

aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar is geheel vrij in de samenstelling en premiestelling van de aanvullende verzekeringen. Hiervoor gelden geen wettelijke bepalingen. De aanvullende verzekering is voor een zorgverzekeraar bij uitstek de mogelijkheid om zich te onderscheiden van andere aanbieders.

### Kosten voor werkgevers

Werkgevers betalen straks de inkomensafhankelijke bijdrage voor al haar werknemers. Deze bijdrage wordt ingehouden via het loon. Het brutoloon wordt verhoogd met het bedrag wat wordt ingehouden op het salaris. De inkomensafhankelijke bijdrage zal waarschijnlijk 5,96% bedragen, tot een maximuminkomen van € 30.798,- per jaar. De werkgeversbijdrage wordt fiscaal als inkomen voor de werknemers gezien en hij/zij zal daar dan ook belastingheffing en premieheffing sociale verzekeringen over moeten betalen. Kortom: meer of minder kosten? Dat hangt af van een aantal factoren:

- De hoogte van het inkomen van uw werknemers
- Het aantal ziekenfonds- / particulier verzekerden in uw organisatie (of liever: hoe hoog is nu de afdracht voor ziekenfondspremie, en hoeveel betaalt u nu al mee aan particuliere verzekeringen?)
- CAO-afspraken over de particulier verzekerden per 1-1-2006 (hoe verhoudt zich die afspraak tot de huidige?)
- De hoeveelheid meeverzekerde familieleden waarvoor u een vergoeding betaalt.
- Of u afspraken maakt met zorgverzekeraars over aanvullende verzekeringen.

Voor een groot aantal werkgevers betekent dit een forse verandering: ze worden geconfronteerd met een premieheffing voor **alle** medewerkers. En, niet elk bedrijf draagt momenteel bij in de premie van de particuliere / aanvullende verzekering van haar werknemers.

### Hoe zeker is het?

Het is spannend of het nieuwe zorgverzekeringsstelsel inderdaad per 1 januari 2006 zal ingaan. Er moeten nog 4 wetten worden goedgekeurd voordat het zover is. Naast de Zorgverzekeringswet zelf moet er nog veel geregeld worden. Zo komt er bijvoorbeeld een toezichthouder voor de zorgmarkt. De verzekeraars moeten als alle wetten zijn goedgekeurd hun aanbod hierop afstemmen en de administraties in orde brengen. En niet te vergeten: de consumenten moeten worden geïnformeerd, zodat zij een goede keuze kunnen maken.

### Tenslotte: belangrijke data:

De Eerste Kamer zet op **7 juni 2005** het wetsvoorstel voor de nieuwe Zorgverzekeringswet op haar agenda. Als de Eerste Kamer op dat moment instemt met het voorstel, is per 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet een feit. Mochten de kamerleden niet tot een akkoord kunnen komen, dan verschuiven onderstaande data uiteraard.

**Begin juli** start het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een landelijke informatiecampagne. In **september 2005** krijgen verzekerden die daarvoor in 2006 in aanmerking komen, van de Belastingdienst een aanvraagformulier voor zorgtoeslag.

In **oktober 2005** gaat de tweede fase in van de voorlichtingscampagne van het Ministerie van VWS.

Uiterlijk **15 december** krijgen alle verzekerden bericht van hun zorgverzekeraar. In dit bericht zullen de verzekeraars duidelijk maken hoe hoog de premie voor de basisverzekering wordt, en hoe de aanvullende verzekering is geregeld in de nieuwe situatie.

Op **1 januari 2006** is de basisverzekering voor iedereen een feit. **1 mei 2006**: tot deze datum heeft u de tijd om met terugwerkende kracht uw basisverzekering te regelen.

### Het advies aan u van Vanbreda Risks & Benefits

Vanuit verschillende hoeken zullen uw medewerkers worden benaderd voor het afsluiten van de basisverzekering. Denk aan:

- Werkgever van de partner
- Huidige ziekenfondsverzekeraar
- Huidige particuliere ziektekostenverzekeraar
- Direct writers
- Vakbonden
- Etc.

Wij adviseren u uw medewerkers per brief te informeren, waarvan Vanbreda u uiteraard van een concept kan voorzien, dat u als werkgever bezig bent met een grote partij om een voor de werknemers aantrekkelijk contract te regelen en dat de medewerkers op dit gebied nog geen actie moeten ondernemen. Zij hebben immers tot **1 mei 2006** de tijd om alles te regelen.

Mocht u een dergelijke conceptbrief willen ontvangen of wilt u onze ondersteuning bij het voorlichten van uw medewerkers, neemt u dan contact met ons op. U kunt ons telefonisch bereiken onder nummer: 010 - 243 42 00 of per e-mail: [info@vanbredanl.com](mailto:info@vanbredanl.com).

### Colofon

Vanbreda Risk & Benefits B.V.  
Schiekade 75-77  
3033 BD Rotterdam, Nederland  
Tel. +31 10 243 42 00  
[www.vanbreda-riskandbenefits.nl](http://www.vanbreda-riskandbenefits.nl)

### Redactie

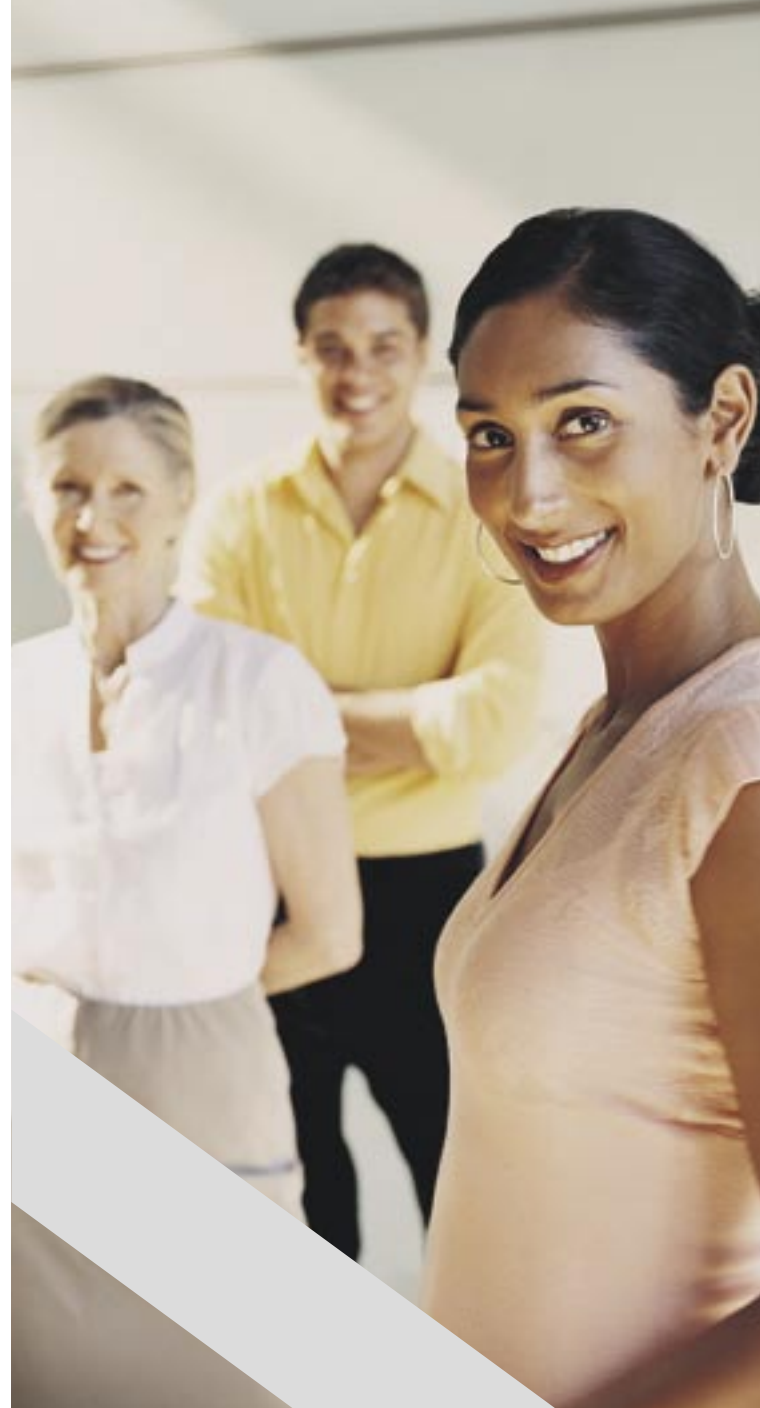
Frank Immens en Sandy Buurman-Drenth

### Vormgeving

VDM reclame, Rotterdam

### Druk

Schefferdrukkerij b.v.



## Special

# De basisverzekering

*U hebt er misschien al van gehoord of over gelezen. Per 1 januari 2006 komt er één verplichte Basisverzekering voor iedereen. Met deze nieuwe "Zorgverzekeringswet" gaat er een aantal zaken veranderen. Wij kunnen u nu nog niet exact vertellen hoe de Basisverzekering er straks uitziet, maar wij kunnen u wel alvast algemene informatie geven. Wij zorgen ervoor dat u goed en tijdig geïnformeerd blijft, zodat u straks ook prima via ons verzekerd bent. Mocht u na het lezen van onze nieuwsbrief nog vragen hebben, dan kunt u uiteraard altijd telefonisch contact met ons opnemen of een e-mail sturen aan: [info@vanbredanl.com](mailto:info@vanbredanl.com).*

### Voor iedereen verplicht

De nieuwe basisverzekering geldt voor iedereen. Iedere Nederlandse ingezetene moet zich, verplicht verzekeren. Alleen militairen en gemoedsbezwaarden zijn vrijgesteld van de verzekeringsplicht. Dit is een verschil met de huidige situatie. Nu zijn alleen werknemers en zelfstandig ondernemers met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens (€ 33.000,- voor werknemers en € 21.050,- voor zelfstandigen) verplicht verzekerd via de ziekenfondswet. Mensen met een inkomen boven deze ziekenfondsgrens hebben nu nog de keuze om zich particulier te verzekeren of om onverzekerd door het leven te gaan. Daarnaast geldt er nu nog een aparte regeling voor provincie- en gemeentebtenaren en de politie. Deze regeling komt in de nieuwe situatie te vervallen, dus de basisverzekering geldt ook voor hen.





## Eén standaardpakket, één basisverzekering

De reden van het ontstaan van de basisverzekering is, dat de overheid graag meer marktwerking (concurrentie) in de zorg wil. De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering en de zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en de zorginkoop.

De basisverzekering wordt een standaardpakket met gelijke voorwaarden voor iedereen en biedt dekking tegen alle noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. In de AWBZ wordt momenteel ook nog deze zorg die op genezing is gericht ("cure") vergoed. Denk bijvoorbeeld aan psychiatrische hulp. Het is de bedoeling dat deze hulp per 1 januari 2006 uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de basisverzekering waarna de AWBZ nog slechts dekking biedt voor zorg die niet op genezing is gericht ("care"). De overheid bepaalt welke zorg tot de dekking van de basisverzekering hoort en wanneer de verzekerde hierop aanspraak kan maken. De volgende vormen van zorg zullen vergoed worden vanuit de basisverzekering:

- geneeskundige zorg (huisarts, verloskundige en specialist);
- mondzorg (tandarts voor kinderen, kaakchirurg);
- farmaceutische zorg (medicijnen van de apotheek);
- hulpmiddelenzorg (zoals hoorapparaten, pruiken en protheses);
- verpleging (ziekenhuiszorg);
- verzorging (kraamzorg);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg (ziekenhuiszorg);
- vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten (+AWBZ) (ambulancevervoer).

Ook het eigen risico is door de overheid bepaald. Het eigen risico is vastgelegd in vijf treden van honderd euro. Bij een eigen risico hoger dan o kan een korting worden verstrekt die de zorgverzekeraar zelf mag vaststellen. Deze is dus niet wettelijk vastgelegd. Al wel bekend is dat zorgverzekeraars aan de volgende wettelijke bepalingen moeten voldoen:

- de verzekeraar moet een polis aanbieden zonder eigen risico;
- de verzekeraar is verplicht om iedereen te accepteren voor alle door hem aangeboden eigen risico's;
- de verzekeraar moet iedereen met hetzelfde eigen risico dezelfde korting geven.

## Verschillende verzekeringsvormen

De verzekeraar heeft een zorgplicht voor de zorg die vanuit de basisverzekering verstrekt wordt. Dit betekent dat een verzekerde recht heeft op prestaties, bestaande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft en op vergoeding van de kosten van deze zorg. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen door wie en waar de zorg verzekerd wordt. Dit betekent dat de verzekeraar vrij is om te bepalen of hij contracten sluit met zorginstellingen of niet of een mix hiervan. Een maatschappij kan dus verschillende vormen van de basisverzekering aanbieden:

### 1. een polis met vooraf gecontracteerde zorg

Bij een polis met gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten gesloten met zorgverleners en -instellingen. Kiest u voor deze polis, dan dient u zich voor de benodigde zorg tot deze zorgverleners en -instellingen

te richten. Veelal levert deze polis een premievoordeel voor de verzekerde.

### 2. een polis met niet-gecontracteerde zorg

Kiest u voor een polis met niet-gecontracteerde zorg dan kan u de zorgverlener en zorginstelling zelf kiezen. De kosten worden vervolgens door de zorgverzekeraar vergoed. In bepaalde gevallen blijft de rechtstreekse declaratie door de zorginstelling bij de zorgverzekeraar gewoon in stand, hetzelfde als momenteel het geval is.

### 3. een combinatie van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

Verzekeringsmaatschappijen kunnen ook een gecombineerde polis aanbieden: voor bepaalde vormen van zorg zijn dan contracten gesloten met zorgverleners en -instellingen. In andere gevallen zijn geen contracten gesloten.

Overigens is een verzekerde met een gecontracteerde polis toch vrij in zijn keuze voor de zorgverlener. Wil een verzekerde naar een zorgverlener met wie geen contract is gesloten dan verleent de zorgverzekeraar een restitutie van de kosten. De verzekeraar mag de hoogte van deze vergoeding zelf vaststellen. Deze zal veelal 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 daadwerkelijk gemaakte kosten zijn. De vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat daarvoor het vrije verkeer van diensten wordt belemmerd.

Met andere woorden: een verzekerde mag door een veel te lage restitutie niet worden belemmerd in zijn vrije keuze voor een zorginstelling.

## Acceptatieplicht

Evenals voor de ziekenfondswet geldt voor de basisverzekering een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar. Dit geldt voor alle verzekeringsmodellen (incl. de verschillende eigen risico's) die de verzekeraar aanbiedt. De zorgverzekeraar mag dus niemand die in zijn werkgebied woont weigeren voor de basisverzekering. Ongeacht de verzekeringsvorm die een verzekerde kiest. Deze acceptatieplicht is mogelijk door een systeem van risicoverevening. Doordat alle criteria voor alle zorgverzekeraars kenbaar en gelijk zijn, wordt voorkomen dat er voor de verzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico's. Tevens bestaat de financiering van de basisverzekering deels uit de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraars ontvangen uit het zogenaamde Zorgverzekeringsfonds (gefinancierd vanuit de overheid). Bij de hoogte van deze vereveningsbijdrage wordt per zorgverzekeraar rekening gehouden met de kenmerken van zijn verzekerden. Er is dus geen sprake van directe of indirecte risicoselectie bij de basisverzekering.

## De premie

Met de basisverzekering komen de huidige wettelijke bijdragen zoals deze gelden voor particulier verzekerden te vervallen. De nieuwe premie bestaat dan uit de volgende twee aspecten:

- de verplichte inkomensafhankelijke bijdrage van de werkgever. De werkgever betaalt door middel van een inkomensafhankelijke bijdrage ongeveer 50% van de kosten van de gezondheidszorg.
- de nominale premie. De verzekerde betaalt een nominale premie aan de zorgverzekeraar. Deze nominale premie kan per verzekeraar verschillen. Dit komt bijvoorbeeld doordat een maatschappij contracten kan afsluiten met zorginstellingen wat een positief effect op de premie kan hebben. Per zorgverzekeraar geldt wel dat er slechts één nominale premie per polisvariant (gecontracteerde zorg, niet gecontracteerde zorg, een mix hiervan) geldt: iedereen met dezelfde polis betaalt dus dezelfde nominale premie. Verzekerden tot 18 jaar betalen geen nominale premie.

Voor collectieve contracten mag de zorgverzekeraar een korting op de nominale premie geven. Deze korting mag maximaal 10% bedragen. De korting voor een collectief contract wordt bepaald op basis van het aantal deelnemers en de gemaakte afspraken. Een collectiviteit hoeft overigens niet per definitie gesloten te worden door een werkgever. Iedere rechtspersoon, waaronder dus ook verenigingen en stichtingen, kunnen een collectief contract sluiten.

## Aanvullende verzekeringen

Net als in het huidige ziekenfondsstelsel wordt niet alle zorg vergoed in de basisverzekering. Om verzekerden toch optimale zorg te kunnen bieden kunnen zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen samenstellen. In de samenstelling en premie van deze aanvullende verzekeringen zijn de zorgverzekeraars volledig vrij. Alle wettelijke regels die van toepassing zijn op de basisverzekering (denk de voorgeschreven dekking en de acceptatieplicht) gelden dus **niet** voor de aanvullende verzekeringen. Dit betreft zowel individueel als collectief. Door de basisverzekering uit te breiden met een aanvullende verzekering is een verzekerde gegarandeerd van uitgebreidere zorg.

## Zorgtoeslag

De zorgtoeslag is onderdeel van de veranderingen in het zorgstelsel per 1-1-2006. Een grote groep Nederlanders kan een zorgtoeslag krijgen als tegemoetkoming in de kosten van de premie. De hoogte van deze toeslag is afhankelijk van uw inkomen en dat van uw eventuele partner. Wie een laag

inkomen heeft, krijgt meer toeslag dan iemand met een hoog inkomen. Mensen moeten de zorgtoeslag aanvragen bij de Belastingdienst.

## Waarop kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden?

Hoewel er sprake is van een standaardpakket dat door alle zorgverzekeraars gevoerd wordt, kan er toch sprake zijn van onderscheid tussen zorgverzekeraars. Zo kunnen maatschappijen zich onderscheiden op het gebied van:

- hoogte van de nominale premie;
- wijze waarop verzekeraar zorg aanbiedt: gecontracteerd, niet-gecontracteerd of een mix hiervan; Alvast belangrijk om te weten voor u: een polis met gecontracteerde zorg beperkt de verzekerde weliswaar in zijn keuze van de zorgverlener, maar kan tevens een premievoordeel opleveren.
- eigen risico; De staffel van de eigen risico's is weliswaar wettelijk bepaald (stappen van €100,- tot maximaal €500,-) maar de zorgverzekeraar is vrij om te kiezen welke van deze eigen risico's worden aangeboden. Tevens kan een maatschappij zich onderscheiden op de korting die wordt aangeboden voor een hoger eigen risico.

