
726

Besluit van 23 december 2004 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in verband met invoering van een no-claimteruggaaf

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 oktober 2004, Z/VU-2525404, gedaan in overeenstemming met Onze Minister van Economische Zaken, Onze Minister van Financiën en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op artikel 18a, tweede en zesde lid, van de Ziekenfondswet;

De Raad van State gehoord (advies van 3 november 2004, nr. W13.04.0503/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 december 2004, Z/VU-2538651, uitgebracht in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Na artikel 2a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering wordt ingevoegd:

§ 1a. No-claimteruggaaf

Artikel 2b

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 18a, tweede lid, eerste volzin, van de Ziekenfondswet bedraagt: € 255.

2. Het indexcijfer, bedoeld in artikel 18a, zesde lid, onderdeel f, van de Ziekenfondswet, betreft het percentage waarmee het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, op 1 juli van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, is gewijzigd ten opzichte van het minimumloon op 1 juli van het tweede jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

3. Het met toepassing van het tweede lid berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van een hele euro.

4. Bij de jaarlijkse toepassing van het indexcijfer wordt de afronding buiten beschouwing gelaten.

Artikel 2c

1. De uitkering waarop verzekerden ingevolge artikel 18a van de Ziekenfondswet aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft uitgekeerd, door overmaking op de bankrekening van degene die de nominale premie heeft betaald, tenzij de verzekerde anders heeft aangegeven.

2. Voor de toepassing van artikel 18a, eerste lid, van de Ziekenfondswet wordt als kosten van de gebruikte zorg in aanmerking genomen het bedrag dat voor die zorg in rekening is gebracht.

3. Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan het ziekenfonds bij de berekening van de uitkering geen rekening kon houden, wordt de uitkering uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, gecorrigeerd.

Artikel 2d

1. Indien de verzekerde slechts gedurende een deel van het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, bij een ziekenfonds was ingeschreven, wordt het bedrag, bedoeld in artikel 2b, gedeeld door het aantal dagen van dat kalenderjaar en vermenigvuldigd met het aantal dagen dat de verzekerde bij dat ziekenfonds was ingeschreven.

2. Indien voor de verzekerde slechts een deel van het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, nominale premie verschuldigd was, wordt het bedrag, bedoeld in artikel 2b, gedeeld door het aantal dagen van dat kalenderjaar en vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover nominale premie werd betaald.

3. Indien het eerste of het tweede lid van toepassing is, worden voor de berekening van de uitkering slechts in aanmerking genomen de kosten van de zorg waarvan de verzekerde gebruik heeft gemaakt in het desbetreffende deel van het kalenderjaar.

ARTIKEL II

Indien het bij koninklijke boodschap van 22 maart 2004 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (Kamerstukken 29 483) tot wet is verheven en in werking treedt, treedt dit besluit op hetzelfde tijdstip in werking.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 23 december 2004

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *dertigste* december 2004

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid j° vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

Met ingang van 1 januari 2005 is in de Ziekenfondswet (Zfw) een no-claimteruggaveregelings ingevoerd. Daarmee is geregeld dat een verzekerde van achttien jaar en ouder na afloop van het kalenderjaar een uitkering ontvangt indien hij of zij in dat jaar geen of weinig gebruik heeft gemaakt van zorg waarop op grond van de Zfw aanspraak bestaat. Deze uitkering wordt verder no-claimteruggaaf genoemd. Het onderhavige besluit strekt tot uitvoering van het tweede en zesde lid van artikel 18a van de Zfw. Daartoe is het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering aangepast.

2. Artikelen

Artikel I

Artikel 2b

Artikel 2b betreft uitvoering van artikel 18a, tweede lid en zesde lid, onderdeel f, van de Zfw. De eerste aanpassing van het bedrag van de no-claimteruggaaf op basis van het indexcijfer zal plaatsvinden per 1 januari 2006 en gelden voor het jaar 2006 (dat betreft dus de in 2007 uit te betalen uitkering). Voor het indexcijfer is uitgegaan van artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van het Bijdragebesluit zorg; dit betekent dat de indexering geschiedt aan de hand van de indexering van het minimumloon.

De afrondingsregels in het derde en vierde lid komen overeen met de afrondingsregels die gelden voor het eigen risico op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998.

Artikel 2c

Artikel 2c, eerste lid, geeft uitvoering aan artikel 18a, zesde lid, onderdeel a, van de Zfw. Het ziekenfonds is verplicht om uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, de uitkering uit te betalen.

Omdat de persoon die de nominale premie verschuldigd is, niet altijd dezelfde is als de persoon die recht heeft op een no-claimteruggaaf, is het van belang dat de verzekerde die recht heeft op de no-claimteruggaaf aangeeft op welke rekening een eventuele no-claimteruggaaf gestort moet worden indien hij niet wil dat het bedrag gestort wordt op de rekening van de persoon die de nominale premie betaalt. De verzekerde die recht heeft op de no-claimteruggaaf bepaalt op welke rekening het bedrag wordt gestort.

Aangezien de Stichting Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden te Amsterdam voor zeelieden de nominale premie jaarlijks op € 0 vaststelt, hebben zeelieden geen recht op een no-claimteruggaaf. Voor hen is immers geen nominale premie verschuldigd.

Artikel 2c, tweede lid, geeft uitvoering aan artikel 18a, zesde lid, onderdeel e, van de Zfw. Voor de berekening van de no-claimteruggaaf worden de kosten die bij het ziekenfonds voor het gebruik van zorg in rekening worden gebracht, in aanmerking genomen. Dat zal in beginsel het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief zijn.

Voor zorg waarop tarifiering op basis van een diagnose behandelcombinatie (dbc) van toepassing is, geldt als tijdstip waarop de zorg is genoten, de datum waarop de dbc wordt geopend (artikel 18a, vierde lid, van de Zfw).

Op het aan het ziekenfonds in rekening gebrachte tarief zijn de eventueel verschuldigde eigen bijdragen reeds door de aanbieder in mindering gebracht. De verzekerde betaalt immers de eigen bijdrage aan de zorgaanbieder.

Als na vaststelling van de uitkering nog rekeningen voor in het desbetreffende jaar genoten zorg bij het ziekenfonds binnenkomen, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, hebben deze kosten ingevolge het derde lid van artikel 2c gevolgen voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggaaf. Dit kan nog tot en met uiterlijk 31 maart van het kalenderjaar daarna. Bijvoorbeeld rekeningen voor de in 2005 genoten zorg die nog binnenkomen nadat de no-claimteruggaaf in 2006 al is uitgekeerd, maar vóór 1 april 2007, kunnen ertoe leiden dat de vastgestelde no-claimteruggaaf over 2005 alsnog lager wordt vastgesteld; daardoor ontstaat er een vordering van het ziekenfonds op de verzekerde aan wie de no-claimteruggaaf is uitbetaald. Voor zover de betrokken verzekerde op dat latere tijdstip nog is ingeschreven bij hetzelfde ziekenfonds, kan de terugbetaling – voor zover dat mogelijk is – eventueel worden verrekend met de no-claimteruggaaf over 2006. Als de verzekerde over 2006 geen no-claimteruggaaf van dat ziekenfonds ontvangt, omdat hij in 2006 veel zorg heeft geconsumeerd of omdat hij inmiddels is ingeschreven bij een ander ziekenfonds, zal het ziekenfonds op andere wijze tot verrekening met de verzekerde moeten komen. Rekeningen met betrekking tot zorg in 2005 die ná 31 maart 2007 binnenkomen, tellen niet meer mee.

Artikel 2d

Artikel 2d geeft uitvoering aan artikel 18a, zesde lid, onderdelen b en c, van de Zfw.

In het eerste lid juncto het derde lid is een uitkering naar rato geregeld in geval de verzekerde slechts een deel van het kalenderjaar bij een ziekenfonds was ingeschreven. In het tweede lid juncto het derde lid is een uitkering naar rato geregeld in het geval dat voor de verzekerde slechts een deel van het kalenderjaar nominale premie verschuldigd was.

Stel: een verzekerde wisselt na drie maanden van ziekenfonds en gedurende het hele kalenderjaar wordt voor of door hem nominale premie betaald, dan geldt voor hem bij het oude ziekenfonds een no-claimteruggaaf van maximaal € 63,75 en bij het nieuwe ziekenfonds een no-claimteruggaaf van maximaal € 191,25. Indien de verzekerde gedurende de eerste twee maanden bijvoorbeeld € 600 aan kosten maakt en de rest van het jaar niet, ontvangt hij na afloop van het kalenderjaar van het eerste ziekenfonds geen no-claimteruggaaf en van het tweede ziekenfonds een no-claimteruggaaf van € 191,25. Is het omgekeerde het geval, dan ontvangt hij van het eerste ziekenfonds een no-claimteruggaaf van € 63,75 en van het tweede niets. In beide situaties heeft de verzekerde een voordeel ten opzichte van de situatie dat hij of zij niet van ziekenfonds zou zijn gewisseld. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting op artikel 18a, zesde lid, onderdelen b en c, van de Zfw, is hiervoor omwille van de eenvoud gekozen boven uitwisseling van gegevens tussen de ziekenfondsen. Anders zou er sprake zijn van een hoge belasting voor de uitvoering. Overigens is het wisselen van ziekenfonds tijdens een kalenderjaar slechts mogelijk na een tussentijdse premieverhoging en noodzakelijk indien de verzekerde verhuist naar een woonplaats buiten het werkgebied van het ziekenfonds. In de praktijk blijken deze situaties maar weinig voor te komen. Er wordt met de invoering van de

no-claimteruggaaf dus geen aanleiding gegeven om veelvuldig van ziekenfonds te wisselen.

Indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, bij meer dan een ziekenfonds was ingeschreven, bepaalt en betaalt elk ziekenfonds zijn deel van de uitkering.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst