ingezet worden om tot betere

(beleids)keuzes te komen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (programma WOZO) wordt ook op meerdere plekken aangegeven dat burgers en patiënten meer moeten worden betrokken. Daar gaan we ook actief mee aan de slag. Burgerparticipatie op regionale schaal als experiment rondom een specifiek zorgthema is hier een logische eerste stap in. Een burgerberaad is één van de vormen waarin dat kan. Momenteel wordt bekeken hoe we concreet vorm kunnen geven aan burgerparticipatie bij ontwikkelingen in de zorg n.a.v. het amendement Burgerberaad van Paulusma van november 2022. Het voorstel is om eerst hiervan de resultaten af te wachten.

*Deze leden lezen dat het landelijk aan goede data ontbreekt om per regio inzichtelijk te maken wat de zorgvraag is, hoe deze zich ontwikkelt en hoe deze zich verhoudt tot het beschikbare aanbod. Hoe en op welke termijn zijn regio's in staat om de zorgvraag in kaart te hebben en welke databronnen hebben ze daarbij nodig? Hoe zorgt de minister dat beter in kaart is/wordt gebracht hoe de zorgvraag in regio's zich ontwikkelt?*

Sinds het sluiten van de Hoofdlijnenakkoorden in 2019 hebben alle Nederlandse (zorgkantoor) regio's een zogeheten regiobeeld. Daarin staat bijvoorbeeld een omschrijving van de regionale demografie, de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Om regio's zo goed mogelijk te faciliteren bij het opstellen van deze regiobeelden met behulp van data, heeft de Rijksoverheid het initiatief genomen om de gewenste en benodigde data beschikbaar te stellen via de website [www.regiobeeld.nl](http://www.regiobeeld.nl). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft deze website gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS en vult deze aan met de benodigde data.

In het recent afgesloten IZA hebben partijen afgesproken dat verder wordt gewerkt met regiobeelden. Recent zijn hiervoor criteria vastgesteld<sup>8</sup>. In de komende periode wordt bekeken welke data omtrent het regionale zorgaanbod nog ontbreekt en wordt onderzocht of het mogelijk is om deze data toe te voegen. Naast de website [www.regiobeeld.nl](http://www.regiobeeld.nl) kunnen regionale partijen hun regiobeeld aanvullen met verschillende landelijke databronnen, zoals de regioanalyses van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), of aanvullen met de regionaal beschikbare data.

*Hoe ziet de minister de rol van innovaties (technologie, digitalisering, maar ook sociale innovaties rondom multidisciplinaire zorg) als het gaat om de gewenste ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid?*

Ik vind het van groot belang dat innovaties die bijdragen aan maatschappelijke opgaven, gericht op de toegankelijkheid, maar ook kwaliteit, betaalbaarheid en bemensbaarheid van de zorg, versneld worden geïmplementeerd en toegepast. Het aanpassen van zorgprocessen, anders werken en organiseren, is daarbij cruciaal. Met daarnaast ook aandacht voor digitale en veranderkundige vaardigheden en de acceptatie van digitale en technologische toepassingen door gebruikers, zowel zorgverleners als patiënten en cliënten én mantelzorgers. Tegelijkertijd zie ik ook een aantal innovaties die wel snel inzetbaar en opschaalbaar zijn, dus waarbij de processen niet fors hoeven te worden aangepast.

Over het creëren van randvoorwaarden om zorgprocessen aan te passen en inzet van innovaties te vergroten hebben mijn collega-bewindslieden en ik in het kader van het IZA, het programma WOZO) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (programma TAZ) samen met veld- en

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 31 765 nr. 704

systeempartijen afspraken gemaakt. Dit om, ook als het gaat om inzet in multidisciplinaire zorg, invulling te geven aan passende zorg en zorg zelf, thuis en digitaal als het kan. Het betreft onder andere randvoorwaarden op het gebied van bekostiging en financiering, digitale en veranderkundige vaardigheden, passende bewijslast voor meerwaarde en impact, samenwerking en gegevensuitwisseling. Hierover informeren ik en mijn collega-bewindslieden de Kamer in diverse voortgangsrapportages over IZA, programma WOZO en programma TAZ in 2023.

*De leden van de VVD-fractie zijn overtuigd dat de zorgverzekeraars een rol kunnen en moeten pakken als het gaat om preventie. Zij lezen echter dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de bekostiging van preventie-initiatieven nog moeizaam tot stand komen. Dit komt onder andere door de onduidelijkheid over de effectiviteit van innovatieve interventies en over de vraag of een interventie binnen het zorgdomein of het sociaal domein bekostigd moet worden. Genoemde leden vinden het goed te lezen dat vanuit het Zorginstituut Nederland dit jaar verschillende documenten zijn uitgebracht om deze vragen te beantwoorden, zoals de duiding van valpreventie en de wegwijzer voor leefstijlinterventies. Hoe wordt duidelijk of het beantwoorden van deze vragen ook effect gaat hebben op de inzet van verzekeraars op preventie?*

Het Zorginstituut heeft een belangrijke rol bij het verhelderen van de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars bij de inzet op preventie en gezondheid. Wanneer het Zorginstituut duidt dat een interventie of behandeling verzekerde zorg betreft, dan hebben zorgverzekeraars hierdoor een zorgplicht. Vanuit het toezicht hierop door de NZa kunnen conclusies worden getrokken over de inzet van zorgverzekeraars. Bovendien zijn over meerdere ketenaanpakken gericht op gezondheid in het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) bestuurlijke afspraken gemaakt. De voortgang van de implementatie van diverse ketenaanpakken in de regio's wordt gemonitord en geëvalueerd door het RIVM. Aan de hand daarvan kunnen we ook conclusies trekken over de inzet van zorgverzekeraars én gemeenten gezamenlijk. Uw Kamer zal hierover voor het einde van 2024 worden geïnformeerd.

*Genoemde leden willen weten hoe zorgbemiddeling meer gepromoot en geïntensiveerd kan worden in relatie tot de wachtlijsten en inhaalzorg. Deze leden hebben verscheidene keren naar voren gebracht dat een combinatie van organisatie, versnippering en achterstand in digitalisering de problematiek rondom de wachtlijsten verergert.*

*Hoe staat het met de uitvoering van de motie Bikker-Van den Hil<sup>9</sup> over het uitwerken van de mogelijkheid dat zorgverzekeraars wachtenden zo vroeg mogelijk in beeld krijgen en hen zelf mogen benaderen?*

De vragen van de leden van de VVD naar de uitvoering van de motie Bikker/Van den Hil<sup>10</sup> en de promotie en intensivering van zorgbemiddeling hangen met elkaar samen. Voor het antwoord verwijs ik naar de recente brief 'Stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg' van 13 december 2022<sup>11</sup>, waarin ik heb toegelicht welke acties ik onderneem om de wachttijden in de medisch specialistische zorg terug te dringen en daarmee tevens uitvoering geef aan de motie Den Haan/Kuzu<sup>12</sup> en de motie Bikker/Van den Hil, die we zoals aangegeven

<sup>9</sup> Kamerstuk 36200-XVI, nr. 77.

<sup>10</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 36 200 XVI nr. 77

<sup>11</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 29 248 nr. 338

<sup>12</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 29 689 nr. 1156



breder trekken dan enkel de geestelijke gezondheidszorg, gezien de rol van zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht.

Ik verken samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars welke juridische ruimte en praktische mogelijkheden er zijn om gegevens van zorgverzekeraars te benutten om mensen de juiste zorg op de juiste plek c.q. passende zorg te bieden, doch altijd met inachtneming van de regelgeving m.b.t. privacy en gegevensbescherming. Uit een eerste verkenning is gebleken dat zorgverzekeraars niet beschikken over gegevens waaraan te zien is of iemand op zorg wacht. Verzekerden die op zorg wachten komen in beeld bij zorgverzekeraars als zij zelf hun zorgverzekeraar bellen met een verzoek om zorgbemiddeling, of als een zorgverlener (met toestemming van de patiënt/cliënt) de zorgverzekeraar informeert. Zorgverzekeraars hebben ingezet op het onder de aandacht brengen van zorgbemiddeling. Zoals ook aangegeven in de genoemde brief starten partijen specifiek voor het wegwerken van wachtlijsten in de medisch specialistische zorg, waarbij patiënten al op een wachtlijst van het ziekenhuis staan, een pilot voor actieve zorgbemiddeling waarbij toestemming aan de patiënt gevraagd wordt voor het delen van zijn/haar contactgegevens met de zorgverzekeraar.

Om goede informatie nog makkelijker vindbaar te maken voor patiënten wordt er door het ministerie van VWS een subsidie aan de Patiëntenfederatie Nederland verstrekt ten behoeve van de doorontwikkeling van de informatie over wachttijden op Zorgkaart Nederland.

*Ten aanzien van de zich ontwikkelende zorgkosten lezen genoemde leden in zowel het Integraal Zorgakkoord (IZA), als in de Stand van de zorg 2022 de stappen die gezet zullen en moeten worden om de risicoverevening te verbeteren. Zij lezen in het IZA dat alle partijen ervan overtuigd zijn dat nieuwe bronnen van data die voorspellend zijn voor de toekomstige zorgkosten van verzekerden zeer welkom zijn, zeker naarmate die data dichter aansluiten bij de gezondheid van de verzekerde en minder een weerslag zijn van de behandeling van de verzekerde. Data die dicht bij gezondheid aansluiten, zouden minder gevoelig zijn voor het risico dat vanuit de risicoverevening belemmeringen op de prikkels tot passende zorg zouden uitgaan. De leden van de VVD-fractie vragen hoe werk gemaakt zal worden van het aanboren van nieuwe databronnen om toekomstige zorgkosten voor verzekerden beter te voorspellen.*

De leden van de VVD verwijzen in hun inbreng naar de risicovereveningsparagraaf in het IZA. Zoals daarin te lezen is, is het verminderen van over- en ondercompensaties de primaire opgaven voor de risicoverevening. Daar wordt, zoals het onderzoeksprogramma van de risicoverevening laat zien, ook komend onderzoeksjaar weer vol op ingezet. Hierbij wordt ook naar andere oplossingen gekeken dan de 'klassieke oplossingen' van het toevoegen of verfijnen van kenmerken, maar ook naar andere schattingstechnieken zoals constrained regression. Waar mogelijk en relevant wordt in zulke onderzoeken ook onderzocht of nieuwe databronnen een toegevoegde waarde hebben.

*Zij willen graag weten hoe de minister deze Stand van de zorg ziet in relatie tot de ambitie om de gezondheidsverschillen tussen (groepen) Nederlanders te verkleinen.*

Ik en mijn collega-bewindslieden vinden het van belang dat voor iedereen de benodigde zorg toegankelijk blijft en er zo min mogelijk gezondheidsverschillen zijn. De publicatie 'Stand van de zorg' is een signaal die dit belang onderstreept.

Wij zetten met alle recent gesloten akkoorden en programma's<sup>13</sup> in op het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen die dat nodig heeft, nu en in de toekomst. Daarnaast is in het IZA afgesproken dat er ruimte wordt geboden aan experimenten die bijdragen aan de verbetering van de gezondheid van mensen.

*In het rapport valt te lezen dat de solidariteit steeds meer onder druk komt te staan. Genoemde leden zijn benieuwd naar wat de visie van de minister is als het gaat om solidariteit en de druk daarop. Hoe definieert de minister het eventueel verdwijnen van solidariteit? Hoe ziet dat eruit in de praktijk?*

Het Nederlandse zorgstelsel kent een hoge mate van solidariteit: gezonde, jonge mensen en mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oudere mensen met een lager inkomen. De NZa refereert bij solidariteit in de publicatie 'Stand van de zorg' aan de druk op de toegankelijkheid van de zorg. Als er door de schaarste onvoldoende toegang tot bepaalde zorg komt, kan daarmee ook de solidariteit waarop onze gezondheidszorg gestoeld is steeds meer onder druk komen te staan. Tevens zullen door de toename van de kosten van de zorg ook de individuele kosten op termijn zo hoog worden dat mensen niet meer voor zorg kunnen en willen betalen.

Ook ik wil dat de toegankelijkheid tot zorg is gegarandeerd nu en in de toekomst. En dat de solidariteit goed gewaarborgd blijft. In de praktijk betekent dit dat de zorg goed toegankelijk en betaalbaar moet blijven. Juist daarom hebben we met elkaar in het IZA afspraken gemaakt die een stevige bijdrage moeten leveren aan het toegankelijk houden van de zorg, waarmee ook wordt bijgedragen aan de solidariteit.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat zorgprofessionals het voortouw zouden moeten nemen en krijgen als het gaat om prioriteren van zorg. Hoe ziet de minister een plek hierbij voor de initiatiefwet Ellemeet/Tielen<sup>14</sup> die inmiddels door beide Kamers is aangenomen? Hoe komt de zeggenschap uit deze wet tot uitvoering? Wat wordt vanuit het ministerie gedaan om in gesprek te zijn met zorgprofessionals over hun visie op de druk op de zorg en hun ideeën om het anders in te richten?*

Zeggenschap is onderdeel van goed werkgeverschap en moet vanuit de beroepsgroep en organisaties zelf gestalte krijgen. Daarvoor is – complementair aan wettelijke verplichting – vooral ook een cultuurverandering nodig binnen organisaties. Dit wil de minister voor Langdurige Zorg en Sport met verschillende initiatieven stimuleren. Deze initiatieven dragen ook bij aan de uitvoering van de initiatiefwet Ellemeet/Tielen. Een van de initiatieven is de Subsidieregeling Veerkracht en Zeggenschap waarmee 12,75 miljoen beschikbaar is gesteld om op instellingsniveau met zeggenschap aan de slag te gaan. Ook binnen het arbeidsmarktprogramma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) is zeggenschap een belangrijk thema. Aankomende periode worden plannen uitgewerkt voor een meerjarige inzet om zeggenschap te bevorderen. Het stimuleren van een cultuuromslag staat hierin centraal. Tevens is voor het programma TAZ een klankbordgroep opgericht die bestaat uit een brede vertegenwoordiging van medewerkers uit de sector zorg en welzijn. In de bijeenkomsten van de klankbordgroep is ruimte om in gesprek te gaan over verschillende thema's die raken aan arbeidsmarktproblemen, zoals ook de druk op

<sup>13</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd

<sup>14</sup> Kamerstuk 35 660, nr. 2.

de zorg. Onder leiding van CNO prof. dr. Evelyn Finnema wordt besproken of hiervoor de juiste activiteiten binnen het programma worden opgepakt. Tot slot is het belangrijk dat we de aankomende jaren inzichtelijk maken wat de voortgang is van formele en ervaren zeggenschap in de zorgpraktijk. Daarom zal vanaf 2023 zeggenschap gemonitord worden. Dit ziet specifiek op zeggenschap van de verpleegkundige beroepsgroep.

*De NZa roept de minister van VWS als stelselverantwoordelijke op om samen met 'het zorgveld' per zorgsector, en waar nodig sectoroverstijgend, beleid te ontwikkelen voor het toegankelijk houden van de zorg in plotselinge situaties van krapte. Hoe en op welke termijn is de minister voornemens om op die oproep in te gaan?*

Ik herken dat er problemen zijn met de toegankelijkheid van de zorg. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachtlijsten lang en is er sprake van arbeidsmarktkrapte. Ik ben van mening dat hier wat aan gedaan moet worden en de wachttijden significant verminderd moeten worden. Dit is ook de reden waarom ik en mijn collega-bewindslieden de afgelopen tijd diverse akkoorden hebben gesloten en programma's zijn gestart. De zorg moet immers toegankelijk en betaalbaar blijven.

Wij zetten met alle recent gesloten akkoorden en programma's<sup>15</sup> in op het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen die dat nodig heeft, nu en in de toekomst. Wij hebben met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken. Tegelijkertijd beseffen wij ook dat de transformaties waar we afspraken over hebben gemaakt in de akkoorden en programma's, niet van vandaag op morgen allemaal gerealiseerd zijn. We willen dan ook samen met alle partijen aan de slag, met wat vooruitlopend in het hier en nu kan helpen om knelpunten in de toegang op te lossen en daarbij handvatten te bieden aan zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers. Het is belangrijk dat voor alle burgers die het nodig hebben de zorg toegankelijk blijft. Ik ben in overleg met de NZa en de IGJ, om mede naar aanleiding van de signalering 'Stand van de zorg' te kijken of er iets aangepast moet worden aan het begrip 'zorgplicht' en de invulling daarvan; gezamenlijke communicatie richting het zorgveld en burgers en gaan we in overleg met beroepsverenigingen om hen te vragen hun eigen richtlijnen te bezien in het licht van de huidige context van personeelsschaarste. Ik zal u voor het zomerreces nader informeren over de voortgang hiervan.

*Het rapport gaat uitgebreid in op de brede stand van de zorg en bevat diverse constatering, verwachtingen en verbeterpunten. Genoemde leden willen graag weten waar de minister de grootste zorg over heeft en op welke manier hij die zorg aanpakt. Met andere woorden: waar ligt wat betreft de minister de absolute prioriteit om de zorg toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden?*

Zoals eerder aangegeven heeft mijn zorg betrekking op de toegankelijkheid van de zorg. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachtlijsten lang en is er sprake van arbeidsmarktkrapte waardoor de toegankelijkheid in het geding is. Op dit moment bezien de NZa, de IGJ en het ministerie van VWS in gezamenlijkheid in welke sectoren de toegankelijkheid zorgelijk en de urgentie het grootst is. Verder ligt de prioriteit op het maken van keuzes door zorgaanbieders om binnen de afspraken in de verschillende akkoorden de zorg anders in te richten. Andere keuzes in het

<sup>15</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd

(regionale) zorgaanbod zijn nodig voor een significante vermindering van wachttijden.

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

De leden van de D66-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de publicatie van de NZa. Zij onderschrijven grotendeels de analyse die van de huidige zorg wordt gemaakt. Deze leden hebben naar aanleiding van de publicatie een aantal vragen en/of opmerkingen voor de minister.

*De NZa schrijft dat een kritisch punt is bereikt in de zorg. Er moeten keuzes worden gemaakt. Genoemde leden delen de bevinding van de NZa en menen dat de minister met het IZA op veel van de besproken onderwerpen stappen heeft gezet. De richting waar de NZa voor pleit, namelijk meer samenwerking en regionaal maatwerk, lezen deze leden ook terug in de bewoordingen van het IZA. Desalniettemin roept de NZa ook op tot een bepaalde bewustwording. Een appél op zelfredzaamheid en op verantwoordelijkheid. De leden van de D66-fractie pleiten ook voor een eerlijk verhaal over de zorg en de bijbehorende (on)mogelijkheden. Deelt de minister de opvatting van deze leden dat een inspanning nodig is vanuit de overheid (bijvoorbeeld middels een publiekscampagne) om het zorgveld én de zorggebruiker mee te krijgen in deze nieuwe richting?*

Ik deel de opvatting van de leden van de D66-fractie. Zonder het meenemen en meekrijgen van zowel het zorgveld als de zorggebruiker ontstaat er onduidelijkheid en mogelijk onbegrip over de krapte en mogelijk onvoldoende toegankelijkheid van zorg. Op welke wijze hier vanuit het ministerie van VWS vorm aan zal worden gegeven, werken wij de komende tijd samen met de IGJ en de NZa uit.

*Genoemde leden zien in financiering en contractering een belangrijke knop waaraan gedraaid kan worden om de juiste beweging op gang te brengen. Financiering sluit nu ook vaak nog niet aan bij hoe we ons zorgstelsel willen inrichten. Voor de leden van de D66-fractie is het duidelijk dat op specifieke gebieden alternatieve methodieken ontworpen moeten worden. Bijvoorbeeld de risicoverevening. De NZa schrijft dat het voorkomt dat zorgverzekeraars nu minder worden gecompenseerd bij de inzet van passende zorg. Onlangs is het vereveningsmodel naar aanleiding van een jaarlijks onderzoek weer aangepast. Genoemde leden willen van de minister weten of deze verkeerde prikkel (terughoudendheid bij het inkopen van zorg) in 2023 niet meer van invloed is.*

Allereerst wil ik opmerken dat het een misvatting is dat zorgverzekeraars altijd minder gecompenseerd worden bij de inzet van passende zorg. Want in de meeste gevallen vormt de risicoverevening juist géén belemmering tot de inzet van passende zorg. Immers: een euro die de zorgverzekeraar weet te besparen door inzet van passende zorg, is een euro winst voor de zorgverzekeraar, die vervolgens ingezet kan worden om via een scherpe premie de gunst van de verzekerde te behouden of te verkrijgen. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt echter dat er specifieke situaties kunnen zijn waarin de risicoverevening de prikkels tot inzet van passende zorg kan belemmeren. Binnenkort start een onderzoek naar dit specifieke thema. Deze zomer beslis ik, aan de hand van de uitkomsten van de onderzoeken, over de vormgeving van het risicovereveningsmodel voor 2024.

*De leden van de D66-fractie hopen dat de minister urgentie voelt bij het zoeken naar alternatieve bekostigingsmechanismen. Zo wordt nog maar weinig*

*gebruikgemaakt van bundelbekostiging in de medisch-specialistische zorg. Is de minister het met deze leden eens dat pilots met alternatieve bekostiging breder uitgerold kunnen worden?*

Het klopt dat er, zoals de contractmonitors van de NZa ook laten zien, beperkt gebruik gemaakt wordt van bundelbekostiging in de medisch specialistische zorg, ondanks de goede voorbeelden die er wel zijn. De NZa faciliteert partijen die gebruik (willen) maken van bundelbekostiging. Zo deelt zij openbaar goede voorbeelden en heeft zij een specifieke leidraad over bundelbekostiging gepubliceerd. Ook helpt de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het ontwikkelen van bundels en het verkrijgen van een betaaltitel, zodat de bundels ook bekostigd kunnen worden. Het initiatief ligt bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om met elkaar hier specifieke afspraken over te maken in de contractering. Daarnaast is het voor het gebruik van bundels van belang dat partijen afspraken maken over de uitkomsten van zorg. Over het registreren van uitkomsten zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord.

*Ook blijkt er een brede belangstelling<sup>16</sup> voor een sectoroverstijgende betaaltitel. Genoemde leden willen graag van de minister weten hoe hij hierover denkt en wat zijn plannen in dit kader zijn.*

Ik onderschrijf de ambitie van de NZa om sector- en domeinoverstijgende zorg beter te faciliteren door het ontwikkelen van een sectoroverstijgende betaaltitel. Ik heb recent een gezamenlijke opdracht aan de NZa en het Zorginstituut gegeven om de mogelijkheid van het realiseren van een sectoroverstijgende betaaltitel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) nader te verkennen. Naar aanleiding van dit nog te ontvangen advies vindt de uitwerking en concretisering van een sectoroverstijgende betaaltitel dit jaar plaats.

*Voor veel van de geschetste adviezen uit de publicatie van NZa vragen genoemde leden wie hierop controleert en wie een doorzettingsmacht heeft. De NZa wijst bijvoorbeeld op een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars bij de inkoop en bij zorgaanbieders bij het opstellen van regionale plannen. Maar het zorgveld heeft zelf vaak ook een belang. Ziet de minister het als zijn rol om op de voortgang te controleren en zijn doorzettingsmacht te gebruiken waar nodig?*

Ja, ik zie zeker een rol voor mijzelf. Partijen moeten vooral zelf aan de slag, maar ik zie wel een belangrijke rol voor mij in het stimuleren van partijen. En ook zie ik een rol in het monitoren of er voortgang wordt geboekt. Het stimuleren en monitoren gebeurt bijvoorbeeld in bestuurlijke overleggen over het Integrale Zorgakkoord.

Ten aanzien van het gebruik van doorzettingsmacht hangt mijn rol af van de formele verantwoordelijkheden die er in het stelsel zijn. Voor de zorginkoop en de daarbij horende zorgplicht, ligt de verantwoordelijkheid voor toezicht en handhaving bij de NZa. Vanzelfsprekend voer ik regelmatig gesprekken met de NZa over deze verantwoordelijkheid. Ik bespreek met hen hoe zij hun toezichtsfunctie invullen, maar de externe toezichthouder heeft de formele bevoegdheden om toe te zien en op te treden en zij zijn daar ook zelfstandig in. Ten aanzien van de regioplannen geldt dat regionale partijen aan zet zijn. Zoals de NZa aangeeft in de publicatie 'Stand van de Zorg' heeft zij vervolgens een rol in de monitoring van deze plannen. De NZa kan indien zij daartoe verzocht wordt of dit nodig acht vanwege te weinig voortgang, toetsen of de regionale zorgpartijen in

<sup>16</sup> NZa, 22 juli 2021, 'Brede belangstelling voor ontwikkeling sectoroverstijgende betaaltitel Zvw-Wlz' (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/07/22/brede-belangstelling-voor-ontwikkeling-sectoroverstijgende-betaaltitel-zvw-wlz>).

gezamenlijkheid gekomen zijn tot regioafspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen. De NZa doet dit op basis van de criteria die zijn opgesteld voor regiobeelden en regioplannen. De NZa kan, passend bij haar wettelijke taken, in overleg met het ministerie van VWS, faciliteren, aanjagen of een bemiddelende rol spelen bij regio's die achterblijven.

Op een aantal specifieke punten ben ik wel aan het kijken of er aanvullende instrumenten nodig zijn vanuit de overheid om doorzettingsmacht te regelen. Zo is in de Beleidsagenda acute zorg opgenomen dat ik ga verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid kan inzetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken te zijn. Ik verken de positionering van de voorzitter van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en ga in gesprek over een effectieve governance van het ROAZ. Verder streef ik naar een structurele inbedding van de functies van regionaal en landelijk inzicht in zorgcapaciteit en spreiding van patiënten, mede ten behoeve van rampen en crises. Ook daarbij zal de vraag aan de orde komen van regie en sturing.

*Er zijn enkele trends waar genoemde leden nog vragen over hebben. Zij willen zich graag uitspreken voor het potentieel van kortdurende zorg. Helaas blijkt uit de publicatie van de NZa dat dit nog maar weinig wordt ingezet. Welke mogelijkheden ziet de minister om dit uit te breiden?*

De kortdurende zorg eerstelijnsverblijf (elv), geriatrische revalidatiezorg (grz) en geneeskundige zorg aan specifieke patiënten die thuis wonen (gzsp) is nog volop in ontwikkeling. Het aantal patiënten dat elv ontving is in de afgelopen jaren gestegen van 33.198 in 2017, tot 36.120 in 2019 en 38.300 in 2020. Het aantal patiënten dat grz ontving is in de jaren 2017-2019 stabiel gebleven (52.906 in 2017 tot 52.307 in 2019), maar gedaald naar 47.300 in 2020. De gzsp is per 2020 overgeheveld naar de Zvw waardoor cijfers ten opzichte van 2019 niet goed te vergelijken zijn. De NZa geeft aan dat er corona-effecten te zien zijn in deze cijfers: ten tijde van corona (2020) zijn er in het elv meer (corona)patiënten opgenomen, terwijl er in de grz minder patiënten werden opgenomen, mogelijk doordat er minder patiënten werden opgenomen in ziekenhuizen. De meerjarencijfers zijn hiermee in beperkte mate te duiden.

De minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik benadrukken het potentieel en het belang van de kortdurende zorg voor het beleid dat is ingezet met het IZA en het programma WOZO. Een belangrijk aandachtspunt, zoals de NZa ook ziet, is de professionalisering en de inhoudelijke positionering van deze zorg. Veldpartijen zoals ActiZ, Verenso, NVAVG en VGN werken aan de zorginhoudelijke doorontwikkeling van de kortdurende zorg. Het ZonMw-programma Beter Thuis ondersteunt hierbij t/m 2023 en we verkennen met ZonMw op welke wijze we een vervolg zouden kunnen geven aan dit programma.

Er is financieel gezien ook ruimte voor groei en doorontwikkeling van de kortdurende zorg. In het IZA hebben partijen uitgesproken dat het wenselijk is dat in deze sector een ruime groei in het budgettair kader zorg beschikbaar is. De groei ruimte voor deze sector wordt jaarlijks door VWS bepaald. Voor 2023 gaat het om circa 3%. Daarbovenop is in het IZA afgesproken dat er € 40 miljoen transformatiemiddelen geoormerkt beschikbaar zijn voor de kortdurende zorg.

*Ook blijkt uit de publicatie dat er in 2022 niet is geslaagd om de zorgachterstand weg te werken die tijdens de pandemie is opgelopen. Genoemde leden hebben eerder benadrukt dat private zorginstellingen hierin een rol kunnen vervullen.*

*Deelt de minister deze opvattingen en wat zijn eventuele stappen die de minister daarin kan nemen?*

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat ook zelfstandige behandelcentra (zbc's) een rol hebben in het wegwerken van de wachtlijsten. Voor de stand van zaken en de stappen die ik neem om de wachtlijsten terug te dringen, verwijs ik u naar mijn brief van 13 december jl.<sup>17</sup>

*Ten slotte zijn de zorgpremies voor 2023 bekendgemaakt. Ondanks de oproep van de NZa om het aantal polissen terug te dringen, is het aantal polissen dit jaar met bijna 10% gestegen. Deelt de minister de opvatting van de leden van de D66-fractie dat het voor de consument beter zou zijn om deze 'wildgroei' aan polissen terug te brengen tot een kleiner aantal? Ziet de minister een rol voor zichzelf om deze markt meer te reguleren en welke opties heeft hij daartoe?*

Ik ben van mening dat het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend moet zijn, zodat er voor verzekerden echt iets te kiezen valt. Het gaat mij hierbij niet zozeer om het aantal polissen, maar vooral om de diversiteit van het polisaanbod. Als er veel polissen zijn die sterk op elkaar lijken dan bemoeilijkt dit het keuzeproces voor verzekerden. Verzekerden kunnen hierdoor overstapbelemmeringen ervaren, hetgeen leidt tot een lagere overstapgeneigdheid. Juist die overstapgeneigdheid is belangrijk om zorgverzekeraars te prikkelen in te spelen op de preferenties en zorgbehoeften van verzekerden.

Omdat het een concurrentiële markt is, zijn de mogelijkheden die ik heb om in te grijpen op de polismarkt beperkt. Het is aan zorgverzekeraars om een onderscheidend polisaanbod op de markt te brengen dat aansluit bij de behoeften van verzekerden. Daarbij pak ik mijn rol waar het om verbeteringen in de risicoverevening gaat.<sup>18</sup> Daardoor worden eventuele prikkels om vanwege puur financiële redenen bepaalde polissen (gericht op bepaalde groepen verzekerden) in de markt te zetten beperkt.

Daarnaast ben ik, zoals ik in mijn brief van 14 oktober jl.<sup>19</sup> aan heb gegeven, in gesprek gegaan met de NZa over het aanpassen van de definitie van nagenoeg gelijke polissen, zoals de motie van de leden Van den Berg en Hijink mij verzocht.<sup>20</sup> De NZa is voornemens de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars aan te scherpen, waardoor het voor verzekerden beter inzichtelijk wordt of er een vergelijkbare polis op de markt is. Dat is een mooie stap.

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

*De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de NZa-publicatie: 'Stand van de zorg 2022' en wensen hierover enkele vragen te stellen aan de minister. Genoemde leden lezen in de NZa-publicatie dat mensen niet meer altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Hoewel deze leden hier al jaren voor waarschuwen, is het uitermate zorgelijk dat de NZa dit nu onomwonden constateert. Deelt de minister deze zorgen? Als oorzaak wordt het personeelstekort in de zorg genoemd. Is de minister het daarmee eens?*

<sup>17</sup> Kamerstuk 29248, nr. 338, Stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg 13 december 2022

<sup>18</sup> Zie Kamerstukken II, 2021-2022, 29 689 nr. 1150 voor een toelichting.

<sup>19</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 29 689 nr. 1169.

<sup>20</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 35 872 nr. 10.

Ik deel de zorgen met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg. Zoals eerder aangegeven zijn op diverse plekken in de zorg de wachtlijsten lang en is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Dit is ook de reden dat mijn collega-bewindslieden en ik de afgelopen periode diverse akkoorden hebben gesloten en programma's zijn gestart. De zorg moet immers toegankelijk en betaalbaar blijven voor alle burgers.

Zoals de publicatie beschrijft is het personeelstekort één van de oorzaken. De druk op de zorg wordt ook veroorzaakt door de toenemende zorgvraag (onder andere door vergrijzing), een hoog ziekteverzuim en de inhaalzorg veroorzaakt door de COVID-pandemie.

*Zo ja, wat zegt dit dan over het zorgbeleid het afgelopen decennium, dat massaontslagen in de zorg veroorzaakte en een rem zette op zorgopleidingen?*

Tussen eind 2012 en begin 2016 is de werkgelegenheid in de zorg met 70 duizend werknemers afgenomen - voor een belangrijk deel binnen de thuiszorg. Het betrof vooral medewerkers in overhead en lager opgeleid zorgpersoneel (niveau 1 en 2). De personeelstekorten nu zitten vooral bij verzorgenden en verpleegkundigen. Daarnaast zien we dat in de periode van het schooljaar 2012/2013 tot en met schooljaar 2015/2016 de instroom in met name BBL-opleidingen in de zorg wat lager lag.

In de curatieve zorg hebben de kabinetten Rutte I, II en III erop ingezet om de zorguitgaven minder snel te laten groeien. Het afremmen van de groei van de zorg kan over het algemeen bijdragen aan het verkleinen van de arbeidsmarkttekorten, mits dit geleidelijk gebeurt, zodat er geen ontslagen vallen.

Dit kabinet doet er alles aan om te zorgen dat er voldoende personeel is in de zorg, onder andere via het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ). Ook het vorige kabinet heeft met het actieprogramma Werken in de zorg vol ingezet op het terugdringen van de personeelstekorten. Het aantal werknemers in de zorg is sinds 2016 aanzienlijk toegenomen. De werkgelegenheidstoename tussen begin 2016 en begin 2022 betrof circa 180 duizend werknemers. Daarmee ligt de werkgelegenheid begin 2022 ruim 100 duizend werknemers hoger dan begin 2012. Een belangrijk deel van de werkgelegenheidstoename in de zorg de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden in de verpleeghuiszorg, mede samenhangend met de invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2017.

*Wordt het geen tijd om het afbraakbeleid in de zorg onder kabinet-Rutte II als oorzaak aan te wijzen van de huidige problemen?*

Ik deel de mening van de leden van de PVV-fractie niet dat er sprake is geweest van afbraakbeleid in de zorg onder kabinet-Rutte II.

*Deelt de minister de mening van genoemde leden dat personeelstekorten in de zorg nooit gezien mogen worden als een gegeven omdat zorgvragers dan zonder zorg komen te zitten?*

Binnen het programma TAZ is ervoor gekozen de personeelstekorten als uitgangspunt te nemen voor het verdere arbeidsmarktbeleid. De zorgvraag stijgt harder dan de economie en de beroepsbevolking kunnen bijbenen. Ruim 1,4 miljoen mensen doen fantastisch en belangrijk werk in zorg en welzijn. Er is al enkele jaren een tekort aan medewerkers en dat zal ook in de komende jaren het



geval zijn. Dit in combinatie met een stijgende zorgvraag als gevolg van demografische factoren. Nu werkt al ongeveer 1 op de 6 werknemers - dus exclusief zzp'ers - in zorg en welzijn. Als we niets doen, dan zou in 2030 1 op de 5 werkenden een baan moeten hebben in zorg en welzijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, in 2040 zelfs 1 op 4. Het kabinet wil, ten behoeve van een realistische personele houdbaarheid, het aantal werkenden in de zorg minder meer laten groeien, om ook voldoende mensen beschikbaar te hebben voor andere maatschappelijke sectoren zoals onderwijs, bouw en energie. We moeten het werk zo organiseren dat we aan de groeiende zorgvraag voldoen zonder dat er heel veel meer extra medewerkers nodig zijn. Dit doen we door in te zetten op drie thema's:

- Innovatieve werkvormen – het anders organiseren van het zorgproces met behulp van sociale en technologische arbeidsbesparende innovaties;
- Behoud van medewerkers – door goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier;
- Leren en ontwikkelen – door blijvende aandacht voor (nieuwe) ontwikkelingen mee kunnen groeien met het anders werken in de zorg.

*Er werken ongeveer 1,4 miljoen mensen in de zorg en ze werken gemiddeld 24,5 uur per week. Verschillende onderzoeken tonen aan dat het tekort van 50.000 zorgmedewerkers ingelost kan worden als dit gemiddelde 26,5 uur per week wordt. Deelt de minister de mening dat personeelstekorten in de zorg oplosbaar zijn? Zo nee, waarom niet?*

Inzet op meer uren werken kan bijdragen aan het terugdringen van de personeelstekorten in de zorg. Om dit te stimuleren ondersteunen we de Stichting Het Potentieel Pakken. Daarnaast gaat de minister voor Langdurige Zorg en Sport via het programma TAZ het gesprek aan met werkgevers over meer uren werken. Daarbij geldt dat het personeelstekort niet opgelost is als iedereen binnen de zorg 2 uur meer gaat werken. De personeelstekorten zijn namelijk niet evenredig verdeeld over alle beroepsroepen (en instellingen), maar hebben vooral betrekking op bepaalde beroepsgroepen zoals verzorgenden, verpleegkundigen en de specialist ouderengeneeskunde. Bovendien stijgt het verwachte tekort de komende jaren als gevolg van de stijgende zorgvraag. We zullen alles op alles moeten zetten om de personeelstekorten in de zorg terug te dringen. Dus niet alleen via meer uren werken, maar ook door in te zetten op zaken als behoud van personeel, arbeidsbesparende technologieën en het terugdringen van de zorgvraag via passende zorg en preventie.

*Welke acties heeft de minister ondernomen om personeelstekorten op te lossen, zonder dat er meer zorgmedewerkers bij hoeven te komen?*

Met het programma TAZ wordt een transitie in gang gezet naar passende en arbeidsbesparende zorg zodat ook in de toekomst niet meer dan 1 op 6 werkenden in zorg en welzijn werkzaam is. Het doel is ervoor te zorgen dat er voldoende ruimte is voor innovatieve werkvormen en technieken, voor het behoud van medewerkers en voor leren en ontwikkelen, zodat de sector zorg en welzijn een fijne sector is om in te (blijven) werken. Het gaat steeds meer om de ruimte en perspectief die (nieuwe) professionals hebben om hun baan vorm en zinvolle invulling te geven. Hier wacht een uitdaging voor werkgevers om actief invulling te geven aan goed en modern werkgeverschap; voor andere betrokken partijen geldt de uitdaging om werkgevers daarbij de benodigde ruimte te geven. En zorgopleidingen moeten, gegeven de voorliggende ambitie, flexibel zijn en

aansluiten op het continu veranderende zorglandschap. Samen met alle belanghebbende partijen – werkgevers, werknemers, vakbonden, zorginkopers, toezichthouders en brancheorganisaties – beschreven afspraken en acties uit programmaplan opgepakt, uitgewerkt en uitgevoerd.

*Bij een tekort van 50.000 zorgmedewerkers en een gemiddelde loonsom van 65.000 euro (Centraal Planbureau (CPB)) heeft de minister 3,25 miljard euro nodig als extra loonsom voor extra uren gemaakt door de 1,4 miljoen zorgmedewerkers die reeds in de zorg werken. Is de minister bereid dit geld extra beschikbaar te stellen? Zo nee, waarom niet?*

Ik en mijn collega-bewindslieden hebben geen signalen dat zorgwerkgevers over te weinig middelen beschikken om medewerkers grotere contracten te bieden. Werkgevers geven nu bovendien ook veel middelen uit aan het inhuren van zzp'ers en uitzendkrachten (personeel niet in loondienst), hetgeen ze niet zouden hoeven te doen wanneer medewerkers meer uren zouden gaan werken. Knelpunten voor grotere contracten liggen vooral in de roostering en gebrek aan flexibiliteit. En dat veel zorgmedewerkers niet meer willen werken vanwege hun werk-privé balans.

*Het verzamelinkomen voor de zorgtoeslag ligt op ruim 41.000 euro. Is de minister bereid uit te laten zoeken hoeveel zorgmedewerkers hoeveel uur meer gaan werken als de minister deze grens optrekt naar 50.000 euro? Zo nee, waarom niet?*

In het kader van het pakket om de koopkracht te ondersteunen heeft het kabinet afgelopen Prinsjesdag besloten om de zorgtoeslag en de inkomensgrens tot waar recht is op de zorgtoeslag, te verhogen. Voor toeslagenpartners is de inkomensgrens verhoogd van circa 41 duizend euro in 2022 naar ruim 48 duizend euro in 2023. Deze maatregel leidt ertoe dat meer mensen recht krijgen op de zorgtoeslag. Deze nieuwe toeslagontvangers zitten in het afbouwtraject van de zorgtoeslag, waardoor hun marginale druk stijgt. Het kabinet heeft daarmee de afgelopen begrotingsronde prioriteit gegeven aan inkomensondersteuning van lage- en middeninkomens boven het aanpakken van de marginale druk. Daarnaast geldt dat de zorgtoeslag generiek is en daarom, als het specifiek om zorgmedewerkers gaat, ongericht is. Ook meer uren werken binnen de zorg te stimuleren is het kabinet aan de slag met concrete acties om een voltijd- of meerurenbonus mogelijk te maken in de zorg- en onderwijssector. Ook ondersteunt het kabinet de stichting Het Potentieel Pakken om contractuitbreidingen in de zorg te stimuleren en om belemmeringen rondom onder meer roostering weg te nemen.

*Welke regels zijn sinds het laatste debat over de arbeidsmarkt in de zorg<sup>21</sup> geschrapd?*

Hier wordt geen centraal totaaloverzicht van bijgehouden; dat is ook niet mogelijk. Een substantieel deel van de regeldruk die zorgverleners in hun dagelijkse praktijk ervaren ontstaat binnen de organisatie waar zij werken, als gevolg van afspraken, werkwijzen of processen die binnen een zorginstelling gelden en ook daar kunnen worden geschrapd of losgelaten. Wel verzamelt en publiceert het ministerie van VWS op de website van het programma [Ont]Regel de Zorg [www.ordz.nl](http://www.ordz.nl) (en, voor een zo groot mogelijk bereik, via verschillende andere communicatiekanalen) voorbeelden van goede, regelarme werkwijzen, geboekte resultaten en informatie over de voortgang van het programma. Sinds het vorige debat over de

<sup>21</sup> Commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de Zorg, 6 juli 2022.

arbeidsmarkt in de zorg is daar bijvoorbeeld informatie geplaatst over het afschaffen van de dubbele medicatiecontrole door zorgorganisatie Carintregeland, het mogelijk maken van een Wmo-indicatie voor onbepaalde tijd voor mensen met een chronische aandoening in de gemeente Stichtse Vecht, het schrappen van de tweejaarlijkse uit het Besluit periodieke registratie Wet BIG en het afschaffen van de verplichting een nieuwe bijlage 2-artsenverklaring in te vullen bij wisseling van medicatie binnen dezelfde geneesmiddelgroep.

*De leden van de PVV-fractie zijn geschokt dat in een welvarend land als Nederland nu wordt gesproken over schaarste: schaarste in het zorgaanbod en dat men daar maar aan moeten wennen. Genoemde leden vinden dat onacceptabel. De schaarste is veroorzaakt door beleid. Wijzig dat beleid en hef de schaarste op in plaats van een beroep te doen op de zelfredzaamheid van patiënten. Genoemde leden willen weten of de minister de waarschuwing van de NZa ter harte neemt dat er tweedeling dreigt in de zorg. Want dat is waar deze inzet op zelfredzaamheid voor het gaat zorgen. Namelijk: een tweedeling in de zorg tussen degenen die zichzelf inderdaad weten te redden of daar de middelen voor hebben, en degenen die dat niet voor elkaar krijgen. Hoe gaat de minister deze laatste groep helpen en ondersteunen? Want de tijd dringt, zoals ook de NZa aangeeft: 'We zijn veel dichterbij dit punt dan menigeen denkt. Beleid om keuzes te maken en zorg te prioriteren is inmiddels noodzaak'.*

De waarschuwing van de NZa heb ik zeker ter harte genomen. Ik ben in overleg met de NZa en de IGJ, om mede naar aanleiding van de signalering 'Stand van de zorg' te kijken of er iets aangepast moet worden aan het begrip 'zorgplicht' en de invulling daarvan; gezamenlijke communicatie richting het zorgveld en burgers en gaan we in overleg met beroepsverenigingen om hen te vragen hun eigen richtlijnen te bezien in het licht van de huidige context van personeelsschaarste. Ik zal u voor het zomerreces nader informeren over de voortgang hiervan.

*De leden van de PVV-fractie zijn verbijsterd dat in de publicatie wordt gesteld dat als patiënten zichzelf niet kunnen redden, dat ze het dan maar moeten leren en dat ze alleen hulp kunnen krijgen als ze dat niet kunnen. Deze leden vinden dit een gotspe, dat men moet aantonen dat men zichzelf niet kan redden, dat men geen familie, burens of vrienden heeft die kunnen helpen, dat men het ook niet kan leren en dat men dan pas zorg kan krijgen. En dat wordt passende zorg genoemd. Deze leden hopen dat de minister hier afstand van neemt, evenals van de oproep van de NZa om voorwaarden te gaan stellen aan welke zorg wel of niet gegeven gaat worden in de toekomst. Medische zorg dient altijd gegeven te worden, volgens deze leden. Is de minister het hiermee eens?*

Medisch noodzakelijke zorg zal altijd gegeven moeten worden als dat is wat de leden van de PVV-fractie bedoelen. Echter niet voor alle (zorg)vragen is medische zorg de beste oplossing. De transitie naar passende zorg is daarom nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

*Genoemde leden lezen in de publicatie dat contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wederom als oplossing naar voren wordt geschoven. Eerst werd benadrukt dat contractering de kwaliteit van zorg zou verbeteren, en nu dat niet bewezen kan worden, wordt contractering genoemd als oplossing voor het personeelstekort. Deze leden vinden dit onbegrijpelijk. Gaat de minister hierin mee?*

In het IZA hebben partijen met elkaar vastgesteld dat contractering moet bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. De IZA-partijen zetten in op passende

zorg, op toegankelijkheid, goede kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dat betekent dat goede praktijken en uitkomsten voor de patiënt een centrale rol hebben en dat in de contractering hierop wordt gestuurd. Datzelfde geldt voor de transformatie naar passende zorg. IZA-partijen onderstrepen dat het belangrijk is dat zorgverzekeraars middels de contractering zorgaanbieders stimuleren en waar nodig sturen om zo snel mogelijk de noodzakelijke transformatie naar passende zorg te maken. Contractering is bovendien een belangrijk instrument om het leveren van kwalitatief goede- en betaalbare zorg voor de patiënt te stimuleren, samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen en afspraken te maken over de toegankelijkheid van zorg.

*Deze leden begrijpen overigens heel goed waarom zorgaanbieders liever zonder contract werken en dus zonder allerlei niet-medisch opgelegde eisen en verantwoordingsformulieren. Zij achten het dan ook een zinloos traject om deze zorgaanbieders tot contractering te dwingen. De kans is groot dat ze de zorg dan eerder verlaten en nieuwkomers zal het weerhouden in de zorg te beginnen en daarmee is het personeelstekort helemaal niet opgelost. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.*

Zoals hiervoor aangegeven vinden IZA-partijen het belangrijk dat zorgverzekeraars middels de contractering zorgaanbieders stimuleren en waar nodig sturen om zo snel mogelijk de noodzakelijke transformatie naar passende zorg te maken. In de huidige uitvoering van het stelsel is het voor sommige zorgaanbieders te makkelijk of aantrekkelijk om ervoor te kiezen niet te contracteren met zorgverzekeraars. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn niet of minder goed aanspreekbaar op gelijkgerichte en gecommitteerde betrokkenheid die nodig is om de transitie naar passende zorg daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Ook kan de keuze om niet-gecontracteerde zorg aan te bieden leiden tot een te grote versnippering van het zorgaanbod en kan dit de transformatie naar passende zorg belemmeren. Het is daarom belangrijk dat zorgverzekeraars waar nodig hun tegenmacht via de contractering kunnen uitoefenen. Maar er zijn geen afspraken gemaakt om zorgaanbieders te dwingen tot contractering; de mogelijkheid om zonder contract zorg te leveren blijft bestaan, ook met de IZA-afspraken, maar het idee is wel om meer te stimuleren dat verzekerden kiezen voor gecontracteerde zorg en zorgaanbieders voor een contract.

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

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZa. Voor deze leden hoort solidariteit aan de basis van het zorgstelsel te staan. Dat de NZa nu concludeert dat op een harde tweedeling wordt afgestevend in de zorg, is dan ook meer dan zorgelijk. Genoemde leden hebben daarom enkele vragen aan de minister.

*Deze leden vragen ten eerste of de minister het beeld herkent dat door de NZa geschetst wordt, dat de zorg een kritisch punt heeft bereikt waarbij mensen lang niet altijd meer de zorg krijgen die zij nodig hebben. Deelt de minister daarnaast ook het beeld dat het zorgaanbod niet in elke regio hetzelfde of gelijk is?*

Ik herken dat er problemen zijn met de toegankelijkheid van de zorg. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachtlijsten lang en is er sprake van arbeidsmarktkrapte. Ik ben van mening dat hier wat aan gedaan moet worden. Dit is ook de reden waarom mijn collega-bewindslieden en ik de afgelopen tijd diverse akkoorden hebben gesloten en programma's zijn gestart. De zorg moet immers toegankelijk en betaalbaar blijven.

Ik deel met de NZa het beeld dat het zorgaanbod niet in iedere regio hetzelfde of gelijk is en hier zie ook niet de absolute noodzaak toe. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de zorgvragen niet in iedere zorgregio hetzelfde of met elkaar vergelijkbaar zijn. Te denken valt onder meer aan het aantal burgers en de leeftijden van burgers. Deze zijn niet één op één per regio over te nemen. Hierdoor kan er per regio een groter beroep worden gedaan op een bepaalde vorm van zorg. Ik vind het van belang dat het gewenste en noodzakelijke zorgaanbod voor burgers binnen de eigen regio beschikbaar en toegankelijk is.

*De NZa wijst er terecht op dat er een appèl moet komen op mensen die dat kunnen, dat zij of hun eigen netwerk meer zelf moeten gaan doen. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister dit voor zich ziet. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er een sterker appèl komt op zelfredzaamheid en weerbaarheid? De NZa wijst er echter ook terecht op dat mensen die het niet zelf kunnen, geholpen moeten worden. Genoemde leden vragen hoe de minister voornemens is de ondersteuning voor deze kwetsbare mensen te verbeteren.*

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 30 september 2022 een brief over Mantelzorg en Informele Zorg aan uw Kamer gestuurd<sup>22</sup>. Hij heeft in deze brief aangegeven in deze kabinetsperiode aan de slag te willen met dit onderwerp op drie onderdelen: (1) de erkenning van mantelzorg en informele zorg in de samenleving, (2) verbinding en samenwerking met (het netwerk) van de mantelzorger en (3) respijtzorg. De kern van deze brief is dat het noodzakelijk is, gelet op de vergijzing en de toename van het aantal chronisch zieken tot 2040, dat de inzet van mantelzorgers van steeds groter belang wordt. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is de ambitie opgenomen om samen met gemeenten uitvoering te geven aan sociale basis waarbij preventie en mantelzorg twee belangrijke pijlers zijn. Hieraan wordt, samen met de betrokken maatschappelijke partners, de komende tijd concrete invulling gegeven met het opstellen van een uitvoeringsagenda. De staatssecretaris heeft tijdens de begrotingsbehandeling van het ministerie van VWS aan uw Kamer toegezegd dat de uitvoeringsagenda in het eerste kwartaal van 2023 gereed is en aan uw Kamer wordt aangeboden. Daarnaast heeft uw Kamer, in een VSO, ook vragen aan de staatssecretaris gesteld over de genoemde Kamerbrief. In zowel de uitvoeringsagenda als de beantwoording van het VSO wordt nader ingegaan op de punten die uw fractie van belang vindt. Uiteraard moet ondersteuning voor de groep die dat niet zelf of met het eigen netwerk kan organiseren, beschikbaar blijven. Die zorg zal beschikbaar blijven vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de minister het met de NZa eens is dat zorgverzekeraars minder moeten concurreren bij het investeren in gezondheid. Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze gaat de minister er dan voor zorgen dat het beleid van de dominante zorgverzekeraar in een regio in het vervolg gevolgd wordt?*

Voor investeren in gezondheid is het niet altijd noodzakelijk dat het beleid van de dominante zorgverzekeraar in de regio wordt gevolgd. Er zijn ook onderwerpen waar iedere zorgverzekeraar zijn eigen beleid kan voeren. Dit kan er juist ook toe leiden dat er initiatieven ontstaan bij een zorgverzekeraar, die bij volgebeleid niet waren ontstaan. En verzekerden kunnen dan ook kiezen voor een zorgverzekeraar die keuze maakt op het terrein van gezondheidsbevordering, die hen bevalt. Ik wil dus juist ruimte laten om zorgverzekeraars hun eigen beleid te laten voeren. Ik ben het wel eens met de NZa dat samenwerking tussen zorgaanbieders, maar ook tussen zorgverzekeraars meer en meer nodig is. In het IZA wordt dan ook een

<sup>22</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 30169 nr. 73

aantal onderwerpen genoemd waarop de samenwerking tussen zorgverzekeraars verstevigd moet worden, zoals impactvolle transformaties en de regionale preventie infrastructuur. Hierbij wordt gesproken over gelijkgerichtheid van zorgverzekeraars. Zo is de afspraak opgenomen dat passende bekostiging nodig is voor de coördinatiekosten van de dominante zorgverzekeraar in de regio die gepaard gaan met het opstellen van een regionaal plan op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

*De NZa wijst er in paragraaf 2.1 over toegankelijkheid op dat bij plotselinge schaarste maatwerk in de regio nodig is. Om ook in plotselinge situaties van krapte de zorg toegankelijk te houden, zal het nodig zijn om keuzes te maken over hoe de zorg wordt geleverd en/of welke zorg wel en welke zorg even niet geleverd kan worden, zo schrijft de NZa. De leden van de CDA-fractie vragen de minister hoe hij dit voor zich ziet. Op welke wijze moeten hier in de toekomst regionale afspraken over gemaakt worden? Wie moet hierbij de regierol hebben als het aan de minister ligt?*

Ik vind in de eerste plaats dat het zorgveld zelf en de regio's hier afspraken over maken en hun rol pakken om zo goed mogelijk te zorgen dat zorg geleverd kan blijven worden. Ook is het aan zorgverzekeraars (en zorgkantoren), gelet op hun zorgplicht, om alles in het werk te stellen om problemen in de toegankelijkheid van zorg te voorkomen. Dit geldt ook op dit moment. Ik ben dan ook al met partijen in gesprek. De bedoeling is om, in lijn met alle reeds gesloten akkoorden en programma's, in gezamenlijkheid aan de slag te gaan om te kijken hoe casuïstiek in het hier en nu kan worden opgelost en daarbij handvatten te bieden aan zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers, zodat voor iedereen die het nodig heeft de zorg toegankelijk blijft. Ik ben in overleg met de NZa en IGJ, om mede naar aanleiding van de signalering 'Stand van de zorg' te kijken of er iets aangepast moet worden aan het begrip 'zorgplicht' en de invulling daarvan.

De NZa en de IGJ hebben als externe toezichthouders een belangrijke signalerende rol betreffende toegankelijkheid bij (plotselinge) schaarste van zorg in een regio. Zoals in het kader van de vroegsignaleringsafspraken bij zorgaanbieders die in de financiële problemen dreigen te komen, wordt het ministerie van VWS door de NZa en/of de IGJ tijdig geïnformeerd over situaties van krapte in de zorg, waardoor continuïteit van zorg in het geding komt. Er vindt escalatie naar het ministerie van VWS plaats wanneer er naar het oordeel van de NZa en/of de IGJ risico's ontstaan voor de kwaliteit, veiligheid of continuïteit van de cliënten-/ patiëntenzorg.

*Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat administratieve lasten in een snel tempo lager worden zodat er meer ruimte is om zorg te leveren?*

Het ministerie van VWS zet vol in op vermindering van de regeldruk met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025, dat in juni 2022 aan uw Kamer is gezonden. In dit programma zet de minister voor Langdurig Zorg en Sport acties uiteen voor het aanpakken van regeldruk op verschillende niveaus: wet- en regelgeving, op landelijk, lokaal en individueel niveau. Daarbij zijn in het IZA concrete afspraken gemaakt met zorgpartijen over het verminderen van regeldruk. Het is van groot belang dat alle betrokken partijen zich in de komende jaren hiertoe maximaal inzetten.

*Hoe gaat de minister zorgen dat bewezen niet-effectieve zorg niet meer vergoed wordt en niet meer kan worden verleend?*

Wanneer zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk is uitstroom in beginsel van toepassing. Het de-implementeren van zorg uit het basispakket is een complex vraagstuk met meerdere facetten. De minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik zetten als volgt hierop in. Vanuit het Kader Passende zorg en de geldende wet- en regelgeving volgt dat zorg op de eerste plaats effectief moet zijn en moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de kamerbrief die ik uw Kamer 2 december jl. heb doen toekomen beschrijven de minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik hoe wij de toets op het basispakket willen verbeteren en verbreden<sup>23</sup>. Daarin beschrijven wij onder meer hoe we het criterium effectiviteit verder willen verduidelijken en waar nodig sterker verankeren in wet- en regelgeving. Dat betekent ook dat in pakketuitspraken specifiek zal worden ingegaan op welke zorg-voor welke (sub)indicatie aantoonbaar effectief is. Met de verbreding van de toets op het basispakket hebben wij voor ogen dat in het open pakket vaker en in meer zorgsectoren getoetst gaat worden op effectiviteit. Indien de toetsing leidt tot de conclusie dat zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, is uitstroom in beginsel van toepassing. Het gevolg kan dus zijn dat reeds bestaande zorg niet meer vergoed wordt uit het basispakket, indien deze niet effectief blijkt te zijn. Deze zorg dient binnen een vastgestelde termijn niet meer te worden geleverd door veldpartijen. In het IZA<sup>24</sup> is hierover afgesproken dat (de)implementatie in principe binnen één jaar aantoonbaar tot resultaat moet leiden.

*Hoe gaat de minister zorgen dat bewezen tijdbesparende innovaties (GUPTA-rapport) eenduidig worden toegepast?*

Hiervoor verwijs ik graag naar de reactie op motie van lid Van den Berg die in de stand van zakenbrief moties en toezeggingen kerstreces 2022 van d.d. 16 december 2022<sup>25</sup>.

In het IZA, als ook in programma's TAZ en WOZO zijn diverse afspraken gemaakt en ambities geformuleerd om passende inzet en opschaling van digitale zorgtoepassingen (in hybride zorgprocessen) en arbeidsbesparende sociale en technologische innovaties te bevorderen.

Zo is in het IZA afgesproken dat er een vindplek komt van goede voorbeelden van hybride zorg om te kunnen worden hergebruikt. Daarbij wordt voortgebouwd op reeds bestaande vindplekken (zoals [www.zorgvannu.nl](http://www.zorgvannu.nl), [www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl), de kennisbank van Vilans, [www.zorginnovatie.nl](http://www.zorginnovatie.nl), [www.actieleernetwerk.nl](http://www.actieleernetwerk.nl) en [www.databankinterventies.nl](http://www.databankinterventies.nl)).

Ook is afgesproken dat er een menukaart komt om in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties (bijvoorbeeld zoals gedefinieerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum, en zolang dit nog niet actief is het ZN Kenniscentrum Digitale zorg) te stimuleren. Gedurende de looptijd van het IZA zal deze steeds worden geactualiseerd naar de laatste inzichten rondom passende zorgpraktijken. Over de voortgang van de verschillende afspraken in het IZA wordt uw Kamer conform afspraken met regelmaat geïnformeerd.

*Hoe gaat de minister zorgen dat meer voorwaarden gesteld kunnen worden bij toelating in het pakket<sup>26</sup> zodat onder andere informatie beschikbaar komt over werkelijke effectiviteit van een behandeling en niet alleen op basis van clinical trials?*

<sup>23</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1174

<sup>24</sup> Integraal Zorgakkoord, p. 34

<sup>25</sup> Kamerstukken II 2022-2023, 36 200-XVI, nr. 191

<sup>26</sup> Kamerstuk 29689, nr. 1112.

Ik vind het belangrijk om onzekerheid over de effectiviteit van zorg zoveel mogelijk te verkleinen, omdat dit kan bijdragen aan meer passende zorg voor de patiënt of cliënt. Dit is echter geen eenvoudige opgave, en vraagt inzet van meerdere partijen. In een aantal gevallen gaat de toelating van zorg tot het basispakket gepaard met onzekerheid over de effectiviteit, bijvoorbeeld over de effecten op lange termijn of buiten de onderzoekssetting. In deze gevallen is het wenselijk om aanvullende data te verzamelen, waarmee deze onzekerheid kan worden weggenomen. In de Kamerbrief Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket<sup>27</sup> beschrijven de minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik dat we willen bezien of we via wet- en regelgeving aanvullende voorwaarden kunnen stellen aan verzekerde zorg, bijvoorbeeld dat partijen in de praktijk meer gegevens verzamelen over de mate van effectiviteit van zorg. Zoals toegezegd aan uw Kamer, zullen wij uw Kamer in het voorjaar van 2023 nader informeren over de uitwerking en concretisering van dit plan. Daarnaast is in de brief ook aangegeven dat het Zorginstituut werkt aan een nieuwe versie van het beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk, welke het eerste kwartaal van 2023 wordt verwacht. Daarbij worden ook modules ontwikkeld voor de toepassing van het beoordelingskader in specifieke situaties waar onzekerheid in de bewijsvoering een grote rol speelt. Een van deze modules betreft *real world data* (RWD), waarbij wordt toegelicht hoe dataverzameling in de praktijk gebruikt kan worden voor het doen van pakketbeoordelingen. Deze module wordt eveneens in het eerste kwartaal van 2023 verwacht.

*De NZa vraagt aan de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om met hen te onderschrijven dat de arbeidsmarktkrapte nu al consequenties heeft voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. De leden van de CDA-fractie vragen de minister of hij dit daadwerkelijk onderschrijft. Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe reageert de minister op de oproep van de NZa dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als stelselverantwoordelijke op korte termijn samen met het zorgveld per zorgsector, en waar nodig sectoroverstijgend, beleid moet ontwikkelen voor het toegankelijk houden van de zorg in plotselinge situaties van krapte?*

*Genoemde leden vragen de minister tevens om te reageren op de aansporing van de IGJ tot realistische verwachting en heldere communicatie over kwaliteit van zorg<sup>28</sup>. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het voor burgers helder is dat het streven naar optimale kwaliteit van zorg geplaatst moet worden naast wat mogelijk is?*

Ik herken dat er problemen zijn met de toegankelijkheid van de zorg. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachtlijsten lang en is er sprake van arbeidsmarktkrapte. Ik ben van mening dat hier wat aan gedaan moet worden. Dit is ook de reden waarom er de afgelopen tijd diverse akkoorden zijn gesloten en programma's zijn gestart. De zorg moet immers toegankelijk en betaalbaar blijven.

Wij zetten met alle recent gesloten akkoorden en programma's<sup>29</sup> in op het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen die dat nodig heeft, nu en in de toekomst. Wij hebben met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken. Tegelijkertijd besef ik ook dat de

<sup>27</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1174

<sup>28</sup> Signaleringsbrief NZa en IGJ aan VWS "Krapte in de zorg zet kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk", 13 oktober 2022

<sup>29</sup> Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd



transformaties waar we afspraken over hebben gemaakt in de akkoorden, niet van vandaag op morgen allemaal gerealiseerd zijn. We willen dan ook samen met alle partijen aan de slag, met wat vooruitlopend in het hier en nu kan helpen om knelpunten in de toegang op te lossen en daarbij handvatten te bieden aan zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers. Het is belangrijk dat voor alle burgers die het nodig hebben de zorg toegankelijk blijft.

Ik ben in overleg met de NZa en IGJ, om mede naar aanleiding van de signalering 'Stand van de zorg' te kijken of er iets aangepast moet worden aan het begrip 'zorgplicht' en de invulling daarvan; gezamenlijke communicatie richting het zorgveld en burgers en gaan we in overleg met beroepsverenigingen om hen te vragen hun eigen richtlijnen te bezien in het licht van de huidige tijdsgeest. Ik zal u voor het zomerreces nader informeren over de voortgang hiervan.

*In paragraaf 2.2 over passende bekostiging en contractering schrijft de NZa dat de financiële effecten van het huidige risicovereveningsmodel belemmerend kunnen werken voor de inzet van preventie, innovatieve behandelingen of substitutie naar eerstelijnszorg. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister van plan is de risicoverevening aan te passen zodat het inkopen van passende zorg geen nadelige financiële gevolgen zal hebben voor zorgverzekeraars.*

In lijn met het antwoord dat ik eerder gaf op de vraag van de leden van de D66-fractie wil ik eerst opmerken dat het een misvatting is dat zorgverzekeraars vanwege de risicoverevening negatieve gevolgen ervaren bij de inzet van passende zorg. In de meeste gevallen vormt de risicoverevening juist géén belemmering tot de inzet van passende zorg en staan de prikkels goed. Immers: een euro die de verzekeraar weet te besparen door inzet van passende zorg, is een euro winst voor de zorgverzekeraar, die vervolgens ingezet kan worden om via een scherpe premie de gunst van de verzekerde te behouden of te verkrijgen. Uit het advies van het Zorginstituut<sup>30</sup> blijkt echter dat er enkele specifieke situaties kunnen zijn waarin de risicoverevening de prikkels tot inzet van passende zorg kan belemmeren. Binnenkort start een onderzoek naar dit specifieke thema. In de zomer beslis ik, aan de hand van de uitkomsten van de onderzoeken, over de vormgeving van het risicovereveningsmodel voor 2024.

*Zij vragen op welke termijn de minister verwacht het geplande onderzoek naar verbetering van de risicoverevening ten behoeve van de groep ouderen en chronische zieken naar de Kamer te kunnen sturen. Aan welke ex ante maatregelen denkt de minister om vanaf 2024 de compensatie van gezonde en chronisch zieke verzekerden in de risicoverevening structureel te verbeteren?*

Zoals elk jaar laat ik verschillende onderzoeken uitvoeren om de risicoverevening verder te verbeteren. Dit jaar ligt de prioriteit opnieuw bij het verminderen van de over- en ondercompensaties voor de gezonde verzekerden en chronisch zieken. In de zomer van 2023, als deze onderzoeken zijn afgerond, informeer ik uw Kamer over de uitkomsten en de voorgestelde aanpassingen voor het risicovereveningsmodel 2024.

*De NZa schrijft dat zij in het najaar focusgroepen organiseert om met veldpartijen de haalbaarheid en voor- en nadelen te verkennen van enkele ideeën over de vraag hoe via bekostiging de beschikbaarheid van uitkomstinformatie vergroot kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen welke veldpartijen bij deze focusgroepen aansluiten. Deze leden vragen tevens of de Kamer geïnformeerd*

---

<sup>30</sup> Advies passende zorg en risicoverevening, Zorginstituut Nederland, 16 augustus 2022, bijlage bij: Kamerstukken II, 2021-2022, 29 689, nr. 1166

*wordt over de resultaten van deze focusgroepen en of de beschikbaarheid van deze informatie openbaar zal zijn, dus ook voor patiënten.*

De NZa heeft mij laten weten voor deze focusgroepen zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en deskundigen (waaronder wetenschappers) uitgenodigd te hebben. De resultaten van deze focusgroepen worden momenteel geanalyseerd door de NZa. De analyse zal onderdeel uitmaken van een mogelijk beleidsvoorstel over welke bijdrage de NZa kan leveren hoe via de bekostiging van zorg de beschikbaarheid van uitkomsten kan worden versneld. Een eventueel beleidsvoorstel zal openbaar zijn en dus ook beschikbaar voor uw Kamer. Ook geeft de NZa aan dat vertegenwoordigers vanuit patiëntenvereniging zijn geraadpleegd en ook actief deelnemen aan de discussies over beschikbaarheid van uitkomstinformatie. De NZa geeft aan dat de resultaten van de focusgroepen niet openbaar zijn en dus niet beschikbaar voor patiënten.

*Ondanks goede voorbeelden worden nog heel beperkt afspraken gemaakt over alternatieve bekostigingsvormen zoals bundelbekostiging, terwijl de NZa juist hoopt dat met prospectieve bundelbekostiging de huidige volume prikkel in het stelsel sterk kan worden gereduceerd. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister van plan is ervoor te gaan zorgen dat er geen vrijblijvendheid meer is in het overnemen van goede voorbeelden, zodat er bijvoorbeeld meer gebruikgemaakt wordt van bundelbekostiging.*

Zoals ik ook op de vraag van de leden van de D66-fractie heb aangegeven over bundelbekostiging in de medisch specialistische zorg, faciliteert de NZa partijen die gebruik (willen) maken van bundelbekostiging. Zo deelt zij openbaar goede voorbeelden en heeft zij een specifieke leidraad over bundelbekostiging gepubliceerd. Het is echt aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf om hierover specifieke afspraken te maken in de contractering en de goede voorbeelden te gebruiken.

*De NZa geeft in paragraaf 2.3 over samenwerken aan passende zorg aan dat regioplannen een belangrijk stuurmiddel zijn voor de transitie naar passende zorg. Om een betrouwbaar beeld te krijgen, is volgens de NZa een uniforme digitale infrastructuur voorwaardelijk. De leden van de CDA-fractie steunen dit en vragen daarom de minister welke stappen hij onderneemt om een dergelijke uniforme digitale infrastructuur op te zetten. Kan de minister daarbij een tijdlijn geven wanneer deze uniforme digitale infrastructuur klaar moet zijn?*

Zoals aangekondigd in de Kamerbrief van 19 mei 2022<sup>31</sup> en toegelicht in het Informatieberaad van september jl. wordt onderzocht of een grotere centrale, publieke rol noodzakelijk is voor de totstandkoming van die landelijke dekking. Dit aanvullend op de door het ministerie van VWS ingezette koers van standaardisatie van elektronische gegevensuitwisseling en de Wegiz. Het ministerie van VWS heeft D&A Medical Group gevraagd onderzoek te doen naar de scenario's om gegevensuitwisseling middels een landelijk dekkend netwerk te faciliteren. Om zo te komen tot een beleidskeuze voor een scenario waarmee het leveren van goede zorg op de juiste plek en op het juiste moment op de korte termijn mogelijk wordt. Het eindrapport is door de D&A Medical Group eind december jl. opgeleverd aan het ministerie van VWS. Op basis van het eindrapport wordt momenteel de beleidskeuze uitgewerkt. Het beoogde resultaat is een onderbouwde beleidskeuze voor een scenario. De kern van de beleidskeuze wordt extern gepresenteerd in een buitengewoon Informatieberaad (13 februari

<sup>31</sup> Kamerstukken II 2021-2022, 27 529, nr. 277

aanstaande). Na afstemming met het zorgveld zal hierover een brief volgen aan uw Kamer.

*In de derde paragraaf over trends in sectoren staat dat tussen 2019 en 2021 bijna 40.000 mensen hebben deelgenomen aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). De NZa geeft echter aan dat deze vormen van zorg nog niet overal in het land beschikbaar zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister kan aangeven in welke regio's de GLI nog niet wordt aangeboden, en wat hiervan de reden is. Kan de minister daarnaast aangeven wat de resultaten zijn?*

Na publicatie van de 'Stand van de zorg 2022' heeft de NZa nieuwe informatie verkregen rond het aanbod van de GLI in de verschillende regio's. Op basis van een zelfrapportage van zorgverzekeraars heeft zij het beeld gekregen dat in vrijwel alle gemeenten van Nederland inmiddels sprake is van gecontracteerd aanbod. Daar waar dit nog niet het geval is, is dit in een buurgemeente wel geregeld. Zorgverzekeraars geven aan in een vergevorderd stadium te zijn om ook deze laatste 'witte vlekken' weg te werken. De NZa heeft op dit moment géén signalen dat er sprake is van wachtlijsten, hoewel verzekerden soms een korte tijd moeten wachten totdat een groep (GLI vindt voor een belangrijk deel plaats in groepsverband) voldoende groot is om te starten met een GLI-traject.

Wat betreft resultaten is onlangs de jaarlijkse rapportage van het RIVM verschenen over de monitor van de GLI. Daarin stonden eerste resultaten over effectiviteit. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het rapport naar uw Kamer gestuurd<sup>32</sup>. Van een groep van 660 deelnemers is bekend hoe het gewicht, de buikomtrek en de kwaliteit van leven is veranderd tijdens de eerste negen maanden van de behandeling. Gemiddeld verloren zij ruim 3 procent van hun gewicht en middelomtrek. De gemiddelde score die deelnemers aan hun kwaliteit van leven geven veranderde van 58,0 naar 65,6 op een schaal van 100. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan dat ze minder problemen hadden met mobiliteit, dagelijkse activiteiten, pijn, en angst en somberheid. Het betreft nu dus resultaten van een hele kleine groep deelnemers. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwacht bij een volgende uitgebreide rapportage van het RIVM (najaar 2023) meer resultaten te kunnen delen en ook in te kunnen gaan op het behoud van deze resultaten na twee jaar.

*Ten opzichte van vorig jaar is het aantal polissen toegenomen van 57 naar 60. Ook het aantal polissen met beperkende voorwaarden is gestegen van 16 naar 21. De NZa geeft aan dat per 2023 maatregelen worden getroffen om een verdere segmentering van de markt te stoppen. De leden van de CDA-fractie vragen aan welke maatregelen de minister denkt om deze verdere segmentering te stoppen.*

Uit eerder onderzoek is gebleken dat er een sterk verband bestaat tussen de gezondheid van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar en het vereveningsresultaat en dat dit verband het sterkst is bij gezonde verzekerden. Dit kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars zich willen richten op gezonde verzekerden. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) en NZa schetsen in hun advies<sup>33</sup> een scenario waarin zo'n focus op gezonde verzekerden juist in het huidige

<sup>32</sup> Kamerstukken II 2022-2023, 32 793, nr. 646.

<sup>33</sup> Advies aan Minister VWS over invoering maatregelen zorgverzekeringsmarkt 2023, 30-09-2022, via: [Advies aan VWS over invoering maatregelen zorgverzekeringsmarkt 2023 | ACM.nl](https://www.acm.nl/advies-aan-vws-over-invoering-maatregelen-zorgverzekeringsmarkt-2023).

overstapeseizoen toe zou kunnen nemen. Het afschaffen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023 en de premieontwikkeling 2023 zouden er namelijk toe kunnen leiden dat meer verzekerden op zoek gaan naar een andere verzekering, waardoor zorgverzekeraars hier op zouden kunnen acteren door zich te richten op het aantrekken van vooral jonge en gezonde verzekerden. De ACM en NZa geven aan niet te kunnen voorspellen hoe waarschijnlijk dit scenario is, maar schetsen dat 'niets doen' een risico vormt. Mede op basis van dit advies heb ik daarom in de zomer besloten om voor 2023 eenmalig een bandbreedte in te voeren in de risicoverevening.<sup>34</sup> Dat betekent dat excessieve vereveningsresultaten – oftewel heel grote winsten of verliezen die door onvolkomenheden in de risicoverevening komen – afgeroomd worden. Ik vind dit een goede manier om prikkels tot risicoselectie te beperken.

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

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZa. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Deze leden maken zich zorgen over de door de NZa geschetste tweedeling in de zorg. Zij constateren echter ook dat de minister niet bereid lijkt te zijn om te komen tot de fundamentele keuzes die nodig zijn om dit tegen te gaan, zoals het afschaffen van het eigen risico, het fatsoenlijk belonen van zorgverleners en het afschaffen van de marktwerking in de zorg. Hoe verwacht de minister om deze tweedeling tegen te gaan, als de keuzes die nodig zijn om klassenzorg tegen te gaan, taboe worden verklaard?*

We hebben in Nederland een stelsel met private partijen die werken binnen een publiek gereguleerde context en waarbij solidariteit en toegankelijkheid van goede zorg voor iedereen in Nederland het uitgangspunt zijn. Dit leidt er ook toe dat mensen kunnen kiezen voor zowel een verzekeraar als kunnen kiezen naar welke zorgverlener ze gaan. Inzetten op grote stelselwijzigingen zal niet bijdragen aan het borgen van de solidariteit en toegankelijkheid van zorg. Wel ben ik van mening dat de oplossing ligt in meer samenwerking en minder in concurrentie. En daar hebben we alle kennis, kunde en expertise van de diverse partijen bij nodig. Met het IZA zetten we daarom samen met de betrokken partijen stevig in op het verder verbeteren van de samenwerking. Ik ben ervan overtuigd dat we alleen door die gezamenlijke inspanning tot de noodzakelijke verbeteringen komen. Het Nederlandse zorgstelsel kent een hoge mate van solidariteit: gezonde, jonge mensen en mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oudere mensen met een lager inkomen. Het verplicht eigen risico legt een relatief klein deel van de zorgkosten echter nadrukkelijk bij de zorggebruiker. Van degenen die zorg ontvangen mag worden verwacht dat zij aan de kosten van die zorg meebetalen en kostenbewust zijn. Het eigen risico draagt zo bij aan het draagvlak voor de solidariteit in het stelsel. Via de zorgtoeslag ontvangen mensen met lagere inkomens overigens een tegemoetkoming in de kosten van zowel de nominale premie als van het verplicht eigen risico. Bovendien is het eigen risico tot en met 2025 bevroren op 385 euro per jaar. Het afschaffen van het eigen risico zou structureel zo'n 6 miljard euro kosten waardoor de premies sterk zullen stijgen. Dat is onwenselijk en ook niet nodig.

*Genoemde leden lezen in het rapport dat het aantal polissen met beperkende voorwaarden en het aantal mensen met zo'n polis opnieuw is gestegen. Zij constateren dat dit de toegang tot de zorg van deze mensen verslechtert. Zij*

---

<sup>34</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 29689, nr. 1166

*vragen de minister daarom wat hij van plan is om te doen om deze ontwikkeling tegen te gaan.*

*Voorts vragen deze leden of de bestaande 'polisjungle' de oorspronkelijke bedoeling van de Zorgverzekeringswet was. Kan de minister toelichten in hoeverre de enorme verscheidenheid aan polissen bijdraagt aan betere, betaalbare en toegankelijke zorg?*

Elke verzekerde kan ieder jaar opnieuw kiezen voor een polis die het beste bij hem of haar past. 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. Bij een budgetpolis kan het zijn dat er minder zorgverleners zijn gecontracteerd dan gemiddeld (maar nog altijd voldoende om aan de zorgplicht te voldoen) of het kan zijn dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager is dan gemiddeld. Het is van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun verzekerden/patiënten goed informeren over de vraag of er een contract is en wat dit betekent voor de vergoeding. De NZa houdt hier toezicht op.

Een belangrijk uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet is dat verzekerden zich vrij voelen om een zorgverzekering te kiezen die aansluit op hun voorkeuren en zorgbehoeften. Als zorgverzekeraars verzekeringen op de markt brengen die niet goed aansluiten bij de behoeften van verzekerden, dan kunnen verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar. Die dreiging houdt zorgverzekeraars scherp in hun rol ten aanzien van klantgerichtheid en de inkoop van zorg.

Ik ben van mening dat het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend moet zijn, zodat er voor verzekerden echt iets te kiezen valt. Het gaat mij hierbij niet zozeer om het aantal polissen, maar vooral om de diversiteit van het polisaanbod. Als er veel polissen zijn die sterk op elkaar lijken dan bemoeilijkt dit het keuzeprocess voor verzekerden. Verzekerden kunnen hierdoor overstapbelemmeringen ervaren, hetgeen leidt tot een lagere overstapgeneigdheid. En juist die overstapgeneigdheid is belangrijk om verzekeraars te prikkelen in te spelen op de preferenties en zorgbehoeften van verzekerden.

Ik werk continu aan verbeteringen in de risicoverevening.<sup>35</sup> Daardoor worden eventuele prikkels om vanwege puur financiële redenen bepaalde polissen (gericht op bepaalde groepen verzekerden) in de markt te zetten beperkt. Daarnaast ben ik, zoals ik in mijn brief<sup>36</sup> van 14 oktober jl. aan heb gegeven, in gesprek gegaan met de NZa over het aanpassen van de definitie van nagenoeg gelijke polissen, zoals de motie van de leden Van den Berg en Hijink mij verzocht.<sup>37</sup> De NZa is voornemens de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars aan te scherpen, waardoor het voor verzekerden beter inzichtelijk wordt of er een vergelijkbare polis op de markt is. Dat is een mooie stap.

*Daarnaast constateren deze leden dat de stijging van het aantal mensen met een polis met beperkende voorwaarden ook te maken heeft met de forse stijging van de zorgpremie, waardoor deze voor steeds meer mensen lastig te betalen is. Zij stellen dat dit de huidige financieringssysteem van de zorgverzekering steeds lastiger houdbaar maakt. Daarom vragen zij of de minister bereid is om te onderzoeken op welke manier het mogelijk zou zijn om de zorgverzekering meer uit de belastingen te betalen.*

<sup>35</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 29 689 nr. 1150 voor een toelichting.

<sup>36</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 29 689 nr. 1169.

<sup>37</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 35 872 nr. 10.

De premiestijging in 2023 is hoger dan in eerdere jaren, met name door de hogere zorguitgaven als gevolg van de gestegen lonen en prijzen. Ter compensatie van de premiestijging en de stijging van het gemiddelde verplicht eigen risico ontvangen de lage en middeninkomens de zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de stijging van de nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico. Dit zorgt ervoor dat de premie ook voor deze groepen betaalbaar blijft.

Het meer financieren van de zorgverzekering uit belastingen is in het huidige zorgstelsel geen reële optie. Het zou een wijziging van de financieringswijze van de zorgverzekering betekenen. We hebben nu een werkend stelsel met privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die de zorgverzekering voor eigen rekening en risico uitvoeren. Ik vind een onderzoek naar het meer financieren van de zorgverzekering uit belastingen daarom niet nodig.

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

Het lid van de BBB-fractie heeft met grote zorgen kennisgenomen van de publicatie 'Stand van de zorg 2022' van de NZA. Zorgen omdat de NZa waarschuwt voor een tweedeling tussen mensen die de weg weten te vinden in het zorglandschap en over voldoende middelen beschikken en mensen voor wie dat niet geldt. Maar ook zorgen omdat de NZa waarschuwt voor de verschillen in beschikbare zorg tussen regio's. Het lid van de BBB fractie heeft daarom een aantal vragen.

*Genoemd lid wil weten hoe de minister de uitspraak vanuit de NZa: 'we stevenen af op een harde tweedeling', beoordeelt. Het lid van de BBB-fractie is van mening dat inderdaad steeds grotere verschillen ontstaan in de toegankelijkheid van zorg tussen verschillende bevolkingsgroepen. Door middel van de zorgtoeslag wordt getracht om voor de laagste inkomens wat pijn te verzachten maar in de praktijk blijkt dat deze mensen toch moeite hebben om eigen bijdrages en eigen risico te betalen. Genoemd lid denkt dat dit probleem door de hoge inflatie verder zal groeien. Deelt de minister deze zorgen?*

Ik beoordeel deze uitspraak als een signaal van de NZa over de toegankelijkheid van de zorg. Zoals eerder aangegeven is het belangrijk dat voor iedereen de benodigde zorg toegankelijk blijft.

De zorgen van het lid van de BBB-fractie deel ik niet. Het kabinet heeft verschillende maatregelen genomen om de koopkrachteffecten van de hoge inflatie te beperken. Zo wordt de zorgtoeslag in 2023 eenmalig extra verhoogd tot maximaal € 1.858 per jaar zonder toeslagpartner (in 2022 nog € 1.336) en € 3.182 per jaar mét toeslagpartner (in 2022 nog € 2.553), maar worden ook andere maatregelen getroffen zoals het prijsplafond voor energie en de verhoging van het minimumloon en gekoppelde uitkeringen (bijstand en AOW).

De vergoedingen en eigen bijdragen voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) worden ook over het jaar 2023 geïndexeerd aan de hand van de relevante prijsindexen. In de Zvw vinden er kleine stijgingen plaats van de eigen bijdragen én van enkele vergoedingen voor hulpmiddelen, kraamzorg, het ziekenvervoer en logeerkosten vanuit de Zvw. Alleen voor haarwerken daalt de vergoeding met € 3 door gebruikmaking van de toepasselijke prijsindex. Over het jaar 2023 is het effect van de hoge inflatie op eigen bijdragen en vergoedingen vanuit de Zvw dus ook nauwelijks merkbaar. Deze effecten zijn toegelicht in Staatscourant 2022, 28977.

Bovendien zorgt het kabinet er voor dat het verplicht eigen risico ook in de jaren 2023, 2024 en 2025 niet zal stijgen en blijven de bijbetalingen voor extramurale geneesmiddelen in 2023 gemaximeerd op € 250 per jaar.

Voor zorg vanuit de Wlz (en het beschermd wonen in de Wmo 2015) kunnen er sterkere stijgingen optreden dan voor Zvw-zorg. In hoeverre die stijging zich voordoet is echter afhankelijk van de soort bijdrage die verschuldigd, alsmede van het inkomen en vermogen van de verzekerde en eventuele partner. Zo zien cliënten die in de Wlz (of voor beschermd wonen in de Wmo 2015) de minimale eigen bijdrage betalen deze met € 120 per jaar stijgen. Er zijn overigens ook ontvangers van de langdurige zorg die enkele aftrekposten in 2023 relatief sterk zien stijgen, waardoor zij juist een voordeel hebben ten opzichte van 2022. De effecten van de eigen bijdragen in de Wlz en het voor het beschermd wonen zijn uitgebreid toegelicht in Staatscourant 2022, 32381.

*Het lid van de BBB-fractie denkt dat het steeds ophogen van de zorgtoeslag ter compensatie van hogere zorgkosten een doodlopende weg is. Niet alleen kan de zorgtoeslag bijvoorbeeld ook gebruikt worden om andere financiële gaten te dichten, maar daarnaast ontstaan steeds meer problemen bij de groep die geen zorgtoeslag krijgt: de middeninkomens. Genoemd lid denkt dat het stelsel fundamenteel anders moet en ziet veel voordelen in het concept zoals de SP-fractie voorstelt: een nationaal zorgfonds. In hoeverre heeft de minister hier al eens serieus naar gekeken? Zou de minister deze mogelijkheid serieus willen onderzoeken?*

We hebben in Nederland een stelsel met private partijen die werken binnen een publiek gereguleerde context en waarbij solidariteit en toegankelijkheid van goede zorg voor iedereen in Nederland het uitgangspunt zijn. Onderdeel daar van is dat mensen zelf kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Inzetten op een stelselwijziging zal dan ook niets bijdragen aan het borgen van de solidariteit en toegankelijkheid van zorg. Wel ben ik van mening dat de oplossing ligt in meer samenwerking en minder in concurrentie. En daar hebben we alle kennis, kunde en expertise van de diverse partijen bij nodig. Met het IZA heb we daarom samen met de betrokken partijen grootschalig ingezet op betere samenwerking. Ik ben ervan overtuigd dat we alleen door die gezamenlijke inspanning tot de noodzakelijke verbeteringen komen.

*Het genoemde lid wil graag weten hoe de minister 'zelfredzaamheid' gaat bevorderen. Hoe ziet de minister de rol van mantelzorgers in relatie tot zelfredzaamheid?*

Gemeenten hebben op grond van de Wmo2015 de wettelijke opdracht om mensen maatschappelijke ondersteuning te bieden als zij niet meer zelfstandig kunnen participeren en/of een psychosociale stoornis hebben. Indien hier sprake van is zal de gemeente altijd onderzoeken wat iemand nog zelf kan en welke mogelijkheden er zijn in het sociaal netwerk om de participatie te bevorderen. Hierbij wordt onderzocht of en welke inzet van mantelzorgers of vrijwilligers volstaat. Zij hebben bijvoorbeeld, zoals de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de brief Mantelzorg en Informele zorg<sup>38</sup> aangeeft, de rol om mensen te helpen met eenvoudige ondersteuningstaken (medicatie tijdig slikken, administratie verzorgen, boodschappen doen). Indien deze ondersteuning niet meer volstaat

---

<sup>38</sup> Kamerstukken II, 2022-2023, 30169 nr. 73

wordt onderzocht of een algemene voorziening (bijvoorbeeld het brede welzijnswerk) of een maatwerkvoorziening noodzakelijk is.

*De Europese Commissie vindt de mantelzorgers van groot belang en wil meer financiële en sociale zekerheid voor deze groep. Hoe denkt de minister dit in te gaan vullen? Het lid van de BBB-fractie wil erop wijzen dat mantelzorg veel vraagt van mensen. Het is logisch dat bij een steeds minder toegankelijke zorg, steeds meer mensen (noodgedwongen) mantelzorger worden. Maar dit eist vaak een hoge tol van deze mantelzorgers. Genoemd lid is dan ook van mening dat problemen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg niet afgeschoven mogen worden op mantelzorgers. Deze mensen moeten gefaciliteerd worden. Daarbij gaat het niet alleen over financiële middelen, maar ook het mogelijk maken van de combinatie zorg en werk bijvoorbeeld. Graag ontvangt genoemd lid een reflectie van de minister hierop.*

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft uw Kamer op 30 september 2022<sup>39</sup> geïnformeerd over de visie op mantelzorg en informele zorg. Hij heeft in deze brief aangegeven in deze kabinetsperiode aan de slag te willen met dit onderwerp op drie onderdelen: (1) de erkenning van mantelzorg en informele zorg in de samenleving, (2) verbinding en samenwerking met (het netwerk) van de mantelzorger en (3) respijtzorg.

De kern van deze brief is dat het noodzakelijk is, gelet op de vergijzing en de toename van het aantal chronisch zieken tot 2040, dat de inzet van mantelzorgers van steeds groter belang wordt. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is de ambitie opgenomen om samen met gemeenten uitvoering te geven aan sociale basis waarbij preventie en mantelzorg twee belangrijke pijlers zijn. Hieraan wordt, samen met de betrokken maatschappelijke partners, de komende tijd concrete invulling gegeven met het opstellen van een uitvoeringsagenda. De staatssecretaris heeft tijdens de begrotingsbehandeling van het ministerie van VWS aan uw Kamer toegezegd dat de uitvoeringsagenda in het eerste kwartaal van 2023 gereed is en aan uw Kamer wordt aangeboden. Daarnaast heeft uw Kamer, in een VSO, ook vragen aan de staatssecretaris van VWS gesteld over de genoemde Kamerbrief. In zowel de uitvoeringsagenda als de beantwoording van het VSO wordt nader ingegaan op de punten die uw fractie van belang vindt.

Bestaande verlofvormen bieden mogelijkheden om werk en mantelzorg te combineren en Stichting Werk& Mantelzorg biedt advies en ondersteuning aan werkgevers. Of er meer nodig en mogelijk is om de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en beroep op mantelzorg toekomstbestendig te houden gaat de staatssecretaris van VWS samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen, werkgevers en mantelzorgers verkennen.

*Het lid van de BBB-fractie heeft ook vragen over het verschuiven van het thema 'ziekte' naar 'gezondheid', waar ook NZa naar verwijst. Zij onderschrijft dit uitgangspunt van harte, maar denkt dat het makkelijker gezegd dan gedaan is. In de praktijk zijn protocollen leidend. Als voorbeeld: een jonge vrouw krijgt een hartinfarct en herstelt daar goed van. Er is geen hartschade, ze was in goede conditie en heeft deze conditie snel weer terug. Dan wordt toch verplicht*

<sup>39</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73



*hartrevalidatie gestart, omdat dat nu eenmaal 'hoort'. De vrouw ziet de toegevoegde waarde niet, voelt zich niet gehoord, maar start het traject, omdat ze anders niet terug naar haar werk mag. Een andere hartpatiënt in dezelfde groep wordt na de standaard hartrevalidatie 'ontslagen', maar heeft nog een slechte conditie, is onzeker en wil graag door. Dit kan niet, want het traject heeft het maximaal aantal keren bereikt. De vrouw wil de haar nog resterende afspraken graag aan de man gunnen, zij heeft het toch niet nodig. Ook dat kan niet. Als het gaat om passende zorg en focus op gezondheid dan is daar in dit voorbeeld toch echt geen sprake van. Hier anders mee om gaan vergt een totaal andere manier van kijken naar de zorg. Het vergt dat de patiënt echt centraal staat. Dat er ook naar de patiënt geluisterd wordt. Het lid van de BBB-fractie denkt dat passende zorg start bij zorg die past bij de patiënt. Uiteindelijk is dat ook de meest efficiënte zorg. De minister regelt de zorg nu in passend bij het systeem. De patiënt moet zich aanpassen aan het systeem. De NZa schrijft 'niet beginnen bij het systeem, maar bij de vraag wat nodig is.' De NZa ziet dit meer op populatieniveau, door uitgaande van de gezondheidsstatus van de populatie, de vraag naar ondersteuning en zorg in kaart te brengen. Het lid van de BBB-fractie denkt dat dit vooral een slag is voor beleidsmakers, maar dat de echte omslag op de werkvloer plaats moet vinden: bij de artsen en de verpleegkundigen. Zij willen dit wel, maar worden daarin vaak belemmerd door regelgeving, vanuit het Rijk maar ook vanuit de zorgverzekeraars. Genoemd lid wil daarom weten hoe de minister deze omslag concreet gaat maken. Is de minister voornemens om dit inderdaad via zorgverzekeraars in te gaan zetten? Beseft de minister dat het niet zo is dat de zorgverzekeraars verandering moeten bewerkstelligen bij de zorgverleners, maar dat juist verandering bewerkstelligd moet worden bij de zorgverzekeraars?*

De beweging naar passende zorg vergt een verandering van alle spelers in het veld, niet alleen van zorgverzekeraars. Hierover hebben we met de verschillende partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgverleners en patiënten) afspraken gemaakt in het IZA. Zo is afgesproken dat de overheid er voor moet zorgen dat regelgeving en kaders aangepast worden waar nodig, zodat die niet belemmerend werken voor de beweging naar passende zorg. Zorgaanbieders en zorgverleners zijn verantwoordelijk voor operationalisering van passende zorg door kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen als het nodig is aan te passen. Dat maakt de implementatie van passende zorg in de praktijk beter mogelijk. En uiteraard hebben ook de zorgverzekeraars een belangrijke rol als het gaat om de beweging naar passende zorg. Zij moeten passende zorg contracteren en inkopen en daarover de gesprekken voeren met de zorgaanbieders die zij contracteren. In het kader van het IZA blijven we hier met alle betrokken partijen over in gesprek.

*Het lid van de BBB-fractie kan zich vinden in de definitie die NZa hanteert voor passende zorg: 'Passende zorg is zorg die samen met de patiënt tot stand komt, is de juiste zorg op de juiste plek en gaat niet over ziekte, maar over gezondheid en preventie.' Maar genoemd lid heeft nog steeds grote moeite met hoe de minister 'de juiste zorg op de juiste plek' invult. Zij vraagt daarom of de minister de aangenomen motie van het lid van den Berg<sup>40</sup> inzake kwaliteit van de zorg, actief betreft bij het nader invullen van het Integraal Zorgakkoord en de werkagenda's, zodat nabijheid van zorg onderdeel is van passende zorg.*

---

<sup>40</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 679.

In het IZA is met alle ondertekenende partijen afgesproken hoe passende zorg met betrekking tot nabijheid wordt ingevuld: 'Passende zorg' vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel. Dit betekent dus dat binnen het IZA het streven is dat zorg dichtbij de patiënt plaatsvindt als dat mogelijk is. In de genoemde motie wordt tevens gevraagd dat hierbij rekening wordt gehouden met specifieke regionale kenmerken. Daarom is in het IZA afgesproken dat regio's (verder) werken met regiobeelden en ROAZ-beelden. Regionale partijen omschrijven in de Regiobeelden en ROAZ-beelden wat specifieke kenmerken voor de regio zijn, zoals de regionale demografie. Daarnaast zullen regionale partijen onder meer omschrijven wat de (acute) zorgvraag is per regio, afgezet tegen het (acute) zorgaanbod. Op basis van de regiobeelden en ROAZ-beelden worden concrete regionale plannen gemaakt, in het kader van toegankelijkheid van (acute) zorg.

*Het lid van de BBB-fractie vraagt verder of de zorgverzekeraars de aangewezen organisaties zijn om te investeren in gezondheid zoals de NZa adviseert. Hoe ziet de minister dit? Op welke wijze zou dit moeten gebeuren?*

Zorgverzekeraars hebben primair de taak om goede zorg in te kopen voor hun verzekerden die te maken krijgen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte. Voor zover interventies of aanpakken gericht op gezondheid onder de te verzekeren zorg vallen, hebben zorgverzekeraars hiervoor bovendien een zorgplicht. De zorginkoop is een belangrijk instrument van verzekeraars om te investeren in de gezondheid van hun verzekerden. Hiermee kunnen zij zorgprofessionals namelijk stimuleren om in te zetten op preventie en gezonde leefstijl van hun patiënten.

*Genoemd lid denkt dat het integraal benaderen van gezondheid, zoals ook in het Integraal Zorgakkoord wordt omschreven, van groot belang is. Waarbij gezondheid niet los gezien kan worden van andere beleidsterreinen, zoals armoede, schulden, huisvesting en werk. Hoe ziet de minister de rol van de zorgverzekeraars in dit geheel?*

Zoals het lid van de BBB-fractie aangeeft, wordt gezondheid beïnvloed door een veelheid aan factoren, waarvan veel niet in het medische domein liggen, zoals armoede, werk en huisvesting. Samenwerking tussen de gemeentelijke en medische domeinen is dus essentieel om de beweging van ziekte naar gezondheid te kunnen realiseren en inzet op gezondheid niet onnodig te medicaliseren. Het is een gezamenlijke opgave. In het IZA zijn hierover afspraken gemaakt, evenals in het recent gesloten Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Er zijn veel onderwerpen die zowel het zorg- als het sociaal domein bestrijken en waar op kan worden samengewerkt. Neem bijvoorbeeld de samenwerking van 1<sup>e</sup>-lijnszorgaanbieders en het bredere sociale domein om patiënten met geldzorgen goed op te vangen en warm over te dragen aan een hulpverlener in het sociale domein. Zorgverzekeraars investeren in goede voorbeelden hiervan, zoals krachtige basiszorg. Maar er zijn ook andere regionale aanpakken waar zorgverzekeraars vaak een partner in zijn, zoals de investeringen in lokale maatwerkbudgetten waar wijkteams adequate hulp mee kunnen bieden of initiatieven via de gemeentepolis. Zorgverzekeraars investeren de laatste jaren ook flink in het terugdringen van betalingsachterstanden zorgpremie en eigen risico.

*Het lid van de BBB-fractie merkt op dat de NZa voorstelt dat zorgverzekeraars elkaar niet beconcurreren op het thema gezondheid. Ook hierin ziet genoemd lid ondersteuning voor het anders inrichten van het stelsel, bijvoorbeeld volgens het eerder genoemde nationale zorgfonds. De NZa schrijft: '(...) Die heeft alles te maken met het huidige financieringsmodel. Als je betaalt voor productie krijg je productie. Als je betaalt voor gezondheid krijg je gezondheid. Betaal dus voor gezondheid.' Welke aangrijpingspunten ziet de minister in deze opmerking van de NZa en gaat de minister daar wat mee doen?*

Ook ik hecht waarde aan de verschuiving van de focus op ziekte naar de focus op gezondheid. Dit volgt uit de afspraken gemaakt in het IZA en is onderdeel van passende zorg.

In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars, door middel van passende afspraken in de contractering met zorgaanbieders, zorgen voor stevige financiële prikkels om in te zetten op gezondheid. Indien de bekostiging op punten knelt, dan past de NZa de bekostigingsmogelijkheden aan, waar kan en nodig. Ook zal ik met de NZa kijken op welke wijze bekostiging op basis van uitkomsten voor de gezondheid mogelijk kan worden gemaakt en verkennen wij de mogelijkheden om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken.

Daarnaast is in het IZA afgesproken dat er ruimte wordt geboden aan experimenten die bijdragen aan de verbetering van de gezondheid van mensen. Samenwerking tussen zorgpartijen en gemeentelijke domeinen met het oog op investeren in gezondheid, vraagt om een passende bekostiging. Het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland werken samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten aan een passende bekostigingswijze.

*Ten slotte vraagt het lid van de BBB-fractie aandacht voor de opmerking van de NZa, dat passende zorg inkopen voor een zorgverzekeraar niet altijd loont. Dit heeft te maken met de zogenaamde risicoverevening. Hoe ver staat de minister met het onderzoek naar risicoverevening en een eventuele aanpassing van dit systeem?*

Allereerst merk ik op dat het Nederlandse risicovereveningssysteem als één van de beste ter wereld gezien wordt. De risicoverevening zorgt ervoor dat zorgverzekeraars hun verzekerden tegen dezelfde premie kunnen verzekeren, ongeacht hun gezondheid en borgt daarmee de gewenste solidariteit in het stelsel. Elk jaar worden, in overleg met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers, diverse onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening verder te verbeteren. Aan de hand van de uitkomsten van deze onderzoeken beslis ik in de zomer over de vormgeving van het risicovereveningsmodel voor het komend jaar. Voor dit jaar staat ook een onderzoek naar passende zorg op het programma. Hierbij wil ik opmerken dat het een misvatting is dat zorgverzekeraars altijd minder gecompenseerd worden bij de inzet van passende zorg. Want in de meeste gevallen vormt de risicoverevening juist géén belemmering tot de inzet van passende zorg. Immers: een euro die de verzekeraar weet te besparen door inzet van passende zorg, is een euro winst voor de verzekeraar, die vervolgens ingezet kan worden om via een scherpe premie de gunst van de verzekerde te behouden of te verkrijgen. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt echter dat er specifieke situaties kunnen zijn waarin de risicoverevening de prikkels tot inzet van passende zorg kan belemmeren. Binnenkort start een onderzoek naar dit specifieke thema.