

De nieuwe zorgverzekering in kort bestek

Deze uitgave bevat een verkorte weergave van de verzekering voor curatieve zorg, zoals beschreven in het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet. Dit wetsvoorstel is in september 2004 bij de Tweede Kamer ingediend. Afhankelijk van de parlementaire behandeling kunnen wijzigingen plaatsvinden. De regering is voornemens de wet op 1 januari 2006 in Nederland in werking te laten treden. Actuele informatie over de totstandkoming van de zorgverzekeringswet is te vinden op www.zorgaanzet.nl

1 Alle Nederlandse ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren. Elke burger sluit daarvoor een overeenkomst met een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket.

Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is elke burger (AWBZ-verzekerde) wettelijk verplicht om zich te verzekeren. In de huidige situatie zijn alleen werknemers, uitkeringsgerechtigden en ondernemers met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens verplicht verzekerd volgens de Ziekenfondswet. Mensen met een hoger inkomen hebben nu nog de keuze: verzekerd of onverzekerd door het leven gaan. Daarnaast bestaat een aparte regeling voor de politie en voor provincie- en gemeenteambtenaren.

De nieuwe wet voorziet in bijzondere situaties, zoals het verzekeren van bijzondere groepen zoals wilsonbekwamen. Ook komt er een (boete)regeling voor degenen die zich in de toekomst bewust níet verzekeren, maar zich wel bij een verzekeraar melden op het moment waarop zij zorg nodig hebben. Rekening houdend met Europese regelgeving worden ook regelingen getroffen voor degenen die in Nederland werken maar in het buitenland wonen en omgekeerd. Twee groepen zijn niet verplicht om zich te verzekeren:

- Militairen in werkelijke dienst.
- Gemoedsbezwaarden, degenen met principiële bezwaren tegen verzekeringen.

2 De zorgverzekering omvat een standaardpakket van noodzakelijke zorg.

Het verzekerde pakket in de Zorgverzekeringswet biedt noodzakelijke, op genezing gerichte zorg die is getoetst aan de eisen van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Het verzekerde pakket sluit aan bij het verzekeringspakket van de ziekenfondsverzekering en Wtz 1998 dat er is op het moment van invoering van de nieuwe wet. Periodieke toetsing van het verzekerde pakket aan genoemde criteria is nodig om te bepalen of zorgvormen uit het pakket verwijderd moeten worden of juist toegevoegd zodat het pakket ook op langere termijn betaalbaar blijft. In het hoofdlijnenakkoord van het kabinet is afgesproken dat op genezing gerichte zorg van de AWBZ in 2006 wordt overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg. Inmiddels is besloten dat het in eerste instantie gaat om gehele extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ. De aanspraken voor verzekerden worden functiegericht omschreven. Zo krijgen verzekeraars een instrument in handen om de zorg doelmatig te organiseren. De wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort en wanneer daarop aanspraak bestaat; de zorgverzekeraar kan bepalen waar en door wie de zorg geleverd wordt.

3 De verzekering wordt uitgevoerd door private verzekeringsondernemingen (zorgverzekeraars) die (aan aandeelhouders uitkeerbare) winst mogen maken.

Om de zorgverzekering te mogen uitvoeren moeten zorgverzekeraars voldoen aan de voorwaarden van de Zorgverzekeringswet. De verzekeraars zijn als schadeverzekeraars onderworpen aan de verplichtingen uit de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993. De noodzakelijke vergunning voor de uitvoering van het schadeverzekeringsbedrijf wordt verleend door de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK). Over de uitvoering van de zorgverzekering kan (aan aandeelhouders uitkeerbare) winst worden gemaakt. Zowel de huidige ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars mogen de wet uitvoeren. Ook kunnen nieuwe verzekeraars toetreden.

4 De verzekerde kiest zelf bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert. De voornaamste 'keuze-elementen' zijn:

- **De hoogte van de nominale premie (zie punt 14).**
- **De prestatiewijze waarop de zorgverzekeraar de verzekering uitvoert (zie punt 9).**
- **Het eigen risico (zie punt 19).**

Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kunnen burgers zich oriënteren op de wijze waarop zorgverzekeraars de verzekering uitvoeren, bijvoorbeeld of er specifieke contracten zijn gesloten met zorgverleners. Daarnaast is er een aantal wettelijk geregelde keuze-elementen, zoals het eigen risico.

Met de 'keuze-elementen' kan de verzekerde verantwoord en gepast met zorg omgaan door zich te oriënteren op de verschillende mogelijkheden die de verzekeringsmarkt biedt. Voorwaarde daarvoor is wel dat de verzekeringsmarkt voor alle betrokkenen transparant is. Hiertoe voert de overheid aanvullend beleid; de ontwikkeling van een report-card moet er bijvoorbeeld toe leiden dat de zorgverzekeraars beter onderling vergeleken kunnen worden.

5 Een zorgverzekeraar moet landelijk werken. Alleen als een maatschappij minder dan 850.000 verzekerden heeft, mag de zorgverzekeraar het werkgebied beperken tot tenminste één hele provincie.

Zorgverzekeraars moeten in principe landelijk opereren. Kleinere zorgverzekeraars, dat wil zeggen met minder dan 850.000 verzekerden, mogen desgewenst een kleiner werkgebied kiezen, mits het gaat om een of meer hele provincies. Deze regeling verlaagt de drempel voor nieuwe zorgverzekeraars op de markt; zij kunnen beginnen in een kleiner werkgebied en dat gaandeweg uitbreiden. Tevens biedt dit zorgverzekeraars de gelegenheid om groeistrategieën uit te zetten voor de contractering van aanbieders.

6 De zorgverzekeraar is verplicht om iedereen te accepteren die binnen zijn werkgebied woont. Dit geldt voor alle door hem in die provincie aangeboden verzekeringsmodellen.

De zorgverzekeraar informeert de aspirant-verzekerde voor een standaardverzekering over de verschillende verzekeringsmodellen die hij aanbiedt. Hij meldt de aspirant-verzekerde welke keuzes er zijn binnen het standaard verzekerde pakket. Het gaat dan om de mogelijkheden voor eigen risico en om combinaties van gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in het gebied waar de verzekerde woont, mede in relatie tot de nominale premie. Met de informatie kan de verzekerde bewust kiezen. De zorgverzekeraar mag niemand weigeren die in zijn werkgebied woont, welk verzekeringsmodel de verzekerde ook kiest. Verzekerden moeten zich wel aanmelden

7 Een systeem van risicoverevening maakt de acceptatieplicht mogelijk en voorkomt directe of indirecte risicoselectie.

Een goed systeem van risicoverevening, met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria, is onmisbaar om te voorkomen dat er voor de zorgverzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico's, als gevolg van de acceptatieplicht. Het systeem van risicoverevening draagt bij aan een level playing field voor zorgverzekeraars.

8 Voor de zorgverzekeraar geldt tevens een zorgplicht. De verzekerde heeft òf recht op zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener, òf recht op vergoeding van gemaakte kosten met daarbij desgewenst bemiddeling van de zorgverzekeraar.

Hoewel de zorgplicht op twee manieren kan worden ingevuld, krijgt de verzekerde altijd de zorg die nodig is. In het ene geval krijgt de verzekerde zorg van aanbieders waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. In het andere geval heeft verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd bemiddeling door de zorgverzekeraar om die zorg te verkrijgen.

9 De zorgverzekeraar kan in principe verschillende polissen aanbieden: een polis met vooraf gecontracteerde zorg, een polis met kostenvergoeding of varianten daarvan.

Door verschillende polissen te bieden, hebben zorgverzekeraars en verzekerden keuzevrijheid. De verzekerde kan kiezen voor zorg in natura bij aanbieders waar de zorgverzekeraar contracten mee heeft, of voor een kostenvergoeding bij zelf gekozen aanbieders. Daarnaast zijn er polissen mogelijk die een mix zijn van beide. De zorgverzekeraar kan zo aansluiten bij de wensen van de verzekerden. De zorgverzekeraar moet wel iedere verzekeringsplichtige voor ieder door hem aangeboden verzekeringsmodel accepteren. De overheid behoudt de mogelijkheid om bepaalde zorgvormen aan te wijzen die gecontracteerd moeten worden (zie punt 12).

10 Als een verzekerde kiest voor een polis met kostenvergoeding, dan vergoedt de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten. De zorgverzekeraar mag daaraan zelf geen maximum stellen, maar hij hoeft niet meer te betalen dan in redelijkheid passend is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden.

Een zorgverzekeraar die niet-gecontracteerde zorg vergoedt, zou met hoge kosten te maken kunnen krijgen, als er geen limiet aan de vergoedingen is. Hij mag echter niet zelf een maximum stellen aan de hoogte van het te vergoeden bedrag,

omdat hij daarmee de wettelijk vastgelegde rechten van de verzekerden (zoals de aanspraken) zou beperken. Op die wijze zou de prikkel voor zorgverzekeraars om zich in te zetten voor een efficiëntere en minder kostbare zorgverlening verloren gaan. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar een buitensporig financieel risico loopt, hoeft hij geen hogere kosten te vergoeden dan die van een redelijke prijs op de Nederlandse markt. Overigens bepaalt de zorgverzekeringswet niet of er sprake is van door de overheid vastgestelde of vrije prijzen. Dit is in de tarievenwetgeving (Wtg) geregeld.

11 Als een verzekerde kiest voor een polis met vooraf gecontracteerde zorg dan gaat het om zorg van aanbieders waarmee de zorgverzekeraar contracten heeft gesloten. Als de verzekerde naar een andere zorgverlener wil, dan bepaalt de zorgverzekeraar zelf de hoogte van de kostenvergoeding. Deze mag echter niet zo laag zijn dat daardoor het vrije verkeer van diensten wordt belemmerd.

De verzekerde kan ook bij een zogenaamde naturapolis een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. Zo wordt ook tegemoet gekomen aan de consequenties van het arrest Müller/Fauré. Op grond daarvan hebben verzekerden de mogelijkheid om in een andere EU-staat extramurale zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde of een niet in loondienst zijnde zorgaanbieder.

12 Zo nodig kan de overheid zorgvormen aanwijzen die de zorgverzekeraar verplicht is aan te bieden aan zijn verzekerden door middel van vooraf gecontracteerde zorg.

Op dit moment is nog niet bekend of de overheid van deze mogelijkheid gebruik maakt en zo ja om welke zorg het dan gaat. Dat zal duidelijk moeten worden voordat de wet in werking treedt op 1 januari 2006. Het voornemen is terughoudend te zijn bij het toepassen van deze bepaling.

13 Zorgaanbieders concurreren onderling op grond van prijs en kwaliteit.

Er moet rekening worden gehouden met een overgangperiode naar meer gereguleerde marktwerking. Of en hoeveel contracteerverplichtingen er zijn in die overgangperiode, verschilt per deelmarkt.

De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid om desgewenst bij algemene maatregel van bestuur een contracteerplicht op te nemen. Zo'n contracteerverplichting is vergelijkbaar met die in de huidige Ziekenfondswet, waarin een ziekenfonds is verplicht een contract af te sluiten met alle ziekenhuizen die daarom vragen. Ook op dit punt is nog niet bekend of de overheid van deze mogelijkheid gebruik maakt en zo ja om welke zorg het dan gaat.

14 De verzekerde is een nominale premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Deze premie verschilt tussen zorgverzekeraars onderling, maar per zorgverzekeraar is er één nominale premie per polisvariant. Iedereen met dezelfde polis betaalt dezelfde premie.

Alle verzekerden betalen vanaf 18 jaar een nominale premie. De premie is een prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars en voor het kostenbewustzijn van de (aspirant-)verzekerden.

Per zorgverzekeraar kan de nominale premie van polissen verschillen, maar voor eenzelfde polisvariant wordt dezelfde premie gevraagd. Wel mag een zorgverzekeraar een premiekorting aanbieden voor collectiviteiten.

15 Daarnaast kent de Zorgverzekeringswet een inkomensgerelateerde bijdrage van verzekeringsplichtigen. Werkgevers dragen bij aan de financiering hiervan door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door hen betaalde inkomensgerelateerde bijdrage. De inkomensgerelateerde bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt gestort in een op te richten Zorgverzekeringsfonds.

De Zorgverzekeringswet verplicht werkgevers bij te dragen aan de financiering van de verzekering. De totale inkomensgerelateerde bijdrage van verzekerings-

plichtigen, wordt gesteld op vijftig procent van de totale macropremielast.

16 Ter financiering van de premie voor kinderen jonger dan 18 jaar stort de overheid een rijksbijdrage in het Zorgverzekeringsfonds.

Verzekerden tot 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. De rijksbijdrage is bedoeld om hierin te voorzien.

17 De financiering van de zorgverzekeraar bestaat uit de nominale premies van de verzekerden en de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt uit het Zorgverzekeringsfonds, rekening houdend met de kenmerken van zijn verzekerden.

Zie de bouwstenen 7 en 14 tot en met 16.

18 Verzekerden hebben recht op een no-claimteruggave.

De precieze uitwerking van deze bepaling vindt deels plaats in de vormgeving van de voorgenomen no-claimteruggave in de Ziekenfondswet, deze zal uiteindelijk ook zijn beslag in de Zorgverzekeringswet krijgen.

19 In aanvulling op de no-claim kan een zorgverzekeraar een eigen risico aanbieden en de verzekerde kan daarvoor vrijwillig kiezen. Dit eigen risico kan oplopen tot 500 euro en de zorgverzekeraar bepaalt daarbij zelf de bijbehorende kortingen.

In de wet worden vijf treden van 100 euro vastgelegd. Zorgverzekeraars bepalen zelf de omvang van de te verlenen kortingen bij de betreffende treden. De zorgverzekeraar moet in ieder geval:

(a) een polis zónder vrijwillig eigen risico aanbieden en

(b) iedereen accepteren voor alle door hem aangeboden eigen risico's en

(c) iedereen voor hetzelfde eigen risico dezelfde premiekorting geven.

De zorgverzekeraar kan een wachttijd instellen voor verzekerden die willen overstappen naar een lager vrijwillig eigen risico.

20 De zorgverzekeraar kan premiekortingen aanbieden voor collectieve contracten.

Een eventuele premiekorting bij een collectief contract mag alleen gekoppeld zijn aan het aantal deelnemers. Voor collectieve contracten van vergelijkbare omvang geldt dezelfde premie(korting). Zo nodig kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

21 Om een stapeling in toezicht(organen) te voorkomen, is een stroomlijning van de toezichtorganisatie wenselijk.

Het toezicht omvat verschillende aspecten en wordt uitgeoefend door een beperkt aantal organisaties. De op te richten Zorgautoriteit, waarvan het bestaande College toezicht zorgverzekeringen deel gaat uitmaken, neemt daarbij een centrale rol in. De verschillende aspecten zijn:

- Prudentieel toezicht (toezicht op de financiële positie van de zorgverzekeraars): Pensioen- en Verzekeringskamer.

- Sectorspecifiek markttoezicht (bevoornden van de werking van de zorgverzekeraarsmarkt): Zorgautoriteit.
- Toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringwet (toezicht op de naleving van de wettelijke verplichtingen): Zorgautoriteit.
- Zorgspecifieke gedragstoezicht (voorlichting aan (aspirant-)verzekerden over de verzekeringspolissen): Zorgautoriteit.

Colofon

Deze tekst is een samenvatting van niet-aanvaard beleid. Aan deze tekst kunnen geen rechten worden ontleend.

Uitgave:
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Publieksvoorlichting:
Telefoon (070) 340 78 90

Internetadressen:
www.zorgaanzet.nl
www.minvws.nl

November 2004
2^e herziende uitgave

Ook een nieuwe zorgtoeslag

Met de invoering van de Zorgverzekeringwet komt er voor alle verzekerden één premieregime. Naast een inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen die door de Belastingdienst wordt geïnd, betalen de verzekerden een nominale premie aan hun zorgverzekeraar. Om de financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering voor iedereen te waarborgen, komt er een zorgtoeslag. Daarvoor is eveneens in september 2004 een wetsvoorstel ingediend bij het parlement. Deze zorgtoeslag biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van bedoelde nominale premie.

De premielast die uitgaat boven wat aanvaardbaar wordt geacht, wordt via de zorgtoeslag gecompenseerd. Om de burger te prikkelen verzekeringspolissen van verschillende verzekeraars ook op de prijs te beoordelen, zal daarbij niet de werkelijke premie die een verzekerde aan zijn zorgverzekeraar betaalt, maar het gemiddelde van de nominale premies zoals die zich in de markt voordoen, maatgevend zijn.

De zorgtoeslag wordt uitgevoerd door een nieuwe, aan de belastingdienst gelieerde organisatie. Voor de aanvraag van de zorgtoeslag moet vooraf een schatting worden gemaakt van het inkomen in het daarop volgende jaar van de aanvrager en de partner. Op basis daarvan wordt maandelijks een voorschot van de zorgtoeslag uitgekeerd. Onder meer aan de hand van de aangifte voor de inkomstenbelasting wordt later het definitieve bedrag van de zorgtoeslag bepaald, waarna zo nodig een verrekening van de te veel of te weinig ontvangen zorgtoeslag plaatsvindt.

