

## De nieuwe Zorgverzekeringswet

De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende Invoerings- en Aanpassingswet (I&A) zijn door de Eerste en Tweede Kamer aangenomen. Huisartsen zullen op allerlei manieren te maken krijgen met de nieuwe zorgverzekeringen.

Ten eerste kan de huisarts de rol van 'raadsman' voor de patiënt vervullen, als hij/zij dat wil, dan wel opgedrongen krijgen, doordat veel patiënten nog vele vragen hebben. Dat betekent natuurlijk dat de arts vragen over de sociale verzekeringen ook zou moeten kunnen beantwoorden, of in ieder geval de patiënt op weg moet kunnen helpen naar een bevredigend antwoord.

Ten tweede zal het nieuwe stelsel de huisartsenpraktijk op allerlei manieren raken.

In de nieuwe Zvw is gekozen voor één verzekering voor geneeskundige zorg voor iedereen. Het onderscheid tussen particuliere verzekering en ziekenfonds verdwijnt. Zo ontstaat er een eenvoudiger systeem.

Alle meerderjarigen (18 jaar en ouder) betalen een nominale premie. Deze premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar en kan per verzekeraar en polis verschillen. Daarnaast wordt een inkomensafhankelijke bijdrage van 6,5 procent geheven over het box-1-inkomen tot 30.015 euro.

Werkgevers en uitkerende instanties (pseudo-werkgevers) zijn echter krachtens de Zvw verplicht de inkomensafhankelijke bijdrage van 6,5 procent volledig te vergoeden. Deze vergoeding wordt gerekend tot het (belastbare) brutoloon. Voor mensen zonder (pseudo-) werkgever, die geen tegemoetkoming ontvangen voor de inkomensafhankelijke bijdrage, zoals zelfstandigen en 65-plussers met een aanvullend pensioen, is een verlaagd tarief voor de inkomensafhankelijke bijdrage van 4,4 procent ingesteld. Over alimentatie wordt in 2006 een 0-tarief toegepast.

Afhankelijk van het huishoudinkomen kan een beroep gedaan worden op de zorgtoeslag. Dat is een tegemoetkoming die beschikbaar wordt gesteld om eventueel negatieve inkomenseffecten te compenseren. De Wet op de zorgtoeslag regelt dit. De Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (AWIR) is op deze wet van toepassing.

Verzekeraars hebben een wettelijke acceptatieplicht voor het verzekerde basispakket, waardoor risicoselectie naar leeftijd of aandoening niet kan plaatsvinden. Het basispakket komt nagenoeg overeen met het ziekenfondspakket van 2005. De Zvw introduceert echter functionele zorgaanspraken. Hierdoor kunnen de polissen onderling uiteen gaan lopen. Dit maakt het mogelijk dat burgers meer keuzen krijgen in verzekeringen en in zorg.

Het kabinet wil de Algemene Wet bijzondere ziektekosten, de AWBZ, terugbrengen tot waarvoor hij was bedoeld: een wet voor niet op genezing gerichte, langdurige zorg. Dat betekent dat ook alle op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg wordt ondergebracht in de Zvw. Per 1 januari 2006 wordt een eerste stap gezet door de financiering van de kortdurende en ambulante geestelijke gezondheidszorg over te hevelen naar het kader van de Zvw. Per 1 januari 2007 wordt de zorgaanspraak pas daadwerkelijk overgeheveld.

Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de WMO, worden overigens gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Dit wetsontwerp ligt ter vaststelling voor aan het parlement. Als eerste wordt de enkelvoudige huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ naar de WMO overgeheveld.

### 1.1 *Zorgverzekeringswet: inkomensgevolgen voor verzekerden*

De invoering van de Zorgverzekeringswet is een ingrijpende wijziging, die niet zonder premie- en inkomensgevolgen zal verlopen. Het kabinet heeft diverse maatregelen genomen om die inkomenseffecten te minimaliseren; maar in sommige situaties wordt juist een andere verdeling van premielasten beoogd met de wet. De overheid heeft als belangrijkste instrument de zorgtoeslag gekozen. Het al dan niet in aanmerking komen voor zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen op huishoudniveau en de samenstelling van het huishouden. Deze gevolgen zijn het domein van de Belastingdienst/Toeslagen, en niet van werkgevers. Naast de zorgtoeslag zijn er ook andere (fiscale) instrumenten ingezet, zoals afschaffing van het gebruikersdeel van de onroerend-zaakbelasting (OZB). Vaststaat, dat de inkomenseffecten voor werknemers onderling zullen verschillen.

### 1.2 *Functiegerichte omschrijving van aanspraken*

De functiegerichte omschrijving houdt in dat alleen nog maar bij wettelijk voorschrift geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en

omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is in het gekozen functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten. In de zorgovereenkomst staat vermeld welke zorg door wie wordt verleend, waar deze wordt verleend en welke voorwaarden gelden, wil op deze zorg aanspraak bestaan, dan wel willen de kosten worden vergoed. Het is verder van belang dat in de zorgpolis wordt beschreven aan welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet voldoen, wil diens zorg voor rekening van de zorgverzekering komen.

### 1.3 Verzekeringsaanbod 2006

Ten aanzien van de overgang naar de nieuwe Zorgverzekeringswet is tussen verzekeraars en minister Hoogervorst afgesproken, dat zorgverzekeraars aan iedere verzekerde een verzekeringsaanbod voor 2006 zullen voorleggen dat zo nauw mogelijk aansluit bij de verzekering zoals die voor 2005 was afgesloten. Dit betekent dat bijvoorbeeld particulier verzekerden een aanbod kunnen krijgen dat bestaat uit een polis voor de standaardverzekering plus een aanvullende verzekering.

Onderling hebben verzekeraars afgesproken dat zonder risicoselectie alle verzekerden voor dit gehele eenmalige aanbod zullen worden geaccepteerd. Indien zorgverzekeraars hun aanbod doen vóór 16 december 2005, dan geldt de negatieve optie: als de verzekerde niet voor 1 maart laat weten dat hij het aanbod niet accepteert, dan is hij vanaf 1 januari op basis van dit aanbod verzekerd. Lukt het de verzekeraar niet om voor 16 december een aanbod te doen, dan geldt de positieve optie: de verzekeraar moet voor 1 maart verifiëren of de verzekerde het aanbod accepteert.

Indien de verzekerde niet op het aanbod van zijn huidige verzekeraar ingaat, dan heeft hij tot 1 mei 2006 de tijd zich elders te verzekeren.

De eerste aanbiedingen voor de basisverzekering lagen ongeveer 10% onder het verwachte gemiddelde prijspeil van € 1100 per jaar voor de basisverzekering.

De invoering van de Zvw zal vele gevolgen hebben voor werkgevers die in het huidige stelsel een collectief ziektekostencontract hebben. In de volgende paragrafen lichten we de veranderingen voor werkgevers toe.

#### 1.4 *Veranderingen met betrekking tot de bestaande collectieve ziektekostenverzekering*

Op dit moment zijn collectieve ziektekostenverzekeringen een veelvoorkomende arbeidsvoorwaarde. De verzekerde heeft via de werkgever meer invloed op de kwaliteit van dienstverlening en profiteert ook van het gemak dat de ziektekostenverzekering (goed) geregeld is. Door een tegemoetkoming in de premie te koppelen aan deelname aan een collectief contract, ontstaat voor de werknemer een aantrekkelijke premie en voor de werkgever en ziektekostenverzekeraar een gegarandeerd hoge deelnamegraad.

Wanneer een werkgever een collectief ziektekostencontract wil afsluiten voor zijn werknemers dient hij met een aantal factoren rekening te houden. Voor collectiviteiten valt in het algemeen aan te bevelen, dat de werkgever ieder jaar met de verzekeraar onderhandelt over de premiestelling, eventuele pakketaanpassingen, een eigen risico/eigen bijdragen enzovoort. Dit kan tevens aanleiding zijn om hierover van gedachten te wisselen met de werknemers in het bedrijf c.q. de personeelsvertegenwoordiging of de OR.

#### 1.5 *Collectieve verzekeringen: premiekorting*

In de Zvw is geregeld dat werkgevers (en andere groepen) rechtspersoonlijkheid hebben en een premiekorting mogen bedingen op de nominale standaardpremie. Deze premiekorting is gemaximeerd tot 10%.<sup>1</sup> De werkgever mag deze 10% korting volledig ten gunste van de werknemer laten komen, maar kan ook besluiten een deel van de korting zelf te behouden. De omvang en verdeling van premiekorting moeten worden vastgelegd in een overeenkomst tussen werkgever en zorgverzekeraar.

---

<sup>1</sup> Artikel 18 van de Zvw regelt de collectiviteitskorting voor werknemers en hun gezinsleden. Als een werkgever ook gepensioneerde ex-werknemers wil laten meeprofiteren van de bedongen korting op de standaardverzekering, dan zou de werkgever krachtens de letter van de wet daarvoor een aparte rechtspersoon moeten oprichten. Dit strookt niet met de intentie van de wet. De minister heeft dit in de Eerste Kamer beaamd. Verzekeraars en werkgevers zullen dan ook (met gedogen of instemming van VWS) gepensioneerden desgewenst meeverzekeren. 'Werknemers' wordt dus als in maatschappelijk-wenselijke brede zin uitgelegd als 'actieve en inactieve werknemers'. Het is dus de keuze van de werkgever om gepensioneerden wel of niet in de collectieve verzekering op te nemen.