

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1082

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2020

Met deze brief informeer ik u over de resultaten van een tweetal onderzoeken naar polissen met beperkende voorwaarden, ook wel budgetpolissen genoemd. De rapportages van de onderzoeken zijn als bijlage toegevoegd¹. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd naar aanleiding van een afspraak in het Regeerakkoord. In het Regeerakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34) is hierover het volgende opgenomen: *«Budgetpolissen sluiten aan bij de wensen van verzekerden, maar kunnen ook een negatief effect hebben op de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel. De verwachting is dat – mede door de aangepaste risico-verevening – het aanbod van deze polissen vermindert. Begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn.»*

De hoofdboodschap van deze brief is als volgt:

- Het aanbod van polissen met beperkende voorwaarden is gemonitord. Ten opzichte van 2019 is het aantal polissen met beperkende voorwaarden in 2020 afgenomen en ook het percentage verzekerden is licht afgenomen. In de periode 2017–2020 is het percentage verzekerden dat een polis heeft met beperkende voorwaarden redelijk stabiel.
- Het onderzoek toont aan dat het overgrote deel van de verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden tevreden zijn met hun polis. De reden om voor een dergelijke polis te kiezen is voornamelijk de premie en het verwachte lage zorggebruik.
- De meerderheid van de ondervraagden heeft bij het kiezen van de zorgverzekering gelet op het aanbod van gecontracteerde aanbieders. De meerderheid van de respondenten gaf aan de informatievoorziening met betrekking tot hun basisverzekering duidelijk en begrijpelijk te vinden. Desondanks geeft een aanzienlijk deel van de respondenten die te maken kregen met een bijbetaling (achteraf) aan dat ze niet op de hoogte zijn dat het gebruik maken van een niet-gecontracteerde aanbieder kan leiden tot een bijbetaling.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Dit is een aandachtspunt voor zowel de zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

Verschillende type polissen

Verzekerden kunnen op grond van de Zvw voor de basisverzekering kiezen uit een natura, een restitutie of combinatiepolis. Bij een naturapolis moet de zorgverzekeraar zijn verzekerden de benodigde zorg leveren. Om aan deze zorgplicht te kunnen voldoen moet de zorgverzekeraar voldoende zorg inkopen. Gaat een verzekerde met een naturapolis naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft de verzekerde recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding, waardoor het voor kan komen dat de verzekerde een deel van de rekening zelf moet betalen. Bij een restitutiepols heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg. Bij een restitutiepols krijgt de verzekerde de kosten van zorg vergoed bij alle zorgaanbieders, ongeacht of de zorgaanbieder een contract heeft (met uitzondering van kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten). Een combinatiepolis is een polis die een combinatie maakt van kenmerken die voorkomen in de natura en restitutiepolsen.

Binnen de naturapolissen zijn er polissen met meer beperkende voorwaarden dan gemiddeld. Deze polissen bieden bijvoorbeeld minder keuze uit gecontracteerde aanbieders en/of een vergoeding van minder dan 75% bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg.² In ruil hiervoor wordt vaak een lagere premie gevraagd. In 2019 hadden circa 2,4 miljoen verzekerden een polis met beperkende voorwaarden.

Aanbod van polissen met beperkende voorwaarden

De NZa heeft de afgelopen jaren het aanbod van polissen met beperkende voorwaarden gemonitord. Ten opzichte van 2019 is het aantal polissen met beperkende voorwaarden in 2020 afgenomen en ook het percentage verzekerden is licht afgenomen. In de periode 2017–2020 is het percentage verzekerden dat een polis heeft met beperkende voorwaarden redelijk stabiel.

Aanbod van polissen met beperkende voorwaarden³

Jaar	Aantal polissen	% verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden
2017	14	13,1%
2018	13	13,4%
2019	14	14,1%
2020	10	13,1%

³ NZa, Monitor Zorgverzekeringen 2019 en 2020.

De afname het aantal polissen met beperkende voorwaarden wordt veroorzaakt doordat zorgverzekeraars bij een aantal polissen de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg hebben verhoogd van 70% naar 75%. Bij een vergoeding van niet-gecontracteerde zorg van 75% of meer en een ruim aanbod van gecontracteerde aanbieders is er – volgens de definitie van de NZa – geen sprake meer van een budgetpolis.

Zoals zojuist beschreven kunnen er verschillende type beperkende voorwaarden zijn bij polissen. Ik heb de NZa specifiek gevraagd om de polissen met een selectieve contractering van ziekenhuizen nader te

² NZa, Monitor zorgverzekeringen 2019.

onderzoeken, omdat verzekerden bij deze polissen mogelijk vaker geconfronteerd worden met bijbetaling door het gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Aanbod van polissen met selectieve contractering in de medisch specialistische zorg

Jaar	Aantal polissen	% verzekerden met een polis met selectieve contractering MSZ
2017	8	5,8%
2018	4	3,2%
2019	5	3,5%
2020	4	3,5%

Vanaf 2018 laat zowel het aantal polissen als het aandeel verzekerden met een dergelijke polis een stabiel beeld zien. Voor de polissen met selectieve contractering van ziekenhuizen heeft de NZa bekeken hoeveel ziekenhuizen gecontracteerd zijn ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuizen. Dit noemen we de contracteergraad van de betreffende polis. Ook de contracteergraad van polissen met selectieve contractering laat in 2020 ten opzichte van 2019 een stabiel beeld zien.

Acute zorg wordt voor iedere verzekerde – dus ook voor verzekerden met een polis met beperkte voorwaarden – altijd vergoed alsof deze gecontracteerd is. Ook geven de zorgverzekeraars aan dat bij een polis met selectieve contractering een behandeling waarvoor de verzekerde is doorverwezen vanuit een medisch specialist bij een gecontracteerd ziekenhuis naar een medisch specialist van een niet-geselecteerd ziekenhuis volledig wordt vergoed (tertiaire verwijzing).

De NZa heeft ook gekeken welk effect de selectieve contractering heeft op de reistijd van verzekerden voor planbare ziekenhuiszorg. Van de verzekerden met de onderzochte polissen kan 80% van de verzekerden bij volledige contractering binnen 10,6 minuten een ziekenhuis bereiken. Met selectieve contractering kan 80% van de verzekerden het dichtstbijzijnde ziekenhuis binnen 16,4 tot 18,1 minuten (afhankelijk van de polis) bereiken. Dit betekent dat voor het overgrote deel van de verzekerden met een polis met selectieve contractering er sprake is van een beperkte reistijd voor planbare zorg.

De NZa heeft ook een analyse gemaakt van de verzekerdenkenmerken van verzekerden die een polis hebben afgesloten met selectieve contractering van ziekenhuiszorg. De NZa constateert dat verzekerden met een budgetpolis meer dan gemiddeld vallen in de volgende groepen: leeftijdscategorie 18–40, studenten, hoger opgeleiden, zelfstandigen, lage en zeer lage inkomens en mensen met een goede gezondheid⁴.

Onderzoek naar ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden

Ik vind het belangrijk dat niet enkel gekeken wordt naar het aantal verzekerden dat een polis met beperkende voorwaarden heeft afgesloten, maar dat ook onderzocht wordt of verzekerden die kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden zich bewust zijn van de mogelijke consequenties daarvan. Om deze reden heb ik Nivel opdracht gegeven om een verkennend onderzoek te doen onder verzekerden om meer inzicht te krijgen in hoe bewust verzekerden voor een verzekering met beperkende voorwaarden kiezen, wat hun ervaringen met een dergelijke zorgverze-

⁴ Verzekerden met selectieve contractering scoren minder vaak risicovereveningskenmerken FKG en DKG, welke verband houden met gebruik van geneesmiddelen en ziekenhuisdiagnoses. Ook bij GGZ, hulpmiddelen, morbiditeit, meerjarig hoge kosten (MHK) en zorgzwaarte ziet de NZa een vergelijkbaar beeld.

kering zijn en of zij voldoende bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis.

Voor dit onderzoek zijn verzekerden benaderd met een online vragenlijst via twee zorgverzekeraars. Deze groep bestond uit verzekerden die een polis met selectieve contractering van ziekenhuiszorg hebben (groep A). Daarnaast zijn ook leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van Nivel benaderd (groep B). Bij deze uitvraag betreft het ook verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden, maar hierbij kan er sprake zijn van een beperktere keuze van zorgaanbieders (bijvoorbeeld in de MSZ) en/of een lagere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Hieronder licht ik een aantal belangrijke bevindingen van het onderzoek toe.

Keuze van de polis

De meest genoemde reden voor verzekerden in groep A om te kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden is de premie (56%). Circa een kwart van de respondenten uit groep A gaf aan deze polis te hebben gekozen omdat ze weinig zorg gebruiken. Ongeveer de helft van de verzekerden uit groep B geven aan hun huidige basisverzekering voornamelijk te kiezen omdat ze deze al jaren hebben, gevolg door de premie (25%). De meeste respondenten gaven aan dat ze in 2019 dezelfde polis hadden als in 2020 (groep A: 75%, groep B: 92%). Een groot deel van de respondenten gaf ook aan in de afgelopen 5 jaar niet te zijn overstapt van zorgverzekering (groep A: 47%, groep B: 78%).⁵ Voor verzekerden met een polis met selectieve contractering is het van belang dat zij weten of hun zorgaanbieder vergoed wordt wanneer zij gebruik maken van zorg. De meerderheid van de ondervraagden (65% in groep A) heeft gelet op het aanbod van gecontracteerde aanbieders. Waarbij een deel van de verzekerden let op het aantal gecontracteerde zorgaanbieders, de afstand tot gecontracteerde zorgaanbieders of bijvoorbeeld de contractering van de aanbieder waar verzekerde al patiënt is. Verzekerden kijken daarbij het vaakst naar het gecontracteerde aanbod van ziekenhuiszorg en bijvoorbeeld minder naar het gecontracteerde aanbod van GGZ of wijkverpleging. Iets meer dan een derde (35%) van de respondenten gaf aan bij het kiezen van hun zorgverzekering niet te hebben gelet op welke zorgaanbieders volledig worden vergoed.

Respondenten zijn over het algemeen tevreden over hun basisverzekering (groep A: 70%, groep B: 83%). Ongeveer vier op de tien respondenten gaf aan dat het waarschijnlijk is dat ze hun huidige basisverzekering zouden aanbevelen.

Keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder

Van de respondenten die in de afgelopen 12 maanden in de situatie zijn geweest dat ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed, gaf circa 60% aan alsnog naar deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder te zijn gaan.

Informatievoorziening

Circa 60% van de respondenten gaf aan de informatievoorziening met betrekking tot hun basisverzekering duidelijk en begrijpelijk te vinden. Iets

⁵ Dit beeld voor groep B komt overeen met het overstapgedrag van alle verzekerden. De Zorgthermometer 2020 van VEKTIS geeft aan dat de laatste 6 jaar 69% van de verzekerden niet van zorgverzekeraar is gewisseld. De verzekerden uit groep A lijken wel iets vaker over te zijn gestapt van zorgverzekering dan gemiddeld.

meer dan een kwart van de respondenten gaf aan eind 2019 te zijn geïnformeerd door de zorgverzekeraar over welke zorgaanbieders volledig worden vergoed. Iets meer dan een derde van de respondenten weet niet of ze geïnformeerd zijn door hun zorgverzekeraar. Daarnaast gaf circa een derde van de respondenten aan geen informatie te hebben ontvangen, maar het zelf te hebben opgezocht. Ze hebben dit waarschijnlijk zelf op de website van de zorgverzekeraar opgezocht. Ongeveer 1 op de 5 respondenten geeft aan geen informatie te hebben ontvangen en het ook niet te hebben opgezocht. Respondenten geven aan dat als zij geïnformeerd worden zij vooral door de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar geïnformeerd worden als zij zorg willen gebruiken van een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is.

Bijbetaling vanwege een niet gecontracteerde zorgaanbieder

Iets minder dan een kwart van de respondenten met een polis met een selectieve contractering heeft zich de afgelopen twaalf maanden in de situatie bevonden waarin ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet gecontracteerd was door hun verzekeraar. Het gaat hierbij dan vooral om ziekenhuiszorg. Van de verzekerden die in de afgelopen 12 maanden naar het ziekenhuis zijn geweest voor zorg moest ongeveer de helft bijbetalen voor de zorg die zij in het ziekenhuis kregen. In de meerderheid van de gevallen (61%) waren de kosten volgens de respondenten niet gerelateerd aan niet-gecontracteerde zorg (het kan dan bijvoorbeeld gaan om het verplicht of vrijwillig eigen risico) of waren de respondenten niet zeker of dit het geval was. In 39% van de gevallen waarbij bijbetaald moest worden, kwam dat volgens de verzekerden doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd in verband met een niet-gecontracteerde aanbieder. Van de mensen die moesten bijbetalen vanwege niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg, gaf 62% aan niet van tevoren te weten dat ze moesten bijbetalen voor deze zorg. Dit betrof ongeveer 5% van de respondenten met een polis met selectieve contractering. Voor een derde van deze verzekerden was de bijbetaling vanwege een niet-volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg een groot probleem.

Kennis

Verzekerden geven aan redelijk op de hoogte te zijn van de voorwaarden van hun basisverzekering en daarnaast geven ze aan redelijk overtuigd te zijn dat ze informatie hierover (redelijk) makkelijk kunnen vinden en begrijpen. Circa 80 procent van de respondenten die in de afgelopen zes maanden informatie heeft gezocht over de voorwaarden van hun huidige basisverzekering, vindt het redelijk of heel makkelijk om deze informatie te vinden. Het achterhalen hoeveel men moet bijbetalen wanneer men naar een zorgaanbieder gaat die niet volledig wordt vergoed wordt door meer dan een derde van de respondenten als redelijk of heel moeilijk beschouwd.

Beleidsreactie

De polis met beperkende voorwaarden staat al geruime tijd in de belangstelling. De polis met beperkende voorwaarden draagt bij aan de behoefte van een bepaalde groep verzekerden en kan voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument zijn voor doelmatige zorginkoop.⁶

⁶ Monitor NZa over de inhoud van contracten in de medisch-specialistische zorg in 2018, Kamerstuk 29 248, nr. 319.

Aanbod polissen met beperkende voorwaarden

Het aanbod van polissen met beperkende voorwaarden en het percentage verzekerden dat een dergelijke polis heeft is redelijk stabiel. De reistijd voor planbare zorg is voor het overgrote deel van de verzekerden met een polis met selectieve contractering van ziekenhuizen beperkt. Voor acute zorg kunnen deze verzekerden bij alle zorgaanbieders terecht. Voor een beperkt deel van de verzekerden kan het wel of niet gecontracteerd zijn van de dichtstbijzijnde ziekenhuizen wel voor een aanzienlijke verhoging van de reistijd zorgen, daarom is het wenselijk dat verzekerden bij afsluiten of verlengen van een polis goed kijken naar het gecontracteerde aanbod in de eigen regio. Uit onderzoek van de NZa komt naar voren dat een polis met beperkende voorwaarden vooral afgesloten wordt door mensen met een relatief goede gezondheid die prijsbewust zijn, zoals bijvoorbeeld studenten. Hierbij gaat het om zelfselectie van verzekerden zelf. Dat is begrijpelijk omdat als een verzekerde relatief weinig gebruik maakt van zorg, een selectief gecontracteerd zorgaanbod eerder opweegt tegen een lagere premie. Ook voor mensen met een minder goede gezondheid, zoals bijvoorbeeld chronisch zieken of ouderen, kan een polis met beperkende voorwaarden een goede keuze zijn. Zorgverzekeraars moeten namelijk ook in het geval van een budgetpolis voldoen aan de zorgplicht en voor veel verzekerden neemt de reistijd naar een gecontracteerde zorgaanbieder maar beperkt toe door de selectieve contractering. Ik vind het belangrijk dat iedereen – dus ook bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken – geaccepteerd worden voor de polis voor de basisverzekering die ze willen afsluiten, ook voor polissen met beperkende voorwaarden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt hier toezicht op. Ik heb geen signalen dat de acceptatieplicht bij polissen met beperkende voorwaarden niet wordt nageleefd.⁷

Risicoverevening

In het regeerakkoord is de verwachting uitgesproken dat mede door de aangepaste risicoverevening het aanbod van polissen met beperkende verminderd. In de afgelopen jaren is het systeem van risicoverevening steeds verder verbeterd en verfijnd. Een concrete aanpassing is bijvoorbeeld het invoeren van het kenmerk meerjarig lage kosten; daardoor krijgen zorgverzekeraars voor gezonde verzekerden minder compensatie. Ook is op onderbouwde wijze de compensatie voor chronisch zieken verder verbeterd, waardoor zorgverzekeraars voor deze verzekerden juist meer compensatie krijgen. Daarnaast is het meervoudig maken van kenmerken als hulpmiddelen kosten groepen geïntroduceerd, waardoor zorgverzekeraars voor verzekerden die meerdere hulpmiddelen gebruiken meer compensatie ontvangen.

Desondanks zijn er vermoedens dat bepaalde groepen verzekerden structureel onder- of overgecompenseerd worden en dat dit zorgverzekeraars belet om zich volledig te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor deze groepen. In mijn brief van 21 september 2020⁸ heb ik voor de komende periode het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening aangekondigd. Een belangrijk onderdeel van het onderzoeksprogramma zijn de zogenoemde restrisiko-onderzoeken waarbij de onder- en overcompensatie van bepaalde groepen verzekerden wordt onderzocht. De komende periode starten er vervolgonderzoeken.

⁷ In het samenvattend rapport wordt een samenvattend oordeel gegeven over de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het samenvattend rapport 2019 heb ik in het voorjaar naar uw Kamer verzonden. Kamerstuk 29 689, nr. 1052.

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 1078.

Onderzoek naar ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden

Het onderzoek toont aan dat veel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden tevreden zijn met hun polis. Ik concludeer dat er een groep verzekerden is die behoefte heeft aan een polis met beperkende voorwaarden in ruil voor een iets lagere premie. Wel komen er uit het onderzoek een paar aandachtspunten naar voren.

Verzekerden geven enerzijds aan redelijk op de hoogte te zijn van de voorwaarden van hun basisverzekering en de informatievoorziening duidelijk en begrijpelijk te vinden. Ook heeft de meerderheid van de verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden bij de keuze van de polis gelet op het aanbod van gecontracteerde aanbieders. Aan de andere kant blijkt dat een aanzienlijk deel van de verzekerden niet op de hoogte is dat het gebruik maken van een niet gecontracteerde aanbieder kan leiden tot een bijbetaling. Ik maak hieruit op dat zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de consequenties van een polis met beperkende voorwaarden bij het afsluiten van de polis. Maar blijkbaar is een deel van de verzekerden dit vergeten op het moment dat ze zorg gaan gebruiken. En blijkbaar wordt een deel van deze verzekerden ook niet door de zorgaanbieder geïnformeerd over het feit dat deze geen contract heeft met de zorgverzekeraar. Hierdoor is de verzekerde op het moment dat hij/zij gebruik maakt van zorg niet op de hoogte van de mogelijke financiële consequenties.

Alle partijen moeten zich ervoor inzetten de verzekerde juist op het moment van verwijzing of gebruik van zorg goed te informeren. Op dat moment is de informatie relevant en kan de verzekerde ervoor kiezen om naar een gecontracteerde aanbieder te gaan.

Als eerste zie ik een rol weggelegd voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De indruk ontstaat uit het rapport van Nivel dat zorgaanbieders hun patiënten er vaak niet op wijzen dat zij geen contract hebben en dat dit mogelijk financiële gevolgen heeft voor de patiënt. Dat is niet conform de regels van de NZa (Transparantie zorgaanbieders – TH/BR-012) die voorschrijven dat zorgaanbieders hun patiënten daarover moeten informeren voor zij starten met behandelen. Ik zal dit signaal doorgeven aan de NZa, zodat ze dit mee kunnen nemen in hun toezicht op de transparantieregels.

Er zijn diverse goede voorbeelden van proactieve communicatie van zorgverzekeraars richting hun verzekerden in de overstapperiode. Zilveren Kruis en Coöperatie VGZ maakt verzekerden die hebben gekozen voor een polis met selectieve contractering en mogelijk vooral naar de premie hebben gekeken ook na het afsluiten bewust van de risico's van hun keuze. Daarbij bieden ze verzekerden nog de mogelijkheid om tot eind januari om over te stappen naar een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars meer doen om ervoor te zorgen dat voordat een verzekerde gebruik maakt van zorg ze nogmaals op de consequenties van hun polis met beperkende voorwaarden worden gewezen. Zorgverzekeraar hebben aangegeven dat zij daarin recent al stappen hebben gezet. Zilveren Kruis geeft bijvoorbeeld aan dat ze voor verzekerden met een budgetpolis een afwijkende zorgpas hebben ingevoerd. Hieraan kunnen zorgverleners herkennen dat een verzekerde een budgetpolis heeft en kunnen zij eenvoudiger zien of ze de patiënt moeten informeren over mogelijke financiële consequenties (enkel indien de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar voor deze specifieke polis). Coöperatie VGZ heeft het vanaf 1 juni 2020 mogelijk gemaakt dat nagenoeg alle huisartsen voor alle merken en polissen van Coöperatie VGZ zien of zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd zijn.

Hierdoor kunnen huisartsen bij een verwijzing beter rekening houden met het gecontracteerde aanbod. Aanvullend daarop krijgen patiënten die een digitale verwijzing ontvangen de mogelijkheid om bij de verzekeraar in de Mijn Omgeving vergoedingen en de stand van het eigen risico in te zien. Ook wordt hier actief gewezen op de mogelijkheid van Zorgadvies & Bemiddeling. Op deze manier faciliteert Coöperatie VGZ verwijzer en patiënt in haar selectieve inkoop bij bijvoorbeeld eerstelijns diagnostiek en wanneer verzekerden een polis hebben met selectieve contractering in ziekenhuizen.

Ik vind het niet verrassend dat verzekerden het lastig vinden om de hoogte van het bedrag in te schatten dat ze moeten bijbetalen wanneer ze gebruik maken van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het gaat om een percentage van de zorgkosten die mogelijk moet worden bijbetaald. Het is voor een verzekerde op voorhand lastig in te schatten wat een behandeling gaat kosten. Zelfs voor een zorgprofessional kan het moeilijk zijn een inschatting te maken, zeker als er nog geen diagnose of behandeling is vastgesteld. Wel kunnen verzekerden contact opnemen met de zorgaanbieder of zorgverzekeraar voor een indicatie van de kosten. Indien de verzekerde het risico op een bijbetaling niet wilt lopen, kan hij kiezen voor een gecontracteerde aanbieder. De zorgverzekeraar moet voldoende zorgaanbieders inkopen om te voldoen aan de zorgplicht.

Verder vind ik het opvallend dat de meerderheid van de respondenten aangeeft dat wanneer blijkt dat een aanbieder niet gecontracteerd is, ze alsnog naar deze aanbieder gaan. Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten dat ze contact op kunnen nemen met de verzekeraar voor zorgadvies of zorgbemiddeling. De verzekerde wordt dan bemiddeld naar een gecontracteerde zorgaanbieder en niet geconfronteerd met een bijbetaling. Zoals hierboven genoemd blijkt uit onderzoek van de NZa dat voor 80% van de verzekerden er een gecontracteerd ziekenhuis is binnen een reisafstand van een kleine twintig minuten. Voor de overige verzekerden is de reistijd mogelijk wel langer, maar hierdoor kunnen wel financiële tegenvallers worden voorkomen.

De verzekeraar kan als zorgadviseur de verzekerde adviseren over waar hij/zij het beste terecht kan, waarbij rekening kan worden gehouden met kwaliteit, gecontracteerd aanbod, reistijd en eventuele wachttijden.

Alle zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen waar verzekerden terecht kunnen voor zorgadvies en zorgbemiddeling. Het is belangrijk dat verzekerden deze afdelingen ook weten te vinden, want het is van groot belang dat verzekerden zo snel mogelijk hun weg vinden naar de voor hen juiste zorg op de juiste plek. Zorgverzekeraars spelen daar een rol bij. Daarom breng ik graag de toezegging die mijn voorganger heeft gedaan tijdens het Algemeen Overleg «Medisch zorglandschap» van 6 februari jl. omtrent de bekendheid van deze afdelingen onder de aandacht. Om de bekendheid van het werk van deze afdelingen te vergroten heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – in samenwerking met haar leden – begin van het jaar het platform «MijnZorgverzekeraar.nl» gelanceerd. Op deze website kunnen verzekerden en verwijzers de contactgegevens van de zorgadviesafdelingen van de verschillende zorgverzekeraars makkelijk terugvinden. Daarnaast hebben ZN en de individuele zorgverzekeraars recentelijk zorgadvies en wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars via social media onder de aandacht gebracht van relevante stakeholders, zoals huisartsen en ziekenhuizen. Deze informatie heb ik gedeeld via de Twitter- en LinkedIn-kanalen van VWS.

Afsluitend

Zoals toegezegd in het Regeerakkoord is er getoetst of begin 2020 het aanbod van budgetpolissen is verminderd. Het aantal polissen dat beperkende voorwaarden heeft in 2020 is lager, maar het aantal verzekerden met dit type polis in 2020 is vergelijkbaar met 2017. Ik kan niet vaststellen of de verlaging van het aantal polissen het gevolg is van de aangepaste risicoverevening, maar dat laat onverlet dat ik het belangrijk vind dat de onder- en overcompensatie van bepaalde groepen verzekerden (restrisico's) verder wordt onderzocht. Daarom is het risicovereveningssysteem de afgelopen jaren verder verbeterd en zijn er een aantal vervolgonderzoeken opgenomen in het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening. De meerderheid van de ondervraagden heeft bij het kiezen van de zorgverzekering gelet op het aanbod van gecontracteerde aanbieders, desondanks blijkt een deel van de ondervraagde verzekerden er niet van op de hoogte dat het gebruik maken van een niet gecontracteerde aanbieder kan leiden tot een bijbetaling. Dit is een aandachtspunt voor zowel de zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark