



Basisverzekering Zorg, nieuw zorgstelsel vanaf 2006:

Met ingang van 01-01-2006 is er in NL een nieuw zorgstelsel, dat in de plaats komt van het oude zorgstelsel, dat gekenmerkt werd door de ziektekostenverzekering (voor iedereen die meer een bepaald inkomen geniet) en ziekenfonds (voor iedereen die onder dit inkomen zit).

Voor iedereen verplicht

Kort gezegd geldt de nieuwe basisverzekering voor iedereen. Dit betekent dat iedere Nederlandse ingezetene zich verplicht moet verzekeren. Alleen militairen en gemoedsbezwaarden zijn vrijgesteld van de verzekeringsplicht. Dit is een groot verschil met de situatie van vòòr 2006.

Eén standaardpakket

De basisverzekering wordt een standaardpakket met gelijke voorwaarden voor iedereen. De basisverzekering biedt dekking tegen alle noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. 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;
- mondzorg;
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelenzorg;
- verpleging en verzorging;
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten (+AWBZ).

Elk jaar kan de dekking van de basisverzekering door de overheid aangepast worden.

Eigen risico

Gestart met een no-claimkorting, welke vanaf 01-01-2008 is vervangen door een verplicht eigen risico. Dit verplicht eigen risico is € 165,- per jaar (2010) per persoon (ouder dan 18). Het verplicht eigen risico wordt niet beïnvloed door: huisartsen-, verloskundige en kraamhulp en vergoedingen uit de aanvullende verzekering.

Daarnaast kan iedereen kiezen voor een vrijwillig eigen risico, dit is vastgelegd in vijf treden van honderd euro. Bij een vrijwillig eigen risico hoger dan € 0,- kan een korting worden verstrekt die de zorgverzekeraar *zelf* mag vaststellen. Deze is dus niet wettelijk vastgelegd. De zorgverzekeraars moeten aan de volgende wettelijke bepalingen 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.

Zorgplicht

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 op.

2. een polis met *niet-gecontracteerde* zorg;

Kiest u voor een polis met niet-gecontracteerde zorg, dan kunt u de zorgverlener en zorginstelling zelf kiezen. De kosten worden vervolgens door de zorgverzekeraar vergoed. In de meeste gevallen blijft de rechtstreekse declaratie door de zorginstelling bij de zorgverzekeraar gewoon in stand.



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 daardoor 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

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar. Dit geldt voor alle verzekeringsmodellen (incl. de verschillende eigen risico's) die de verzekeraar aanbiedt, ongeacht de verzekeringsvorm die een verzekerde kiest. Dit geldt niet voor de aanvullende verzekeringen!

De premie

De nieuwe premie bestaat 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 (veelal gesloten door werkgevers) wordt bepaald op basis van het aantal deelnemers en de gemaakte afspraken.

Aanvullende verzekeringen

Niet alle zorg wordt 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.

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.
- 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.
- aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar is geheel vrij in de samenstelling en premie-stelling 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.