

INHOUD:

ZORGVERZEKERINGEN

- Wetsvoorstel
- 8 zittingen bij de psycholoog vergoed
- Verzekeraars lopen maandelijks 17 miljoen mis
- Nederlandse toerist niet bekend met Europese zorgpas
- Wijzigingen tarief DGA op de loonlijst

WIA

- Financiering van de WIA nogmaals voor u op een rijtje gezet.
- Aanpassing duur loongerelateerde WGA-uitkering
- Verhoging WAO-uitkering en aanpassing Schattingsbesluit

ZORGVERZEKERINGEN

Wetsvoorstel

- Per 1 januari 2008 vervalt de no-claimregeling. De no-claim wordt vervangen door een eigen risico van € 150. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd (afgerond op tientallen). Daarnaast blijft het vrijwillige eigen risico in stand.
- Het eigen risico geldt, net als de no-claim, voor alle verzekerden die nominale premie betalen (dus voor alle verzekerden vanaf 18 jaar).
- Net als bij de no-claim vallen een aantal kosten niet onder het eigen risico. Die kosten worden verder omschreven in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Volgens de memorie van Toelichting op het wetsvoorstel gaat het in ieder geval om huisartszorg, verloskundige zorg en kraamzorg.
- Naast het eigen risico wordt voor bepaalde vormen van zorg een verplichte eigen bijdrage ingesteld. Welke vormen van zorg dit zijn wordt in een AMvB geregeld. Deze eigen bijdrage telt wél mee voor het eigen risico (zowel verplicht als vrijwillig). De overige kosten van die zorg vallen vervolgens niet meer onder het verplichte eigen risico. Deze eigen bijdragen worden pas na 2008 ingesteld. Reeds bestaande eigen bijdragen (hulpmiddelen, zittend ziekenvervoer) blijven in stand en tellen niet mee voor het eigen risico.
- Verzekeraars krijgen de mogelijkheid om bepaalde zorgkosten buiten het verplichte eigen risico te houden, bijvoorbeeld zorg gericht op gezond gedrag. Welke zorg hiervoor in aanmerking komt wordt in een AMvB geregeld. Dit zal pas na 2008 worden ingesteld.
- Chronisch zieken en gehandicapten krijgen compensatie voor het verplichte eigen risico. In de memorie van toelichting wordt gesproken over "verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten". Voor 2008 gaat het om mensen die in 2006 en 2007 voor de verevening zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG's). De compensatie bedraagt voor 2008 € 40 op jaarbasis per "verzekerde met meerjarige, onvermijdelijke zorgkosten". Deze compensatie wordt door het Centraal Administratiekantoor (CAK) uitgekeerd (eind 2008).

- De regering verwacht dat de gemiddelde nominale premie daalt met € 111 per jaar. Voor de zorgtoeslag heeft dit vrijwel geen gevolgen, omdat de gemiddelde eigen betaling per verzekerde met € 110 per jaar stijgt.

8 zittingen bij de psycholoog vergoed

Een bezoek aan de psycholoog komt volgend jaar in het basispakket van de zorgverzekering. 8 consulten worden vergoed, met een eigen bijdrage van € 10,-- per zitting. Dat is het gevolg van de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) van de volksverzekering AWBZ naar de zorgverzekeraars. Minister Ab Klink heeft in een brief aan de Tweede Kamer uiteengezet hoe dezer overgang eruit gaat zien.

Deze zat er al 2 jaar aan te komen maar de zorgverzekeraars zaten er tegenaan te hikken, omdat de invoering van het nieuwe zorgstelsel hen ook al veel hoofdbrekens bezorgde.

AWBZ

De zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een ggz-instelling zitten, blijft wel via de AWBZ vergoed. Deze zorg sluit goed aan bij de AWBZ, die is bedoeld voor langdurige, continue zorg.

Met de overheveling van de rest van de ggz naar de zorgverzekeringen verwacht Klink dat de verzekeraars de prijzen beter in de hand kunnen houden en meer op de kwaliteit kunnen letten.

Problemen

Mochten de zorgverzekeraars in de problemen komen omdat de ggz toch duurder uit blijkt te vallen, dan wil Klink volgende jaar nog wel de helpende hand toesteken, maar in 2009 is het risico grotendeels voor hen.

Mocht blijken dat het geplande budget voor de ggz volgend jaar overschreden wordt, dan wil de minister alleen maar ingrijpen bij de zorgaanbieders die daarvoor verantwoordelijk zijn. Hij zint dan niet in eerste instantie op een algemene tariefmaatregel.

Verzekeraars lopen maandelijks 17 miljoen euro mis

Zorgverzekeraars lopen maandelijks zeventien miljoen euro aan premies mis door wanbetalers. Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat anderhalf procent van de Nederlandse volwassenen op 31 december vorig jaar een half jaar geen zorgpremie had betaald. Dat komt neer op 190 duizend wanbetalers.

De groep wanbetalers is het grootst onder mensen met een bijstandsuitkering. Van deze groep had eind vorig jaar 4,5 procent minstens een half jaar geen zorgverzekeringspremie betaald. Dat is drie keer zoveel als het landelijk gemiddelde. Van de mensen met een werkloosheidsuitkering betaalde drie procent een half jaar of langer geen premie, meldt het CBS. Van de 190 duizend wanbetalers hebben er ongeveer veertigduizend een uitkering.

Ruim zeventigduizend wanbetalers zijn allochtoon. Antillianen en Arubanen maken het van deze groep het bontst. Van hen staat bijna tien procent geregistreerd als wanbetaler.

Nederlandse toerist niet bekend met Europese zorgpas

Veel Nederlanders weten niet van het bestaan van de Europese zorgpas. Met de kaart, die gratis bij de zorgverzekeraar aangevraagd kan worden, hoeft in de landen van de Europese Unie geen ziekenhuisrekening te worden voorgeschoten.

De Verzekeraarshulpdienst (VHD), die helpt als Nederlanders op reis in het buitenland in de problemen raken, meldde dat nog maar weinig mensen zo'n kaart in hun bezit hebben. Het bedrijf bevestigde een bericht hierover in de Telegraaf.

De European Health Insurance Card is op 1 januari van het vorige jaar ingevoerd. De kaart is iets anders dan de Nederlandse zorgpas, die iedere verzekerde automatisch van de zorgverzekering krijgt. De Europese versie geeft recht op medische noodhulp in alle landen van de EU.

Volgens VHD heeft bijna niemand er een omdat niemand het weet. "Het is niet goed gecommuniceerd."

Rompslomp

Met de kaart is de reiziger van een hoop problemen gevrijwaard. "Als je niet voldoende geld bij je hebt, is het een hele rompslomp om dat te organiseren. Met de medische problemen die er al zijn, kan je dat er eigenlijk niet bij hebben." De medische zorg kan zelfs geweigerd worden als niet duidelijk is hoe de gedupeerde is verzekerd. Sinds de invoering van de nieuwe zorgwet en daaraan gekoppeld de introductie van de Europese zorgpas, heeft de VHD slechts een dossier in behandeling gehad, waarbij de reiziger zijn zorgpas heeft benut. "Het is opvallend dat er zo weinig gebruik wordt gemaakt van deze kaart." Behalve bij de eigen zorgverzekeraar valt de Europese gezondheidskaart ook aan te vragen op www.ehic.nl. De kaart wordt na een aantal dagen thuisbezorgd.

Wijzigingen tarief DGA op de loonlijst

Een directeur Groot Aandeelhouder (DGA) die op de loonlijst staat van zijn eigen bedrijf betaalt in 2007 nog het reguliere tarief van 6,5%. Vanaf 2008 geldt het verlaagde tarief van 4,4%.

WIA

Financiering van de WIA nogmaals voor u op een rijtje gezet.

Wanneer een werknemer ziek wordt, bent u samen met de werknemer verantwoordelijk voor een snelle reïntegratie. Lukt het, ondanks alle inspanningen, niet om de werknemer binnen 2 jaar volledig terug te laten keren naar zijn werk, dan krijgt u te maken met de WIA. In de WIA kijken de verzekeringsartsen van UWV vooral naar wat u werknemer nog wel kan. De WIA keuring kan leiden tot 2 uitkomsten. Uw werknemers kan deels nog werken, bij u of bij een andere werkgever. Hij heeft dan recht op een uitkering vanuit de regeling WGA. Of de werknemer kan echt niet meer werken. Hij heeft dan recht op een uitkering vanuit de regeling IVA. Op welke regeling de werknemer ook aanspraak maakt, als werkgever financiert u de uitkeringen die beide regelingen aan werknemers verstrekken. Hoe? Dat leest u hieronder.

Wat betaalt u

Als werkgever betaalt u 2 soorten WIA premies:

- De basispremie
- De gedifferentieerde premie

De basispremie

De basispremie is voor alle werkgevers gelijk en bedraagt in 2007 5,15% van het premieloon van uw bedrijf. Met deze premie wordt een aantal (delen van) uitkeringen betaald, namelijk:

- De volledige IVA-uitkering voor volledig arbeidsongeschikte werknemers;
- Alle WGA-uitkeringen die langer dan 10 jaar duren;
- Een beperkt deel van de WGA-uitkeringen, namelijk dat deel van de WGA-loonaanvulling dat hoger is dan de vervolguutkering;
- De nog lopende WAO uitkeringen

De gedifferentieerde premie

Via de gedifferentieerde premie financiert u het grootste deel van de WGA-uitkeringen die gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers ontvangen gedurende de eerste 10 jaar, namelijk:

- De loongerelateerde uitkeringen; deze uitkering kunnen alle gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers ontvangen afhankelijk van hun arbeidsverleden.
- De WGA-vervolguutkeringen: deze uitkering onvangen gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers die niet voldoende werken.
- De WGA-loonaanvullingen tot maximaal de hoogte van de vervolguutkering Alle gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers die wel voldoende werken ontvangen deze loonaanvulling.

De hoogte van de gedifferentieerde premie verschilt per werkgever en is afhankelijk van het aantal werknemers binnen uw bedrijf dat gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt. Het UWV past de premie jaarlijks aan.

Werkgevers betalen vanaf 2008 gelijke WAO-premie

Vanaf 1 januari 2008 betalen alle werkgevers die verzekerd zijn bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) een gelijke premie voor de lopende WAO-uitkeringen. Momenteel hangt de hoogte van deze premie voor een werkgever nog af van het aantal van zijn werknemers die in de WAO terecht zijn gekomen, de zogeheten Pemba regeling. Het wetsvoorstel van Minister Donner van Sociale Zaken en Werkgelegenheid dat de afschaffing van de Pemba regelt, is naar de Tweede Kamer gestuurd. Verder regelt het wetsvoorstel dat er geen premiedifferentiatie komt voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten in de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen), de opvolger van de WAO. Het vorige kabinet besloot de Pemba voor de WAO af te schaffen en zo'n regeling niet te treffen voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten in de WIA. Dit is gemeld in een brief aan de Tweede Kamer (20 oktober 2006). Dat besluit is overgenomen in het coalitieakkoord van het huidige kabinet. Met dit wetsvoorstel werkt het kabinet dit deel van het coalitieakkoord nu uit.

Eigenrisicodragen?

Werkgevers kunnen er voor kiezen het financiële risico van gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid niet bij het UWV onder te brengen (via de gedifferentieerde premie) maar dit zelf te dragen. U betaald dan geen gedifferentieerde premie meer maar draagt 10 jaar de WGA uitkeringslasten van uw werknemers. Ook bent u verantwoordelijk voor de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers. U kunt dit risico verzekeren bij verzekeringsmaatschappijen.

Werknemers betalen mee

U mag een deel van uw WGA-lasten op het nettoloon van uw werknemers verhalen. Heeft u een eigenrisicoverzekering afgesloten bij een verzekeraar dan mag u maximaal 50% van de premie verhalen. Bent u verzekerd bij het UWV dan mag u maximaal de helft van de gedifferentieerde premie verhalen op uw werknemers. Bent u eigenrisicodragend en heeft u geen verzekering afgesloten dan mag u maximaal de helft van uw WGA-lasten verhalen op uw werknemers. Deze kunt u berekenen door de kosten van de WGA-uitkeringen te delen door de loonsom van uw bedrijf.

Aanpassing duur loongerelateerde WGA-uitkering

Vanaf 1 januari 2008 wordt de duur van de loongerelateerde uitkering afhankelijk van het arbeidsverleden van de werknemer. Hiermee worden de wijzigingen van vorig jaar in de Werkloosheidswet ook in de loongerelateerde WGA-uitkering doorgevoerd.

Oude vs. nieuwe situatie

Tot 31 december 2007 is de duur van de loongerelateerde WGA-uitkering nog afhankelijk van de leeftijd van de arbeidsongeschikte werknemer. Per 1 januari 2008 ontvangt de werknemer één maand loongerelateerde uitkering per gewerkt jaar. De uitkeringsduur is maximaal drie jaar en twee maanden (38 maanden).

Gevolgen collectieve WGA-Gat verzekering

Met ingang van 1 januari 2007 wordt voor de WGA-Gat verzekering Basis geen premie meer in rekening gebracht voor werknemers van 60 jaar en ouder. In de meeste gevallen hebben deze werknemers recht op doorbetaling van hun loon gedurende twee jaar én recht op de maximale duur van de loongerelateerde uitkering van drie jaar en twee maanden. Hierdoor krijgen zij niet met het WGA-Gat te maken. Toch kan het voorkomen dat een werknemer geen recht heeft op de loongerelateerde uitkering, maar direct een vervolguitkering ontvangt. In dat geval is er sprake van een WGA-Gat. De verzekeraar verstrekt in dit geval toch een uitkering via collectieve WGA-Gat verzekering, zonder dat daar in de meeste gevallen nog premiebetaling tegenover staat.

WGA-Gat verzekeringen waarbij nog sprake is van een premieberekening tot 57 jaar worden aangepast. Heeft de werkgever een WGA-Gat verzekering Uitgebreid, dan geldt een leeftijd tot 63 jaar. De reden hiervoor is dat de extra uitkering van 5% al in de loongerelateerde periode kan worden verstrekt.

Verhoging WAO-uitkering en aanpassing Schattingsbesluit

Het coalitieakkoord van CDA, PvdA en CU bevat een aantal afspraken over de WAO. De Ministerraad heeft ingestemd met aanpassing van de WAO-regels. Deze aanpassing treft uitsluitend medewerkers die ten tijde van de WAO arbeidsongeschikt zijn geworden.

Verhoging WAO-uitkering voor volledig arbeidsongeschikten

In het coalitieakkoord is zoals u weet (zie nieuwsbrief 27) afgesproken dat de uitkeringen van volledig arbeidsongeschikten in de WAO, Waz en Wajong stijgen van 70% naar 75%. Voor werkgevers die eigenrisicodragers voor de WAO zijn, is deze verhoging niet te voorzien geweest. Daarom kan het bedrag dat nodig is voor de verhoging van de uitkering worden gedeclareerd bij het UWV.

Aanpassing Schattingsbesluit (1)

Deze wijziging treft medewerkers die ten tijde van de invoering van het nieuwe Schattingsbesluit (2004) tussen de 45 en 50 jaar waren. Van hen heeft het UWV reeds 44.000 personen opnieuw medisch gekeurd. In het coalitieakkoord is afgesproken dat de resultaten van de medische keuring niet op basis van het nieuwe Schattingsbesluit beoordeeld mogen worden, maar aan de hand van de oude regels. Dit kan leiden tot een hogere WAO, Waz of Wajong uitkering. Komt iemand, op basis van de herkeuring, in aanmerking voor een hogere uitkering, dan wordt deze per 22 februari 2007 (aantreden nieuw kabinet) doorgevoerd.

Aanpassing Schattingsbesluit (2)

De mate van arbeidsongeschiktheid wordt voortaan weer vastgesteld op basis van het werkelijke aantal gewerkte uren. Sinds het Schattingsbesluit van 2004 gold een maximum van 38 uur van de 'maatmanfunctie'. Deze maximering hield in dat bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid ervan werd uitgegaan dat in de maatmanfunctie niet meer dan 38 uur per week in een voltijd functie wordt gewerkt. Het kabinet schrapt dit maximum en volgt daarmee de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. Het UWV herziet de uitkeringen met ingang van 2 maart 2007.

Wetgeving

Het wetsvoorstel waarin bovenstaande punten staan geregeld, zal voor spoedadvies aan de Raad van State worden gezonden. Hierna buigen de Eerste en Tweede Kamer zich over het wetsvoorstel.

Gevolgen voor WAO-volgende verzekeringen

WAO-Gat verzekering

De verhoging van de WAO-uitkering naar 75% heeft geen gevolgen voor de lopende WAO-uitkeringen. Hoewel de vervolguitkering omhoog gaat en het WAO-gat daardoor kleiner wordt, wijzigen wij de lopende uitkering niet. Hierdoor ontvangen verzekerden een hoger totaalinkomen dan 70%. De aanpassing van het Schattingsbesluit kan wel gevolgen hebben voor de WAO-gat uitkering.

Alle WAO-Gat verzekeringen zijn door de komst van de WIA inmiddels beëindigd. Bij deze beëindiging hebben de verzekeraars over het algemeen over twee jaar 175% van de premie gerestitueerd. Daarbij is aangegeven dat indien een verzekerde meer arbeidsongeschikt wordt, deze verhoging wel wordt meegenomen. Uitkeringsgerechtigden tussen de 45 en 50 jaar die opnieuw worden beoordeeld en als gevolg daarvan een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage krijgen, ontvangen een hogere WAO-Gat uitkering.

WAO-Eigen Risico verzekering

Verhogingen als gevolg van de nieuwe herbeoordeling hebben invloed op de hoogte van de WAO-uitkering. Deze verhoging komt voor rekening van de eigenrisicodrager en daarmee voor rekening van de verzekeraar. Echter, de kans is klein dat de werkgever hiermee wordt geconfronteerd. Dit komt omdat hij voor 5 jaar WAO eigenrisicodrager is en deze termijn in de meeste gevallen al voorbij is.

Voor werkgevers die eigenrisicodrager voor de WAO zijn, is de verhoging naar 75% niet te voorzien geweest. Daarom kan het bedrag dat nodig is voor de verhoging van de uitkering worden gedeclareerd bij het UWV. De uitkering wijzigt hierdoor niet.

Heeft u hierover nog vragen of wilt u een afspraak dan kunt u ons bereiken op telefoonnummer 0182-304555 (SEZ B.V.) of 0182-304488 (SucSez B.V.)