

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

28

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat steeds meer mensen achterstanden hebben bij het betalen van zorgpremie* (ingezonden 25 juli 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 september 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3258.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat steeds meer mensen de maandelijkse nominale zorgpremie niet kunnen betalen? Blijft u volharden in uw afwijzing van inkomensafhankelijke zorgpremies? Zo ja, op grond waarvan, gelet op de ernst van de situatie?¹

Antwoord op vraag 1

In het desbetreffende bericht gaat het over een toename van het aantal mensen dat een betalingsregeling heeft gesloten met hun zorgverzekeraar en niet over een toename van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand.

De wanbetalersregeling schrijft voor dat een zorgverzekeraar de verzekeringnemer over een premieachterstand van twee maanden dient te informeren en tegelijkertijd een betalingsregeling dient aan te bieden. Een verzekeringnemer die meewerkt aan een betalingsregeling houdt zo de schuld beperkt en voorkomt hiermee dat hij in het bestuursrechtelijke premieregime belandt. Een betalingsregeling die door de verzekeringnemer wordt nagekomen, bevordert juist dat een verzekeringnemer zo snel mogelijk terugkeert naar een normaal betaalpatroon. Het is een goede ontwikkeling dat steeds meer verzekerden tot de conclusie komen dat het niet betalen van de nominale premie geen optie is.

Verder wil ik uw Kamer erop wijzen dat de zorgtoeslag ervoor zorgt dat de nominale premie voor lage inkomens betaalbaar is. De zorgtoeslag zorgt er immers voor dat de nominale premie en het verplichte eigen risico nooit meer bedragen dan een bepaald percentage van het inkomen. Hierdoor werkt een stijging van de nominale premie slechts «gematigd» door in de netto premie die resteert na aftrek van de zorgtoeslag.

Het voorgaande in overweging nemende zie ik geen reden om mijn beleid in dezen bij te stellen.

¹ <http://www.nrc.nl/nieuws/2012/07/23/steeds-meer-achterstand-bij-betalen-van-zorgpremie/>

Vraag 2

Deelt u de mening dat het bestuursrechtelijke premierégime, waarin iemand met betalingsachterstanden 30% boete betaalt over de premie, niets oplost aangezien de meeste van deze mensen al geen 100% kunnen betalen, laat staan 130%? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 2

Nee.

Uit de evaluatie van de wanbetalersregeling die ik op 4 november 2011 aan uw Kamer heb doen toekomen, blijkt de regeling voor nieuwe gevallen de beoogde afschrikwekkende werking te hebben en te bevorderen dat de wanbetaler zich inspant om te voorkomen dat hij in het bestuursrechtelijk régime terecht komt.

De bestuursrechtelijke premie wordt overigens pas opgelegd nadat de verzekeringnemer een betalingsachterstand van zes premiemaanden heeft opgebouwd. In de preventieve fase die daaraan voorafgaat, dient de zorgverzekeraar wettelijk voorgeschreven incassoactiviteiten te verrichten en medewerking te verlenen aan activiteiten die gericht zijn op de aflossing van de schuld.

Vraag 3

Wat is uw reactie op de constatering dat de verhoging van het eigen risico de voornaamste oorzaak is van de stijging van het aantal betalingsregelingen bij zorgverzekeraars? Deelt u de mening dat verdere stijging van het eigen risico, zoals afgesproken in het Kunduz-akkoord, volstrekt onverantwoord is? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 3

De stijging van het aantal betalingsregelingen laat zich deels verklaren doordat verzekeraars zich meer soepel opstellen bij de totstandkoming van een betalingsregeling. Een verruiming van de betalingstermijn voor het aflossen van de premieschuld en/of een verlaging van het minimale aflossingsbedrag doet de kans toenemen dat er een betalingsregeling tot stand kan worden gebracht. Dit is mijns inziens een goede ontwikkeling, het voorkomt dat er niet oplosbare schuldsituaties ontstaan en biedt de verzekeringnemer juist gelegenheid om zijn financiële huishouden weer op orde te krijgen.

Daarnaast zouden volgens het krantenbericht enkele verzekeraars aangeven dat de toename van het aantal betalingsregelingen samenhangt met een recente verhoging van het eigen risico. Een verhoging van de eigen betalingen in de zorg is noodzakelijk om de zorg voor iedereen betaalbaar te houden. In het Lenteakkoord is overigens opgenomen dat de extra verhoging van het verplicht eigen risico met € 115,- in zijn geheel via de zorgtoeslag zal worden gecompenseerd voor de laagste inkomens. Dit zal ervoor zorgen dat de laagste inkomens volledig worden ontzien.

Vraag 4

Wat is uw reactie op mevrouw Jungmann, lector rechten, schulden en incasso, die het voorbeeld noemt van mensen die met zijn tweeën van één AOW-uitkering leven en in het begin van het jaar in een klap 700 euro aan eigen risico kwijt zijn? Deelt u de mening dat hier feitelijk sprake is van belemmering van de toegang tot zorg voor lagere inkomens? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 4

Nee, ik deel die mening niet.

De hier bedoelde verhoging van het verplicht eigen risico naar € 350,- zal gepaard gaan met een forse verhoging van de zorgtoeslag. Dit komt erop neer dat in de zorgtoeslag de verhoging van het eigen risico met € 115,- volledig zal worden meegenomen.

Bovendien zijn de meeste zorgverzekeraars bereid om een gespreide betaling voor het eigen risico aan te bieden, ingeval de verzekerde daarom vraagt.

Vraag 5

Bent u van mening dat de zorgpremies en het eigen risico voor een modaal gezin nog redelijk te dragen zijn? Zo ja, op grond waarvan? Zo nee, deelt u de mening dat een inkomensafhankelijke zorgpremie een lastenverlichting voor deze gezinnen betekent? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 5

De hoge kosten van de zorg impliceren nu eenmaal, onafhankelijk van hoe het financieringssysteem wordt ingericht, dat de premielasten hoog zullen zijn voor modale gezinnen. Derhalve acht ik het van het grootste belang dat alles op alles wordt gezet om de kosten van de zorg zo laag mogelijk te houden. Alleen dan zal de premie ook in de toekomst voor gezinnen betaalbaar blijven. Daarvan staat dus los of de zorg wordt gefinancierd via een nominale of procentuele premie.

Vraag 6

Hoeveel verzekerden worden maandelijks in totaal geroyeerd door zorgverzekeraars op grond van betalingsachterstanden?

Antwoord op vraag 6

Op twee zorgverzekeraars na, ONVZ en ASR, hebben sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling in 2009 alle zorgverzekeraars de wanbetalersregeling uitgevoerd. ASR heeft zich inmiddels bij het CVZ gemeld omdat deze verzekeraar alsnog de wanbetalersregeling wil gaan uitvoeren. Zolang een zorgverzekeraar niet meewerkt aan het bestuursrechtelijk premierégime, kan de zorgverzekeraar een niet betalende verzekeringnemer royeren. Het betreft dan een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraar en verzekeringnemer waar de overheid geen bemoeienis mee heeft. Om dezelfde reden ben ik niet op de hoogte van het aantal royementen vanwege niet betaling van de zorgverzekeringpremie. Overigens heeft het CVZ mij bericht niet te beschikken over aanwijzingen dat dit zich op substantiële schaal voordoet.

Vraag 7

Erkent u dat het argument dat het eigen risico het kostenbewustzijn zou vergroten, definitief onderuit wordt gehaald nu blijkt dat zorgverzekeraars dit bedrag uitspreiden en optellen bij de maandelijksse premie? Zo nee, waarom niet?

Antwoord op vraag 7

Ik acht het een goede ontwikkeling dat verzekeraars bereid zijn om het eigen risico op verzoek van de verzekerde te spreiden. Dit draagt eraan bij dat een verzekerde als gevolg van (hoge) eigen betalingen niet in betalingsnood komt te verkeren en uiteindelijk belandt in een problematische schuldsituatie en/of vanwege financiële drempels noodzakelijke zorg gaat mijden. Tegelijkertijd zal een verzekerde nog steeds merken in zijn portemonnee dat hij een eigen bijdrage is verschuldigd, waardoor de verzekerde zich bewust blijft van de kosten van zorg.

Vraag 8

Erkent u dat het argument dat het eigen risico de premies zou verlagen weinig indruk maakt, zeker nu blijkt dat het feitelijk gaat om een premieopslag voor grote groepen mensen en leidt tot een toename van betalingsproblemen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord op vraag 8

Om de premie voor iedereen betaalbaar te houden, is het nu eenmaal nodig dat de mensen die het zelf kunnen betalen ook daadwerkelijk een deel van hun zorgkosten voor eigen rekening nemen. Wel is daarbij een belangrijk uitgangspunt dat lage inkomens waar nodig en mogelijk worden ontzien. Om die reden voorziet het Lenteakkoord, zoals ik al in mijn antwoorden bij de vragen 3 en 4 aangaf, in een forse verhoging van de zorgtoeslag. Bovendien worden chronisch zieken en gehandicapten via de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) gecompenseerd voor het verplichte eigen risico.

Vraag 9

Hoe verhoudt de compensatie via de zorgtoeslag van de in het Kunduz-akkoord overeengekomen verhoging van het eigen risico zich tot de mogelijkheid om bij mensen met premieachterstanden beslag te leggen op de zorgtoeslag? In hoeverre kan nog gesproken worden van compensatie voor deze groep mensen die in een zeer moeilijke financiële situatie zitten? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 9

In de huidige situatie kan zowel het CVZ als de zorgverzekeraar beslag laten leggen op de zorgtoeslag van de verzekeringnemer. Dit vloeit voort uit het algemene uitgangspunt in het burgerlijk recht dat een schuldeiser in beginsel zijn vordering kan verhalen op alle goederen van diens schuldenaar. Daarnaast zal met ingang van 1 januari 2013 de zorgtoeslag door het CVZ worden gebruikt als bron voor de inning van de bestuursrechtelijke premie. Naar verwachting verkleint deze maatregel de groep wanbetalers waarop incassomaatregelen moeten worden toegepast en zal hiermee de uitstroom van wanbetalers uit het bestuursrechtelijke premieregime worden bevorderd. De met incasso gepaard gaande additionele kosten zorgen er namelijk voor dat de afloscapaciteit van wanbetalers afneemt.