

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

814

Vragen van de leden **Westerveld** en **Bushoff** (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport over *de afname van het aantal restitutiepolissen* (ingezonden 12 december 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 17 januari 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 723.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht uit de Volkskrant over de afname van het aantal restitutiepolissen in 2024 van 10 november?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit bericht.

Vraag 2

Kunt u een overzicht geven van het aantal restitutie-, combinatie- en naturapolissen?

Antwoord 2

Zorgverzekeraars bieden in 2024 in totaal 60 zorgverzekeringpolissen aan, evenveel als in 2023. Daarvan zijn er 4 restitutiepolissen, 19 combinatiepolissen en 37 naturapolissen.

Vraag 3

Hoe heeft het aantal restitutiepolissen zich ontwikkeld sinds 2010? Hoe duidt u deze ontwikkeling?

¹ de Volkskrant, 10 november 2023, «Grote verzekeraars beperken vrije artsenkeuze door het schrappen van de restitutiepolis» (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/grote-verzekeraars-beperken-vrije-artsenkeuze-door-het-schrappen-van-de-restitutiepolis~b8cda6a4/>).

Antwoord 3

Het aantal restitutiepolissen is de laatste jaren afgenomen, van 25 in 2010 tot 4 in 2024, zie tabel hieronder.

Jaar	Aantal restitutiepolissen	Totaal aantal polissen
2010	25	57
2011	24	56
2012	26	60
2013	23	67
2014	25	70
2015	23	71
2016	24	61
2017	21	58
2018	20	55
2019	21	59
2020	17	55
2021	15	57
2022	11	60
2023	7	60
2024	4	60

Vraag 4

Hoe heeft het aantal mensen met een restitutiepolis zich ontwikkeld sinds 2010? Hoe duidt u deze ontwikkeling?

Antwoord 4

Waar in 2010 nog 1 op de 4 mensen (circa 25%) koos voor een restitutiepolis, was dit in 2023 terug gelopen tot 1 op de 20 (circa 5%).

De trend van het afnemen van het aantal restitutiepolissen is al een aantal jaren geleden ingezet. De oorzaak daarvoor is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden, met name in de wijkverpleging en de ggz. Zorgverzekeraars hebben dan de keuze om ofwel de premie sterk te verhogen, ofwel de vergoeding voor deze zorg om te zetten naar natura. Zorgverzekeraars geven aan dat zij een forse premiestijging niet eerlijk vinden voor de verzekerden op deze polissen die deze hoge kosten niet declareren; daarom kiezen zij voor omzetten naar natura.

Er is sprake van een ruim polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgverleners, waarvoor de kosten van zorg in de basisverzekering volledig wordt vergoed; de zorgverzekeraar moet immers aan zijn zorgplicht voldoen. De restitutiepolissen die de laatste jaren zijn omgezet naar combinatiepolissen bieden voor de meeste vormen van zorg nog een vergoeding op basis van restitutie, behalve voor de wijkverpleging en ggz. Dus ook al neemt het aantal restitutiepolissen af, er blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een zeer ruime keuze voor zorgaanbieders. De verzekerde heeft bij natura- en combinatiepolissen daarmee nog steeds de mogelijkheid om te kiezen voor de zorgverlener die bij hem of haar past. Het hinderpaalcriterium zorgt er bovendien voor dat verzekerden met een naturapolis ook gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Daarbij kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden goede en doelmatige zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende, ondoelmatige en daardoor onnodig dure zorg. Goede contractering kan zich dus vertalen naar goede, passende zorg tegen een scherpe premie. Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn.

Vraag 5

Wat is het effect van de toename van het aantal naturapolissen op het aandeel ongecontracteerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de wijkverpleging? Neemt dit aantal toe op het moment dat verzekeraars de restitutiepolis omzetten in een naturapolis? Zo ja, in hoeverre helpt deze ontwikkeling dan bij het grip krijgen op de betaalbaarheid van de GGZ en de wijkverpleging?

Antwoord 5

Er is geen sprake van een toename van het aantal naturapolissen. De restitutiepolissen die zijn verdwenen zijn veelal omgezet naar combinatiepolissen, waarbij meestal alleen zorg voor wijkverpleging en ggz wordt vergoed in natura en de overige zorg wordt vergoed via restitutie. Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de ggz en wijkverpleging is al jaren erg hoog. Dat is ook de belangrijkste reden voor zorgverzekeraars om hun restitutiepolis om te zetten naar een combinatiepolis, omdat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden voor met name de wijkverpleging en de ggz. Door de zorg via de combinatiepolissen in natura aan te bieden kunnen de zorgverzekeraars de kosten beter beheersen.

Vraag 6

Hoe kan het dat het totale budget dat op gaat aan de wijkverpleging sinds 2015 ongeveer stabiel is gebleven met drie miljard euro, maar toch met het oog op kostenstijging de ongecontracteerde zorg moet worden aangepakt? Kunt u aangeven hoe de wijkverpleging de betaalbaarheid onder druk zet als de daadwerkelijke kosten niet stijgen?

Antwoord 6

Er heerst al geruime tijd een toenemend tekort aan wijkverpleegkundigen. Uit onderzoek blijkt dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer zorg leveren per patiënt, zonder dat de patiëntkenmerken daarvoor een duidelijke verklaring bieden. Bovendien zijn patiënten bij niet-gecontracteerde zorgverleners niet méér tevreden over de zorg dan bij gecontracteerde zorgverleners. Omdat de zorg schaars is en er sprake is van personeelstekort in de wijkverpleging kunnen we ons dit niet permitteren. Het betekent namelijk dat als de ene patiënt onevenredig veel zorg krijgt dit ten koste gaat van de zorg die andere patiënten krijgen. Het terugdringen van niet-gecontracteerde zorg voorkomt dat patiënten onevenredig veel zorg krijgen en er zo meer zorg beschikbaar blijft voor andere patiënten.

Vraag 7, 8 en 9

Deelt u de mening dat van te voren duidelijk moet zijn welke zorgverleners zijn gecontracteerd, zodat verzekerden een weloverwogen keuze voor een verzekering kunnen maken? Zo nee, waarom niet? Is van alle naturapolissen al bekend welke zorgverleners gecontracteerd worden in 2024? Zo nee, van welke niet? Hoe worden zij gedwongen om toch voor de overstapdeadline hier duidelijkheid over te geven? Hoe wordt gecommuniceerd door de verzekeraars over de (nog) niet gecontracteerde zorg? Is dit in uw ogen duidelijk en transparant genoeg? Hoe kan worden voorkomen dat patiënten in januari moeten bijbetalen voor zorg of moeten veranderen van zorgverlener?

Antwoord 7, 8 en 9

Het is van belang dat van te voren duidelijk is welke zorgverleners zijn gecontracteerd, zodat verzekerden een weloverwogen keuze voor een verzekering kunnen maken. De regelgeving schrijft ook voor dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars daarover helder moeten communiceren naar verzekerden. Maar gebleken is dat dat toch niet altijd goed gaat. Daarom zijn in het IZA afspraken gemaakt om deze informatievoorziening naar verzekerden te verbeteren. In de brief van 27 november 2023² heeft mijn ambtsvoorganger u geïnformeerd over de stand van zaken bij de uitvoering van deze afspraken. Daarin is aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 11 juli 2023, in samenspraak met de IZA-partijen, de «Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg» heeft gepubliceerd. In dit document zijn onder andere nieuwe richtsnoeren geïntroduceerd, waarvan enkele toezien op de informatieverstrekking aan consumenten en verzekerden.

Alle zorgverzekeraars hanteren nu dezelfde definities om de contracteerstatus weer te geven aan de hand van vijf kernboodschappen, zodat gedurende het overstapseizoen duidelijk is in hoeverre er al een contract is afgesloten en wat de mogelijke financiële consequenties zijn. De NZa zal het contracteerpro-

² Kamerstuk 29 689, nr. 1233.

ces voor 2024 evalueren. Dit doet zij onder andere door op vier peilmomenten gedurende het contracteerseizoen de contracteerstatus per sector in kaart te brengen. Dit geeft een indicatie over de contracteergraad binnen deze sectoren en de bruikbaarheid van informatie bij de poliskeuze. Indien nodig worden naar aanleiding van de evaluatie aanvullende afspraken gemaakt voor het contracteerseizoen 2025. De Tweede Kamer wordt in het voorjaar van 2024 geïnformeerd over het afgelopen contracteerseizoen.

Vraag 10

Klopt het dat verzekeraars bij restitutiepolissen altijd het maximumtarief moeten vergoeden in de GGZ? Zo ja, waarom is gekozen voor het maximumtarief en is bijvoorbeeld een gemiddeld tarief niet passend?

Antwoord 10

Op basis van het Besluit Zorgverzekering vergoedt de zorgverzekeraar aan de verzekerde de kosten die gemaakt zijn uit hoofde van een restitutieverzekering, maar niet meer dan de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Als er een maximumtarief is vastgesteld, geldt dat maximumtarief als invulling van het begrip marktconform.

Vraag 11 en 12

Wat is het effect op zorgaanbieders en werknemers als een verzekeraar besluit om de zorg niet meer volledig te vergoeden? Begrijpt u dat het demotiverend werkt als de professionele zorg die men levert, ineens niet meer wordt vergoed?

Verlaten zorgmedewerkers het vak omdat de zorg die zij bieden niet meer volledig wordt vergoed? Zo ja, hoe verhoudt de ontwikkeling van de stijging van het aantal naturapolissen zich tot het vraagstuk van het arbeidsmarkttekort?

Antwoord 11 en 12

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de zorgverzekeraar verplicht om de zorg waar een verzekerde recht op heeft te leveren (natura) of vergoeden (restitutie). Als een verzekerde met een naturapolis gebruikt maakt van niet-gecontracteerde zorg, dan is de zorgverzekeraar ook verplicht een vergoeding te verstrekken. De zorgverzekeraar hoeft deze zorg echter niet volledig te vergoeden, maar die vergoeding mag niet zo laag zijn dat het voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal is om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Bij een naturapolis is er op deze manier een stimulator voor zorgaanbieders om contracten te sluiten met de zorgverzekeraars en voor verzekerden om gebruik te maken van gecontracteerde zorg; dit is in lijn met de bedoelingen van het zorgverzekeringsstelsel.

Er zijn geen signalen dat zorgmedewerkers het vak verlaten omdat de zorg die zij zonder contract bieden niet volledig wordt vergoed; integendeel, de afgelopen jaren is het aantal zorgmedewerkers dat als zzp-er gaat werken – en dan vaak zonder contract zorg levert – zeer sterk toegenomen.

Vraag 13

Wat zijn de gevolgen voor een lopende behandeling in de GGZ en voor mensen die nu op de wachtlijst staan bij een aanbieder waarmee dan door de zorgverzekeraar geen contract is afgesloten?

Antwoord 13

Mocht voor een verzekerde met een lopende behandeling die in 2023 is gestart blijken dat de zorgverzekeraar het contract met de betreffende zorgverlener over 2024 heeft beëindigd, dan is wettelijk bepaald dat de zorgverzekeraar de zorg voor die zorgaanbieder blijft vergoeden (artikel 13, lid 5 Zvw). Voor verzekerden met een lopende behandeling in 2023 heeft het (nog) niet gesloten zijn van een contract dus geen gevolgen voor de behandeling.

Voor een patiënt die op een wachtlijst staat, en pas zorg zal ontvangen na 1 januari, geldt dat er inderdaad gevolgen kunnen zijn voor de vergoeding. De zorgaanbieder is volgens de regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa verplicht om de consument te informeren over datgene wat van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en ontvan-

gen. Hieronder valt ook informatie over het al dan niet hebben van een contract met de verzekeraar van de verzekerde. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht; wat betekent dat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom ofwel voldoende zorg inkopen of vergoeden en bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan. Als een zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht, kan een verzekeraar ook richting verzekerden aangeven dat de zorg wordt vergoed alsof er een contract is en daarmee aan zijn zorgplicht voldoen. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen.

Vraag 14

Geldt er een actieve informatieplicht door de verzekeraar? Zo ja, hoe wordt dat door verzekeraars ingevuld? Zo nee, waarom niet? Hoe wilt u voorkomen dat deze mensen (met soms al financiële problemen) plotseling met een hoge rekening worden geconfronteerd?

Antwoord 14

Zie het antwoord op vraag 7, 8 en 9.