

## **Meest gestelde vragen en antwoorden over de Zorgverzekeringswet 2006 (de basisverzekering)**

### **1. Wanneer gaat de nieuwe Zorgverzekeringswet in?**

De Zorgverzekeringswet (in de volksmond de basisverzekering genoemd) is momenteel nog een wetsvoorstel. De verwachting is echter dat deze op 1 januari 2006 daadwerkelijk in werking zal treden.

### **2. Voor wie geldt de basisverzekering?**

De basisverzekering geldt voor alle Nederlandse ingezetenen die verzekerd zijn voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er zijn slechts enkele uitzonderingen op deze regel zoals voor militairen in actieve dienst (voor hen geldt een regeling van overheidswege) en voor mensen met principiële bezwaren tegen (zorg)verzekeringen.

### **3. Zijn uw klanten verplicht om een basisverzekering af te sluiten?**

Ja. In tegenstelling tot de huidige situatie waarbij particulier verzekerden de keuze hebben zich al dan niet te verzekeren, is bij de basisverzekering iedereen verzekeringsplichtig. Uw klanten moeten uiterlijk vier maanden nadat zij verzekeringsplichtig zijn geworden, een zorgverzekering hebben afgesloten.

Sluiten uw klanten later dan dat zij verzekeringsplichtig zijn geworden, maar **binnen** vier maanden een zorgverzekering af, dan zijn zij over deze periode nog wel de (achterstallige) premie verschuldigd, maar er wordt geen boete uitgeschreven. De in deze periode gemaakte zorgkosten worden door de zorgverzekeraar vergoed. Als iemand zich niet aanmeldt binnen deze wettelijk gestelde termijn, dan wordt een boete van 130% van de premie over de verstreken termijn uitgeschreven! Daarnaast is verzekerde zélf verantwoordelijk voor de vergoeding van in deze periode gemaakte zorgkosten. Deze worden dus niet door de zorgverzekeraar vergoed.

### **4. Waarom komt er een nieuw zorgstelsel?**

De gezondheidszorg wordt steeds duurder. Dit komt onder andere door de toenemende vergrijzing maar tevens door steeds verdergaande technische ontwikkelingen waardoor meer en meer (dure) medische behandelingen mogelijk worden. De overheid voert het nieuwe stelsel in om meer marktwerking (en zo concurrentie) te bewerkstelligen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zo is o.a. de verwachting dat zorgverzekeraars afspraken zullen maken met zorgaanbieders waardoor deze efficiënter, doelmatiger, klantgerichter en zo kostenbesparender zullen gaan werken. Dit zal een positief effect hebben op de (toenemende) kosten van de gezondheidszorg.

### **5. Blijven de wettelijke toeslagen bestaan?**

Nee. De WTZ (Wet op de Toegang van de Ziektekostenverzekering) en MOOZ-bijdragen (Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden) zoals deze nu gelden voor particulier verzekerden komen bij de nieuwe zorgverzekeringswet te vervallen.

### **6. Betekent het wegvallen van de wettelijke bijdragen dat hogere kosten door ouderen of chronisch zieken op een andere manier gecompenseerd worden? Bijvoorbeeld doordat zij geweigerd worden voor de basisverzekering of een hogere premie krijgen?**

Nee. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren die woont binnen het werkgebied van de zorgverzekeraar. Dit geldt dus ook voor ouderen en chronisch zieken. Deze acceptatieplicht geldt ongeacht de persoonsgebonden kenmerken zoals bijvoorbeeld geslacht, leeftijd of gezondheid. Voor iedereen gelden dus dezelfde voorwaarden tegen dezelfde premie.

**7. Betekent dat dat zorgverzekeraars met veel ouderen en/of chronisch zieken te maken krijgen met hogere kosten en deze voor al hun verzekerden verrekenen met een hogere nominale premie?**

Nee. Indien een zorgverzekeraar onevenredig veel verzekerden in portefeuille heeft met hoge(re) zorguitgaven, dan wordt de verzekeraar vanuit de overheid gecompenseerd via de zogenaamde 'risicoverevening'. De hogere kosten voor de verzekeraar worden dus door de overheid rechtgetrokken en niet via de premie die door verzekerden betaald wordt.

**8. Welke vormen van zorg zijn gedekt op de basisverzekering?**

De overheid bepaalt welke zorg tot de dekking van de basisverzekering hoort en wanneer de verzekerde

hierop aanspraak kan maken. De dekking komt grotendeels overeen met het huidige ziekenfondspakket

en omvat onder andere de volgende vormen van zorg:

- geneeskundige zorg (huisarts, ziekenhuis);
- mondzorg (tandarts);
- farmaceutische hulp;
- hulpmiddelen;
- verpleging;
- verzorging;
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten;
- kortdurende geestelijke gezondheidszorg.

**9. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht richting verzekerden. Wat houdt dit precies in?**

Dit betekent dat verzekerde recht heeft op prestaties, bestaande uit zorg of overige diensten (zorgbemiddeling) waaraan hij behoefte heeft of vergoeding van de kosten van de zorg of diensten. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen door wie en waar de zorg verzekerd wordt. De verzekeraar mag dus naar eigen keuze contracten sluiten met zorginstellingen. Een zorgverzekeraar kan daarom verschillende

vormen van de basisverzekering aanbieden:

- een polis met vooraf gecontracteerde zorg;
- een polis met niet-gecontracteerde zorg;
- een combinatie van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg (een mix-polis).

**10. Wat zijn de gevolgen voor verzekerden als de zorgverzekeraar contracten met zorginstellingen heeft gesloten?**

Bij een polis met gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten gesloten met zorgverleners en zorginstellingen. Dit houdt in dat verzekerden zich voor de benodigde zorg tot deze zorgverleners en -instellingen moeten richten. Omdat de verzekeraar afspraken heeft gemaakt met de zorgverleners worden de kosten veelal lager. Veelal betekent deze polis een lagere nominale premie. Bij de mix-polis is een gedeelte van de zorg gecontracteerd en een gedeelte vrij. Dit betekent ook een premievoordeel voor een verzekerde. Een (deels) gecontracteerde polis beperkt verzekerden dus weliswaar in hun vrije keuze voor zorgverleners maar daar staat een premievoordeel tegenover.

**11. Kan men met een gecontracteerde polis alléén maar terecht bij de zorgverleners waarmee de maatschappij een contract heeft gesloten?**

Nee. Iedere verzekerde is en blijft vrij in zijn keuze voor zorgverleners. Wordt de zorg afgenomen bij een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt, dan vergoedt de verzekeraar de kosten. Deze mag wel zelf de hoogte van deze vergoeding vaststellen. Deze zal vaak gebaseerd zijn op de (lagere) kosten zoals die in rekening gebracht zouden zijn door de gecontracteerde zorgverlener.

De vergoeding kan dus lager uitvallen dan de daadwerkelijke kosten. Verzekerden moeten dit verschil zelf betalen. De vergoeding van de verzekeraar mag echter niet zó laag zijn dat daardoor het vrije verkeer van diensten wordt belemmerd.

**12. Niet alle vormen van zorg vallen binnen de basisverzekering. Kunnen deze wel worden verzekerd?**

Zorgvormen die door de regering worden gerekend tot niet-noodzakelijke zorg (denk bijvoorbeeld aan alternatieve zorg) vallen buiten de basisverzekering. Deze kunnen door de zorgverzekeraars echter wel worden opgenomen in aanvullende verzekeringen. In de samenstelling van de aanvullende verzekeringen zijn zorgverzekeraars volledig vrij.

**13. Wat voor premieconsequenties heeft de basisverzekering?**

Het huidige duale stelsel vertoont momenteel een verschil tussen de premiebetaling van ziekenfonds- en particulier verzekerden. Ziekenfondsverzekerden betalen een procentuele premie (2005: 1,45% van het inkomen) en een nominale premie. Dit betekent momenteel een premie variërend van €600 tot € 800 per jaar. Daarnaast betaalt de werkgever of uitkeringsinstantie een deel van de premie (2005: 6,75% van het inkomen). Voor particuliere ziektekostenverzekeringen geldt een volledige nominale premie waarbij eventueel sprake kan zijn van een werkgeversbijdrage.

Bij de basisverzekering betalen verzekerden zelf de nominale premie. Deze zal gemiddeld uitkomen op circa €1.100. Hier moeten de kosten van de verzekeraar nog bij opgeteld worden. Daarnaast wordt een inkomensgerelateerde bijdrage geheven van 5,96% van het brutoloon (2005: tot maximaal €30.798). De werkgever (of uitkeringsinstantie) houdt deze bijdrage in en is tevens verplicht om deze volledig te compenseren richting de werknemer. Deze compensatie is geen vergoeding richting de werknemer en wordt daarom niet belast. Een eventuele CAO-verplichting van de werkgever om een bijdrage te leveren aan de ziektekostenpremie wordt gesaldeerd met deze 5,96%, zodat de werkgever niet dubbel betaalt (dit mag overigens wel).

Dit alles betekent dat de nominale premie hoger wordt dan bij het huidige ziekenfondsstelsel. Dit kan uiteraard leiden tot ongewenste situaties bij de lagere inkomens. Deze nadelige gevolgen worden door de overheid gecompenseerd middels fiscale maatregelen. Daarnaast is er de zogenaamde zorgtoeslag. Deze financiële tegemoetkoming moet ervoor zorgen dat de premie voor iedereen betaalbaar is.

**14. Geldt er ook een eigen risico?**

De overheid heeft bepaald dat verzekerden moeten kunnen kiezen voor een eigen risico en daarmee een lagere nominale premie. De zorgverzekeraar is verplicht een polis zónder eigen risico aan te bieden.

Daarnaast kan de zorgverzekeraar (naar eigen keuze) een eigen risico aanbieden. Ook deze eigen risico's zijn wettelijk bepaald en vastgelegd in vijf treden van 100 euro. De zorgverzekeraar mag zelf kiezen welke van deze eigen risico's worden aangeboden en welke premiekortingen daarvoor berekend worden.

### **15. Kunnen zorgverzekeraars nog wel onderling concurreren als de dekking van de basisverzekering voor iedereen gelijk is?**

Ja. Hoewel er inderdaad sprake is van een standaardpakket dat voor iedereen gelijk is, kan er toch sprake zijn van onderscheid tussen zorgverzekeraars op de volgende gebieden:

- de hoogte van de nominale premie;
- de wijze waarop de verzekeraar de zorg aanbiedt: gecontracteerd, niet-gecontracteerd of een mix hiervan;
- het eigen risico: de staffel van de eigen risico's is weliswaar wettelijk bepaald, maar de zorgverzekeraar is vrij om te kiezen welke van deze eigen risico's hij aanbiedt en tegen welke korting;
- de aanvullende verzekering: de zorgverzekeraar is geheel vrij in de samenstelling en premiestelling van de aanvullende verzekeringen. Hiervoor gelden geen wettelijke bepalingen.

### **16. Wat houdt de zorgtoeslag precies in?**

Naast de inkomensafhankelijke bijdrage die geïnd wordt door de belastingdienst, betaalt men tevens een nominale premie aan de zorgverzekeraar. Om de premie voor iedereen betaalbaar te houden is de zorgtoeslag in het leven geroepen. Deze biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming voor de nominale premie. Hiervoor wordt uitgegaan van een aanvaardbare nominale premie. Komt de premielast boven deze aanvaardbare grens, dan heeft men recht op financiële compensatie door de overheid. Deze compensatie wordt maandelijks door de belastingdienst uitgekeerd. De nieuwe basisverzekering betaken dus weliswaar een hogere nominale premie, maar deze wordt op verschillende manieren door de overheid gecompenseerd.

### **17. Hoeveel bedraagt de zorgtoeslag?**

De hoogte van de eventuele zorgtoeslag is afhankelijk van de specifieke inkomenssituatie. Komt men in aanmerking voor de zorgtoeslag, dan heeft een eenpersoonshuishouden jaarlijks recht op een zorgtoeslag van maximaal € 330. Als er meer inkomens zijn in een huishouden dan bestaat recht op maximaal € 920 per jaar.

### **18. Moeten ook partners, studenten en jongeren met een bijbaantje premie betalen?**

Iedereen vanaf 18 jaar zal de nominale premie moeten betalen. Het maakt in dat geval niet uit of de partner eigen inkomen geniet of niet. Ook studerende kinderen vanaf 18 jaar betalen de nominale premie.

Ook zij hebben echter recht op zorgtoeslag en tevens zal een deel worden gecompenseerd via de studiefinanciering. Kinderen tot 18 jaar vallen wel onder de verzekeringsplicht, maar zijn vrijgesteld van de nominale premie: deze wordt gefinancierd door de overheid.

Heeft men een bijbaantje, dan is men momenteel relatief goedkoop verzekerd via de ziekenfondswet: de inkomensafhankelijke bijdrage is gering. Bij de nieuwe basisverzekering moeten ook deze mensen de volledige nominale premie betalen, alsmede de procentuele inkomensgerelateerde bijdrage. Hierbij geldt echter wel dat de overheid zorg draagt voor een aantal fiscale compensatiemaatregelen, waaronder de zorgtoeslag. Daarnaast is ook de werkgever verplicht een bijdrage in de premie te leveren.

### **19. Wat wordt de bijdrage van de werkgevers?**

Evenals in de huidige situatie betaalt de werkgever ook bij de nieuwe basisverzekering een deel van de premielast. Werkgevers zijn verplicht om de inkomensgerelateerde bijdrage volledig te vergoeden aan hun werknemers. Dit komt neer op ongeveer 50% van de totale premielast (de inkomensgerelateerde bijdrage + de nominale premie). Dit is vergelijkbaar met de huidige situatie waarin werkgevers ook ongeveer de helft van de ziektekosten financieren.

### **20. Biedt een collectieve ziektekostenverzekering straks nog voordeel?**

Ja. Een collectiviteit mag in de nieuwe situatie nog steeds worden afgesloten. Hierbij geldt dat een collectiviteit gesloten kan worden voor een rechtspersoon. Aan deze rechtspersoon zijn verder geen voorwaarden gesteld: het kan dus iedere vorm van een rechtspersoon betreffen.

Omdat de verzekeraar slechts verplicht is om individuen te accepteren, is deze niet verplicht om een collectief contract te accepteren.

De verzekeraar en de werkgever bepalen samen wie tot de doelgroep van het collectief contract behoort.

De wet stelt hieraan geen beperkende voorwaarden. Zowel de werknemer als diens gezinsleden kunnen onder het collectief contract vallen. Op verzoek van de werkgever is het ook mogelijk om bijvoorbeeld twee collectieve contracten op te stellen: één voor de werknemers en één voor diens gezinsleden. Voor iedereen in hetzelfde collectief contract gelden dezelfde premie en voorwaarden. Wordt een collectief contract door de verzekeraar geaccepteerd, dan mag deze zelf bepalen of en hoeveel korting er wordt geboden. Hierbij geldt wel de wettelijke bepaling dat de collectiviteitskorting maximaal 10% mag bedragen.

### **21. Wat houdt de no-claimregeling in?**

Sinds 1 januari 2005 is de no-claimregeling reeds van toepassing voor het ziekenfonds. Deze regeling is bedoeld om de eigen verantwoordelijkheid van de burgers te laten toenemen en houdt in dat ziekenfondsverzekerden die weinig of geen gebruik maken van zorgvoorzieningen, jaarlijks maximaal €255,- terug ontvangen. Deze no-claimregeling blijft bij de basisverzekering bestaan. Verzekerden tot 18 jaar hebben géén recht op de no-claimregeling. Zij betalen immers geen nominale premie.

### **22. Hoe bereiden zorgverzekeraars zich voor op de komst van de basisverzekering?**

Momenteel is men druk bezig met het samenstellen van onze nieuwe producten.

### **23. Wat gebeurt er straks met mijn huidige zorgverzekering?**

Iedere zorgverzekeraar is wettelijk verplicht zijn verzekerden vóór 31 oktober 2005 een passend aanbod te doen. Dit aanbod moet zoveel mogelijk aansluiten bij de dekking van de huidige verzekering. De ziektekosten- of ziekenfondsverzekering wordt dan vanaf 1 januari 2006 omgezet naar de nieuwe basisverzekering met eventueel aanvullende verzekering(en).

Met deze geruisloze overgang merken onze verzekerden zo min mogelijk van de overgang naar de basisverzekering.