

Uitgave:
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Juli 2005

Informatie

Wilt u na het lezen van deze brochure meer weten?

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- Op de website www.denieuwezorgverzekering.nl vindt u de meest recente informatie over de zorgverzekering. U kunt hier onder andere de meest-gestelde vragen en antwoorden vinden. Ook kunt u er, aan de hand van uw werk- en gezinssituatie, meer informatie vinden over de veranderingen die op u van toepassing zijn.
- In uw huis-aan-huisblad verschijnen vanaf begin juli 2005 meerdere pagina's met informatie over de nieuwe zorgverzekering.
- Voor een overzicht van alle zorgverzekeraars, hun voorwaarden en aanbiedingen kunt u vanaf december 2005 terecht op: www.kiesbeter.nl.

Postbus 51

Postbus 51 is bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 21.00 uur onder telefoonnummer 0800-8051 (gratis).

Belastingdienst

Voor meer informatie over de zorgtoeslag kunt u kijken op www.toeslagen.nl.

Overige

Informatie over uw huidige en toekomstige zorgverzekering kunt u opvragen bij uw huidige zorgverzekeraar.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



DVC-50060, ontwerp: BVH, Rotterdam

Bent u ziekenfonds of particulier?

**Vanaf 1 januari 2006: één nieuwe
zorgverzekering voor iedereen**

Bewaar deze brochure bij uw verzekeringspapieren

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

De nieuwe zorgverzekering	3
Wat gebeurt er tussen nu en 1 mei 2006?	4
Wat houdt de zorgverzekering in?	6
Wat zit er in het basispakket?	8
Hoe wordt de zorgverzekering betaald?	8
De nieuwe zorgverzekering samengevat	10
Informatie	12

Verantwoording

In deze brochure staat informatie over de nieuwe zorgverzekering. Voor aanvullende informatie kunt u terecht op: www.denieuwezorgverzekering.nl. De inhoud van deze brochure is onder voorbehoud van eventuele wijzigingen. De informatie is onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet. De gebruikte cijfers hebben een voorlopig karakter. Aan deze brochure kunt u geen rechten ontlenen.

De nieuwe zorgverzekering

Op 1 januari 2006 gaat ons zorgstelsel veranderen. Dan verdwijnt het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering. Ook de huidige ziektekostenregelingen voor ambtenaren verdwijnen. Vanaf 1 januari 2006 is er één wettelijke zorgverzekering voor iedereen. U blijft verzekerd van de zorg die u gewend bent. U kunt bij uw huidige zorgverzekeraar blijven, maar u kunt ook naar een andere als u dat wilt. De premiebetaling van de nieuwe zorgverzekering verandert. Daarom kunt u, afhankelijk van uw inkomen, een tegemoetkoming in de premiekosten krijgen: de zorgtoeslag. Ook zal de overheid belastingmaatregelen nemen, zodat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar is. Deze brochure informeert u over de inhoud en de werking van de nieuwe zorgverzekering.

Inhoud

In deze brochure maken we u stap voor stap duidelijk wat er gaat gebeuren tussen nu en 1 mei 2006 en op welk moment u iets moet doen. Ook kunt u lezen hoe de nieuwe zorgverzekering eruit komt te zien. Tenslotte vindt u informatie over de verzekerde zorg zelf en over de wijze van betaling.

Lees de brochure zorgvuldig door. Ook al gaat de nieuwe zorgverzekering pas per 1 januari 2006 in, het is goed om u nu alvast te oriënteren.

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen?
Op de achterzijde ziet u waar u meer informatie kunt krijgen.

Wat gebeurt er tussen nu en 1 mei 2006?

In de komende maanden heeft u voldoende tijd om u op de nieuwe zorgverzekering te oriënteren. Hier vindt u een overzicht van wat er de komende maanden gaat gebeuren. Meer informatie vindt u verderop in deze brochure.

Vanaf juli 2005: Informatie via de media

Vanaf juli 2005 informeert de overheid u regelmatig via radio, tv, huis-aan-huisbladen en internet. U krijgt op die manier informatie over wat er gaat veranderen en wanneer u zelf wat moet doen.

September 2005: Aanvraagformulier zorgtoeslag

Er komt een zorgtoeslag, een tegemoetkoming in de kosten van de premie voor de zorgverzekering. Als u daarvoor – gelet op uw inkomen – in aanmerking komt, krijgt u in september van de Belastingdienst een formulier voor het aanvragen van de zorgtoeslag. Tot die tijd hoeft u niets te doen.

Vóór 1 november 2005: Aanvraagformulier terugsturen

Als u vóór 1 november uw aanvraagformulier voor de zorgtoeslag terugstuurt, dan zorgt de Belastingdienst ervoor dat u – als u recht heeft op de zorgtoeslag – de eerste maandelijks betaling eind december ontvangt. Dat is dus voordat u premie moet gaan betalen voor de nieuwe zorgverzekering.

November/december 2005: Aanbod van uw huidige zorgverzekeraar

Uw huidige zorgverzekeraar doet u vóór 16 december een aanbod voor een nieuwe zorgverzekering en een eventuele aanvullende verzekering. Dit aanbod is afgestemd op uw huidige verzekeringsdekking. U kunt ook voor een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar kiezen.

1 januari 2006: De nieuwe Zorgverzekeringswet gaat in

Op 1 januari 2006 treedt de Zorgverzekeringswet in werking. Als u op 1 januari nog niet heeft gereageerd op het aanbod van uw zorgverzekeraar, dan bent u vanaf die datum automatisch verzekerd voor uw zorgverzekering. Ook voor de aangeboden aanvullende verzekering accepteert uw zorgverzekeraar u tot 1 maart 2006 zonder selectie. Zo loopt u niet het risico onverzekerd te zijn en heeft u aan uw verzekeringsplicht voldaan. Heeft u uw verzekeraar gemeld dat u niet op het aanbod in wilt gaan, dan dient u zichzelf vóór 1 mei 2006 te verzekeren.

1 maart 2006: Tot deze datum is het aanbod geldig

Tot 1 maart 2006 kunt u opzeggen als u een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar wilt kiezen. Maar let wel: uiterlijk 1 mei 2006 moet u verzekerd zijn. Vervolgens kunt u jaarlijks per 1 januari van zorgverzekeraar wisselen.

1 mei 2006: U moet nu verzekerd zijn

Als u het aanbod van uw huidige verzekeraar heeft afgewezen, heeft u tot 1 mei 2006 de tijd om een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar af te sluiten. Indien u na 1 mei 2006 niet verzekerd bent, kunt u een boete krijgen. Op welk moment u uw zorgverzekering ook afsluit: u betaalt altijd premie vanaf 1 januari 2006.

Datum	Onderwerp	Toelichting	Wat moet u zelf doen?
Vanaf juli – mei 2006	Informatiecampagne in diverse media	Overheidsinformatie via radio, tv, huis-aan-huisbladen en www.denieuwezorgverzekering.nl	Zo kunt u zich informeren over de nieuwe wetgeving
September 2005	Aanvraagformulier zorgtoeslag	U krijgt van de Belastingdienst het aanvraagformulier voor zorgtoeslag, als u daarvoor in aanmerking komt	Dit formulier moet u op tijd invullen om in december zorgtoeslag te kunnen krijgen
Vóór 1 november 2005	Terugsturen aanvraagformulier zorgtoeslag		Als u het formulier vóór 1 november terugstuurt, krijgt u in december 2005 zorgtoeslag als u daarvoor in aanmerking komt
Vóór 16 december 2005	Aanbod van uw huidige zorgverzekeraar	Het aanbod van uw zorgverzekeraar omvat een nieuwe zorgverzekering en een eventuele aanvullende verzekering, overeenkomend met uw huidige verzekeringsdekking	U kunt voor dit aanbod kiezen of voor een andere verzekering en/of verzekeraar. Als u geen gebruik wilt maken van het aanbod moet u vóór 1 maart reageren
Eind december 2005	Zorgtoeslag	Wanneer u recht heeft op zorgtoeslag en de aanvraag op tijd heeft teruggestuurd, krijgt u die nu uitgekeerd	Hiermee kunt u een deel van uw premie voor de zorgverzekering betalen
1 januari 2006	Invoering van de nieuwe zorgverzekering	Als u niet heeft gereageerd op het aanbod van uw verzekeraar, bent u per 1 januari 2006 automatisch verzekerd	Als u niet automatisch verzekerd wilt zijn, dient u dit vóór 1 januari te melden
1 maart 2006	Geldigheid aanbod verzekeraar loopt af	Als u niet heeft gereageerd, bent u volgens dit aanbod verzekerd	U kunt nog tot 1 maart bij uw huidige verzekeraar opzeggen
1 mei 2006	Boete bij niet nakomen verzekeringsplicht	Wanneer u niet verzekerd bent, kunt u een boete krijgen	U moet zich voor 1 mei hebben verzekerd bij een zorgverzekeraar

Wat houdt de zorgverzekering in?

De Zorgverzekeringswet regelt dat de noodzakelijke zorg voor iedereen toegankelijk is. Die zorg is wettelijk verzekerd. Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen voor de zorgverzekering te accepteren. Zorgverzekeraars mogen ook geen hogere premies vragen aan oudere of zieke mensen. Hieronder leest u de hoofdlijnen van de wet.

Eén zorgverzekering voor iedereen

Ziekenfonds, particuliere verzekeringen en ook de ziektekostenregelingen voor ambtenaren verdwijnen. Er komt één zorgverzekering voor noodzakelijke zorg. Aanvullende verzekeringen blijven bestaan. U krijgt van uw zorgverzekeraar vóór 16 december 2005 een aanbod dat overeenkomt met uw huidige verzekeringsdekking, inclusief (eventuele) aanvullende verzekering. U kunt bij uw huidige verzekeraar blijven, maar u mag ook (jaarlijks) van verzekeraar veranderen.

Eén pakket - Iedereen krijgt een zorgverzekering met een wettelijk vastgelegd basispakket. Dat pakket komt overeen met het huidige ziekenfondspakket. Meer daarover leest u op pagina 8.

Verzekeringsplicht - Vanaf 1 januari 2006 is iedereen die in Nederland woont of hier loonbelasting betaalt, verplicht een individuele zorgverzekering af te (laten) sluiten. Ouders moeten ook hun kinderen verzekeren. Voor kinderen tot 18 jaar is geen premie verschuldigd. Twee groepen zijn niet verzekeringsplichtig: gemoedsbezwaarden en militairen in werkelijke dienst.

Acceptatieplicht - Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren die zich aanmeldt voor de nieuwe zorgverzekering, ongeacht leeftijd, geslacht of gezondheid. Het wordt dus makkelijker om van verzekeraar te veranderen. Een zorgverzekeraar mag ook geen hogere premie meer vragen op grond van leeftijd of gezondheid. Zo blijft de zorg toegankelijk voor iedereen.

No-claim - U kunt 255 euro terugkrijgen als u geen zorgkosten maakt. Maakt u zorgkosten, maar minder dan 255 euro, dan krijgt u het verschil na afloop van het verzekeringsjaar terug. Bezoeken aan de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg tellen niet mee voor de no-claim. Voor kinderen onder de 18 jaar geldt de no-claim-teruggaveregeling niet.

Keuzemogelijkheden

Ook al is er één pakket, er zijn verschillende keuzemogelijkheden. Deze worden hieronder toegelicht. Afhankelijk van de mogelijkheden die u kiest, varieert de premie.

Zorgverzekeraar - U kunt vanaf 1 januari 2006 zelf uw zorgverzekeraar kiezen. Of u nu veel of weinig verdient, veel of weinig zorg nodig hebt, of u nu jong of oud bent: u kunt éénmaal per jaar van verzekeraar wisselen. Omdat er tussen verzekeraars verschillen zijn in kwaliteit, service en premie, kan dat de moeite lonen.

Aanvullend verzekeren - Het blijft ook na 1 januari 2006 mogelijk om u aanvullend te verzekeren voor zorg die niet in het basispakket zit. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Maar voor het aanbod voor de aanvullende verzekering dat u in december 2005 van uw verzekeraar krijgt, zal deze u zonder selectie accepteren tot 1 maart 2006. De aanvullende verzekering en de nieuwe zorgverzekering hoeft u niet bij dezelfde zorgverzekeraar af te sluiten.

Eigen risico - Zorgverzekeraars kunnen u voor het basispakket een aanbod doen voor een eigen risico tussen 100 en 500 euro. U kunt zelf beslissen of u daar wel of niet gebruik van maakt. Kiest u voor een eigen risico, dan moet u de eerste 100 tot 500 euro van de zorgkosten zelf betalen. Daar staat tegenover dat u een korting krijgt op de nominale premie.

Soort polis - U kunt kiezen tussen twee hoofdvormen of een mix daarvan:
Naturapolis: komt overeen met de werking van het huidige ziekenfonds. Uw zorgverzekeraar sluit voor zijn verzekerden voldoende contracten met zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen) om u de verzekerde zorg te leveren. De zorgverzekeraar betaalt de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder. U kunt naar alle zorgaanbieders gaan waarmee de zorgverzekeraar voor deze polsvorm een contract heeft gesloten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waar uw zorgverzekeraar geen contract mee heeft gesloten, dan krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.
Restitutiepolis: komt overeen met de werking van de meeste huidige particuliere verzekeringen. Hierbij kunt u zelf uw zorgaanbieder kiezen, maar moet u in principe de rekening van de zorgaanbieder eerst zelf betalen voordat u de kosten door uw zorgverzekeraar vergoed krijgt. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kunnen wel afspreken dat de zorgverzekeraar de rekening betaalt.

Wat zit er in het basispakket?

De Zorgverzekeringswet geeft u recht op geneeskundige zorg. Iedereen heeft hetzelfde recht op zorg. Het wettelijke pakket komt overeen met het huidige ziekenfondspakket. U kunt uw aanvullende verzekering behouden of krijgt een aanbod voor een aanvullende verzekering dat overeenkomt met uw huidige dekking. U blijft met de nieuwe zorgverzekering dus verzekerd voor dezelfde zorg als u gewend bent.

Met het basispakket bent u verzekerd voor:

- ✓ Geneeskundige zorg, waaronder zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen
- ✓ Ziekenhuisverblijf
- ✓ Tandheelkundige zorg (tot 18 jaar, vanaf 18 jaar alleen specialistische tandheelkunde en het kunstgebit)
- ✓ Hulpmiddelen
- ✓ Geneesmiddelen
- ✓ Kraamzorg
- ✓ Ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer)
- ✓ Paramedische zorg (beperkt fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvisering)

Hoe wordt de zorgverzekering betaald?

De premie voor de nieuwe zorgverzekering bestaat uit twee delen

1. Verzekeringspremie, te betalen aan uw zorgverzekeraar
Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt voor het wettelijk basispakket een verzekeringspremie, ook wel nominale premie genoemd, aan zijn verzekeraar. Kinderen tot 18 jaar moeten wel worden verzekerd, maar betalen geen premie. De hoogte van de premie is afhankelijk van de zorgverzekeraar en de zorgverzekering die u kiest (zie pagina 7). Het is dus interessant om de verschillen in de gaten te houden. Op dit moment wordt geschat dat de gemiddelde premie ongeveer 1100 euro per jaar zal bedragen. Dat bedrag is exclusief aanvullende verzekering. De premie is onafhankelijk van leeftijd, geslacht, gezondheid en inkomen.

2. Inkomensafhankelijke bijdrage via de Belastingdienst
Iedereen die een inkomen heeft, is voor de zorgverzekering ook een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Uw werkgever of uitkeringsinstantie is,

behoudens enkele uitzonderingen, verplicht deze bijdrage volledig aan u te vergoeden. Dit zal automatisch gebeuren. Deze bijdrage is 6,25% van het inkomen en zal tot een maximale inkomensgrens van circa 30.000 euro worden geheven. Bent u zelfstandig ondernemer, dan krijgt u een aanslag van de Belastingdienst.

Wat betekent dat voor u?

Voor veel mensen – vooral ziekenfondsverzekerden – is de nieuwe nominale premie hoger dan de premie die ze nu aan hun verzekeraar betalen. Daar staat het volgende tegenover:

1. Een aantal huidige premies komt te vervallen of wordt verlaagd. Zo vervalt voor ziekenfondsverzekerden de procentuele ziekenfondspremie die op het inkomen wordt ingehouden. Voor particulier verzekerden komen de MOOZ-bijdrage en de WTZ-omslagbijdrage te vervallen. Voor alle verzekerden gaat de AWBZ-premie omlaag. Dit scheelt aanmerkelijk in uw netto-inkomen.
2. Er komt een zorgtoeslag (zie kader). De zorgtoeslag is een tegemoetkoming in de premie, die afhankelijk is van uw persoonlijke situatie en uw inkomen.
3. Ten slotte zullen per 1 januari 2006 belastingmaatregelen genomen worden om de inkomens verder te ondersteunen.

Door deze maatregelen zal de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar zijn.

Zorgtoeslag

Om de verzekeringspremie betaalbaar te houden, is er een zorgtoeslag. Dit is een tegemoetkoming van de Belastingdienst. Als u in aanmerking komt, krijgt u in september 2005 een aanvraagformulier thuisgestuurd. Ontvangt u in september geen formulier, terwijl u denkt wel in aanmerking te komen voor een zorgtoeslag, dan kunt u het formulier bij de Belastingdienst aanvragen. Na het terugsturen hiervan bepaalt de Belastingdienst het recht op en de hoogte van uw zorgtoeslag. Deze is afhankelijk van uw inkomen en dat van uw eventuele partner. U heeft in principe recht op zorgtoeslag bij een inkomen tot maximaal 25.000 euro als u alleenstaand bent (maximaal 420 euro zorgtoeslag) en bij een gezamenlijk inkomen tot maximaal 40.000 euro als u een meerpersoonshuishouden vormt (maximaal 1200 euro zorgtoeslag). Als u het formulier vóór 1 november terugstuurt, zorgt de Belastingdienst ervoor dat de eerste maandelijkse betaling in december plaatsvindt.

De nieuwe zorgverzekering samengevat

Op deze pagina's staan de hoofdpunten voor u op een rij.

Verzekeringsplicht: U woont in Nederland of u betaalt hier loonbelasting. U bent dan verplicht een zorgverzekering af te sluiten.

Automatische overgang:

- U ontvangt vóór 16 december 2005 een aanbod van uw verzekeraar voor een nieuwe zorgverzekering en een aanvullende verzekering. Het aanbod is afgestemd op uw huidige verzekeringsdekking.
- Reageert u niet, dan bent u vanaf 1 januari 2006 automatisch verzekerd voor uw zorgverzekering. Ook voor het aanbod van de aanvullende verzekering wordt u – tot 1 maart 2006 – zonder selectie geaccepteerd.
- Tot 1 maart 2006 kunt u opzeggen als u een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar wilt kiezen.
- Maar let wel: uiterlijk 1 mei 2006 moet u een zorgverzekering afgesloten hebben.
- In alle gevallen betaalt u premie vanaf 1 januari 2006.

Acceptatieplicht: U kunt dus bij uw huidige verzekeraar blijven. Wilt u naar een andere verzekeraar, dan is deze verplicht u, ongeacht uw leeftijd, geslacht of gezondheidstoestand, te accepteren voor het wettelijk verzekerde basispakket. Ook mag de zorgverzekeraar de premie niet laten afhangen van uw persoonlijke situatie.

Basispakket: Het wettelijk verzekerde basispakket komt overeen met het huidige ziekenfondspakket.

Aanvullende verzekering: In de overgang naar de nieuwe zorgverzekering kunt u uw huidige aanvullende verzekering gewoon behouden. Wilt u naar een andere verzekeraar, dan heeft deze voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht. Uw zorgverzekering en aanvullende verzekering kunt u bij verschillende zorgverzekeraars afsluiten.

Keuzemogelijkheden: Als u zich wilt oriënteren op andere mogelijkheden dan het aanbod dat u vóór 16 december 2005 van uw verzekeraar ontvangt, heeft u de volgende keuzemogelijkheden:

- de verzekeraar
- het soort verzekering (natura of restitutie)
- het eigen risico (geen of oplopend van 100 tot maximaal 500 euro)

Nominale premie: Iedereen vanaf 18 jaar gaat een nominale premie aan de zorgverzekeraar betalen. Voor uw kinderen onder de 18 jaar betaalt u geen premie. De premie verschilt per verzekeraar en per verzekering, dus het kan de moeite waard zijn om op de verschillen te letten. Op dit moment wordt geschat dat de gemiddelde premie voor het wettelijk verzekerde pakket ongeveer 1100 euro per jaar zal bedragen.

Inkomensafhankelijke bijdrage: Iedereen die een inkomen heeft, is een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd van 6,25% van het inkomen. Deze bijdrage wordt door uw werkgever vergoed. Zelfstandigen ontvangen een aanslag van de Belastingdienst.

Oude premies: De procentuele ziekenfondspremie komt te vervallen. De MOOZ-bijdrage en de WTZ-omslagbijdrage komen te vervallen. De AWBZ-premie gaat omlaag.

Zorgtoeslag: Afhankelijk van uw persoonlijke situatie en inkomen heeft u recht op een zorgtoeslag. De Belastingdienst bepaalt de hoogte van de zorgtoeslag op basis van uw inkomen en dat van uw eventuele partner. In september 2005 krijgt u het aanvraagformulier zorgtoeslag thuisgestuurd. Ontvangt u geen formulier, terwijl u denkt wel in aanmerking te komen voor een zorgtoeslag, dan kunt u het formulier aanvragen bij de Belastingdienst. Wanneer u het formulier vóór 1 november 2005 ingevuld terugstuurt, krijgt u de eerste maandelijkse betaling van uw zorgtoeslag op uw rekening gestort voordat u premie voor uw zorgverzekering moet gaan betalen.

Belastingmaatregelen: Om de verzekering betaalbaar te houden, treft de overheid belastingmaatregelen.

No-claim: De premie van 1100 euro is inclusief een no-claim van 255 euro. Als u geen zorgkosten maakt, krijgt u 255 euro terug van uw verzekeraar. Als u minder dan 255 euro kosten maakt, krijgt u het verschil terug.

De vraag: 'Bent u ziekenfonds of particulier?'
is binnenkort verleden tijd. Er komt één nieuwe
zorgverzekering voor iedereen.