

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

### 598

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht «Restitutieverzekering onder druk»* (ingezonden 29 september 2020).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 28 oktober 2020). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 393.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Restitutieverzekering onder druk»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Op basis van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars zorgplicht jegens hun verzekerden. Deze zorgplicht kan op twee manieren worden vormgegeven: (1) de verzekerde heeft recht op zorg (naturapolis) of (2) de verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de zorg (restitutiepolis). Het is aan de verzekeraars een van beide of beide soorten polissen aan te bieden dan wel een combinatie hiervan. Sinds 2016 is het aantal polissen geleidelijk afgenomen, van 61 in 2016 naar 55 in 2020. Het aantal restitutiepolissen daalde van 24 in 2016 naar 17 in 2020. Ruim 18% van de verzekerden heeft in 2020 een restitutiepolis<sup>2</sup>. Dit beeld is al sinds 2017 vrijwel gelijk. In het artikel wordt gewezen op de sterk stijgende zorgkosten in de ggz en de thuiszorg, als oorzaak voor het besluit om de vergoedingen voor deze zorgkosten bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders te beperken. Het is aan de zorgverzekeraar om dergelijke keuzes te maken. In bepaalde gevallen is het ook begrijpelijk als zorgverzekeraars een dergelijke keuze maken, bijvoorbeeld als de verhouding tussen de vergoeding voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg onevenredig groot wordt. Zorgverzekeraars hebben immers de taak om het evenwicht te bewaren tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Daarnaast wordt gewezen op de werking van de risicoverevening; voor een reactie daarop verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 5.

<sup>1</sup> VvAA, «Restitutieverzekering onder druk» (<https://www.vvaa.nl/actueel/restitutieverzekering-onder-druk>).

<sup>2</sup> NZa, Monitor Zorgverzekeringen 2020

#### Vraag 2

Betekent het onder druk staan van de restitutiepolis dat zorgverzekeraars al aan het voorsorteren zijn op het door u aangekondigde wetsvoorstel over het bevorderen van zorgcontractering, waarmee de vrije zorgverlenerskeuze wordt ingeperkt?

#### Antwoord 2

Ik heb geen aanwijzingen waaruit zou blijken dat zorgverzekeraars aan het voorsorteren zijn op het wetsvoorstel bevorderen van zorgcontractering. Overigens bestrijd ik dat het wetsvoorstel de vrije zorgverlenerskeuze inperkt. In Nederland is iedere verzekerde vrij om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenst. Ik vind het belangrijk dat patiënten voldoende keuze hebben uit kwalitatief goede hulpverleners. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht; dat betekent dat zij voor een naturapolis voldoende zorgaanbieders moeten contracteren zodat iedere verzekerde tijdig de zorg kan krijgen die hij nodig heeft. Verzekerden kunnen dan kiezen uit de gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden hebben ook het recht om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding hangt dan af van de polis waar de verzekerde voor gekozen heeft. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren over welke zorgaanbieder wel en niet is gecontracteerd en wat daarvan de consequenties zijn. Verzekerden kunnen dan een zorgverzekering kiezen die het beste aansluit bij hun wensen voor wat betreft de keuze en het aanbod van zorgaanbieders en de premie.

#### Vraag 3

Wat is uw reactie op de stelling dat met het verdwijnen van restitutiepolissen steeds meer grote zorgverleners gecontracteerd zullen worden en daarmee de ongewenste situatie ontstaat dat overwegend grotere zorgaanbieders overblijven, hetgeen de keuzevrijheid en pluriformiteit ernstig in het gedrang brengt voor zowel patiënt als zorgverlener?

#### Antwoord 3

Iedere verzekerde kan bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar in overweging nemen welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Vanuit concurrentieoogpunt is het daarom aantrekkelijk voor zorgverzekeraars ook kleine aanbieders te contracteren. Daarnaast zijn over contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt. Zo hebben de partijen, waaronder zorgverzekeraars, in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 en in het bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022 beklemtoond dat contractering het vehikel is om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Ook is benadrukt dat ook kleine partijen aan het contracteerproces moeten kunnen deelnemen. In de afspraken is door partijen ook aangegeven dat naast wederzijdse contracteervrijheid, zorgverzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen en cliënten voldoende en heldere keuzemogelijkheden moeten hebben. Tenslotte moet zorg op redelijke afstand en binnen redelijke termijn aan een zorgzoekende geleverd kunnen worden. Ook dat zal betekenen dat niet uitsluitend op grotere aanbieders zal kunnen worden teruggevallen.

#### Vraag 4

Wat vindt u van de onduidelijkheid die is ontstaan voor zowel patiënt als zorgverlener over de hoogte van de bijbetaling als een patiënt met een restitutiepolis naar een BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)-geregistreerde contractvrije zorgverlener gaat? Wanneer komt er helderheid over de hoogte van de eigen betaling?<sup>3</sup>

#### Antwoord 4

In geval van een restitutiepolis is de zorgverzekeraar gehouden de kosten van (niet-gecontracteerde) zorg en overige diensten te vergoeden, tenzij deze kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is te

<sup>3</sup> SKGZ, 6 december 2019, «Duidelijkheid over invulling van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij restitutieverzekeringen» (<https://www.skgz.nl/duidelijkheid-vergoeding-restitutieverzekeringen/>).

achten (het marktconforme tarief). Als de aanbieder een rekening bij de zorgverzekeraar indient die het marktconforme tarief te boven gaat, mag de zorgverzekeraar de kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, niet vergoeden (zie artikel 2.2 van het Besluit Zorgverzekeringswet, gebaseerd op artikel 11 Zorgverzekeringswet). Deze kosten vallen niet onder de prestatie waarop de verzekerde recht heeft. Dat betekent dat de zorgverzekeraars niet de volledige rekening van de zorgaanbieder mag vergoeden, ongeacht of deze zorgverlener BIG-geregistreerd is. Daardoor kan het zo zijn dat een verzekerde die gebruik maakt van deze zorg een deel van de rekening aan de zorgaanbieder zelf moet betalen, tenzij de zorgaanbieder deze kosten zelf voor zijn rekening neemt.

#### Vraag 5

In welke mate kan het ontwikkelen van de risicoverevening verzekeraars compenseren voor extra hoge kosten voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en thuiszorg? In welke mate zal het vooralsnog niet overstappen op een onderhoudsmodel dit ten goede brengen? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 5

De risicoverevening wordt elk jaar onderzocht en aangepast om op onderbouwde wijze verbeteringen te realiseren in het model waarmee zorgverzekeraars worden gecompenseerd. De afgelopen jaren zijn verbeteringen gerealiseerd door uitbreidingen en verfijning van kenmerken van verzekerden<sup>4</sup>, ook voor extra hoge kosten in de ggz en wijkverpleging. Zo is in 2020 de hogekostencompensatie in de ggz geïntroduceerd voor een zeer kleine groep zeer dure ggz-cliënten, de 0,5% ggz-gebruikers met de hoogste kosten. De ggz-kosten van deze verzekerden die boven de drempel van circa 90.000 euro per jaar uitkomen, worden dit jaar voor 75% vergoed. Per 2021 wordt dat vergoedingspercentage verhoogd naar 90%. Daarover is uw Kamer onlangs geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 1067).

Het verder doorontwikkelen van de risicoverevening zorgt ervoor dat zorgverzekeraars nog beter gecompenseerd worden voor voorspelbare zorgkosten, maar alleen als de oorzaak van die zorgkosten objectief herleidbaar is naar gezondheidsgerelateerde kenmerken van verzekerden. Oorzaken kunnen ook elders liggen zoals bij het inkoopbeleid van verzekeraars of bij praktijkvariatie tussen aanbieders. Naar resterende over- en ondercompensaties en de oorzaken hiervan wordt komend jaar onderzoek gedaan in het zogenoemde restrisico-onderzoek. Hierover heb ik uw Kamer ook onlangs geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 1078).

#### Vraag 6

In hoeverre heeft volgens u de schaalgrootte van zorgverleners te maken met de vraag of zij wel of niet een contract krijgen met zorgverzekeraars?

#### Antwoord 6

Voor de organiseerbaarheid van de zorg is het van belang dat zorgaanbieders goed samenwerken. Hoe meer zorgaanbieders, hoe groter de uitdaging voor de organiseerbaarheid. In de ggz zijn bijna 8.000 zorgaanbieders actief en in de wijkverpleging bijna 3.000. In de wijkverpleging bestaat een verband tussen de grootte van de aanbieder en de contractstatus. Er zijn veel kleine aanbieders (ca 500) en zzp'ers (ca 1.500) actief die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben. Grote instellingen hebben vrijwel altijd contracten met zorgverzekeraars<sup>5</sup>. In de ggz ligt dit genuanceerder. Daar geldt dat de grote, geïntegreerde ggz-instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen vrijwel altijd gecontracteerd zijn. Er zijn daar echter ook enkele tientallen aanbieders actief met een behoorlijke omzet (> € 500.000) die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben<sup>6</sup>. Overigens zijn in de Hoofdlijnenakkoorden ggz en wijkverpleging afspraken gemaakt dat ook

<sup>4</sup> Dit zijn bijvoorbeeld kenmerken gebaseerd op leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status of geneesmiddelen gebruik in het verleden; deze kenmerken worden gebruikt om de kosten te voorspellen en dus daarmee om verzekeraars zo goed mogelijk te compenseren voor deze kosten

<sup>5</sup> Zie onderzoek Vektis naar de ontwikkeling van niet-gecontracteerde wijkverpleging 2016–2019, Kamerstuk 23 235, nr. 198

<sup>6</sup> Zie onderzoek Vektis naar de ontwikkeling van niet-gecontracteerde ggz 2016–2018

kleine aanbieders moeten kunnen deelnemen aan het contracteerproces. In andere sectoren binnen de Zorgverzekeringswet is geen informatie beschikbaar over de relatie tussen de contractstatus en de grootte van de aanbieder.

#### Vraag 7

Bent u bereid om verder te onderzoeken waarom de door u gewenste contractering uitblijft en sommige kleine zorgverleners liever contractvrij werken? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 7

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) besteedt in de Monitors contractering ggz en wijkverpleging<sup>7</sup> aandacht aan de beweegredenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten.

In de Monitor contractering wijkverpleging 2020 noemen zorgaanbieders de volgende redenen om geen contract af te sluiten: de aangeboden tarieven zijn te laag (door 74% van de aanbieders genoemd die geen contract hebben afgesloten), er zijn geen onderhandelingsmogelijkheden (door 19% genoemd), de aanbieder heeft geen cliënten van de betreffende verzekeraar (door 17% genoemd) en administratieve lastendruk (door 5% van deze aanbieders genoemd). Door de zorgverzekeraars worden de volgende redenen genoemd: de aanbieder kan de inzet van een niveau 5 verpleegkundige niet garanderen; er zijn twijfels aan de kwaliteit van de zorgverlening; er spelen overwegingen met betrekking tot integriteit of fraude.

In de Monitor contractering ggz noemen van de 48 instellingen die aan het onderzoek van de NZa hebben deelgenomen er 32 (67%) een contractaanbod gekregen dat ze niet geaccepteerd hebben. Van deze 32 instellingen wezen er 27 (85%) het contract af omdat zij de tarieven te laag vonden, 20 (63%) waren het oneens met het omzetplafond en 10 (31%) oneens met andere contractvoorwaarden. Slechts 1 (3%) instelling vond de administratieve lasten te hoog. Van de 71 vrijgevestigde zorgaanbieders die aan het onderzoek deelnamen hebben er 28 (39%) een contractaanbod niet geaccepteerd. De reden daarvoor was voor 24 van de 28 vrijgevestigden (86%) de te lage tarieven, 9 (32%) waren het oneens met het omzetplafond, 10 (36%) met andere contractvoorwaarden en 7 vonden de administratieve lasten te hoog (25%). Van de acht zorgverzekeraars die aan het onderzoek van de NZa deelnamen heeft de helft (4) in het beleid bewust gekozen om met een (deel van de) zorgaanbieders geen contract aan te gaan. Redenen die men daarvoor aandraagt zijn: het zorgaanbod van de zorgaanbieder (4), de zorgverzekeraar vindt de kwaliteit van de zorgaanbieder onder de maat (2) en er is voldoende gecontracteerd in de vestigingsplaats (2).

Deze bevindingen van de NZa komen overeen met eerder onderzoek van de NZa en van Arteria consulting in de wijkverpleging en ggz. Voor andere sectoren binnen de Zorgverzekeringswet is dergelijk onderzoek niet verricht. Ik ben van mening dat er hiermee voldoende onderzoek gedaan is.

#### Vraag 8

Welke andere oplossingen ziet u voor het tegengaan van de versnippering van zorg, ondoelmatigheid en fraude?

#### Antwoord 8

Het is van belang om een goede balans te vinden tussen het creëren van voldoende aanbod aan zorgverleners (zodat een patiënt kan kiezen) dat dusdanig overzichtelijk is dat zorgverleners zich rondom een patiënt kunnen organiseren om zo de juiste multidisciplinaire zorg met voldoende continuïteit te kunnen verlenen. Een versnipperd aanbod kan een probleem betekenen maar hoeft dit niet altijd te zijn; dit is het bijvoorbeeld niet bij kortdurende zorg die monodisciplinair wordt gegeven. Versnippering kan op meerdere manieren worden teruggedrongen. Bijvoorbeeld via het beter naleven van richtlijnen en kwaliteitstandaarden, via het komen tot (lokale) samenwerkingsverbanden of door het opwerpen van hogere drempels bij toetreding. Om fraude te bestrijden wordt samengewerkt in de keten en is er een integraal pakket aan ketenbrede maatregelen. De maatregelen zijn grofweg te verdelen in twee groepen. Maatregelen die betrekking hebben op het

<sup>7</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 261

voorkomen van fraude (de voorkant) en maatregelen die toezien op het versterken van de opsporing en handhaving (de achterkant).  
Maatregelen die onder andere worden ingezet om fraude zo veel mogelijk te voorkomen:

- Wet toetreding zorgaanbieders en (AWtza);
- Het wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz);
- Toetsingskader voor het persoonsgebonden budget (PGB).

Maatregelen die onder andere worden getroffen om het toezicht en de opsporing te versterken:

- Het wetsvoorstel Bevorderen samenwerking rechtmatige zorg;
- Uitbreiding capaciteit Inspectie SZW met een twintigtal fte's;
- Het versterken van het Wmo-toezicht;
- De pilot PGB-risicoscan.

#### Vraag 9

Wat gaat het bevorderen/indirect dwingen van zorgverleners tot contracteren bijdragen aan het oplossen van het probleem van excessieve winsten, als deze vrijwel evenveel bij gecontracteerde als bij contractvrije zorgaanbieders worden aangegeven?

#### Antwoord 9

Wanneer sprake is van een contractuele relatie, kan de jaarverantwoording een vast onderwerp van gesprek zijn. Hierdoor zullen eventuele excessieve winsten ook besproken worden en kunnen hier door middel van inkoopafspraken consequenties aan verbonden worden.

#### Vraag 10

Hoe wilt u de mogelijkheid van verzekeren om een pure restitutiepolis te kiezen, waarborgen in het huidige stelsel? Bent u bereid corrigerend op te treden wanneer verzekeraars die polis schrappen?

#### Antwoord 10

Zoals ik bij de beantwoording van vraag 1 heb aangegeven is het aan zorgverzekeraars om te bepalen welke polissen zij aanbieden. Ook heb ik aangegeven dat zorgverzekeraars goede redenen kunnen hebben om geen restitutiepolis aan te bieden. Het is niet aan mij om daarin op te treden.

#### Vraag 11

Hoe kan aan verzekeren meer transparantie geboden worden over de hoogte van de vergoeding van NZa (Nederlandse Zorgautoriteit)-tariefconforme facturen van contractvrije zorgverleners, nu verzekeraars de cryptische term «marktconforme vergoeding» gebruiken?

#### Antwoord 11

In artikel 2.2 van het Besluit Zorgverzekeringwet (gebaseerd op artikel 11 Zorgverzekeringwet) staat dat in geval van een restitutiepolis de verzekeraar de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten (marktconform tarief), niet mag vergoeden. Deze kosten vallen niet onder de prestatie waarop de verzekerde recht heeft. De NZa heeft in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) nadere regels gesteld over de wijze waarop verzekeraars aan verzekeren informatie moeten verstrekken over de inhoud en toepassing van het begrip «marktconform tarief» (met name de artikelen 13 en<sup>8</sup>). De NZa verplicht de verzekeraars tot een uniforme invulling van de term marktconform tarief. De NZa houdt daarop toezicht. Indien een consument het niet eens is met de berekening van de zorgverzekeraar van een marktconform tarief, kan de consument terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

---

<sup>8</sup> SKGZ, 6 december 2019, «Duidelijkheid over invulling van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij restitutieverzekeringen»

#### Vraag 12

Hoe rijmt u de intentie om contractvrije ggz-zorg in te perken met de wens om zorgkosten te beteugelen, werkdruk te verminderen en werkplezier te verhogen, wetende dat deze juist de redenen zijn waarom veel zorgverleners in de ggz zonder contract werken, en terwijl uit onderzoek blijkt dat contractvrije ggz-zorg grosso modo goedkoper is dan gecontracteerde ggz-zorg?<sup>9</sup> <sup>10</sup>

#### Antwoord 12

Contractering is het middel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Daarover zijn de ggz-partijen en ik het eens. In het hoofdlijnenakkoord ggz zijn dan ook afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces en het bevorderen van contractering. Ook is afgesproken dat de NZa de ontwikkelingen volgt en daarover jaarlijks een rapportage uitbrengt. In april 2020 is de Monitor contractering ggz 2020 van de NZa gepubliceerd en aan uw Kamer verzonden (Kamerstuk 32 620, nr. 261). Hieruit blijkt dat het proces van contractering beter gaat dan in 2019. Er is evenwel zeker nog winst te behalen op een aantal procesmatige punten. Maar volgens de NZa is vooral ook verbetering nodig in de inhoud van contracten. Juist in contracten dienen partijen inhoudelijke afspraken te maken over de grote uitdagingen waar de sector voor staat. Gesprekken tussen verzekeraars en aanbieders zouden moeten gaan over onderwerpen als wachttijden, zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag, innovatie, de kwaliteit van zorg, wat de juiste zorg is voor de patiënt en op welke plaats die het beste geleverd kan worden. In plaats daarvan ligt de nadruk nu in veel gevallen te eenzijdig op het financiële aspect (onder meer omzetplafonds). Hier zijn dus nog de nodige verbeteringen te boeken. De NZa heeft hiertoe een aantal aanbevelingen gedaan. Met partijen heb ik afgesproken dat ze met de aanbevelingen van de NZa aan de slag gaan. Van belang is dat verzekeraars en zorgaanbieders dat in gezamenlijkheid doen en dat de contractering verder verbetert.

#### Vraag 13

Wat is uw reactie op het artikel «Hulp van zorgfraude-arts ingeroepen»?<sup>11</sup>

#### Vraag 14

Was u ervan op de hoogte dat sinds het in het leven roepen van deze functie door het openbaar ministerie slechts twee keer – in drie jaar – een beroep is gedaan op deze artsen? Wat is uw reactie hierop, gelet op het feit dat zorgverzekeraars voortdurend de noodklok luiden en vragen om hen meer handvatten te geven om zorgfraude aan te pakken?

#### Antwoord 13 en 14

Met de eerste Voortgangsrapportage rechtmatige zorg 2018 – 2021<sup>12</sup> heb ik uw Kamer van de knelpunten en verbeterpunten op de hoogte gesteld. Ook uit een eind 2019 gehouden tweede evaluatie is gebleken, dat ondanks de verbeterpunten, de eerder aangegeven knelpunten nog onverkort gelden. De onafhankelijk deskundige arts kan alleen ingezet worden bij strafrechtelijke onderzoeken onder leiding van het Openbaar Ministerie. Zorgverzekeraars beschikken al over een onafhankelijke deskundige arts, namelijk de medisch adviseur. Het inzien van persoonsgegevens (materiële controle) van verzekerden vindt altijd plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

<sup>9</sup> De Jonge Psychiater, augustus 2020 «de Psychiater-Thermometer: het rapport» (<https://www.dejongepsychiater.nl/themas/media/1333-de-psychiater-thermometer-het-rapport>).

<sup>10</sup> Arteria Consulting, 17 juli 2018, Rapport Niet-gecontracteerde ggz aangeboden aan Tweede Kamer (<https://arteriaconsulting.nl/rapport-niet-gecontracteerde-ggz-aangeboden-aan-tweede-kamer-jul-18/>).

<sup>11</sup> Medisch Contact, 14 september 2020, «Hulp van zorgfraude-arts ingeroepen» (<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/hulp-van-zorgfraude-arts-ingeroepen.htm>).

<sup>12</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 11, p. 37 aangeboden aan de TK met de met de brief van 21 december 2018, Kamerstuk 28 828, nr. 11

Vraag 15

Deelt u de mening dat het voor de hand ligt – alvorens een grondrecht aan te tasten van patiënten om te allen tijde de eigen zorgverlener te kunnen kiezen door middel van een wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet – eerst de bestaande middelen die leiden tot opsporing van fraude beter te benutten?

Antwoord 15

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 2 heb aangegeven is er geen sprake van het inperken van de vrije zorgverlenerskeuze. In Nederland is iedere verzekerde vrij om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenst.