

Vergaderjaar 2003–2004

**29 762**

## **Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **Algemeen**

Het kabinet heeft in het Hoofdlijnenakkoord (HA) besloten tot een modernisering van het zorgverzekeringsstelsel. Het doel is te komen tot een doelmatig werkend stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland, ongeacht leeftijd, gezondheidstoestand of inkomen toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Dat besluit is uitgewerkt in de vorm van het voorstel van een Zorgverzekeringswet en het parallel daaraan ingediende onderhavige wetsvoorstel.

De doelmatigheid in het stelsel wordt bewerkstelligd door middel van zorgverzekeraars die onderling concurreren om de gunst van de verzekerden. De zorgverzekeraars worden geprikkeld om die concurrentie zoveel mogelijk tot uiting te laten komen door hun wijze van zorginkoop, waarmee zij een optimale mix van kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor hun verzekerden kunnen bewerkstelligen. De verzekerden zullen jaarlijks kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Laatstgenoemde krijgt daartoe een wettelijke acceptatieplicht. De doelmatigheid van het stelsel wordt verder ondersteund door het kostenbewustzijn en de eigen verantwoordelijkheid van burgers te vergroten. De helft van de totale macropremielast zal in de vorm van een nominale premie door de burgers worden gedragen. Dat bevordert het kostenbewustzijn. In aanvulling daarop komt er een no-claim-teruggaveregelingsregeling. Hiermee krijgen burgers een financiële prikkel om hun zorggebruik zo beperkt mogelijk te houden.

De noodzakelijke zorg dient niet alleen doelmatig verleend te worden, maar ook voor iedereen toegankelijk te zijn. Dit wordt bereikt door de al genoemde acceptatieplicht, door het verbod om voor gelijke polissen de premies tussen verzekerden te differentiëren en door een adequaat risicovereveningssysteem. Risicoselectie op gezondheidskenmerken wordt zodoende voor het wettelijk te verzekeren pakket voorkomen. De tweede pijler onder de toegankelijkheid is van financiële aard. Hiervoor introduceert het kabinet, door middel van dit wetsvoorstel, de zorgtoeslag. Deze zorgtoeslag waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen dan wat aan de hand van het voorstel als aanvaardbaar wordt berekend. De lasten van premies die daar boven uitstijgen komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag. Met

de zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast. Zo krijgt de solidariteit die in het huidige stelsel op diverse wijzen, direct en indirect, is georganiseerd, een duidelijke en herkenbare plaats in het nieuwe stelsel. Maatgevend voor de premielasten zijn niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar het gemiddelde van de premies zoals die zich in de markt voordoen. Op deze wijze worden burgers gestimuleerd om kritisch te zijn ten aanzien van de aangeboden verzekeringspolissen. Zou van de werkelijke premie worden uitgegaan, dan zou een hoger dan gemiddelde premie via een hogere zorgtoeslag worden gecompenseerd en zou er voor de verzekerde geen incentive bestaan om op zoek te gaan naar een polis met een lagere premie. Daarmee zou de prikkel verdwijnen om de verzekeringspolis ook te beoordelen op de prijs. Naast deze compensatie van premielasten voor verzekerden, bestaat ook nog de fiscale buitengewone-uitgavenregeling. Op grond daarvan kunnen burgers bij de berekening van de inkomstenbelasting, onder de in de belastingwetgeving gestelde voorwaarden, zorgkosten voor fiscale aftrek in aanmerking brengen. Daar staat tegenover dat verrekening van kosten tegen het belastingtarief per definitie partieel is. Voorzover wel het recht op aftrek bestaat, maar er onvoldoende inkomen is om de aftrek te verzilveren, kan uitbetaling plaatsvinden op grond van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven. Dit complex van regelingen zal in technische zin nader worden bezien op zijn onderlinge samenhang. In het bijzonder betreft dat de vorm waarin de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven na afloop van het tijdelijke besluit per 1 januari 2006 wordt voortgezet. In de Miljoenennota 2006 worden de definitieve inkomenseffecten gepresenteerd. De toelichting bij de Zorgverzekeringswet geeft de richting en de mate van inkomenseffecten weer die beoogd worden.

De gemiddelde (nominale) premie voor een zorgverzekering, verminderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in het daaropvolgende jaar aan no-claim vergoeding terug ontvangt, wordt in deze wet aangeduid als de standaardpremie. De toetsing van de zorgtoeslag is onafhankelijk van het feit of een burger wel of geen no-claimteruggaaf ontvangt.

De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming van het Rijk en valt als zodanig onder de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. De uitvoering van deze regeling wordt in handen gelegd van de Belastingdienst Toeslagen. De zorgtoeslag wordt – bij een tijdige aanvraag – uitbetaald in twaalf termijnen te beginnen in de maand december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt berekend. Deze systematiek brengt mee dat maandelijks een bedrag aan zorgtoeslag wordt ontvangen, over het algemeen iets eerder dan de betaling van de nominale premie aan de verzekeraar plaats vindt.

### **Internationale aspecten van de zorgtoeslag**

Ook buiten Nederland wonende verzekerden kunnen, wanneer hun inkomen beneden een bepaald niveau is, in aanmerking komen voor een zorgtoeslag.

De Wet op de zorgtoeslag moet ingevolge artikel 5 van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 bij de Europese Commissie worden aangemeld als sociale verzekeringswet in de zin van die verordening. Daarmee is de zorgtoeslag een exporteerbare uitkering in de zin van deze verordening. Ook op grond van de verdragen die zijn gesloten tussen de Europese Unie en haar lidstaten enerzijds en andere staten (EVA-lidstaten, Zwitserland), alsmede diverse door Nederland met andere staten in het kader van de sociale zekerheid gesloten verdragen, is de zorgtoeslag exporteerbaar. Dat betekent dat iedereen die in het buitenland woont en die onder de Neder-

landse wetgeving valt, in beginsel in aanmerking kan komen voor de zorgtoeslag.

Daarnaast is er een aantal categorieën van personen die niet op grond van de Nederlandse wetgeving, maar op grond van een internationale regeling recht hebben op medische zorg die ten laste van de Nederlandse verzekering wordt verleend. Dat betreft in een «verdragsland» wonende gezinsleden van in Nederland werkende werknemers en postactieven met een Nederlands pensioen of langlopende sociale zekerheidsuitkering die verzekerd zouden zijn ingevolge de Zorgverzekeringswet indien zij in Nederland zouden wonen en hun gezinsleden. Het beginsel van gelijke behandeling, dat is neergelegd in de internationale sociale zekerheidsregelingen, brengt mee dat ook ten behoeve van de door postactieven en door of voor de gezinsleden te betalen premies een zorgtoeslag wordt verleend.

### **Financiële aspecten en administratieve lasten**

Op basis van de huidige gegevens en de hoogte van de geraamde premie komen ongeveer 6,1 miljoen huishoudens, waarvan 3,6 miljoen eenpersoonshuishoudens, in aanmerking voor de zorgtoeslag. Bij deze aantallen gerechtigden leidt de regeling tot een budgettair beslag van ongeveer € 2,1 miljard.

Door uit te gaan van een standaardpremie en genormeerde premiekosten en niet van de werkelijke premies en ziektekosten, wordt tevens een bijdrage geleverd aan het beperken van de administratieve lasten. Om vast te stellen of degene die de zorgtoeslag aanvraagt daar ook recht op heeft, controleert de Belastingdienst Toeslagen onder meer of de belanghebbende een zorgverzekering heeft gesloten. Daartoe wordt gebruik gemaakt van gegevens die verzekeraars op grond van de Zorgverzekeringswet reeds verplicht zijn te verstrekken. De Wet op de zorgtoeslag legt derhalve geen additionele administratieve lasten op aan verzekeraars.

### **Artikelsgewijs**

#### *Artikel 1*

In het eerste lid van dit artikel zijn enige begrippen gedefinieerd. Daarbij is, gelet op de koppeling van de zorgtoeslag aan de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, aansluiting gezocht bij de definities in die wet. «Verzekerde» in de zin van dit wetsvoorstel is degene wiens behoefte aan geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 10 van de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt, vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin hij 18 jaar wordt. De verzekerde is ingevolge artikel 16, tweede lid, van de Zvw ook vanaf die dag premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd.

De Wet op de zorgtoeslag geeft aanspraak op een financiële bijdrage van het Rijk waarbij de hoogte van die financiële bijdrage afhankelijk is van draagkracht. De Wet op de zorgtoeslag is daardoor een inkomensafhankelijke regeling waarop de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen van toepassing is. Om dit tot uitdrukking te brengen is in het tweede lid bepaald dat de hoogte van de zorgtoeslag afhankelijk is van de draagkracht. De in de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen gehanteerde begrippen zoals tegemoetkoming, partner of toetsingsinkomen, zijn eveneens op deze wet van toepassing. Deze begrippen zijn daarom niet in artikel 1 gedefinieerd.

#### *Artikel 2*

Een verzekerde komt in aanmerking voor een zorgtoeslag indien de voor

hem geldende genormeerde kosten voor een zorgverzekeringsovereenkomst («normpremie») minder bedragen dan de geraamde gemiddelde premiekosten («standaardpremie»). De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen beide kostensoorten.

De Belastingdienst Toeslagen controleert of de belanghebbende die een tegemoetkoming aanvraagt, een zorgverzekering heeft.

Op grond van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen wordt ter bepaling van de draagkracht van de belanghebbende het zogenaamde «toetsingsinkomen» in aanmerking genomen. Voor de toetsing van de draagkracht van een belanghebbende wordt uitgegaan van het inkomen van de belanghebbende en zijn partner.

In de Miljoenennota 2006 wordt het uiteindelijke koopkrachtbeeld 2006 voorgesteld, waarbij de percentages voor het drempelinkomen en het toetsingsinkomen worden vastgesteld. De regering stelt voor de genormeerde kosten voor een zorgverzekering voor een verzekerde met een partner vast te stellen op 6,5% van het drempelinkomen, vermeerderd met 4% van het toetsingsinkomen dat boven het drempelinkomen uitgaat en voor een verzekerde zonder partner op 4% van het drempelinkomen, vermeerderd met 4% van het toetsingsinkomen dat boven het drempelinkomen uitgaat. Toepassing van deze formules leidt ertoe dat bij een verzekerde zonder partner ten minste 4% van het drempelinkomen ten laste van betrokkene blijft. Bij een verzekerde met een partner blijft ten minste 6,5% van het drempelinkomen ten laste van dit paar. Deze percentages worden de eerste keer bij wet vastgesteld. De percentages kunnen bij algemene maatregel van bestuur worden gewijzigd. De voordracht voor de betreffende algemene maatregel van bestuur zal in overeenstemming met de ministers van Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden gedaan.

De zorgkosten worden gedragen door verzekerden, werkgevers en de overheid. Werkgevers dragen voor de helft bij in de zorgkosten. De introductie van de Zorgverzekeringswet, inclusief de overheveling van de GGZ uit de AWBZ, zal voor werkgevers lastenneutraal uitwerken. De overheid dekt via een rijksbijdrage de lasten van kinderen. Verzekerde volwassenen dragen de resterende kosten via een premie. De overheid compenseert door middel van de zorgtoeslag een gedeelte van die premielast van de verzekerden met een laag inkomen. Hiermee valt – mede rekening houdend met de fiscale compensatie – in 2006 een zorgstelsel te introduceren waarbinnen de lasten op evenwichtige manier zijn verdeeld; evenwichtig in de zin dat iedereen zijn bijdrage levert, maar waarbij tevens het draagkrachtprincipe een volwaardige rol speelt.

Aangenomen mag worden dat de zorgkosten na 2006 zullen blijven stijgen op grond van demografische en technologische ontwikkelingen. Ook na 2006 dienen de zorgkosten op een evenwichtige manier verdeeld te worden. Dat betekent dat de stijging van de zorgkosten door verzekerden, werkgevers en overheid moet worden opgebracht. De regering streeft er naar de zorguitgaven te beheersen. De mate waarin de zorgkosten worden beheerst, geeft tevens de mate aan waarbinnen de zorgtoeslag stabiel kan worden gehouden. Een stabiel zorgpercentage zorgt ervoor dat de rechthebbende een zorgtoeslag naar draagkracht ontvangt, die afhankelijk is van de premieontwikkeling. Belangrijke randvoorwaarde daarbij is dat de stijgende zorgkosten niet tot onevenwichtige koopkrachtgevolgen leiden voor (groepen) verzekerden. Er dient dus ook na 2006 een evenwicht gezocht worden tussen het meebetalen door alle betrokkenen aan de zorgkostenstijging en het – via de zorgtoeslag – borgen van het draagkrachtprincipe. Gegeven de onzekerheden over de ontwikkelingen in de zorg en de inkomens kan niet op voorhand voor alle toekomstige situa-

ties worden aangegeven waar dat evenwicht ligt. De percentages die voor de berekening van de zorgtoeslag gelden, worden daarom jaarlijks betrokken bij het budgettaire beeld en het inkomensbeeld en zullen in een algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd.

#### Voorbeeldberekening zorgtoeslag

Stel:	drempelinkomen	17 500	
	standaard premie per verzekerde	1 000	
	toetsingsinkomen per huishouden	22 000	
<i>Verzekerde zonder partner</i>			
	normpremie	880	(4% van 17 500 plus 4% van (22 000 – 17 500))
	standaardpremie	1 000	
	zorgtoeslag	120	(standaardpremie – normpremie)
<i>Verzekerde met partner/ verzekerde</i>			
	normpremie	1 318	(6,5% van 17 500 plus 4% van (22 000 – 17 500))
	standaardpremie	2 000	(1000 per partner)
	zorgtoeslag	682	(standaardpremie – normpremie)
<i>Verzekerde met partner/niet- verzekerde</i>			
	normpremie	1 318	(6,5% van 17 500 plus 4% van (22 000 – 17 500))
	standaardpremie	1 000	
	zorgtoeslag	0	(standaardpremie – normpremie)

Het vierde lid van artikel 2 biedt de mogelijkheid om in bijzondere gevallen met betrekking tot de toepassing van het eerste lid de partner van de verzekerde, die niet verzekerd is, als verzekerde aan te merken. Het betreft bijvoorbeeld de situatie van een verzekerde die een partner heeft die militair is. Een militair is niet verzekeringplichtig op grond van de Zorgverzekeringwet. Zijn ziektekosten worden gedekt door de ziektekostenregeling van Defensie. Zonder nadere regeling zou bij de berekening van de zorgtoeslag slechts éénmaal de standaardpremie in aanmerking worden genomen, welk bedrag wordt getoetst aan het inkomen van de verzekerde en diens partner. Dit is niet redelijk want de militair betaalt wel de lasten van zijn ziektekostenregeling. Daarom zal voor dat soort situaties voor de berekening van de zorgtoeslag van de verzekerde de partner als verzekerde worden aangemerkt.

In het vijfde lid is bepaald dat per maand wordt beoordeeld of een verzekerde aanspraak heeft op een zorgtoeslag. De vaststelling van de zorgtoeslag vindt op grond van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen plaats per berekeningsjaar. Omdat in de loop van het berekeningsjaar veranderingen in de gezinssamenstelling kunnen optreden, dient maandelijks te worden beoordeeld in hoeverre aanspraak op een zorgtoeslag bestaat. Daardoor wordt de zorgtoeslag in maanden waarin de verzekerde een partner heeft berekend op basis van het toetsingsinkomen van de verzekerde en die partner. In maanden waarin geen partner aanwezig is, wordt alleen het toetsingsinkomen van de verzekerde in aanmerking genomen. Vindt er in de loop van het berekeningsjaar een wisseling van partner plaats, dan wordt voor de maanden na die wisseling uitgegaan van het toetsingsinkomen van de verzekerde en zijn nieuwe partner.

Het zesde lid van artikel 2 biedt de mogelijkheid om met betrekking tot het vijfde lid nadere regels te stellen. Het is niet uit te sluiten dat in de uitvoering nadere verfijningen noodzakelijk zijn bij de maandelijkse bepaling van de aanspraak. Het zesde lid kan dan voorzien in een passende regeling.

### *Artikel 3*

De standaardpremie voor een zorgverzekering wordt bij ministeriële regeling vastgesteld. De hoogte van de standaardpremie is het gemiddelde van de nominale premies die de verzekerden naar verwachting over het desbetreffende jaar, «berekenningsjaar» genoemd, voor de zorgverzekering moeten betalen.

Uitgegaan wordt van het gemiddelde van de (nominale) premies voor de zorgverzekering, die in het jaar voorafgaande aan het berekeningsjaar voor dat jaar door het Centraal Planbureau (CPB) worden geraamd in zijn Macro Economische Verkenningen (MEV). In de maand april van het berekeningsjaar wordt aan de hand van het Centraal Economisch Plan (CEP) berekend of het geraamde gemiddelde van de nominale premies in de MEV in het voorafgaande jaar afwijkt van het werkelijk gemiddelde daarvan. Indien er sprake is van een afwijking van € 25 of meer ten opzichte van de aanvankelijk geraamde premiekosten, dan wordt de voor de zorgtoeslag voor dat jaar gehanteerde standaard verschuldigde premie met onmiddellijke ingang bij ministeriële regeling bijgesteld. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft de nieuwe standaardpremie door aan de Belastingdienst Toeslagen. In dat geval worden de beschikkingen door de Belastingdienst Toeslagen (per 1 juli) aangepast en vindt de uitbetaling van de extra (bij een positief verschil) of lagere (bij een negatief verschil) zorgtoeslag plaats in datzelfde jaar. Een verschil van minder dan € 25 leidt niet tot verandering van de standaard verschuldigde premie. Dit leidt voor de betreffende verzekerden tot een gering koopkrachtverlies in dat jaar.

Er wordt op gewezen dat de zorgtoeslag ook wijziging kan ondergaan als gevolg van wijzigingen in het toetsingsinkomen. De daarvoor geldende procedure is geregeld in de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen.

### *Artikel 4*

De kosten die samenhangen met de zorgtoeslag worden verantwoord op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maar worden, zoals is aangegeven in het Hoofdlijnenakkoord, voor de budgettaire toetsing betrokken bij het lastenkader.

De Wet op de zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de Belastingdienst Toeslagen overeenkomstig de regels van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. De uitvoeringskosten van deze regeling die worden gemaakt door de Belastingdienst Toeslagen bedragen vanaf 2006 jaarlijks € 59 miljoen. Deze kosten worden opgenomen op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

De Staatssecretaris van Financiën,  
J. G. Wijn

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,  
A. J. de Geus