

AH 1182
2021Z21540

Antwoord van minister De Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
(ontvangen 20 december 2021)

1. Hoeveel verzekeraars bieden in 2022 een restitutiepolis aan? Hoeveel restitutiepolissen zijn er beschikbaar in 2022? Klopt het dat het aantal restitutiepolissen daalt?

Antwoord 1

In 2022 bieden 11 verzekeraars een restitutiepolis aan en zijn 11 restitutiepolissen beschikbaar.

Het klopt dat het aantal restitutiepolissen daalt. In 2020 waren er 17 restitutiepolissen, in 2021 waren dat er 14.

2. Wat is het aantal beschikbare natura -en combinatiepolissen in 2022?

Antwoord 2

In 2022 zijn er 37 naturapolissen beschikbaar en 12 combinatiepolissen.

3. Wat is de gemiddelde premie van de restitutie-, combinatie- en naturapolis?

Antwoord 3

De gemiddelde premie voor een restitutiepolis is in 2022 per jaar € 1.648,-, voor een combinatiepolis is dat € 1.533,- en voor een naturapolis € 1.503,-.

Deze gemiddelde premies zijn inschattingen op basis van het aantal verzekerden dat op dit moment een restitutie-, combinatie- of naturapolis heeft. In het voorjaar kan ik uw Kamer informeren over de definitieve cijfers voor 2022.

4. Hoeveel restitutiepolissen zijn er voor 2022 omgezet in een natura- of combinatiepolis? Om hoeveel verzekerden gaat het hier?

Antwoord 4

In 2022 zijn 3 restitutiepolissen omgezet in combinatiepolissen. In totaal hadden 785.000 verzekerden in 2021 een restitutiepolis die per 2022 wordt omgezet naar een combinatiepolis.

Bij twee van de drie omgezette polissen heeft de betreffende verzekeraar haar verzekerden medio september over deze wijziging geïnformeerd door middel van een (digitale) brief. Verzekerden die voor digitale communicatie hebben gekozen en waarbij de omzetting vermoedelijk daadwerkelijk een verandering betekent omdat zij gebruik maken van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, hebben tevens een fysieke brief ontvangen. Bij de derde omgezette polis heeft de verzekeraar op 12 november alle verzekerden met een brief en een wijzigingsfolder geïnformeerd.

5. Hoeveel mensen sloten geen zorgverzekering af in de afgelopen jaren? Kunt u de ontwikkeling vanaf de invoering van de zorgverzekering schetsen, uitgesplitst in verschillende type verzekeringen?

Antwoord 5

Ik ga ervan uit dat u met type zorgverzekering bedoelt de 'basiszorgverzekering' en 'aanvullende zorgverzekering'. Voor wat betreft de basiszorgverzekering is er onderscheid te maken tussen de periode voor en na 2011. In het jaar 2011 is de wet onverzekerden zorgverzekering (Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om mensen die verzekeringsplichtig zijn, maar zich niet verzekerd hebben, op te sporen en met behulp van vervolgacties het aantal onverzekerden terug te dringen.

Aantal onverzekerden tot 2011

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal onverzekerden	172 800	150 710	152 810	152 240	136 450

Bron: [StatLine - Onverzekerden tegen ziektekosten; provincie, 2006-2010 \(cbs.nl\)](#)

Aantal onverzekerden vanaf 2011

In de Verzekerdenmonitor wordt jaarlijks in beeld gebracht hoeveel verzekeringsplichtigen zijn opgespoord die geen zorgverzekering hebben gesloten en ambtshalve in verzekering zijn gebracht. Dit betreft alleen mensen die ingeschreven zijn in administratieve systemen, zoals de Basisregistratie Personen en de polis administratie van het UWV. Onbekend is om hoeveel mensen het gaat die zijn uitgeschreven, zoals dak- en thuisloze mensen. In de onderstaande tabel staan de aantallen per jaar van verzekeringsplichtigen die zijn opgespoord die geen zorgverzekering hadden gesloten en van de aantallen die niet meer onverzekerd zijn.

Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2011	2012	2013	2014	2015
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	47.458
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	54.480

	2017	2018	2019	2020
Aangeschreven	58.914	67.444	84.992	62.553
Einde onverzekerd	64.450	60.663	84.327	67.163

Het aantal verzekerden dat een aanvullende verzekering afsluit is al jaren vrij stabiel.

Verzekerden met een aanvullende verzekering (bron: NZa)

	2018	2019	2020	2021
Aanvullende verzekeringen	83,7%	83,8%	83,3%	83,9%

6. Op welke gebieden wordt er zorg in natura geleverd door verzekeraars als wordt gekozen voor een combinatiepolis?

Antwoord 6

Vier combinatiepolissen leveren geen zorg in natura maar alleen restitutie, waarbij wel een beperking geldt bij de vergoeding voor bepaalde vormen van niet-gecontracteerde zorg. Drie combinatiepolissen leveren voor maar een paar zorgvormen de zorg in natura; bij een polis gaat het om fysiotherapie, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en wijkverpleging en bij de andere twee om ggz en wijkverpleging. Vijf combinatiepolissen leveren bijna alle zorgvormen in natura, met uitzondering van een paar vormen van zorg: bij een polis niet voor ggz, wijkverpleging en mondzorg, bij een polis niet voor ggz en mondzorg, bij een polis niet voor huisartsenzorg, geneesmiddelen en mondzorg, bij een polis niet voor fysiotherapie, ergotherapie en logopedie en bij een polis niet voor mondzorg en paramedie.

7. Mag een verzekeraar binnen een restitutiepolis in de wijkverpleging of GGZ alsnog minder dan het NZa-tarief vergoeden?

Antwoord 7

Op basis van het Besluit Zvw dient de zorgverzekeraar aan de verzekerde de kosten te vergoeden die gemaakt zijn uit hoofde van een restitutieverzekering, maar niet de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als er een maximumtarief is vastgesteld, geldt dat maximumtarief als invulling van het begrip marktconform en dient de restitutieverzekeraar het maximumtarief te vergoeden bij niet-gecontracteerde zorg.

8. Mag een verzekeraar een restitutiepolis eigenstandig omzetten in een natura- of combinatiepolis? Zo ja, hoe dient de verzekeraar de verzekerde daarover te informeren? Welke consequenties zijn er voor een verzekeraar als de verzekerden niet goed worden geïnformeerd?

Antwoord 8

Een verzekeraar bepaalt welke polissen hij aanbiedt. Als de inhoud van een polis verandert, dat moet de zorgverzekeraar de verzekerden daarover goed informeren, zoals ook bepaald is in de Nederlandse Zorgautoriteit Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten – TH/NR-017.

9. Welke stappen neemt u om te garanderen dat de restitutiepolis voor iedereen beschikbaar blijft, onafhankelijk van de financiële positie van de verzekerde?

Antwoord 9

Een restitutiepolis is gemiddeld duurder dan een naturapolis. Verzekerden kunnen zelf een keuze maken welke polis het beste bij hen past. De betaalbaarheid van de premie en het verplichte eigen risico is voor lagere inkomens geborgd via de zorgtoeslag.

10. Klopt het dat er verschil in voorwaarden zit tussen hulp bij fysieke klachten en hulp bij mentale klachten? Klopt het dat de verzekeraar met name de voorwaarden wijzigen voor hulpverleners die mentale hulp aanbieden? Zo ja, waarom is dit zo? Bent u bereid hier heldere afspraken over te maken?

Antwoord 10

Deze vraag is zo geïnterpreteerd dat bedoeld wordt op combinatiepolissen. Bij combinatiepolissen zit het verschil zowel bij voorwaarden voor de ggz als bij de somatische zorg (bijvoorbeeld wijkverpleging, paramedie en mondzorg). Het is

aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke polissen met welke voorwaarden hij aanbiedt.

11. Bent u het eens dat het pijnlijk is en schadelijk kan zijn als mensen hun vaste hulpverlener - die ze soms al jaren hebben en dus vertrouwen - kwijtraken doordat verzekeraars de voorwaarden veranderen? Zo ja, wat gaat u doen om te zorgen dat mensen hun vaste behandelaar kunnen behouden?

Antwoord 11

Zorgverzekeraars moeten transparant zijn over welke zorgverleners gecontracteerd zijn en welke (nog) niet. Zorgverzekeraars moeten ook transparant zijn over hoe zij omgaan met het vergoeden van zorg door (nog) niet gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden kunnen ieder jaar overstappen van verzekering en verzekeraar als de huidige verzekering een gewenste zorgverlener niet contracteert en een andere wel. Ook kan een verzekerde kiezen voor een restitutiepolis.

Het is van belang dat verzekeraars selectief kunnen contracteren omdat zij zo in het belang van hun verzekerden kunnen sturen op passendere zorg; daardoor kunnen zij er ook voor te kiezen om bepaalde zorgaanbieders niet te contracteren als deze zorg leveren die van relatief mindere kwaliteit is en/of relatief duur is.