

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

1183

Vragen van het lid **Krul** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de uitzending van Radar «De gevolgen van het verdwijnen van de restitutiepolis» van 16 december 2024 (ingezonden 20 december 2024).

Antwoord van Minister **Agema** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 31 januari 2025). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2024–2025, nr. 1000.

Vraag 1

Kent u de uitzending van Radar van 16 december 2024? Zo ja, wat vindt u van hetgeen gezegd is over het verdwijnen van de restitutiepolis en de gevolgen daarvan?

Antwoord 1

Ik ken de uitzending en begrijp ook dat er zorgen zijn bij verzekerden over het verdwijnen van de restitutiepolis voor de wijkverpleging en ggz. Ik betreur het dat zorgverzekeraars geen restitutiepolissen meer aanbieden voor de wijkverpleging en de ggz. Vanuit het perspectief van de toegankelijkheid van zorg blijven er voldoende natura- en combinatiepolissen over met een zeer ruime keuze voor zorgaanbieders, daarbij zijn zorgverzekeraars gehouden aan hun zorgplicht. Tegelijkertijd geldt dat zorgverzekeraars nog een overgangperiode hanteren voor hun verzekerden voor 2025. Dit betekent dat verzekerden die in 2024 al een restitutiepolis hadden bij de betreffende zorgverzekeraar en in zorg zijn bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de wijkverpleging of ggz, in 2025 voor deze zorg nog op dezelfde vergoeding kunnen rekenen als in 2024.

Vraag 2 en 3

Klopt het dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) negen zorgverzekeraars een aanwijzing geeft?
Klopt het dat deze zorgverzekeraars een aanwijzing krijgen omdat ze de vrije artsenkeuze overtreden?

Antwoord 2 en 3

Het klopt niet dat de NZa aan negen zorgverzekeraars een aanwijzing heeft gegeven.
De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze heeft in een handhavingsverzoek aan de NZa gevraagd om zorgverzekeraars een aanwijzing op te leggen omdat zij de regels over niet-gecontracteerde zorg onjuist zouden toepassen.

Na onderzoek heeft de NZa vastgesteld dat acht zorgverzekeraars hun verzekerden beter moeten informeren als zij een hoge eigen bijdrage moeten betalen voor onverzekerde zorg: soms hebben mensen recht op een hogere vergoeding als de zorgkosten hoog zijn. Daarnaast heeft de NZa vastgesteld dat een zorgverzekeraar onterecht persoonlijke informatie opvraagt. Deze negen zorgverzekeraars overtraden hiermee de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. De NZa heeft de zorgverzekeraars daarvoor een voorgenomen aanwijzing opgelegd. Alle negen zorgverzekeraars hebben gereageerd op het voornemen en daarbij aangegeven dat zij de problemen inmiddels opgelost hebben. De NZa heeft dit gecontroleerd en vastgesteld dat er geen reden meer is om verder onderzoek te doen¹. Hiermee is een aanwijzing dus uiteindelijk niet opgelegd door de NZa.

Vraag 4

Vindt u dat zorgverzekeraars duidelijk genoeg aan verzekerden kenbaar maken wat de verschillende opties zijn bij de keuzes voor een basisverzekering? Zo nee, hoe kan dit verduidelijkt worden?

Antwoord 4

Zorgverzekeraars hebben hun verzekerden via hun websites op uiterlijk 12 november geïnformeerd over de polissen die zij aanbieden. Verzekerden hebben daarnaast afhankelijk van hun communicatievoorkeur een brief of e-mail ontvangen over deze specifieke verandering van hun polis. Verzekerden die hebben gekozen voor communicatie per post, hebben uiterlijk 19 november het prolongatie-aanbod van hun huidige zorgverzekeraar per post ontvangen, dus ook de informatie over de wijzigingen die de huidige zorgverzekeraar doorvoert in zijn polissen. De NZa houdt toezicht op deze twee datums.

Vraag 5

Vindt u dat deze onduidelijkheid ertoe leidt dat mensen met een smalle beurs een goedkoper type polis (moeten) kiezen die minder opties bevat?

Antwoord 5

Zoals in mijn antwoord op vraag 4 aangegeven hebben zorgverzekeraars hun verzekerden geïnformeerd over de eventuele veranderingen in hun polis. Mensen die meer geld te besteden hebben kunnen de eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders beter dragen. Gecontracteerde zorgaanbieders worden volledig vergoed, en zorgverzekeraars bieden natura- en combinatiepolissen aan met een zeer ruime keuze aan zorgaanbieders. Ik werk aan het onafhankelijk indiceren van niet-gecontracteerde zorg om deze beter toegankelijk te maken.

Vraag 6 en 7

Hoe verhoudt de zorgplicht van zorgverzekeraars, namelijk dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg krijgt die nodig is, zich tot het hinderpaalcriterium, gezien de oplopende wachtlijsten in de zorg? Begrijpt u dat verzekerden zich gedwongen voelen om zich (soms tijdelijk) tot ongecontracteerde zorg te wenden, bijvoorbeeld gezien de zeer lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)?

Antwoord 6 en 7

De zorgplicht van de zorgverzekeraar staat, wat betekent dat de zorgverzekeraar ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden met een naturapolis binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of vergoeden. Als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan, moet de zorgverzekeraar bemiddelen naar een zorgaanbieder waar deze wel terecht kan. Als dat niet lukt, kan de zorgverzekeraar ook de zorg van (bepaalde) niet-gecontracteerde aanbieders vergoeden alsof er een contract is. Zie ook de Q&A van de NZA hierover <https://www.nza.nl/documenten/>

¹ Zorgverzekeraars | Zorgsectoren | Nederlandse Zorgautoriteit

vragen-en-antwoorden/de-wachttiiden-bii-gecontracteerde-zoraanbieder-zijn-te-lang.-wat-moet-de-zoroverzekeraar-doen.

Contractering kan juist bijdragen aan een betere verdeling van middelen en capaciteit in de zorg. Zo kunnen zorgverzekeraars via de contractering sturen op het vermijden van niet-passende, ondoelmatige en daardoor onnodig dure zorg die een onnodig groot beroep doet op de schaarse tijd van zorgverleners.

Voor de verzekerde stond bij een restitutiepolis tegenover het voordeel van volledige vergoeding van alle zorg bij alle zorgaanbieders het nadeel dat de verzekeraar ten behoeve van de verzekerde minder goed op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kan sturen, met als mogelijk gevolg hogere zorgkosten en een hogere premie en minder doelmatige inzet van schaarse zorgcapaciteit. Ik reken erop dat via contractering deze nadelen ondervangen kunnen worden en juist bijgedragen kan worden aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Door meer sturing op passende zorg kunnen zorgverzekeraars ook sturen op een verschuiving van zorgcapaciteit van laagcomplexiteit naar hoogcomplexiteit ggz zorg.

Via art. 13 Zvw is geborgd dat bij naturapolissen de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat deze een hinderpaal is voor verzekerden; dat hinderpaalcriterium staat nog steeds.

Vraag 8 en 9

Hoe wordt bepaald of 75% van de vergoeding van ongecontracteerde zorg een hinderpaal voor de verzekerde is of dat dit geen hinderpaal is?

Wordt dit per behandeling bepaald of per duur van de behandeling, bijvoorbeeld in de GGZ?

Antwoord 8 en 9

Het hinderpaalcriterium ligt volgens de jurisprudentie besloten in artikel 13 Zvw. Uit de jurisprudentie vloeit voort dat de hoogte van de vergoeding geen feitelijke verhindering mag opleveren voor een gemiddelde («modale») verzekerde bij een gangbare omvang van de zorg.

Het is aan de zorgverzekeraar om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen en daarbij rekening te houden met het hinderpaalcriterium. De zorgverzekeraar legt de hoogte van de vergoeding vast in de polis van de verzekerde.

Indien verzekerden het niet eens zijn met de wijze waarop hun zorgverzekeraar het hinderpaalcriterium hanteert, dan kan de verzekerde een klacht indienen bij Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Ook kan de verzekerde een zaak voorleggen aan de burgerlijk rechter. Verder houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Dit toezicht omvat ook de wijze van hantering van het hinderpaalcriterium.

Vraag 10

Hoeveel verzekerden zijn er naar Stichting klachten en geschillen zorgverzekeringen (SKGZ) gestapt om een klacht in te dienen tegen de hoogte van de bijdrage bij ongecontracteerde zorg in 2024? Is het aantal klachten gestegen of gedaald sinds 2023?

Antwoord 10

Deze vraag valt niet exact te beantwoorden omdat de SKGZ registreert op het hoofdaspect van een klacht, bijvoorbeeld «hoogte vergoeding». Vervolgens wordt geregistreerd of dit bijvoorbeeld komt omdat de zorg niet gecontracteerd was.

SKGZ heeft haar gegevens geanalyseerd en komt met enkele aannames tot de volgende resultaten. SKGZ ontving in totaal 43 klachten in 2024 die gingen over het gebruik van niet-gecontracteerde zorg in Nederland in samenhang met de hoogte van de vergoeding.

Dit is een lager aantal dan het jaar daarvoor (53 in 2023). Daarbinnen is het aandeel klachten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegenomen, van 19 in 2023 naar 24 in 2024.

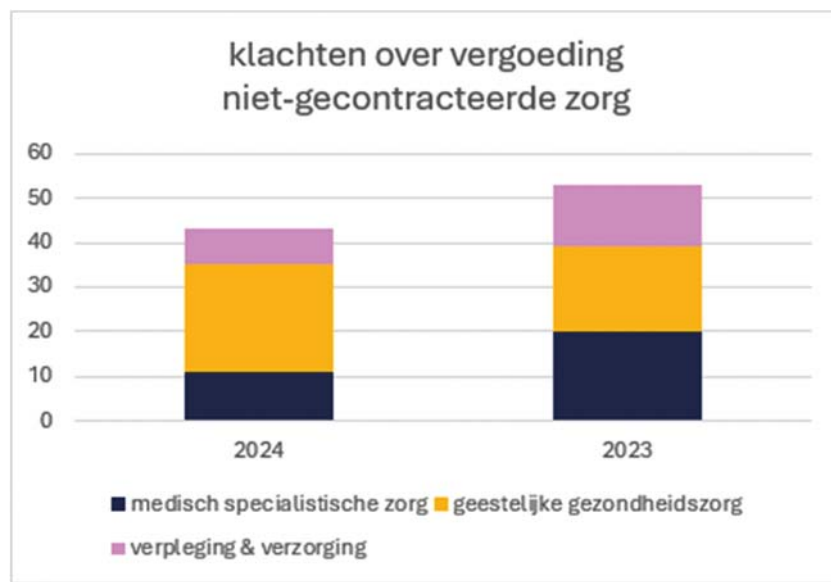
Zowel bij medisch specialistische zorg (msz) en ggz gaan veel klachten over de hoogte van de vergoeding voor zorg in het buitenland. Deze zorg is vaak niet gecontracteerd. De zaken met een buitenland component zijn niet meegenomen in de genoemde getallen omdat de SKGZ niet in beeld heeft of

deze klachten betrekking had op het feit dat het hierbij om niet-gecontracteerde zorg ging.

Klachten over hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorg in Nederland

	2024	2023	Vershil (aantal)	Vershil (%)
Medisch specialistische zorg	11	20	- 9	- 45%
Geestelijke gezondheidszorg	24	19	+ 5	+ 26%
Wijkverpleging en verzorging	8	14	- 6	- 43%
Totaal	43	53	- 10	- 19%

Bron: SKGZ



Vraag 11

Hoelang duurt het voordat een klacht behandeld is bij de geschillencommissie?

Antwoord 11

SKGZ heeft mij laten weten dat in meer dan 80% van de gevallen de klachten via bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen kunnen worden opgelost. Gemiddeld duurt dat 2 tot 3 maanden. In de overige gevallen wordt de klacht voorgelegd aan de Geschillencommissie. De doorlooptijd vanaf indiening, inclusief hoorzitting en indien nodig advies van het Zorginstituut, tot aan het bindende advies, bedraagt 3 tot 6 maanden.