

Wijziging Regeling zorgverzekering en de Aanpassingsregeling Zorgverzekeringswet

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 februari 2008, nr. Z/F-2825510, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering en de Aanpassingsregeling Zorgverzekeringswet (actualisering enkele financieringsbepalingen)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.5.9 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet;

Besluit:

Artikel I

In artikel 5.3 van de Regeling zorgverzekering wordt '2006' telkens vervangen door: 2007.

Artikel II

Artikel 5.3 van de Regeling zorgverzekering zoals dat na inwerkingtreding van artikel I is komen te luiden, wordt als volgt gewijzigd:

1. Het jaartal '2007' wordt telkens vervangen door: 2008.
2. Onderdeel c wordt vervangen door: c. het geraamde totaalbedrag aan verplicht eigen risico dat over het kalenderjaar 2008 door verzekerden zal worden betaald, verminderd met het geraamde totaalbedrag dat het Centraal Administratiekantoor op grond van artikel 118a van de Zorgverzekeringswet aan de daar bedoelde verzekerden zal uitkeren.

Artikel III

In artikel 9.1 van de Aanpassingsregeling Zorgverzekeringswet wordt '€ 2.500.000.000' vervangen door: € 2.800.000.000.

Artikel IV

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.
2. De artikelen I en III werken terug tot en met 1 januari 2007.
3. Artikel II werkt terug tot en met 1 januari 2008.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
A. Klink.*

Toelichting

Algemeen

De voorliggende regeling beperkt zich tot actualisering van een tweetal bepalingen die van belang zijn voor de financiering van de zorgverzekeringen als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De regeling bevat geen beleidswijzigingen ten opzichte van wat reeds in de openbaarheid is gebracht.

Artikelsgewijs

Artikelen I en II

Het is de bedoeling dat 50% van de totale uitgaven voor geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw wordt gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdragen, bedoeld in paragraaf 5.2 van die wet. De rest van de kosten wordt vooral gefinancierd uit door de zorgverzekeraars te heffen (nominale) premies, en uit een rijksbijdrage. Vanaf 1 januari 2008 zullen bovendien eigen betalingen in de vorm van een verplicht eigen risico een rol van betekenis gaan spelen. De hiervoor bedoelde zogenaamde 'fifty-fifty-regel' is neergelegd in artikel 45, vierde lid, van de Zvw: het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt zodanig vastgesteld, dat aan inkomensafhankelijke bijdragen 50% van de geraamde totale benodigde inkomsten zal binnenkomen. In artikel 5.3 van de Regeling zorgverzekering is op dit moment voor het jaar 2006 neergelegd uit welke posten deze benodigde inkomsten bestaan.

Artikel I zorgt er in combinatie met artikel IV, tweede lid, voor, dat dezelfde posten voor het jaar 2007 gelden.

Artikel II regelt, in combinatie met artikel IV, derde lid, de posten die voor het jaar 2008 bij het vaststellen van het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage in aanmerking zijn genomen. Anders dan voor het jaar 2007, noodzaakte de inwerkingtreding – per 1 januari 2008 – van de Wet van 15 november 2007, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (Stb. 2007, 490) voor het jaar 2008 wél tot een inhoudelijke wijziging.

In de rekenpremie, die op grond van artikel 5.3, onderdeel a, van de Regeling zorgverzekering als inkomstenpost wordt meegeteld, zal vanaf 1 januari 2008 geen opslag voor de no-

claimteruggave meer verdisconteerd zijn. Dat hoefde niet in dat onderdeel a geregeld te worden, aangezien dit reeds in artikel I, onderdeel A van het Besluit van 12 december 2007, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (Stb. 2007, 542), geregeld is, en wel door middel van een aangepaste definitie van het begrip 'nominale rekenpremie', waarnaar artikel 5.3, onderdeel a, van de regeling op zijn beurt verwijst. Aan de andere kant komt de op dit moment in onderdeel c van artikel 5.3 opgenomen aftrekpost voor de uit te keren no-claimteruggave te vervallen.

In plaats van de no-claimteruggave, geldt per 1 januari een eigen risico van € 150 voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder. Het nieuwe onderdeel c van artikel 5.3 houdt rekening met het geraamde totaalbedrag aan zorgkosten dat deze verzekerden onder dit eigen risico voor eigen rekening zullen moeten nemen. Van dit bedrag wordt afgetrokken het totaalbedrag aan compensatie voor het eigen risico, dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten op grond van artikel 118a Zvw van het Centraal Administratiekantoor zullen ontvangen (in 2008 gaat het daarbij om € 47 per persoon).

Artikel III

Met ingang van 1 januari 2008 is geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de dekking van de zorgverzekering komen te vallen. Tot die datum viel die zorg onder de aanspraken als bedoeld in de AWBZ. Wel werd deze AWBZ-zorg sinds 1 januari 2006 – dus in de jaren 2006 en 2007 – al uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd. Dit is geregeld in artikel 2.5.9 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet. Het bedrag waar het om gaat is in artikel 9.1 van de Aanpassingsregeling Zorgverzekeringswet gesteld op 2,5 miljard euro. Dit bedrag is juist voor het jaar 2006. Voor 2007 gaat het echter om een bedrag van 2,8 miljard euro. Dit wordt in artikel III juncto artikel IV, tweede lid, voor dat jaar alsnog geregeld. Doordat artikel 2.5.9 op 1 januari 2008 is uitgewerkt, beperkt de wijziging zich tot het jaar 2007.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
A. Klink.*