ZN-24-026097

Zorgverzekeraars Nederland

Kenniskern

2025

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding

2. Zorg

2.1 Algemeen: Prinsjesdag

2.2 Herstelzorg Corona

2.3 Wijzigingen Zvw

2.4 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdrage

2.5 Voorwaardelijke toelatingen

3. Diversen

3.1 Jurisprudentie van de SKGZ

3.2 Aanpassing ingangsdatum verzekeringsrecht bij ontstaan daarvan agv EU-recht

3.3 Bestuurlijke boete NZa bij te late melding wijziging premiegrondslag

3.4 Hinderpaalcriterium en wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering ingetrokken

3.5 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen

Voorwoord

Door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2006 bestond er behoefte aan kennis aan de inhoud hiervan bij zorgverzekeraars. Het is uiteraard van belang die kennis ook actueel te houden.
Vanuit de toenmalige Opleidingscommissie Zorgverzekeringen is de wens kenbaar gemaakt dat er behoefte bestaat aan een overzicht van de wijzigingen die zich in een jaar op het gebied van de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving voordoen. Hieraan gekoppeld is ook de behoefte aan permanente educatie die bij zorgverzekeraars aanwezig is. Immers educatie, waar permanente educatie een onderdeel van vormt, is voor een organisatie van groot belang. Permanente educatie draagt eraan bij dat personen die in het verleden een opleiding hebben gevolgd, op de hoogte blijven van recente ontwikkelingen die van belang zijn in hun vakgebied. De invoering van Wft-Zorg heeft hier geen veranderingen in gebracht.
Om aan de eerder geschetste behoefte invulling te geven is de zogenoemde Kenniskern in het leven geroepen. In de Kenniskern heeft zitting Marc van Westerlaak (Adfiz), Geert-Jan Vos (CZ), Niamh Spies (SKGZ) en Nicolette Cremers (ZN). Onder eindredactie van ZN heeft de Kenniskern een overzicht geschreven met betrekking tot de wijzigingen in de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving die per 2025 ingaan. Daarnaast zijn tevens relevante ontwikkelingen opgenomen. Dit overzicht heeft een algemeen karakter en kan gebruikt worden voor permanente educatie.
Wij hopen dat de voorliggende update ook dit jaar weer bruikbaar is.
Voor suggesties staan wij altijd open, deze kunt u mailen aan N.Cremers@zn.nl.

Nicolette Cremers
Niamh Spies
Geert-Jan Vos
Marc van Westerlaak

1. Inleiding

In deze notitie (status oktober 2024) wordt een overzicht gegeven van zaken die van belang zijn voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de wijzigingen aangegeven die doorgevoerd worden per 1 januari 2025 ten opzichte van 2024. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan items die in 2024 gespeeld hebben en extra aandacht verdienen.
Deze zijn tevens van belang voor opleidingen en permanente educatie.
Daarnaast komen relevante onderwerpen aan de orde die afgelopen kalenderjaar gespeeld hebben dan wel in de nabije toekomst gaan spelen.

2. Zorg

2.1 Algemeen: Prinsjesdag

Jaarlijks worden op Prinsjesdag de nodige cijfers en relevante gegevens met betrekking tot de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend gemaakt. Hieronder een overzicht waarin een aantal belangrijkste cijfers uit de begroting voor 2025 van het ministerie van VWS rondom de Zvw zijn weergegeven:

Item	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**Verschil '24/'25**
Procentuele Wlz-premie	**9,65%**	**9,65%**	**9,65%**	**9,65%**	0,00%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (normaal tarief)	**6,75%**	**6,68%**	**6,57%**	**6,51%**	-0,06%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (verlaagd tarief)	**5,50%**	**5,43%**	**5,32%**	**5,26%**	-0,06%
Nominale rekenpremie	**€ 1.499,00**	**€ 1.599,00**	**€ 1.708,00**	**€ 1.802,00**	€ 94,00
Gemiddelde nominale opslagpremie (schatting)	**€ 15,00**	**€ 51,00**	**€ 39,00**	**€ 66,00**	€ 27,00
Totale **gemiddelde** nominale premie	€ 1.514,00	€ 1.650,00	€ 1.747,00	€ 1.868,00	€ 121,00
Verplicht eigen risico	**€ 385,00**	**€ 385,00**	**€ 385,00**	**€ 385,00**	€ 0,00
Standaardpremie (t.b.v. Zorgtoeslag)	**€ 1.749,00**	**€ 1.889,00**	**€ 1.987,00**	**€ 2.100,00**	€ 113,00
Maximale zorgtoeslag alleenstaande	**€ 1.336,00**	**€ 1.858,00**	**€ 1.483,00**	**€ 1.561,00**	€ 78,00
Maximale zorgtoeslag partners	**€ 2.553,00**	**€ 3.180,00**	**€ 2.833,00**	**€ 2.986,00**	€ 153,00

Enkele opvallende zaken zijn:

Premie-inschatting VWS
VWS verwacht dat de gemiddelde nominale premie per 2025 met € 10,08 per maand (€ 121,00 per jaar) stijgt. Overall hebben de zorgverzekeraars hun premies in 2024 gemiddeld € 21,00 per jaar lager vastgesteld dan VWS had begroot op Prinsjesdag vorig jaar (prognose € 1.747 ten opzichte van € 1.726 gemiddelde betaalde premie (volgens Vektis)).

Op basis van de rekenpremie gaan zorgverzekeraars doorrekenen welke premie zij zelf denken nodig te hebben. Deze premiestelling voor 2025 moet uiterlijk 12 november 2024 bekend gemaakt zijn. De eerste zorgverzekeraar heeft inmiddels een premiestijging van € 9,50 per maand bekend gemaakt.

Voor 2025 verwacht VWS dat zorgverzekeraars € 0,4 miljard overreserves zullen inzetten om de premies te dempen. Volgens de berekeningen van VWS was de inzet van reserves door zorgverzekeraars per 2024 € 0,2 miljard. Overall zou de inzet van reserves moeten zorgen voor een verlaging van de premie (nominaal en inkomensafhankelijk bij elkaar) van € 12,00, waarvan de helft via de inkomensafhankelijke bijdragen wordt gefinancierd. De inzet van reserves zorgt, volgens VWS, voor een verlaging van de nominale premie in 2025 van € 6,00.

Premie Wet langdurige zorg
De procentuele premie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) blijft gelijk, volgens afspraak.

2.2 Herstelzorg Corona

Tijdens de covid-pandemie bleek dat veel patiënten belang hadden bij paramedische (herstel)zorg. Door middel van een tijdelijke uitbreiding werd vanaf medio 2020 het basispakket uitgebreid met vergoeding voor maximaal vijftig fysio- of oefentherapeutische sessies, tien uren ergotherapie, zeven uren diëtetiek en (onbeperkt) logopedie voor de duur van maximaal zes maanden. Deze tijdelijke uitbreiding is al een aantal keren verlengd en zou in principe per juli 2024 aflopen. VWS heeft aangegeven dat deze herstelzorg vast onderdeel van het basispakket van de Zvw zou kunnen worden, als het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) positief zou adviseren over deze toelating.

Het advies dat Zorginstituut eind juni 2024 uitbracht, was echter negatief. Het Zorginstituut schrijft onder meer: "Eerstelijns multidisciplinaire paramedische herstelzorg is een behandeling voor patiënten met aanhoudende klachten of beperkingen na COVID-19. De conclusie van Zorginstituut Nederland is dat deze zorg voor patiënten geen meerwaarde heeft in vergelijking met geen behandeling of advies en follow-up door huisarts of medisch specialist. Daarom kan multidisciplinaire paramedische herstelzorg niet vergoed worden uit het basispakket van de zorgverzekering."

Dit advies is overgenomen door het ministerie van VWS. Dit houdt in dat herstelzorg COVID dus tot 1 juli 2024 onderdeel was van het pakket van de Zvw. Er geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2025 voor mensen die al voor 1 juli 2024 begonnen waren met de behandeling multidisciplinaire paramedische herstelzorg.

2.3 Wijzigingen Zvw

Minder voorwaarden voor geriatrische revalidatiezorg
Onder geriatrische revalidatiezorg wordt verstaan de geïntegreerde multidisciplinaire (ouderen)zorg onder regie van de specialist ouderengeneeskunde. Deze zorg is gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare (voornamelijk oudere) patiënten die te maken hebben gehad met een acute aandoening of functionele achteruitgang.

Om voor deze zorg in aanmerking te komen, geldt een aantal beperkende voorwaarden. Zo moet de zorg binnen een termijn van maximaal een week aansluiten op een verblijf in verband met medisch specialistische zorg. Ook moet er sprake zijn van afgenomen leer- en trainbaarheid en moet de zorg bij aanvang gepaard gaan met verblijf. Deze beperkende voorwaarden worden geschrapt.

Geen maximering oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
Iemand die last heeft van COPD heeft, afhankelijk van de ernst van de ziekte (vastgelegd in een viertal klassen), recht op vergoeding van een aantal behandelingen oefentherapie. Bij de ernstigste klasse geldt bijvoorbeeld een vergoeding van maximaal 70 behandelingen oefentherapie in het eerste behandeljaar en maximaal 52 behandelingen in de daaropvolgende behandeljaren. Voor lagere klassen is dat aantal lager.

Op advies van het Zorginstituut is het voornemen om per 1 januari 2025 het aantal behandelingen oefentherapie niet meer te maximeren. Hierdoor is er, aldus het Zorginstituut, geen indeling op zwaarte voorafgaand aan het behandeltraject nodig. De verwachting is dat passende fysio- en oefentherapeutische zorg voor alle COPD-patiënten gerealiseerd kan worden, en over- en onderbehandeling kan worden verminderd.

Oefentherapie bij chronische gewrichtsreuma (reumatoïde artritis) definitief toegelaten
Langdurige, gepersonaliseerde oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij chronische gewrichtsreuma is als tijdelijke en voorwaardelijke verstrekking in 2019 aan de Zvw toegevoegd. Dergelijke tijdelijke en voorwaardelijke toelatingen worden toegepast bij veelbelovende behandelingen waarvoor de effectiviteit nog niet voldoende bewezen is. Tijdens de tijdelijke toelating kan de effectiviteit door onderzoek bewezen worden.

Naar aanleiding van een onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de interventie, is besloten deze verstrekking per 2025 definitief op te nemen in het pakket.

Verduidelijken aanspraak orthodontische zorg in het Besluit zorgverzekering
Orthodontische hulp is alleen verzekerde zorg als het ter behandeling is van een zeer ernstig ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. In principe valt dit onder tandheelkundige zorg, maar in praktijk blijkt dat ook een kaakchirurg medebehandeling of medediagnostiek verleent. Omdat nu onduidelijk is of de kaakchirurg dan ook onder orthodontische zorg valt, wordt de tekst van het Besluit zorgverzekering (Bzv) hierop verduidelijkt. Aan de bepaling over orthodontische hulp wordt toegevoegd dat ook medediagnostiek of medebehandeling van chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard verleend mag worden.

Nieuwe betaaltitel domein- en sectoroverstijgende samenwerking
Ingevolge het Integraal Zorgakkoord (IZA) werken zorg- en welzijnsorganisaties en andere veldpartijen steeds vaker samen over de domeinen en zorgsectoren heen. Om tot passende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden te komen, is een goede afstemming tussen zorgaanbieders uit zowel verschillende domeinen (Zvw, Wlz, jeugdhulp, Wet Maatschappelijke Ondersteuning), als sectoren binnen het medisch domein essentieel. De afstemming behelst een extra inspanning van zorgaanbieders.

Om deze zorg te kunnen declareren, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuwe betaaltitel voor de prestatie 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' vastgesteld. Het gaat hierbij om de bekostiging van de afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden die voldoet aan een aantal voorwaarden.

Omdat het nog te vroeg is om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de betaaltitel te kiezen, wordt er gebruik gemaakt van een experiment voor een periode van maximaal vijf jaar.

Verkennend gesprek GGZ
Vanaf 2025 wordt het "verkennend gesprek GGZ" vergoed op grond van de Zvw. Dit geldt voor mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, bijvoorbeeld schulden of eenzaamheid. Bij twijfel over de aanpak van de psychische klachten kan de huisarts door middel van een verkennend gesprek overleggen met experts uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), het sociaal domein en ervaringsdeskundigen. De bedoeling hiervan is dat cliënten eerder op de juiste plek geholpen kunnen worden. Dit zou positieve invloed moeten hebben op de wachtlijsten in de GGZ.

Counseling als onderdeel prenatale screening uit het basispakket
Het counselingsgesprek is om de zwangere (en haar partner) te begeleiden om een weloverwogen geïnformeerde beslissing te nemen over het laten uitvoeren van prenatale screening. De counselor begeleidt een zwangere opdat deze de informatie, inclusief de mogelijke uitslagen van de prenatale screening, begrijpt en kan wegen. Deze counseling wordt vergoed vanuit het basispakket.

Inmiddels is echter het grootste deel van prenatale screening overgeheveld naar de Regionale Centra, waarbij de financiering vanuit de Rijksbegroting plaatsvindt. Daarom is besloten om ook counseling als onderdeel van prenatale screening vanuit de Rijksbegroting te laten financieringen per 2025.

2.4 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdrage

Verplicht eigen risico in 2025
Per 1 januari 2008 is de no-claimteruggaaf vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet. Voor 2024 is de hoogte van dit eigen risico € 385,00 per jaar per verzekerde vanaf 18 jaar. De hoogte van het verplichte eigen risico zou jaarlijks worden geïndexeerd. Het kabinet Schoof heeft besloten het verplichte eigen risico per 2027 forst te verlagen naar € 165,00. In de tussentijd (dus in 2025 en 2026) zal het verplichte eigen risico op € 385,00 worden bevroren.

Volgens schatting zal het niet verhogen van het verplichte eigen risico in 2025 € 677 miljoen kosten. Deze kosten worden opgebracht vanuit de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgpremie.

Plannen kabinet verplicht eigen risico per 2027
In het regeerakkoord van het kabinet Schoof wordt aangegeven dat het verplichte eigen risico per 2027 verlaagd zal gaan worden van € 385,00 naar € 165,00. In de tussenliggende jaren wordt het verplichte eigen risico bevroren op € 385,00.

Verder zal de manier waarop het verplichte eigen risico wordt opgebruikt worden aangepast. Op dit moment is het zo dat, als je zorgkosten hebt die onder het eigen risico vallen, die direct en volledig worden 'afgeboekt'. Nadeel daarvan is, vindt de regering, dat de drempel om gebruik te maken van zorg daarmee voor de rest van dat jaar weg is. Aan de andere kant kan het ook voorkomen dat het bedrag van het verplichte eigen risico ineens voor sommige mensen juist een te grote drempel is om gebruik te maken van zorg.

De aangekondigde wijziging houdt in dat voor medisch-specialistische zorg maximaal € 50,00 per behandeling aan eigen risico wordt gerekend. Hiermee wordt de drempel om gebruik te maken van medisch-specialistische hulp verlaagd en blijft daarnaast de drempel voor zorggebruik langer doorwerken omdat het eigen risico niet ineens opgemaakt is.

Wanneer deze aanpassing in de methode van afhandelen van het eigen risico ingaat is niet helemaal duidelijk, maar het lijkt erop dat het kabinet dit gelijk met de verlaging van het verplichte eigen risico, dus per 2027, wil doorvoeren.

Aanpassing eigen bijdragen
De Zvw kent eigen bijdragen en/of maximale vergoedingen voor haarprothesen, lenzen en brillenglazen, orthopedische schoenen, kraamzorg en ziekenvervoer en andere hulpmiddelen. Deze eigen bijdragen worden jaarlijks aangepast op basis van indexaties. De bedragen worden jaarlijks opgenomen in de Regeling zorgverzekering (Rzv). In het najaar van 2024 worden de bedragen per 2025 in de Staatscourant gepubliceerd (zie zoek.officiëlebekendmakingen.nl).

Overzicht inkomensafhankelijke bijdragen
Naast de nominale premie is er inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Deze inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven over het inkomen in het betreffende jaar, waarbij het inkomen wordt gemaximeerd op een door de Minister vast te stellen bedrag. Dit bedrag kan de Minister jaarlijks herzien.

Voor 2025 zijn de volgende tarieven vastgesteld:
- Het reguliere tarief: 6,51% in 2025 (6,57% in 2024).
- Het verlaagde tarief: 5,26% in 2025 (5,32% in 2024).
- Het nultarief: 0%.

De inkomensafhankelijke bijdrage (regulier tarief) daalt per 2025 met 0,06% naar 6,51%.
De nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage worden altijd in de verhouding 50/50 vastgesteld. Omdat in praktijk de premievaststelling door verzekeraars meestal afwijkt van wat VWS begroot, wordt er meestal een correctie voor het voorgaande jaar ingebouwd. In 2024 is er verhoudingsgewijs net iets te veel inkomensafhankelijke bijdrage geheven. Voor het rechttrekken van de onderlinge verhouding is een correctie van 0,06% ingebouwd in de inkomensafhankelijke bijdrage.

Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage daalt met 0,06% naar 5,26%.

In de volgende tabel zijn de verschillende bedragen en percentages van de inkomensafhankelijke bijdragen vanaf 2022 weergegeven.

Inkomensafhankelijke bijdrage	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 59.706	€ 66.956	€ 71.628	Nog niet bekend
Percentage regulier tarief	6,75%	6,68%	6,57%	6,51%
Percentage verlaagd tarief	5,50%	5,43%	5,32%	5,26%
Percentage nultarief	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maximum te betalen bedrag regulier tarief	€ 4.030,16	€ 4.472,66	€ 4.705.96	Nnb
Maximum te betalen bedrag verlaagd tarief	€ 3.283,83	€ 3.635,71	€ 3.810,61	Nnb

Het is mogelijk dat er combinaties van inkomsten plaatsvinden, zodat iemand over een bepaald inkomen het reguliere tarief betaalt (bijvoorbeeld inkomsten uit loondienst), en over andere inkomsten het verlaagde tarief (bijvoorbeeld inkomsten als freelancer). Het inkomen waarover het reguliere tarief wordt geheven gaat dan voor.

2.5 Voorwaardelijke toelatingen

Sinds 1 februari 2019 vervangt de Subsidieregeling veelbelovende zorg het Instrument voorwaardelijke toelating. Via deze regeling wordt het mogelijk om voor zorg die nog niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. In deze tekst wordt voor de duidelijkheid het begrip 'voorwaardelijke toelating" (VT) gebruikt.

In artikel 2.2. Rzv is vermeld welke vormen van zorg voorwaardelijk zijn toegelaten tot het basispakket. In 2024 en voor 2025 zijn er geen nieuwe vormen van zorg voorwaardelijk toegelaten. De duur van de voorwaardelijke toelating van een aantal zorgvormen werd dit jaar echter wel verlengd. Dit wordt weergegeven in het onderstaande overzicht.

Wijzigingen
Blaasinstallatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt door tot 1 januari 2027;
De combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt tot en met 1 juli 2025.

Afgeronde trajecten
Op 1 maart 2024 is de voorwaardelijke toelating van CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Asociation klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen afgelopen. Op 16 mei 2024 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat deze interventie bij de genoemde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Op 1 januari 2025 loopt de voorwaardelijke toelating van langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen af. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject is niet verlengd. Op 6 maart 2024 heeft het Zorginstituut geadviseerd om deze interventie op te nemen in het basispakket.

3. Diversen

3.1 Jurisprudentie van de SKGZ

Soms een 'dubbele' indicatie-eis
Personen bij wie de genderidentiteit niet aansluit bij het geboortegeslacht kunnen behoefte hebben aan zorg in het kader van de transitie. Deze zorg omvat verschillende behandelingen, waaronder gelaatsontharing bij transvrouwen. De kosten hiervan kunnen worden vergoed door de zorgverzekering, maar hiervoor gelden voorwaarden. Voor gelaatontharing bij een transvrouw geldt dat sprake moet zijn van verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem. Hiervan is sprake als een transvrouw vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd en niet respectvol reageren.

In 2024 werd aan de Geschillencommissie een zaak voorgelegd waarin een transvrouw vroeg om vergoeding van gelaatsontharing door middel van elektrische epilatie. Volgens de zorgverzekeraar had zij hierop geen aanspraak, omdat geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De Geschillencommissie heeft het Zorginstituut om advies gevraagd. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat moet zijn voldaan aan de bijzondere indicatie-eis, het passabiliteitsprobleem. Daarnaast moet zijn voldaan aan de algemene indicatie-eis die geldt voor alle vormen van zorg, namelijk dat de betrokkene redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de aangevraagde zorg. Het advies van het Zorginstituut is opvallend, omdat in het verleden minder duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen de bijzondere en de algemene indicatie-eis.

Het afzonderlijk beoordelen van de bijzondere en algemene indicatie-eis kan ertoe leiden dat bij een transvrouw nog steeds een passabiliteitsprobleem bestaat, zodat zij voldoet aan de bijzondere indicatie-eis, maar dat zij toch geen aanspraak kan maken op behandelingen van elektrische epilatie, omdat zij hierop niet redelijkerwijs is aangewezen. Dit is het geval als eerdere behandelingen geen of onvoldoende resultaat hebben gehad en de verwachting is dat dit met de vervolgbehandeling niet of nauwelijks zal veranderen. Aan de algemene indicatie-eis is in dat geval niet voldaan. Overigens was dit niet aan de orde in de zaak die aan de Geschillencommissie is voorgelegd. Bij die betrokkene was namelijk geen sprake van een verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem.
(bron: **Bindend advies SKGZ, 10 juli 2024, 202303672)**

Causaal verband bij mondzorg na een ongeval
Een ongeval kan vervelende gevolgen hebben. Het kan leiden tot fysiek letsel, zoals schade aan gebit. Dit kan hoge zorgkosten met zich brengen. Verschillende zorgverzekeraars bieden een aanvullende ziektekostenverzekering aan met dekking voor mondzorg na een ongeval. Echter, deze kosten worden niet zomaar vergoed. Hiervoor moet zijn voldaan aan de voorwaarden die de zorgverzekeraar heeft opgesteld. Er moet - onder andere - sprake zijn van een ongeval zoals gedefinieerd in de verzekeringsvoorwaarden en van causaal verband. Er is een ongeval sprake van causaal verband als de schade aan het gebit het directe gevolg is van het ongeval. Er moet dus niet alleen worden aangetoond dat een ongeval heeft plaatsgevonden. Er moet ook worden aangetoond dat er een causaal verband bestaat tussen het ongeval en de schade. Dit laatste blijkt in de praktijk lastig aan te tonen. Soms bestond vóór het ongeval al een noodzaak tot tandheelkundige behandeling.

In 2024 werd aan de Geschillencommissie een zaak voorgelegd waarin iemand een aanvraag had ingediend voor vergoeding van mondzorg na een ongeval. Hij zei dat hij van zijn fiets was geduwd en dat deze val schade aan zijn gebit heeft veroorzaakt. Volgens de zorgverzekeraar bestond geen aanspraak op vergoeding van de kosten, omdat het causale verband niet kon worden aangetoond. De Geschillencommissie deelde die mening. Naar aanleiding van informatie uit het behandeldossier van de tandarts, bestond gerede twijfel over het causale verband tussen het ongeval en de schade. De Geschillencommissie wees het verzoek daarom af.
(bron: **Bindend advies SKGZ, 1 maart 2024, 202301055**)

3.2 Aanpassing ingangsdatum verzekeringsrecht bij ontstaan daarvan agv EU-recht

In de Verzamelwet VWS 2023 is geregeld dat een persoon voor wie op basis van Europees recht verzekeringsrecht ontstaat met meer dan vier maanden terugwerkende kracht, ook met terugwerkende kracht verzekerd is. De zorgverzekering bij de zorgverzekeraar gaat met maximaal vier maanden terugwerkende kracht in, maar voor de periode daarvoor kan de persoon in kwestie bij het CAK terecht.

Naast recht op vergoeding van zorgkosten over die periode bestaat ook de plicht om een (premie)bijdrage te betalen. Reden van deze voorgenomen wijziging is een uitspraak van het Europese Hof uit 2015, waarbij iemand met meer dan vier maanden terugwerkende kracht recht kreeg op een wettelijk Nederlands pensioen, maar de zorgverzekering maar met maximaal vier maanden terugwerkende kracht kon afsluiten. De wijziging is door de Tweede Kamer aangenomen en is in de Eerste Kamer als hamerstuk afgedaan. De verwachting is dat deze wijziging ingaat per 1 januari 2025.

3.3 Bestuurlijke boete NZa bij te late melding wijziging premiegrondslag

In de Zvw is geregeld dat een wijziging in de premiegrondslag pas in werking treedt zeven weken na de dag waarop de wijziging door de verzekeraar aan de verzekeringnemer is meegedeeld. Een premiewijziging per 1 januari moet dus uiterlijk op 12 november aan de verzekeringnemer moeten zijn meegedeeld.

In praktijk komt het echter voor dat zorgverzekeraars de nieuwe premie te laat, dus na 12 november, bekend maken en toch per 1 januari de nieuwe premie doorvoeren. De toezichthouder, de NZa, heeft op dit moment alleen de mogelijkheid om een aanwijzing te geven, maar dat heeft weinig nut omdat de premie al te laat bekend is gemaakt.

Daarom is in de Verzamelwet VWS 2023 een artikel opgenomen die de NZa in zo'n geval de mogelijkheid biedt om een boete op te leggen tot een maximumbedrag van € 500.000. Het idee is dat dit meer afschrikwekkende werking heeft, zodat zorgverzekeraars de nieuwe premie op tijd bekend zullen maken. Wanneer deze wijziging ingaat is nog niet bekend. De Verzamelwet VWS 2023 is door de Tweede Kamer aangenomen en door de Eerste Kamer als hamerstuk afgedaan. De verwachting is dat de wijziging ingaat per 2025.

3.4 Hinderpaalcriterium en wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering ingetrokken

Op basis van het zogenaamde 'hinderpaalcriterium' moeten zorgverzekeraars een zodanig deel van niet-gecontracteerde zorg vergoeden, dat de beperkte vergoeding geen hinderpaal is voor het gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Wettelijk is niet vastgelegd hoe groot dit deel is. Per persoon en per situatie kan uiteraard verschillen wanneer de beperking van de vergoeding een hinderpaal vormt.

Het hinderpaalcriterium is regelmatig onderwerp van geschillen die via de SKGZ of zelfs de Hoge Raad worden uitgevochten. Om meer duidelijkheid te scheppen rondom het hinderpaalcriterium, heeft het ministerie van VWS het wetsvoorstel "Bevorderen zorgcontractering" voorbereid om het criterium uitdrukkelijk op te nemen in de Zvw. Het wetsvoorstel regelt ook de bevoegdheid van de minister van VWS om, door middel van een algemene maatregel van bestuur, regels te stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het conceptwetsvoorstel is aan de Raad van State voorgelegd en daar redelijk kritisch ontvangen. De RvS vraagt zich af "op welke wijze het wetsvoorstel zal bijdragen aan het beoogde doel van het bevorderen van zorgcontractering". De nieuwe minister van VWS, minister Agema, is het daarmee blijkbaar eens. Zij heeft het wetsvoorstel dat al was ingediend bij de Tweede Kamer, weer ingetrokken. Vooralsnog zal, bij een geschil over de toepassing van het 'hinderpaalcriterium' de rechter een uitspraak moeten doen.

3.5 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen: per 1 januari 2025 Regeling betalingsachterstand zorgpremie genaamd

De wanbetalersregeling krijgt per 1 januari 2025 een nieuwe naam, te weten "regeling betalingsachterstand zorgpremie". Uit signalen van klanten en uit onderzoek bleek dat de oude naam erg negatief overkwam. Vaak gaat het om mensen die wel willen betalen, maar dat echt niet kunnen. Vandaar dat er is gekozen voor een nieuwe, neutralere naam. Vanaf heden wordt de nieuwe naam gebruikt. Tot 1 januari 2025 hebben organisaties (waaronder de Zorgverzekeraars) de tijd om de naam te veranderen in brieven en formulieren.

Bedrag zorgpremie CAK verlaagd
Verzekeringnemers die zes maanden of langer geen nominale premie betalen, worden aangemeld bij het CAK. Vanaf dat moment betaalt de verzekeringnemer de premievervangende bijdrage (bestuursrechtelijke premie) aan het CAK. Deze is per 1 juli 2024 verlaagd van €175,20 naar €160,60. De Tweede Kamer heeft tot deze verlaging besloten.

Wet Gemeentelijke Schuldhulpverlening (Wgs)
Op 1 januari 2021 is een wijziging ingegaan met betrekking tot de Wet gemeentelijke Schuldhulpverlening (Wgs). De wijziging geeft gemeenten de mogelijkheid om gegevens van burgers met betalingsachterstanden in een vroeg stadium uit te wisselen met woningcorporaties, energie- en drinkwaterbedrijven en zorgverzekeraars. Hierdoor krijgen gemeenten mensen met schulden tijdig in beeld en kunnen zij schuldhulpverlening aanbieden. Naar schatting hebben in 2023 ruim 700 duizend huishoudens in Nederland problematische schulden of lopen het risico daarin te belanden. Dit aantal was in 2021 600 duizend en is de afgelopen jaren dus opgelopen.

Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp)
In 2023 heeft er een wijziging plaatsgevonden van de Faillissementswet ter verbetering van de doorstroom van de gemeentelijke schuldhulpverlening naar de Wsnp. Hierdoor wordt de Wsnp opgenomen in de Faillissementswet. Deze is per 1 juli 2023 in werking getreden. Dit leidt tot onderstaande wijzigingen:

- Verkorten van de duur de van wettelijke schuldregeling van 36 naar 18 maanden.
- Verkorting goede-trouw-toets inzake niet moedwillig schulden laten ontstaan of voortbestaan van vijf naar drie jaar.
- Uitsluittermijn toetreding Wsnp van 10 jaar is geschrapt.
- Als Wsnp voorafgegaan wordt door een minnelijk traject, worden de doorlopen termijnen afgetrokken van de 18 maanden Wsnp.
- Rechtstreeks toegang tot Wsnp mogelijk.

De NVVK heeft daarom aangeraden om ook voor de Msnp (Minnelijke schuldsanering natuurlijke personen: hierbij is er geen sprake van tussenkomst van een rechter) een termijn van achttien maanden te hanteren. Het verkorten van de termijn leidt mogelijk tot een lagere opbrengst.
Inzet bij Msnp zal dan ook zijn: gedegen nazorg na doorlopen Msnp-traject (voorkomen recidive). Het Msnp-traject is overigens privaatrechtelijk en kent derhalve geen wettelijke grondslag.

De vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) bemoeit zich met de invoering van een 'basisvloer' omdat Financiële hulpverlening door gemeenten divers wordt vormgegeven. Daardoor ontstaan er grote lokale verschillen. Het invoeren van een 'basisvloer' moet ervoor zorgen dat hulpvragers in alle gemeenten vergelijkbare (basis) hulp van vergelijkbare kwaliteit aangeboden krijgen, ongeacht waar zij wonen. De gevolgen van deze wijzigingen op het convenant 'NVVK en ZN' worden tussen de NVVK, VWS en ZN besproken en moeten nog geformaliseerd worden.

Brede Schuldenaanpak
Vroegsignalering van problematische schulden is onderdeel van de brede schuldenaanpak van het kabinet. Deze aanpak bestaat uit een veertigtal maatregelen om de schuldenproblematiek terug te dringen. In het samenwerkingsverband brede schuldenaanpak werken veel organisaties samen die nauw betrokken zijn bij de schuldenproblematiek. Het gaat onder andere om de Belastingdienst, het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB), UWV, zorgverzekeraars, SVB, gemeenten en de NVVK.
De aanlevering van de achterstand gegevens loopt via BKR (Vindplaats schulden) of RIS "Vroeg erop af" zij combineren info van verschillende partijen. Met de gecombineerde info gaan vanuit de gemeente schuldhulpverleners of maatschappelijk werkers naar de klant.

Ten Onrechte Verzekerd (TOVER)
Vanaf 1 oktober 2019 is de Rzv aangepast. Deze aanpassing maakt het mogelijk om bestanden uit te wisselen tussen de SVB en de zorgverzekeraars om ten onrechte verzekerden te kunnen opsporen. In het TOVER-proces wordt de administratie van de SVB (BAV) vergeleken met het Referentiebestand (RBVZ). Indien een verzekerde wel voor komt in het RBVZ maar niet in de BAV volgt een signaal "gerede twijfel" naar de zorgverzekeraar. In 2023 hebben de eerste TOVER uitwisselingen plaatsgevonden. Na het doorvoeren van een aantal verbeterpunten in het proces wordt het TOVER proces vanaf 2024 vier keer per jaar uitgevoerd.