

Vergaderjaar 2020–2021

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1093**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 februari 2021

In het AO medisch zorglandschap van 14 januari 2021 heb ik toegezegd om, samen met de toenmalige Staatssecretaris van SZW, te kijken naar oplossingen voor mensen die door schulden bij een zorgverzekeraar hun toegang tot de aanvullende verzekering verliezen. Ook heeft uw Kamer bij motie<sup>1</sup> de regering verzocht te onderzoeken hoe wet- en regelgeving aangepast kunnen worden, zodat mensen in de schuldhulpverlening niet direct hun aanvullende verzekering verliezen. Hierbij gaat het om de toegang tot de fysiotherapeut en de tandarts.

#### **Vergoeding mondzorg en fysiotherapie**

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder maakt, met uitzondering van de zogenaamde bijzondere tandheelkunde en het volledige kunstgebit, geen deel uit van het basispakket van de Zvw.<sup>2</sup> Mondzorg en fysio- en oefentherapie worden deels vergoed vanuit de basisverzekering. Fysio- en oefentherapie wordt vergoed als de aandoening van de cliënt voorkomt op de zogenaamde «chronische lijst», zoals geformuleerd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Bij deze aandoeningen betaalt de verzekerde de eerste twintig behandelingen zelf. Voor de overige vormen van mondzorg en fysio- en oefentherapie is gekozen om deze geen onderdeel te laten zijn van de basisverzekering. De gedachte hierbij is dat het deels gaat om voorzienbare kosten, volwassenen deze kosten over het algemeen zelf kunnen dragen en dat zij, voor wat betreft het gebit, een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de verzorging daarvan. Daarnaast bestaat over de effectiviteit van de behandeling met fysio- of oefentherapie (nog) te weinig duidelijkheid<sup>3</sup>. Verzekerden hebben de keuze om een aanvullende zorgverzekering te

<sup>1</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 334

<sup>2</sup> Art. 2.7 Besluit zorgverzekering

<sup>3</sup> In het eerste kwartaal ontvang ik de voortgangsrapportage van ZiNL met betrekking tot het systeemadvies fysio- en oefentherapie dat o.a. nader ingaat op het effectiviteitsvraagstuk. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

nemen. In 2020 heeft 83,2 procent<sup>4</sup> van de verzekerden dat gedaan. Soms op basis van instrumenten, zoals de Voorzieningenwijzer en de Poliswijzer. Mensen die geen aanvullende verzekering (meer) hebben, maar wel aanvullende zorg nodig hebben, kunnen deze kosten onder bepaalde voorwaarden aftrekken van hun belastingen («de specifieke zorgkosten»).

### **Ongewenste zorgmijding<sup>5</sup>**

Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen kan aan de orde zijn in de situatie dat een aanvullende zorgverzekering is stopgezet vanwege betalingsachterstanden (veelal voordat schuldhulpverlening is opgestart), maar ook als nooit een aanvullende zorgverzekering is afgesloten. Over het aantal mensen dat ongewenst om financiële redenen de tandarts of fysiotherapeut vermijdt, lijkt geen eenduidig beeld te bestaan. Dokters van de Wereld spreekt over circa 500.000 Nederlanders die door armoede en schulden de tandarts vermijden.<sup>6</sup> Ook de vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren: NVVK laat weten dat schuldhulpverleners het probleem herkennen. Volgens het CBS ging in 2018 80,3% van de Nederlanders minimaal 1 keer per jaar naar de tandarts<sup>7</sup>. Uit onderzoek van TNO blijken echter verschillende redenen waarom mensen niet naar de tandarts gaan, zoals «financiële redenen», maar ook «niet nodig» of «verstreckende angst». Daar komt bij dat in de jaren dat mondzorg voor volwassenen nog in het ziekenfondspakket was opgenomen, het percentage Nederlanders dat minimaal 1 keer per jaar naar de tandarts ging, aanzienlijk lager was. Dit percentage was in 1990 71,3% en in 1995 74,6%. Het is daarom de vraag of ingrijpende maatregelen, zoals pakketmaatregelen (zie ook Zorgkeuzes in Kaart<sup>8</sup>) of andere wettelijke maatregelen (zie hierna), de problematiek oplossen en proportioneel zijn.

### **Beperken beëindigingsmogelijkheden aanvullende verzekering**

Een aanvullende zorgverzekering valt onder de algemene regels van het Burgerlijk Wetboek, die enige bescherming bieden tegen beëindiging of schorsing van verzekeringen. Niet-tijdige premiebetaling kan voor een verzekeraar reden zijn om de verzekering te beëindigen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de betaling van de eerste premie en de betaling van de vervolgpremie. Als het om de vervolgpremie gaat, moet de verzekeringnemer eerst zonder extra kosten tot betaling binnen een termijn van veertien dagen zijn aangemaand. Hiermee is beoogd zowel de verzekeringnemer als de verzekerde te beschermen. Volgt op de aanmaning en de waarschuwing voor de gevolgen geen betaling, dan kan de overeenkomst door de ziektekostenverzekeraar worden beëindigd. Teneinde wanbetaling te voorkomen, kan de ziektekostenverzekeraar – naast de ultieme sanctie van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst – kiezen voor schorsing van de dekking. Dit alles is geregeld in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

Behalve de algemene regels in het Burgerlijk Wetboek, zijn over de aanvullende zorgverzekering geen regels gesteld. Op andere terreinen is soms wel de keus gemaakt om huishoudens nader te beschermen, ondanks dat sprake is van een contractuele relatie tussen een bedrijf en een klant. Te denken valt hierbij aan regels over het beëindigen van de levering van elektriciteit en gas in bepaalde perioden of situaties. Deze regels beschermen in dit geval de (kwetsbare) consumenten om bijvoor-

<sup>4</sup> Verzekerden in beeld 2020, Vektis

<sup>5</sup> Zie ook Kamerstuk 29 689, nr. 1081

<sup>6</sup> <https://doktersvandewereld.org/publicatie-kiezen-voor-elkaar/>

<sup>7</sup> Meerderheid volwassenen tevreden met mondgezondheid (cbs.nl)

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1075

beeld gezondheidsschade als gevolg van het afsluiten van elektriciteit of gas te voorkomen. In dit geval heeft de wetgever geoordeeld dat de belangen van deze (kwetsbare) consumenten in bepaalde, specifieke situaties boven de belangen van de leverancier van elektriciteit of gas gaan. Als een parallel wordt getrokken met de aanvullende zorgverzekering dan zou bijvoorbeeld bij een betalingsachterstand de zorgverzekeraar kunnen worden opgelegd de verzekeringsovereenkomst niet te beëindigen gedurende een periode van enkele maanden in afwachting van schuldhulp. Echter, op basis van de Europese richtlijn Solvency II is het in beginsel verboden om private verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Ten aanzien van ziektekostenverzekeringen is het mogelijk nadere regels te stellen uit hoofde van het algemeen belang. Of een bepaling zoals hierboven genoemd Europeesrechtelijk door de beugel kan is afhankelijk van de vraag of de bepaling noodzakelijk is en in verhouding is in het licht van de doeleinden van de zorgverzekering (proportionaliteit).

### **Vroegsignalering en noodoplossingen**

Het vroegtijdig opsporen van beginnende schuldenproblematiek is ook belangrijk voor het voorkomen van ongewenste zorgmijding. Binnen de brede schuldenaanpak van het kabinet wordt gewerkt aan vroegsignalering van (dreigende) problematische schulden. Op basis van de gewijzigde Wet gemeentelijke schuldhulpverlening mogen gemeenten met ingang van 1 januari 2021 gegevens ontvangen van onder andere zorgverzekeraars over beginnende betalingsachterstanden en op basis daarvan burgers hulp aanbieden. Veel zorgverzekeraars benaderen klanten zelf ook vroegtijdig om royeren te voorkomen. Bij financiële problemen worden klanten verwezen naar de gemeente. Ook is er vaak flexibiliteit om mee te bewegen in tussentijdse pakket aanpassingen wanneer dat echt nodig is.

Ik wil samen met betrokken gemeenten en zorgverzekeraars verkennen op welke wijze het onderwerp «ongewenste zorgmijding» betrokken kan worden bij vroegsignalering van schulden. In het contact met mensen met beginnende betalingsachterstand kan actief worden gevraagd, en actegenomen, in de situatie van ongewenste zorgmijding. Mochten mensen onverhoopt tegen noodzakelijke (zorg)kosten aanlopen, dan biedt de participatiewet de ruimte aan gemeenten om mensen bij te staan met gemeentelijke compensatieregelingen, de gemeentepolis en bijzondere bijstand<sup>9</sup>. Vanaf 2017 is (na de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (CER)) via het Gemeentefonds structureel 268 miljoen euro ter beschikking gesteld aan gemeenten, ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning.

In dit verband zijn ook lokale innovatieve initiatieven, zoals het teambudget in Amsterdam<sup>10</sup> en het Vaste Lasten Pakket<sup>11</sup>, interessant om te verkennen.

<sup>9</sup> De bijzondere bijstand is bedoeld als iemand onverhoopt tegen noodzakelijke kosten aanloopt die diegene niet direct kan betalen en ook niet worden gedekt door een andere regeling.

Bijvoorbeeld voor de kosten van noodzakelijke mondzorg. De beoordeling of voor bepaalde noodzakelijke kosten een recht op (aanvullende) individuele bijzondere bijstand bestaat, is een expliciete bevoegd- en verantwoordelijkheid van de gemeente.

<sup>10</sup> <https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/beleid-jeugdhulp/artikelen/teambudget/>

<sup>11</sup> <https://www.vastelastenpakket.nl/>

Het teambudget is bedoeld om hulpverleners de kans te geven om snel en met minimale verantwoording, kleine problemen «klein» te kunnen houden.

### **Schuldhulp en herstel aanvullende zorgverzekering**

Als de schuldhulpverlening is opgestart, wordt geprobeerd de aanvullende zorgverzekering af te sluiten of te herstellen, veelal door instroom in de gemeentepolis.

In de Brede Schuldenaanpak zijn verschillende maatregelen getroffen, versneld en opgeschaald om (problematische) schuldenproblematiek aan te pakken. VWS heeft hierin een actieve rol, gegeven de sterke samenhang met gezondheid, welzijn en zorgverlening. De inspanningen gericht op onder andere het opschalen van collectief schuldregelen en het opzetten van het waarborgfonds<sup>12</sup>, dragen ook bij aan het sneller kunnen herstellen van de aanvullende zorgverzekering. Dit jaar wordt in een samenwerking met onder andere zorgverzekeraars, gemeenten en de NVVK gewerkt aan:

- het opschalen van de uitstroomregeling bijstandsgerechtigden en aanpakken, zoals in Enschede, waar instroom in de gemeentepolis mogelijk wordt door het overnemen van de betalingsachterstand zorgpremie door de gemeente (hiervoor is een subsidie verstrekt aan bureau BS&F);
- de vernieuwing van het convenant tussen de NVVK en Zorgverzekeraars Nederland en daarbij te verkennen welke mogelijkheden er zijn voor sneller herstel van de aanvullende zorgverzekering enerzijds en meer garanties voor duurzame betaling van de zorgpremie anderzijds.

### **Tot slot**

De gevolgen van (problematische) schuldenproblematiek zijn ingrijpend. De signalen van zorg- en hulpverleners over de samenhang met ongewenste zorgmijding neem ik serieus. Het is echter de vraag of wijziging van wet- en regelgeving een passend antwoord is. Dit is aan een volgend kabinet. Ik zie wel ruimte om in een samenwerking van VWS, SZW, zorgverzekeraars en gemeenten, en in relatie tot ongewenste zorgmijding om financiële redenen, meer te doen op de onderwerpen vroegsignalering, noodoplossingen, schuldhulp en herstel van de aanvullende zorgverzekering.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

---

<sup>12</sup> Kamerstuk 34 477, nr. 73