

De zorgverzekeringswet

De invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de wet op de Zorgtoeslag vanaf 1 januari 2006 is een feit. Hierdoor ontstaat er één zorgverzekering voor iedereen, waarmee het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden vervalft. Aanspraken zoals die zijn opgenomen in het huidige ziekenfondspakket gaan één op één over in de nieuwe basisverzekering. De nieuwe Zorgverzekeringswet heeft ook consequenties voor u als tandheelkundig patiënt. Daarom houdt de NMT alle ontwikkelingen nauwgezet bij en informeert u over de komende veranderingen.

Links in het keuzemenu vindt u een overzicht van veelgestelde vragen met bijbehorende antwoorden, onderverdeeld in drie categorieën.

Algemene vragen

1. Wat zijn de hoofdlijnen van de Zorgverzekeringswet?

In hoofdlijnen kent de Zorgverzekeringswet de volgende punten:

- één wettelijk vastgelegd basispakket;
- verzekeringsplicht voor alle inwoners van Nederland vanaf 1 januari 2006 voor het basispakket, waarbij de jeugd tot 18 jaar gratis is verzekerd;
- acceptatieplicht door zorgverzekeraars voor het basispakket.

2. Welke aanspraken m.b.t. mondzorg vallen in de basisverzekering?

Aanspraken zoals die zijn opgenomen in het huidige ziekenfondspakket gaan één op één over in de nieuwe basisverzekering. Dit betekent dat voor zowel de huidige ziekenfonds als particulier verzekerden de volgende aanspraken in het basispakket zijn gewaarborgd:

- bijzondere tandheelkunde;
- de tandheelkundige zorg voor de jeugd tot 18 jaar;
- chirurgie van specialistische aard (kaakchirurg) voor volwassenen;
- de volledige prothese.

3. Waar kan ik als consument terecht voor meer informatie en vragen over de invoering van de Zorgverzekeringswet?

Algemene vragen

Met algemene vragen over de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Zorgtoeslag kunt u terecht bij:

Het ministerie van VWS:

- www.denieuwezorgverzekering.nl, de site van het ministerie van VWS waar u ook vragen kunt stellen;
- Postbus 51, telefoon 0800-8051 (gratis/bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 21.00 uur);
- www.kiesbeter.nl, een initiatief van het ministerie van VWS met vergelijkende informatie over onder andere zorgverzekeringen (en in de loop van 2005 met meer informatie over het aanbod van zorgverzekeraars).

De Belastingdienst/Toeslagen:

- www.toeslagen.nl, de site van de Belastingdienst/Toeslagen, of de Belastingtelefoon 0800-0543;

Informatie tandheelkundig gebied

Voor specifieke informatie op tandheelkundig gebied kunt u terecht bij:

- De NMT: www.TandartsenNet.nl onder Informatie voor patiënten
- TIP: het Tandheelkundig Informatiecentrum (TIP), telefoon 0900 2025012 (25 eurocent per minuut), bereikbaar van maandag tot en met vrijdag tussen 09.00 uur en 12.00 uur en dinsdag en donderdag ook tussen 14.00 en 16.00 uur.

Vragen verzekering

Uw (potentiële) verzekeringsmaatschappij

Klachten

Voor klachten met betrekking tot het niet goed afhandelen van vragen door

zorgverzekeraars kan men terecht op:
Ombudsmanzorgverzekeringen: www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl

Overig

NPCF: www.npcf.nl, de site van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

4. Wat zijn de belangrijke data/stappen m.b.t. de invoering van de zorgverzekeringswet?

September 2005: Aanvraagformulier zorgtoeslag van de Belastingdienst.

Als u voor zorgtoeslag - gelet op uw inkomen - in aanmerking komt, krijgt u in september van de Belastingdienst een formulier voor het aanvragen van de zorgtoeslag. U hoeft dit formulier niet zelf aan te vragen.

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 maandelijkse betaling eind december ontvangt. Dat is dus voordat u premie moet gaan betalen voor de nieuwe basisverzekering.

Uiterlijk 16 december 2005: Aanbod van uw huidige zorgverzekeraar

Uw huidige zorgverzekeraar doet u vóór 16 december een aanbod voor een nieuwe basisverzekering en een eventuele aanvullende verzekering. Dit aanbod is integraal (basispakket én aanvullend als u nu ook aanvullend bent verzekerd) en hierdoor afgestemd op uw huidige verzekeringsdekking. Voor die aanvullende verzekering moet uw verzekeraar u tot 1 maart 2006 toelaten zonder selectie naar risico, leeftijd en geslacht. U kunt ook voor een andere basisverzekering of zorgverzekeraar kiezen.

1 januari 2006: De nieuwe Zorgverzekeringswet gaat in

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 basisverzekering. 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 voor 1 maart 2006 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 van uw verzekeraar geldig

Tot 1 maart 2006 kunt u opzeggen als u een andere basisverzekering 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 basisverzekering 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 basisverzekering ook afsluit: u betaalt altijd premie vanaf 1 januari 2006.

5. Welke keuzemogelijkheden heeft de consument bij het afsluiten van een nieuwe basisverzekering?

Hoewel er één basispakket is, zijn er verschillende keuzemogelijkheden:

- De consument kan vanaf 1 januari 2006 zelf zijn zorgverzekeraar kiezen;
- De consument kan qua soort polis kiezen uit twee hoofdvormen (naturapolis of restitutiepolis) of een mix daarvan;
- Zorgverzekeraars kunnen voor het basispakket een aanbod doen voor een eigen risico tussen €100,- en €500,- en bij keuze hiervoor een korting op de nominale premie bieden;
- Aanvullend verzekeren blijft na 1 januari 2006 mogelijk, hiervoor geldt geen acceptatieplicht.

6. Wat gaat u betalen voor de nieuwe basisverzekering?

Dat is afhankelijk van de verzekering die u kiest en uw specifieke situatie. U gaat een vaste (nominale) premie en een inkomensafhankelijke bijdrage betalen. De nominale

premie zal naar verwachting rond de €1100,- per jaar gaan bedragen. De precieze hoogte van de premie hangt onder meer af van de verzekering en de verzekeraar die u kiest.

Een premiekorting is mogelijk als u kiest voor een eigen risico of verzekerd bent via een collectief contract. Daarnaast is iedereen die een belastbaar inkomen heeft uit werk en woning (box 1), voor de basisverzekering een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd van 6,25%. Uw werkgever of uitkeringsinstantie is verplicht deze bijdrage te vergoeden. Afhankelijk van uw inkomen en dat van uw eventuele partner kunt u in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de Belastingdienst: de zorgtoeslag. Daarnaast neemt het kabinet een aantal fiscale maatregelen waardoor de premie voor iedereen betaalbaar blijft (zoals bijvoorbeeld de zorgtoeslag).

7. Blijft er in de Zorgverzekeringswet net als nu in de Ziekenfondswet sprake van eigen bijdragen?

Ja, maar jeugdigen tot 18 jaar zijn vrijgesteld van de eigen bijdragen.

Voor een volledige prothese moeten ziekenfondsverzekerden nu 25% bijbetalen. Ook voor bijzondere tandheelkunde is in sommige gevallen een eigen bijdrage verschuldigd. Zoals het er naar uitziet blijft dat ook in de nieuwe Zorgverzekeringswet het geval.

8. Wat houdt de no-claimregeling in?

De no-claimregeling houdt in dat u als verzekerde €255,-* kunt terugkrijgen als u in één jaar geen zorgkosten maakt. Maakt u zorgkosten, maar minder dan €255,-*, 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-claimteruggave niet, omdat zij geen premie betalen.

(* Dit bedrag geldt voor 2005 en wordt ieder jaar opnieuw bepaald).

9. Geldt de no-claimregeling ook voor de mondzorg?

Ja, deze geldt ook voor de mondzorg. Voor kinderen tot 18 jaar geldt de no-claimteruggave regeling niet.

10. Welke zorg zit er in een aanvullende verzekering?

Een aanvullende verzekering dekt zorg die niet in het basispakket van de zorgverzekering is opgenomen, zoals tandartshulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden. U heeft keuze uit deze aanbieding van verzekeraars waarin voor iedere polis is bepaald welke zorg volledig of gedeeltelijk wordt vergoed.

11. Kan ik als patiënt altijd mijn eigen tandarts houden?

Dit is niet op voorhand te zeggen. Dat is afhankelijk van uw polis(voorwaarden). Daarin kan bijvoorbeeld worden bepaald dat een prothese alleen door een tandtechnicus mag worden gemaakt om voor vergoeding in aanmerking te komen. Of preventieve jeugdzorg door de mondhygiënist. Daarnaast is het afhankelijk van het antwoord op de vraag of uw tandarts een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. Ook is de inhoud van de overeenkomst tussen de tandarts en de zorgverzekeraar van belang.

12. In de Zorgverzekeringswet wordt gesproken over functiegerichte omschrijvingen van de aanspraak. Wat houdt dit in?

Dit houdt in dat wel wordt omschreven voor welke vormen van zorg (bijvoorbeeld mondzorg) men is verzekerd, maar dat niet in de wet is vastgelegd door wie deze zorg verleend dient te worden. Dit laatste wordt omschreven in de zorgpolis, dat wil zeggen dat in de verzekering die een verzekerde met een zorgverzekeraar sluit wordt beschreven wie die zorg verleent. In het geval van mondzorg kan het bijvoorbeeld zo zijn dat zorgverzekeraars in hun polissen opnemen dat bijvoorbeeld een prothese alleen door een tandprotheticus mag worden gemaakt.

Vragen over aanvullende verzekering

1. Welke zorg zit er in een aanvullende verzekering?

Een aanvullende verzekering dekt zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen, zoals tandartshulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar. Zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden. U heeft keuze uit deze aanbiedingen van verzekeraars waarin voor iedere polis is bepaald welke zorg volledig of gedeeltelijk wordt vergoed.

2. Wat kost een aanvullende verzekering?

Dat is niet vooraf te zeggen. De kosten van een aanvullende verzekering zijn afhankelijk van:

- De zorgverzekeraar: verschillende zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden die kunnen verschillen in prijs en dekking. Ook als zorgverzekeraars hetzelfde pakket aanbieden kan hierin verschil van prijs zijn;
- De dekking: zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden. In principe kunnen die elke vorm van geneeskundige zorg omvatten die in Nederland verkrijgbaar is. Hoe breder de dekking van uw aanvullende verzekering, hoe hoger echter de premie.

4. Wordt iedereen voor een aanvullende verzekering geaccepteerd?

Nee, niet iedereen wordt automatisch voor een aanvullende verzekering geaccepteerd. Voor de aanvullende verzekeringen geldt de acceptatieplicht niet. Dat betekent echter niet dat u geen aanvullende verzekering kunt afsluiten. Het betekent wel dat als u op leeftijd bent of een hoog gezondheidsrisico heeft, sommige verzekeraars u zullen weigeren en andere verzekeraars een hogere premie van u kunnen eisen. Voor uitgebreidere tandheelkundige verzekeringen kan aan u of uw tandarts worden gevraagd om een verklaring in te vullen over de gebitstoestand. Als u nu al aanvullend verzekerd bent, zal uw verzekeraar u voor 16 december 2005 een aanbod doen voor een basisverzekering en een aanvullende verzekering. Voor die basis- en aanvullende verzekering (vergelijkbaar met de verzekering die u nu al heeft) zal hij eenmalig niet op gezondheid of leeftijd selecteren. Het aanbod voor de aanvullende verzekering kunt u tot 1 maart 2006 accepteren.

5. Betaalt iedereen evenveel voor een aanvullende verzekering?

Nee, dat is afhankelijk van de verzekeraar en het pakket dat u kiest. Zorgverzekeraars kunnen voor verschillende pakketten verschillende premies vragen.

6. Is het noodzakelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten?

Het basispakket van de nieuwe zorgverzekering is wettelijk vastgelegd en is gelijk aan de huidige dekking van het ziekenfonds en dat van de meeste particuliere verzekeringen. Als u deze dekking voldoende vindt hoeft u zich niet aanvullende te verzekeren. Als u deze dekking beperkt vindt, kunt u zich aanvullend verzekeren.

7. Mag een zorgverzekeraar mijn huidige aanvullende verzekeringen opzeggen?

Dat mag uw huidige zorgverzekeraar alleen als dat in de polis van uw aanvullende verzekering staat. Als u nu al aanvullend verzekerd bent doet uw verzekeraar u voor 16 december dit jaar per brief een aanbod voor een basisverzekering met een aanvullende verzekering. Voor die aanvullende verzekering zal hij u toelaten zonder gezondheids- of leeftijdsselectie. Het totale aanbod zal zoveel mogelijk lijken op uw huidige verzekering(en). U heeft tot 1 maart 2006 de tijd om op dit aanbod voor de aanvullende verzekering in te gaan. Heeft u eenmaal bij een zorgverzekeraar een basisverzekering en een aanvullende verzekering en besluit u, bijvoorbeeld per 1 januari 2007, om voor de basisverzekering naar een andere zorgverzekeraar te gaan, dan mag uw huidige zorgverzekeraar niet om die reden uw aanvullende verzekering beëindigen.

8. Mag ik mijn basispakket en mijn aanvullende verzekering bij twee verschillende zorgverzekeraars afsluiten?

Ja, u mag uw basispakket en aanvullende verzekering bij twee verschillende zorgverzekeraars afsluiten. Wij adviseren u hier vooraf wel over te informeren omdat niet iedere verzekeraar dit doet.

9. Mag de verzekeraar voor het sluiten van een aanvullende verzekering ook een gezondheidsverklaring of een medische controle vragen?

Ja, dat mag. Voor uitgebreidere tandheelkundige verzekeringen kan aan u of uw tandarts worden gevraagd om een verklaring in te vullen over de gebitstoestand.

Maar als u nu ten opzichte van het ziekenfondspakket aanvullend gedekt bent, zal uw huidige verzekeraar u éénmalig een aanvullende verzekering aanbieden. Hij zal u zonder gezondheidsverklaring of medische controle voor die aanvullende verzekering accepteren. Dat hebben de verzekeraars met elkaar afgesproken. U kunt het aanbod voor de aanvullende verzekering tot 1 maart 2006 accepteren.

10. Hoe kan ik het aanbod van verschillende aanvullende verzekeringen vergelijken?

U kunt de verschillende zorgverzekeraars op het gebied van service, prijs en kwaliteit met elkaar vergelijken op de internetsite: www.kiesbeter.nl. Deze site wordt vanaf het najaar geactualiseerd (uiterlijk 16 december, de datum waarop verzekeraars hun aanbod uiterlijk doen).

Vragen over de verzekeringspolis

Vragen over de verzekeringspolis/aanbod van zorgverzekeraars

1. Wanneer krijg ik meer inzicht in het aanbod van zorgverzekeraars?

Het is op dit moment onzeker wat de zorgverzekeraars gaan doen: wat voor soort verzekeringen ze gaan aanbieden, wat de hoogte van de premie en de aard van de verzekering zal zijn. Pas in de loop van dit najaar komt er meer bekendheid over de feitelijke ontwikkelingen bij zorgverzekeraars. Uiterlijk 16 december 2005 ontvangen verzekerden van hun huidige zorgverzekeraar een aanbod voor de nieuwe basisverzekering. Dit aanbod is integraal (basispakket én aanvullend als u nu ook aanvullend bent verzekerd) en hierdoor afgestemd op uw huidige verzekeringsdekking. Voor zowel het basispakket als die aanvullende verzekering moet uw verzekeraar u tot 1 maart 2006 toelaten zonder selectie naar risico, leeftijd en geslacht. U kunt ook voor een andere basisverzekering of zorgverzekeraar kiezen.

2. Wat is het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis?

Een naturapolis is vergelijkbaar met de huidige ziekenfondspolis. Dat wil zeggen dat de verzekerde geen vergoeding krijgt, maar de zorg in natura wordt verleend. De zorgverzekeraar moet zorg inkopen en in principe gaat de verzekerde naar een gecontracteerde zorgaanbieder. De tandarts stuurt zijn nota niet direct naar de patiënt, maar regelrecht naar de zorgverzekeraar.

Bij een restitutiepolis krijgt de verzekerde de verleende zorg volledig vergoed indien dit binnen de WVG-tarieven valt. Hij hoeft niet naar een gecontracteerde zorgaanbieder, maar kan zijn zorgaanbieder zelf kiezen. De nota van de tandarts gaat naar de patiënt die zelf zijn vergoeding regelt.

3. Is de premie voor een naturapolis net zo hoog als voor een restitutiepolis?

De verwachting is dat de premie voor een naturapolis lager is. Het idee hierachter is dat deze zorg direct wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar waardoor er sprake is van minder administratieve lasten (lees kosten).

4. Kunnen verzekerden worden verplicht om een naturapolis af te sluiten?

Nee, verzekerden zijn vanaf 1 januari 2006 vrij in hun keuze voor een zorgverzekeraar en in hun keuze voor de soort polis.

5. Kan een verzekerde met een naturapolis toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder?

Ja, dat kan maar de verzekerde krijgt dan een percentage van zijn rekening vergoed door de zorgverzekeraar. Hoe hoog dit percentage zal zijn is nog niet bekend. Het resterende percentage zal de verzekerde zelf moeten betalen.

6. Mag ik mijn basispakket en mijn aanvullende verzekering bij twee verschillende zorgverzekeraars afsluiten?

Ja, u mag uw basispakket en aanvullende verzekering bij twee verschillende zorgverzekeraars afsluiten. Wij adviseren u hier vooraf wel over te informeren omdat niet iedere verzekeraar dit doet.

7. Ik heb met mijn tandarts een nieuwe afspraak gemaakt voor januari 2006. Ik weet nu nog niet hoe ik dan verzekerd ben en mijn tandarts weet op dit moment nog niet met welke zorgverzekeraars hij een overeenkomst heeft. Hoe kan hiermee worden omgegaan?

Op dit moment wordt er gewerkt aan een overgangsregeling in het kader van de Invoering- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (de wet die de uiteindelijke invoering van de Zorgverzekeringswet mogelijk moet maken). Hoe deze overgangsregeling er precies uitgaat zien is op dit moment nog niet duidelijk. De NMT heeft de vraag hoe in deze situatie te handelen voorgelegd aan het ministerie van VWS. Zodra hier meer duidelijkheid over is, wordt het antwoord op www.TandartsenNet.nl geplaatst.

8. Wordt de huidige particulier verzekerde in de nieuwe basisverzekering beperkt in zijn/haar keuzevrijheid ten aanzien van protheses?

Ja, de keuzevrijheid voor een prothese wordt beperkt. Een particulier verzekerde krijgt nu vaak een bepaald bedrag voor een volledige prothese vergoed, waardoor hij/zij zelf kan kiezen waar en hoe een prothese wordt geleverd. Het ziet er naar uit dat zorgverzekeraars gaan sturen en zo meer willen bepalen waar de prothese wordt gemaakt.