

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

2797

Vragen van het lid **Maatoug** (GroenLinks) aan de Ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *uitsluitingsgronden van de vrijwillige arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen* (ingezonden 13 april 2023).

Antwoord van Minister **Van Gennip** (Sociale Zaken en Werkgelegenheid), mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 5 juni 2023). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 2474.

Vraag 1

Deelt u de opvatting dat het verstandig is dat zelfstandigen zich verzekeren tegen het risico van arbeidsongeschiktheid?

Antwoord 1

Ja, die opvatting deel ik. Zelfstandigen kunnen op dit moment op de private markt een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) sluiten, die berust op vrijwillige basis. Het kabinet werkt aan een verplichte AOV voor zelfstandigen, om een financieel vangnet te bieden als zelfstandigen arbeidsongeschikt raken.

In de brief van 3 april 2023¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van de uitwerking van dit kabinetsvoornemen.

Vraag 2 en 3

Bent u bekend met het feit dat de verzekeringsmogelijkheden van zelfstandigen worden beperkt of dat zelfstandigen worden uitgesloten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering als zij op de gezondheidsverklaring hebben aangegeven ooit bij een psycholoog te zijn geweest of nu nog bij een psycholoog in behandeling zijn?

Bent u het ermee eens dat het voeren van een gesprek met een psycholoog op zichzelf geen indicatie is van het mogelijke risico op arbeidsongeschiktheid van een persoon, bijvoorbeeld als het gesprek of de mentale problematiek ver in het verleden ligt, als de reden voor een gesprek niet-werkgerelateerd was of als er een niet afgerond diagnosegesprek loopt?

¹ Kamerstuk 29 554, nr. 1176.

Antwoorden 2 en 3

Uit navraag bij het Verbond van Verzekeraars volgt dat verzekeraars bepaalde gegevens opvragen bij de zelfstandige om een inschatting te maken van het arbeidsongeschiktheidsrisico en een hierbij passende premie. Voordat een AOV wordt afgesloten, vragen verzekeraars daarom aan aspirant-verzekerden om een gezondheidsverklaring in te vullen. Deze verklaring bestaat uit een formulier waarin vragen gesteld worden over de persoonlijke omstandigheden. Ook wordt gevraagd naar leefstijl van de aspirant-verzekerde en diens medische geschiedenis. Er wordt gevraagd naar een groot aantal aandoeningen en ziekten. Tevens wordt aangegeven dat de aspirant-verzekerde moet vermelden dat hij bijvoorbeeld een arts heeft bezocht, een (para)medische behandeling heeft ondergaan (zoals fysiotherapie) en/of medicijnen heeft gebruikt.

Het proces en de vraagstelling zijn zó ingericht dat bij vermelding van bepaalde klachten of een bezoek aan een arts of andere zorgverlener, daarover vervolgvragen worden gesteld. Zo wordt gevraagd wanneer deze klachten zich voordeden, wanneer de arts-bezoeken plaatsvonden, wat de aanleiding was, om welke aandoening, klacht of ziekte het ging, en welke behandeling plaatsvond.

De medisch adviseur van de verzekeraar beoordeelt de gezondheidsverklaring. Daarbij maakt de medisch adviseur per geval een individuele weging van de verstrekte informatie, inclusief onderbouwing. Wanneer het risico hoger wordt ingeschat dan het gemiddelde risico, dan kan de zelfstandige te maken krijgen met een premieopslag en/of een medische uitsluiting. Er wordt dan wel een ziektekering aangeboden, maar een bepaald ziektebeeld wordt uitgesloten van dekking. Als het risico te hoog wordt ingeschat, kan het voorkomen dat de verzekeringsaanvraag niet wordt geaccepteerd.

In het algemeen geldt dat het enkele feit dat iemand een bezoek aan een psycholoog heeft gebracht, niet zal leiden tot een medische uitsluiting of afwijzing van de verzekeringsaanvraag. Zoals ik hiervoor heb toegelicht, kunnen er wel vervolgvragen worden gesteld als de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft. De behandeling van de verzekeringsaanvraag kan ook worden uitgesteld totdat meer bekend is over een eventuele ziekte of aandoening – en er een beter beeld van het risico is.

Veel hangt dus af van iemands individuele situatie. Het is bijvoorbeeld relevant welke klachten er aanwezig waren, de aard, ernst en duur van de klachten, en of er andere risicofactoren zijn. Bepalend is of een klacht, aandoening of ziekte een risicofactor is voor uitval van werk. Daarbij kan het gaan om een beginnende aandoening, waarvan het verdere verloop nog onbekend is, maar die mogelijk wel tot een verhoogd risico kan leiden.

Vraag 4

Bent u het ermee eens dat een gesprek met een psycholoog juist (mentale) gezondheidsrisico's kan wegnemen, zeker als het gesprek in een vroeg stadium plaatsvindt?

Antwoord 4

Het is belangrijk dat iedereen aandacht heeft voor zijn gezondheid, ook voor zijn mentale gezondheid. Vanuit het Ministerie van VWS is de «Aanpak mentale gezondheid» ontwikkeld om in samenwerking met doelgroepen en partners uit het veld mentale gezondheidsrisico's te voorkomen en de mentale weerbaarheid te stimuleren.² Eén van de actielijnen in deze aanpak (actielijn 4) ziet specifiek op het mentale welzijn van werkenden. Het doel van deze actielijn is om de mentale vitaliteit van werkenden te stimuleren en goede omgang met mogelijke stressoren die gelegen zijn in de combinatie van het individu, werkomgeving en de maatschappij. In voorkomende gevallen kan een gesprek met een psycholoog ook een bijdrage leveren aan het wegnemen van mentale gezondheidsrisico's.

Vraag 5 en 6

Deelt u de opvatting dat dit (mentale zorg) in de weg zit?

² VWS (2022). Rapport Aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal». Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/10/aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal>

Spelen dergelijke problemen ook bij (preventieve) behandeling van andere specialisten?

Antwoorden 5 en 6

Ik heb hier geen beeld van en ik zou het betreuren als iemand mentale of andere (preventieve) medische zorg zou mijden om eventuele problemen bij een verzekeringsaanvraag te voorkomen. Zorgmijding komt de (mentale) gezondheid van de betrokkene immers niet ten goede. Het vermijden van zorg is niet de oplossing. Dat is niet de oplossing voor de eigen gezondheid, niet voor de verzekeringsaanvraag en niet voor de samenleving. Zoals bij de beantwoording van vragen 2 en 3 uiteengezet, wordt aan de aspirant-verzekerde gevraagd om (beginnende) klachten te vermelden bij de verzekeringsaanvraag. Dit wordt ook gevraagd als de zelfstandige geen bezoek heeft gebracht aan een zorgverlener. Als de medisch adviseur daar aanleiding toe ziet, stelt de medisch adviseur van de verzekeraar op basis hiervan vervolgvragen. Zodoende kan de medisch adviseur een individuele beoordeling van het risico op arbeidsongeschiktheid maken.

Vraag 7

Bent u bekend met het feit dat als bepaalde dekking binnen de verzekering wordt uitgesloten hier doorgaans ook geen premieverlaging tegen over staat?

Antwoord 7

Een private AOV is een maatwerkverzekering; zelfstandigen hebben de mogelijkheid om de dekking aan te laten sluiten bij hun persoonlijke (financiële) omstandigheden en voorkeuren. Zij kunnen zelf bijvoorbeeld een keuze maken voor een eigenrisicoperiode en de hoogte van het te verzekeren bedrag. De hoogte van de premie hangt af van deze persoonlijke voorkeuren en de kans dat de zelfstandige ziek of arbeidsongeschikt wordt. Omdat het risico op arbeidsongeschiktheid niet voor iedereen hetzelfde is, kunnen de premie en voorwaarden tussen zelfstandigen onderling verschillen. Zelfstandigen hebben immers een brede diversiteit qua beroep, leeftijd en gezondheid. Als uit de inschatting van de verzekeraar blijkt dat het individuele risico op arbeidsongeschiktheid verhoogd is, dan kan dit leiden tot een acceptatie met een medische uitsluiting. Daardoor zijn bepaalde medische aandoeningen uitgesloten van de verzekering. Door deze uitsluiting hoeft een zelfstandige niet afgewezen te worden en kan hij toch verzekerd worden voor een reguliere premie. Ook hanteren verzekeraars bij sommige verhoogde risico's een procentuele premieverhoging om het risico te normaliseren. Een voorbeeld hiervan is een premieopslag bij (fors) overgewicht.

Vraag 8

Hoe vaak wordt de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering goedgekeurd? In hoeveel van de gevallen (in absolute aantallen en in percentages van het totaal) is er sprake van een verhoogde premie, een beperkte dekking of een combinatie van beide?

Antwoord 8

Uit onderzoek van het Verbond van Verzekeraars blijkt dat van alle zelfstandigen die een aanvraag voor een verzekering hebben ingediend met bijna 80% een AOV wordt afgesloten.³ Van alle aanvragen wordt ruim 15% geaccepteerd met een «beperkende (medische) voorwaarde». Minder dan 5% van de aanvragen wordt afgewezen om medische redenen. Voor de volledigheid merk ik op dat er in sommige sectoren een technische eindleeftijd gangbaar is; vanwege de (lichamelijke) zwaarte van het beroep is het niet gangbaar om tegen een betaalbare premie een dekking tot de pensioengerechtigde leeftijd te verzorgen.⁴ Overigens komt van de aangeboden verzekeringen bijna 15% uiteindelijk niet tot stand, bijvoorbeeld omdat de zelfstandige zélf besluit om de AOV niet af te sluiten.

³ Verbond van Verzekeraars (2019), onderzoek onder de drie grootste aanbieders van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en Kamerstuk 29 544, nr. 925.

⁴ SEO economisch onderzoek (2019) Het AOW-hiaat in particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, hoofdstuk 4.

Vraag 9

Op welke manier wordt er toezicht gehouden op de risico-inschattingen van verzekeraars? Hoe wordt hier van het Rijk op gestuurd? Bestaat er een normatief kader voor het tegengaan van onredelijke, discriminerende of ongerelateerde risico-inschattingen?

Antwoord 9

Een AOV is een privaat product. Daarbij is de medisch adviseur van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar zelf verantwoordelijk voor de risico-inschatting en de onderbouwing daarvan, binnen de kaders van de relevante wet- en regelgeving. Zo is de medisch adviseur van de verzekeraar op grond van zelfregulering verplicht om bij een afwijkende acceptatie (acceptatie met een uitsluiting of een afwijzing van de aanvraag) de achtergrond van het advies, het medisch oordeel en het advies aan de kandidaat-verzekerde te verstrekken.

Medisch adviseurs zijn artsen en zijn verplicht om bij hun werkzaamheden de professionele standaard in acht te nemen. Belangrijke wetten op dit gebied zijn de Wet BIG (Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg), de WGBO (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) en de Wet op de medisch keuringen. Ook geldt het Protocol Verzekeringskeuringen van vertegenwoordigers van artsen, patiënten en verzekeraars. Daarin staan richtlijnen die verzekeraars in acht moeten nemen bij medische keuringen, zoals bepalingen over de model gezondheidsverklaring. Verzekeraars en medisch adviseurs zijn zich er immers van bewust dat dit proces tot vragen kan leiden bij kandidaat-verzekerden.

Met klachten over het door verzekeraar niet juist toepassen van de wet en dit Protocol kan de aanvrager zich wenden tot de verzekeraar. Als dat niet tot tevredenheid wordt afgehandeld kan de betrokkene zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) of de burgerlijke rechter. Een klacht over de handelwijze van de medisch adviseur kan ook bij bovengenoemde klachteninstanties worden ingediend. Ook kan een klacht worden ingediend bij het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Het maken van een indirect onderscheid bij de behandeling van de verzekeringsaanvraag op basis van gezondheidsfactoren is bovendien niet toegestaan. Op grond van de Wet gelijke behandeling chronisch zieken en gehandicapten is dat alleen toegestaan, als dat onderscheid objectief gerechtvaardigd wordt door een legitiem doel. Bovendien moeten de middelen om dat doel te bereiken passend en noodzakelijk zijn. De verzekeraar kan hierover ter verantwoording worden geroepen bij het College voor de Rechten van de Mens of bij de rechter.

Vraag 10

Wat gaat u er aan doen om de problematiek beschreven bij vraag 2 tot en met 7 weg te nemen?

Antwoord 10

Het kabinet werkt op dit moment aan een verplichte AOV voor zelfstandigen. Een verplichte verzekering leidt ertoe dat zelfstandigen zich kunnen verzekeren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Die verzekering beoogt een financieel vangnet te bieden voor zelfstandigen die arbeidsongeschikt raken. Voor die publieke verzekering geldt een verzekering met acceptatieplicht, zonder dat er een beperking op de dekking wordt opgelegd en met voor iedereen eenzelfde premiepercentage.

In de huidige situatie zou de vrijwillige verzekering bij UWV ook soelaas kunnen bieden voor startende zelfstandigen. Deze verzekering kent namelijk geen medische keuring en er geldt een acceptatieplicht voor UWV. Deze verzekering staat open voor zelfstandigen die eerst een dienstverband of een uitkering op grond van een werknemersverzekering hadden en uit dien hoofde verplicht verzekerd waren voor ZW en WIA bij UWV. Zij kunnen hun verplichte ZW- en/of WIA-verzekering op vrijwillige basis bij UWV voortzetten als zij zich hiervoor aanmelden binnen 13 weken na het einde van hun verplichte verzekering.

Hierdoor kunnen ook bepaalde zelfstandigen met een medische voorgeschiedenis zich bij UWV verzekeren.