

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DZ-CB-U-2889694			17 nov. 08
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
VSO voorhang bepalingen risicoverevening en drempelinkomen (31 700 XVI, nr 3)			

1 Inleiding

Bij brief van 24 september 2008 heb ik uw Kamer een ontwerpbesluit ter voorhang overgelegd. Het ontwerpbesluit houdt een wijziging in van het Besluit zorgverzekering aangaande de bepalingen over het risicovereveningssysteem, de wanbetalers en de zorgtoeslag. Naar aanleiding van dit ontwerpbesluit bestond er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij enkele fracties behoefte mij een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen.

In mijn reactie hierop onderscheid ik de volgende drie onderwerpen:

- a. Risicoverevening
- b. Wanbetalers
- c. Zorgtoeslag

a. Risicoverevening

De leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties vragen waarom het Besluit zorgverzekering geen definitie bevat van de verzekerdenaantallen op basis waarvan gecalculeerd wordt. Dit contrasteert met het feit dat het aantal 18-minners voor wie de kosten in rekening gebracht mogen worden, wel heel precies wordt gedefinieerd.

Terecht constateren de leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties dat het Besluit zorgverzekering een dergelijke definitie niet bevat of zal gaan bevatten. Echter dit is ook niet nodig, omdat het begrip 'verzekerde' reeds in artikel 1, onderdeel f, van de Zorgverzekeringswet (verder te noemen: Zvw) wordt gedefinieerd en die definitie, gezien de aanhef van dat artikel, niet alleen voor de Zvw maar ook voor alle daaronder hangende (lagere) regelgeving – en dus ook voor de risicovereveningsartikelen in het Besluit zorgverzekering - geldt. Overigens bevat het Besluit, anders dan de leden van de fracties van het CDA en de Christen Unie stellen, ook geen definitie van het begrip '18-minners voor wie kosten in rekening gebracht mogen worden'.

Mogelijk bedoelen deze leden te vragen waarom op grond van het voorgestelde artikel 3.22 van het Besluit (en op grond van artikel 3.15 van het bestaande Besluit) kosten voor de uitvoering van de zorgverzekering van 18-minners worden vergoed, terwijl dat voor de uitvoering van de zorgverzekering van meerderjarigen niet gebeurt. Het antwoord op die vraag is, dat meerderjarigen voor hun zorgverzekering aan hun zorgverzekeraar een nominale premie verschuldigd zijn, waarin de uitvoeringskosten begrepen worden geacht. De zorgverzekering van minderjarigen is echter premievrij.

Wie bepaalt precies wanneer een schade veroorzaakt wordt door een 'terroristische handeling', zo vragen de leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties, en hoe vindt schadeafhandeling en verzekering in dat geval plaats?

Zorg nodig geworden ten gevolge van een terroristische aanslag valt in principe onder de dekking van de zorgverzekering. Voor zover een zorgverzekeraar dit risico heeft herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (verder te noemen: NHT) en de totale door de daarbij aangesloten verzekeraars (zorgverzekeraars en andere verzekeraars) te dragen terrorismeschaden in een kalenderjaar beneden de € 1 miljard blijven, worden de zorgkosten door de NHT gedragen. Komt het totale schadebedrag boven de € 1 miljard, dan zal de NHT een voor iedere claim gelijk percentage van de schade uitkeren, waarbij de NHT het percentage zodanig zal vaststellen, dat het totaal uit te keren bedrag € 1 miljard bedraagt. In dat geval zijn de zorgkosten slechts tot dat percentage gedekt. Echter, in dat geval kan vervolgens (specifiek voor de kosten van geneeskundige zorg) besloten worden op grond van artikel 33 Zvw, het voorgestelde artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering (het huidige art. 3.16 van dat Besluit) of op grond van artikel 55 Zvw extra geld ter beschikking te stellen. Met dat extra geld kan het verschil worden gedekt. Zorgverzekeraars die niet bij de NHT aangesloten zijn, dienen in principe alle zorgkosten ten gevolge van een terroristische aanslag voor hun rekening te nemen. Het voorgaande is geregeld in artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Nu voor bij de NHT aangesloten zorgverzekeraars zorgkosten in geval van terrorisme in beginsel door de NHT worden vergoed, dienen zij niet te worden meegenomen bij de berekening van hun vereveningsbijdragen. Hetzelfde geldt voor de zorgkosten van niet bij de NHT aangesloten zorgverzekeraars. Immers, zouden de zorgkosten die zij ten gevolge van een terroristische aanslag hebben wèl in de risicoverevening meelopen, dan zou sprake zijn van oneerlijke bevoordeling ten opzichte van de bij de NHT aangesloten verzekeraars. Dat zou er namelijk op neerkomen dat zij hun zorgkosten ten laste van het Zorgverzekeringsfonds en van de andere verzekeraars – die zelf hun risico tegen de betaling van een premie bij de NHT hebben verzekerd – zouden kunnen brengen. Nu ook eventueel extra ter beschikking te stellen geld (als de totale terrorismeschaden van alle bij de NHT aangesloten verzekeraars in een kalenderjaar meer dan € 1 miljard bedragen) niet in het kader van de jaarlijkse risicovereveningscyclus ter beschikking zal worden gesteld, dienen de zorgkosten ten gevolge van terroristische handelingen buiten het macro-prestatiebedrag of de macro-deelbedragen te blijven (zie art. 3.2, tweede lid, zowel van het geldende als van het voorgestelde Besluit zorgverzekering).

Gezien het voorgaande is het in de praktijk de NHT die zal bepalen of sprake is van (schaden naar aanleiding van) terroristische handelingen. Voor een uitgebreide uiteenzetting over het hiervoor weergegeven systeem en de redenen daarvoor, moge ik de leden van de fracties van het CDA en de Christen Unie verwijzen naar paragraaf 2.c van de nota van toelichting op het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet¹.

De leden van de CDA-, PvdA- en ChristenUnie-fracties vragen of de definitie van het nieuwe vereveningscriterium 'Sociaal Economische Status (SES)' verhelderd kan worden. Tevens willen zij weten hoe de indeling in de verschillen SES-klassen plaatsvindt. De leden van de PvdA-fractie stellen een vrijwel identieke vraag.

Het vereveningscriterium 'Sociaal Economische Status' wordt gedefinieerd als het gemiddeld inkomen per adres. Personen woonachtig op een adres waar meer dan 15 personen staan ingeschreven worden als een aparte klasse afgezonderd. Alle personen woonachtig op een adres met maximaal 15 personen worden verdeeld in drie klassen: Personen met een laag inkomen (30%), een midden inkomen (40%) of een hoog inkomen (30%). De vier ontstane klassen worden nu onderverdeeld in 3 leeftijdsklassen: 0-14 jaar, 15-64 jaar en 65 jaar en ouder. Dit resulteert in een vereveningscriterium met 12 klassen.

Voorts vragen de leden van de fracties van het CDA en de Christen Unie of het volgens het Europees recht is toegestaan te verevenen op basis van SES, nu dit criterium geen directe relatie heeft tot zorg.

Het antwoord op deze vraag luidt in die zin bevestigend, dat er geen enkele aanleiding is om aan te nemen dat dat niet zou mogen. Sinds de inwerkingtreding van de Zvw wordt reeds mede op andere criteria verevend die geen rechtstreeks (maar uiteraard wel een indirect) verband houden met zorg(consumptie), zoals leeftijd, geslacht, aard van het inkomen en regio. De Europese Commissie, die het vereveningssysteem voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Zvw heeft getoetst en tot het oordeel is gekomen dat het systeem weliswaar staatssteun oplevert, maar dat deze gerechtvaardigd is, heeft hier geen bezwaar in gezien. Niet is te verwachten dat de Commissie wel een bezwaar zou hebben tegen gebruik van een nieuw, indirect met zorgkosten verband houdend criterium 'SES'. Overigens is met het directoraat-generaal van Mededinging van de Commissie afgesproken om het risicovereveningssysteem eens in de vijf jaar (in plaats van na iedere wijziging, hetgeen inefficiënt zou zijn) opnieuw voor een toets aan het leerstuk van staatssteun aan te melden. De volgende melding zal in 2010 plaatsvinden. In dat verband zal de Commissie ook aandacht kunnen besteden aan het gebruik van het criterium 'SES'. Als gezegd, is er echter geen enkele aanleiding om te verwachten dat dat bij de Commissie op bezwaren zou stuiten.

¹ Opgemerkt wordt overigens dat de in het tweede tekstblok op pagina 33 van dat Besluit opgenomen zin, inhoudende dat alle zorgkosten geheel zullen worden betaald indien de zorgkosten voor alle aangesloten zorgverzekeraars tezamen beneden dit bedrag (i.e. € 1 mld.) blijft, onjuist is, in die zin, dat voor 'zorgverzekeraars' moet worden gelezen: verzekeraars.

Tevens vragen de leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties waarom er voor de regio-indeling nog steeds gebruikt wordt gemaakt van sociaal-economische omstandigheden, nu het SES-criterium nieuw is ingevoerd. Zou het niet in de rede liggen om de definitie van regio aan te passen?

Het regiocriterium is op de introductie van SES in het vereveningsmodel aangepast. De indeling van het regiocriterium wordt niet langer mede gebaseerd op het gemiddeld inkomen op postcodeniveau.

De leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties wijzen er terecht op dat 'cluster van prestaties' in het voorgestelde artikel 1 van het Besluit, onderdeel I dient te zijn, en niet onderdeel i. In het onderdeel waarin 'cluster van prestaties' wordt gedefinieerd wordt na 'cluster van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's' naar onderdeel g verwezen om onduidelijkheid te voorkomen. Zonder deze toevoeging zou men zich kunnen afvragen of in het kader van onderdeel g andere B-dbc's zouden kunnen worden aangewezen dan in het kader van onderdeel I. Dat is niet de bedoeling. Nu deze onduidelijkheid niet kan bestaan ter zake van de andere in onderdeel I genoemde clusters, zijn daar geen verwijzingen naar andere onderdelen van artikel 1 nodig.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom doelstelling van de herziening van het risicovereveningsgedeelte in het Besluit zorgverzekering is, dit gedeelte toegankelijker te maken voor niet-deskundigen. Het antwoord op deze vraag is van algemene aard. Regelgeving bindt justitiabelen (burgers, rechtspersonen) en dient derhalve, opdat justitiabelen weten waar zij aan toe zijn, zo helder mogelijk te worden geformuleerd. De huidige risicovereveningsregels in het Besluit zorgverzekering zijn ten tijde van de invoering van de Zvw geschreven. Aangezien indertijd een grote hoeveelheid (lagere) regelgeving in zeer beperkte tijd moest worden geformuleerd, is prioriteit gegeven aan de juridische deugdelijkheid van de regels, niet aan de doorgrondelijkheid daarvan voor de justitiabele. Nu de Zvw in wat rustiger vaarwater is terechtgekomen, ontstond de mogelijkheid om de risicovereveningsregels van het Besluit transparanter te formuleren. Uiteraard is dit geschied met behoud van de juridische deugdelijkheid.

De leden van de VVD-fractie vragen tevens of in het huidige systeem niet altijd een vertraging zit in de invoering van de risicodragendheid. De leden verzoeken mij hier nader op in te gaan en uiteen te zetten wat ik voornemens ben hieraan te doen.

Ik zal op deze vraag nader ingaan bij mijn antwoorden op de vragen die de Kamer heeft gesteld naar aanleiding van mijn brief van 26 september 2008 inzake het risicovereveningssysteem 2009 (29 689, nr 222).

b. Wanbetalers

De leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties vragen hoe artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering zich verhoudt tot het wetsvoorstel voor wanbetalers en ter voorkoming van onverzekerdheid. Krijgen verzekeraars nog steeds een vergoeding wanneer het wetsvoorstel is aangenomen?

Het nu voorgestelde artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering zal worden geschrapt als de het wetsvoorstel houdende Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun

zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering; Kamerstukken II 2008/09, 31 736, nrs. 1-3) in werking treedt. De hoofdregels voor de vergoeding die de zorgverzekeraars ontvangen voor het volledig verzekerd houden van verzekerden met een premie-achterstand van zes of meer maandpremies zullen vanaf dat moment namelijk op het niveau van de wet in formele zin geregeld zijn, te weten in artikel 34a Zvw. Uitwerking van deze hoofdregels zal bij ministeriële regeling, namelijk in de Regeling zorgverzekering, geschieden.

c. Zorgtoeslag

De leden van de fracties van het CDA, de ChristenUnie en de PvdA hebben opgemerkt dat in de brief die in het kader van het wetsvoorstel 'Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten' aan de Kamer is gestuurd (Kamerstukken II 2008/09, 31 706, nr. 10) staat dat het percentage van het drempelinkomen van alleenstaanden dat voor de berekening van de zorgtoeslag in aanmerking wordt genomen, verder zal worden verlaagd, namelijk tot 2,7%. Inmiddels is een 'Besluit houdende wijziging van het percentage van het drempelinkomen, benodigd voor het berekenen van de zorgtoeslag voor verzekerden zonder partner' bij Uw Kamer voorgehangen, waarin die verlaging is neergelegd. Zoals in de aanbiedingsbrief bij dat besluit is vermeld, zal de verlaging tot 2,85%, die in voorliggend besluit is geregeld, uit voorliggend besluit worden geschrapt voordat het voor advies naar de Raad van State zal worden gezonden.

De leden van de fractie van het CDA en de ChristenUnie willen weten wat de achterliggende ratio is voor het kiezen van 2,7% of 2,85%, waar datzelfde percentage voor gehuwden gelijk is gesteld aan 5%.

In de begroting van VWS is gemeld dat het percentage voor eenpersoonshuishoudens verlaagd wordt om koopkrachtbeeld van alleenstaanden met een laag inkomen te repareren.

De leden van de fractie van het CDA en de ChristenUnie vragen tevens of de zorgkosten behoren tot de vaste kosten van een huishouden of tot de variabele kosten van een huishouden in de systematiek die leidt tot het minimumloon en het afgeleide percentage van 70 voor een eenpersoonshuishouden.

De sociale uitkering voor een alleenstaande bedraagt 70% van het inkomen van een meerpersoonshuishouden. Het gaat hierbij om netto inkomens, m.a.w. met de nominale premie voor de Zvw is nog geen rekening gehouden.

De leden van de VVD-fractie stellen dat een aantal door hen voorgestelde maatregelen de zorgtoeslag toekomstbestendiger maakt dan de voorstellen van de regering. Deze voorgestelde maatregelen behelzen: de zorgtoeslag baseren op de werkelijke premies, de zorgtoeslag indexeren aan loonontwikkeling in de plaats van aan premieontwikkeling, het niet uitbreiden van de doelgroep voor de zorgtoeslag, en pakketmaatregelen. Zij vragen te reageren op deze voorstellen en aan te geven waarom deze niet betrokken zijn bij de aanpassing van de Wet op de zorgtoeslag.

Bij de invoering van de Zvw heeft mijn voorganger ervoor gekozen om voor de zorgtoeslag niet uit te gaan van de werkelijke premie. De prikkel voor mensen om een goedkopere zorgverzekeraar te kiezen zou dan afwezig zijn. Om de concurrentie tussen zorgverzekeraars zo veel mogelijk te bevorderen is uitgegaan van een gemiddelde premie. De zorgtoeslag indexeren met de loonontwikkeling i.p.v. met de gemiddelde premie betekent dat de normering van de zorgkosten verlaten wordt en dat is niet mijn intentie.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

6

Kenmerk

DZ-CB-U-2889694

Pakketmaatregelen die de leden van de VVD-fractie voorstellen kunnen zorgen voor een daling van de premie voor de basisverzekering, maar zullen ook zorgen voor toenemende kosten in de aanvullende verzekering voor mensen met lage inkomens. Ik ben van mening dat pakketmaatregelen niet genomen moeten worden om de zorgtoeslag te verlagen.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink