

Op 1 januari 2006 krijgen we in Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel. Het is goed om nú al te weten wat er allemaal verandert, en welke stappen je moet nemen om goed verzekerd te blijven. Dit zijn de belangrijkste feiten.

Alles over de nieuwe zorgverzekering

Eén basisverzekering tegen ziektekosten voor iedereen

Je hebt er vast al veel over gehoord: per 1 januari 2006 verandert het huidige zorgverzekeringsstelsel. De overheid voert dan namelijk de Zorgverzekeringswet in. Deze wet maakt een einde aan de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Hiervoor in de plaats komt er één basisverzekering voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont of in Nederland werkt en hier loonbelasting betaalt. Deze basisverzekering is qua dekking vergelijkbaar met de huidige ziekenfondsverzekering en bevat alle noodzakelijke zorg, zoals het ziekenhuis en de huisarts. Daarnaast omvat het pakket kortdurende geestelijke gezondheidszorg, dat nu nog onder de Algemene Wet Bijzondere Bijstand (AWBZ) valt.

De nieuwe zorgverzekering is voor iedereen toegankelijk, ongeacht leeftijd, gezondheid of inkomen. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor een door de overheid wettelijk vastgesteld pakket. Verder moeten zij iedere verzekerde – ook ouderen en mensen met hoge ziektelasten - dezelfde premie in rekening brengen. Iedere burger is op zijn beurt verplicht zich tegen ziektekosten te verzekeren. Wie dat wil, kan zich laten bijverzekeren voor ziektekosten die buiten het pakket vallen, zoals tandartskosten voor volwassenen.

Hoeveel premie ga ik betalen?

Iedere verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder gaat voor de nieuwe zorgverzekering een nominale premie betalen, die naar schatting ongeveer € 1100 per jaar zal bedragen. Dat geldt óók voor mensen met een uitkering en studenten van 18 jaar of ouder. Kinderen onder de 18 hebben wel verzekeringsplicht, maar hoeven geen nominale premie te betalen. Je kunt kiezen voor een eigen risico, oplopend van € 100 tot maximaal € 500. Hoe hoger je eigen risico, hoe lager je nominale premie.

Naast de nominale premie betaalt elke verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage, die naar verwachting 6,25 % van het belastbare inkomen zal zijn. Deze bijdrage wordt ingehouden op je loon of uitkering, en wordt verplicht vergoed door de werkgever of de uitkeringsinstantie. Zelfstandigen ontvangen een aanslag van de Belastingdienst.

De zorgtoeslag

Voor veel mensen zal de maandelijkse premie voor de nieuwe zorgverzekering beduidend hoger zijn dan de premie die ze nu voor hun ziekenfondsverzekering betalen. Naast de Zorgverzekeringswet treedt er op 1 januari 2006 de Wet op de Zorgtoeslag in werking. Mensen die meer dan een bepaald percentage van hun inkomen aan premie betalen, ontvangen een tegemoetkoming in de kosten in de vorm van een wettelijke zorgtoeslag. De Belastingdienst bepaalt de hoogte van de zorgtoeslag op basis van je inkomen en dat van je eventuele partner. Ben je een alleenstaande met een toetsingsinkomen tot € 25.339 bruto? Dan

heb je maximaal recht op € 421 zorgtoeslag per jaar. Heb je een zogenoemde toeslagpartner, en is jullie toetsingsinkomen samen niet hoger dan € 40.720, dan hebben jullie samen maximaal recht op € 1.190 zorgtoeslag per jaar. De bedragen worden overig pas definitief na de behandeling van de rijksbegroting 2006 in oktober 2005.

Je kunt de toeslag aanvragen met een speciaal aanvraagformulier dat iedereen ontvangt die in bovenstaande inkomenscategorieën valt. Heb je geen formulier ontvangen, terwijl je denkt wel in aanmerking te komen voor de zorgtoeslag, dan kun je het formulier aanvragen bij de Belastingdienst. Wanneer je het formulier vóór 1 november 2005 ingevuld terugstuurt, krijg je de eerste maandelijkse betaling van je zorgtoeslag op je rekening gestort voordat je premie voor je zorgverzekering moet gaan betalen.

De no-claimkorting, die dit jaar al is ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden, blijft voor de nieuwe basisverzekering gewoon bestaan. Dit houdt in dat wie minder dan € 255 per jaar aan zorgkosten besteedt, het resterende bedrag op zijn rekening krijgt teruggestort. Een bezoek aan de huisarts en kraam- en verloskundige zorg tellen niet mee voor de no-claim.

Een nieuwe zorgverzekering, waarom eigenlijk?

De overheid wil minder verschillende regelingen binnen het zorgverzekeringsstelsel, zodat er meer overzicht en eenduidigheid ontstaat. Doordat de basisverzekering voor iedereen gelijk is, gaan de zorgverzekeraars beter letten op de kosten en hun klantgerichtheid in de zorg. Zo kunnen zij zich onderscheiden op basis van prijs, kwaliteit en service. En dat is in het voordeel van de verzekerden, van jou dus!

Ben ik gebonden aan mijn oude verzekeraar?

Nee. De verzekering die je nu hebt, stopt automatisch. Uiterlijk op 16 december 2005 ontvang je van je huidige verzekeraar een aanbod, voor zowel de basisverzekering als een eventuele aanvullende verzekering. Je kunt dit aanbod vergelijken met dat van andere zorgverzekeraars, onder andere via de website www.kiesbeter.nl (vanaf 1 december 2005). Het aanbod van de verzekeraars geldt tot 1 maart 2006. De overheid wil wettelijk regelen dat als je op 1 januari 2006 nog niet hebt gereageerd, je toch vanaf 1 januari wettelijk verzekerd zult zijn. Wil je alsnog veranderen van verzekeraar, dan kun je tot 1 maart 2006 je verzekering met terugwerkende kracht opzeggen. Daarna heb je nog tot 1 mei 2006 de tijd om (met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006) een nieuwe zorgverzekering uit te kiezen. Je mag dus veranderen van verzekeraar en je krijgt daar ook voldoende tijd voor. Op welk moment je je zorgverzekering ook afsluit, je betaalt altijd premie vanaf 1 januari 2006.

Hoeveel zorgtoeslag krijg ik?

Om alvast een idee te krijgen van de hoogte van je zorgtoeslag, kun je via www.toeslagen.nl heel eenvoudig on line een berekening laten uitvoeren. Let op: de bedragen in de proefberekening zijn indicaties. Er kunnen geen rechten aan worden ontleend. Hier volgt een rekenvoorbeeld:

Maaïke werkt parttime en verdient € 9.000 bruto per jaar. Haar man Tim heeft een jaarsalaris van € 23.000. Hun toetsingsinkomen samen is niet hoger dan € 40.720, zodat Maaïke en Tim aanspraak kunnen maken op zorgtoeslag. Op basis van hun inkomen hebben ze recht op een jaarlijkse toeslag van € 460.

De voorlichtingscampagne

De overheid wil dat alle Nederlanders goed op de hoogte raken met de nieuwe regelingen voor de zorgverzekering. Daarom is er vanaf 1 juli van dit jaar een uitgebreide voorlichtingscampagne van start gegaan. Via radio- en televisiespotjes, artikelen in huis-aan-huisbladen en een brief met brochure die iedereen in de brievenbus heeft gekregen, wordt de informatie landelijk verspreid.

Meer weten? Kijk op www.denieuwezorgverzekering.nl.

Tekst: Belinda Fallaux

Bronnen: www.minvws.nl, Belastingdienst.

© <http://www.belindafallaux.nl/>