

---

## 542

### **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**

---

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 23 november 2007, Z/VU-2814970;

Gelet op de artikelen 18a, vijfde en zesde lid, 20, 32, tweede lid, 34, derde lid, en 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 6 december 2007, no.W13.07.0442/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2007, Z/VU-2819237;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel g vervalt: inclusief de nominale premie no-claim,.

2. Onderdeel h komt te luiden:

h. het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico: het geraamde bedrag dat verzekerden gemiddeld op grond van artikel 18a, eerste lid, van de wet in een kalenderjaar aan de zorgverzekeraar betalen.

3. In onderdeel i wordt «verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave voor alle verzekerden tezamen» vervangen door: vermeerderd met het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico van alle verzekerden tezamen.

B

Artikel 2.17 komt te luiden:

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen buiten het verplicht eigen risico indien deze verband houden met:

- a. zwangerschap, bevalling en kraambed;
- b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en
- c. mondzorg bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.

2. De dag, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de wet, is 31 december.

3. In afwijking van het tweede lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het tweede lid genoemde dag is ingediend.

C

Voor artikel 2.18 vervalt de aanduiding «§ 3. De no-claimteruggave».

D

Artikel 2.18 komt te luiden:

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.

2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

E

Artikel 2.19 vervalt.

F

Artikel 3.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt «de geraamde gemiddelde no-claimteruggave» vervangen door: de gemiddelde betaling van het verplicht eigen risico.

2. In het vierde lid wordt «de geraamde gemiddelde no-claimteruggave» vervangen door: het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico.

G

In artikel 3.13, tweede lid, wordt «de gemiddelde no-claimteruggave» vervangen door: het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico.

H

Artikel 3.17 komt te luiden:

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, wordt verlaagd met de specifiek voor de verzekeraar geraamde betaling van het verplicht eigen risico en dat het College zorgverzekeringen bij het in mindering brengen van de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie op het berekende normatieve bedrag niet verlaagt met het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico.

I

Na hoofdstuk 3 wordt een nieuw hoofdstuk ingevoegd, luidende:

### **HOOFDSTUK 3A. DE COMPENSATIE VOOR HET VERPLICHT EIGEN RISICO**

#### **Artikel 3a.1**

Verzekerden hebben recht op de uitkering bedoeld in artikel 118a, eerste lid, van de wet indien zij de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's of indien zij op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

### **ARTIKEL II**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2008.

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

's-Gravenhage, 12 december 2007

Beatrix

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

Uitgegeven de *twintigste* december 2007

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

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

### Algemeen deel

Met ingang van 1 januari 2008 is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) de no-claimteruggave afgeschaft en vervangen door een verplicht eigen risico. Hiermee is uitwerking gegeven aan de afspraken die hieromtrent in het Coalitieakkoord (Kamerstukken II 2006/07, 30 891, nr. 4) zijn gemaakt. Het verplicht eigen risico houdt in dat verzekerden van achttien jaar en ouder de kosten van zorgprestaties waarvoor zij op grond van de Zvw zijn verzekerd, tot een bepaald maximum – in 2008 €150 – voor eigen rekening dienen te nemen. Daartoe is het Besluit zorgverzekering aangepast.

Voor de afwikkeling van de no-claimteruggave over het jaar 2007 blijven de bepalingen zoals deze luiden op de dag voorafgaande aan de dag waarop dit besluit in werking is getreden, wel van toepassing. Dit is bepaald in artikel XI van de Wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico.

### Artikelsgewijs

#### *Artikel I*

##### *A*

Zorgkosten werden in mindering gebracht op de € 255 no-claimteruggave die een verzekerde achteraf terug kon krijgen van zijn zorgverzekeraar. Deze € 255 was voorgefinancierd in de nominale premie die de verzekerde aan zijn zorgverzekeraar betaalde. Bij een verplicht eigen risico is er geen sprake van voorfinanciering. De verzekerden krijgen niet achteraf een bedrag terug van hun zorgverzekeraar, maar dienen, als zij zorgkosten hebben, deze zelf te betalen tot een bedrag van maximaal € 150 per kalenderjaar. Om deze reden dienen bij het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico de definities van de nominale rekenpremie en het macro-prestatiebedrag te worden aangepast. De definitie van de gemiddelde no-claimteruggave is vervallen en wordt vervangen door de definitie van het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico. Bij de nominale rekenpremie dient geen rekening meer te worden gehouden met het bedrag dat door de verzekerde wordt betaald als voorfinanciering van de no-claimteruggave, daarom komt dit in de definitiebepaling van de nominale rekenpremie te vervallen. Het macro-prestatiebedrag wordt niet meer verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave, maar dient juist te worden vermeerderd met de gemiddelde opbrengsten die de zorgverzekeraar heeft, doordat zijn verzekerden een verplicht eigen risico hebben. Net als bij de no-claimteruggave betreft het uiteraard enkel de verzekerden van achttien jaar en ouder.

##### *B*

#### *– eerste lid*

In het eerste lid van artikel 2.17 is, net als bij de no-claimteruggave het geval was, geregeld dat de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg en zorg zoals huisartsen die plegen te bieden niet meetellen voor het verplicht eigen risico. Ook tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 21 jaar, voor zover het betreft de jeugdtandzorg die met ingang van 1 januari 2008 onder de Zvw-prestaties is gebracht, is uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Deze uitzondering van het verplicht eigen risico voor verzekerden tot en met 21 jaar heeft geen betrekking op de kaakchi-

rurgie met bijbehorend röntgenonderzoek, de volledige gebitsprothese en de bijzondere tandheelkunde. Reden hiervoor is dat deze vormen van tandheelkundige zorg voor de bedoelde groep verzekerden voor 2008 ook al tot de verzekerde prestaties behoorden.

*– tweede en derde lid*

Ten gevolge van een amendement van het kamerlid Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 30) is in artikel 18a, vijfde lid, van de wet opgenomen dat bij algemene maatregel van bestuur een uiterste dag wordt bepaald waarop rekeningen voor zorg of overige diensten door de zorgverzekeraar dienen te zijn ontvangen willen ze nog op het verplicht eigen risico in mindering worden gebracht. Rekeningen die na die dag door de zorgverzekeraar zijn ontvangen, tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. In het tweede lid van artikel 2.17 is de dag vastgesteld op 31 december van het jaar volgend op het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. Dit houdt in dat rekeningen waarop het verplicht eigen risico van het jaar 2008 in rekening moet worden gebracht, voor 31 december 2009 moeten zijn ontvangen.

Een DBC wordt in sommige gevallen pas na een jaar gesloten, met als gevolg dat het bepalen van een eerdere datum zou betekenen dat veel van de rekeningen van DBC's niet bij het verplicht eigen risico in rekening kunnen worden gebracht. Indien iemand tijdens de kerstdagen van 2008 in het ziekenhuis wordt opgenomen en er een DBC wordt geopend, zal die DBC wellicht pas op 25 december 2009 worden gesloten. De rekening moet dan nog worden verstuurd. Het is onwenselijk dat zorgverzekeraars inkomsten van het verplicht eigen risico mislopen. Daarom is het niet wenselijk hiervoor een eerdere datum te bepalen dan 31 december.

Het tweede lid van artikel 2.17 geeft aan dat de zorgverzekeraar rekeningen die door toedoen van de verzekerde na deze datum binnenkomen, wel ten laste van het verplicht eigen risico mag brengen. In de praktijk zal dit niet veel voorkomen aangezien dit vooral speelt bij verzekeraars met een restitutiepolis en veel zorgverzekeraars in hun polis hebben opgenomen dat kosten van zorg niet worden vergoed als de rekening niet binnen een jaar na het verzekeringsjaar door de verzekerde wordt ingediend.

*C en E*

Aangezien de no-claimteruggave is vervangen door een verplicht eigen risico komt de paragraaf over de no-claimteruggave te vervallen.

*D*

Artikel 2.18 komt inhoudelijk overeen met het oude artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering. Kosten van inschrijving bij een huisarts worden niet in rekening gebracht bij het vrijwillig eigen risico. Het consult van de huisarts kan wel onder het vrijwillig eigen risico vallen. Zorgverzekeraars hebben echter wel de mogelijkheid om in hun zorgpolissen op te nemen dat ook het consulttarief buiten het vrijwillig eigen risico valt. Bij het verplicht eigen risico worden zowel de inschrijfkosten als het consulttarief buiten beschouwing gelaten.

*F*

De bijdrage die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) toekent aan de zorgverzekeraar wordt berekend door de deelbedragen per categorie van prestaties te sommeren tot één normatief bedrag. Dit normatieve bedrag wordt verminderd met de nominale rekenpremie, als bedoeld in

artikel 1, onderdeel g. Deze nominale rekenpremie diende toen de no-claimteruggave nog bestond hiervoor wel eerst te worden gecorrigeerd met de geraamde gemiddelde no-claimteruggave. Nu deze niet meer bestaat, dient de nominale rekenpremie te worden gecorrigeerd voor het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 1, onderdeel h. Om dit te realiseren is in artikel 3.7 de geraamde gemiddelde no-claimteruggave vervangen door het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico.

#### G

In artikel 3.13 is aangegeven op welke wijze de vaststelling van de herberekening van het normatieve bedrag dient te worden berekend op grond waarvan het CVZ de bijdrage aan de zorgverzekeraars vaststelt. De bijdrage die het CVZ toekent aan de zorgverzekeraar wordt berekend door de deelbedragen per categorie van prestaties te sommeren tot één normatief bedrag. Dit herberekende normatieve bedrag wordt verminderd met de nominale rekenpremie, als bedoeld in artikel 1, onderdeel g. Deze nominale rekenpremie diende hiervoor wel eerst te worden gecorrigeerd met de geraamde gemiddelde no-claimteruggave. Nu er geen no-claimteruggave meer bestaat, dient de nominale rekenpremie gecorrigeerd te worden voor het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico. Om dit te realiseren is artikel 3.13 gewijzigd.

#### H

Op basis van artikel 22 van de Zvw hebben verzekerden recht op een no-claimteruggave tot het jaar 2008. De te verwachten gemiddelde no-claimteruggave die zorgverzekeraars moeten betalen, is afhankelijk van hun verzekerden populatie. Verzekeraars met een jonge, gezonde populatie moeten naar verwachting vaker een no-claimteruggave betalen dan zorgverzekeraars met een oudere, ongezonder populatie. Hiermee dient in de risicoverevening rekening te worden gehouden, omdat als dat niet zou gebeuren er verstoring in het gelijke speelveld tussen verzekeraars optrad. Op grond van artikel 3.17 kon bij ministeriële regeling worden bepaald dat bij de vaststelling van de bijdragen per zorgverzekeraar rekening kan worden gehouden met de verschillen in de gemiddelde no-claimteruggave per verzekeraar. Hieraan is uitwerking gegeven in artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering. Ook bij een verplicht eigen risico is het noodzakelijk om hiermee rekening te houden. Zorgverzekeraars ontvangen van verzekerden van 18 jaar en ouder, betalingen vanwege het verplichte eigen risico. Zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie zullen minder betalingen ontvangen dan verzekeraars met een ongezonde populatie. Om te realiseren dat bij ministeriële regeling de bijdrage aan zorgverzekeraars kan worden verlaagd is de tekst van dit artikel aangepast.

#### I

Verzekerden van achttien jaar ouder die meerjarige, onvermijdbare zorgkosten behorende tot een bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen groep hebben, hebben op grond van artikel 118a, eerste lid, van de Zvw recht op een compensatie van het verplicht eigen risico. In artikel 3a.1 is geregeld dat deze groep bestaat uit verzekerden die de twee jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, in bepaalde Farmaceutische Kosten Groepen (FKG's) zijn ingedeeld. Bij ministeriële regeling zal worden bepaald welke FKG's hiervoor zijn aangewezen. Voor het jaar 2008 zullen verzekerden die in 2006 en 2007 zijn ingedeeld in alle FKG's met uitzondering van FKG 4 (hoog cholesterol), recht hebben op de uitkering. De zorgverzekeraars verstrekken aan

het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten BV (CAK-BZ) een opgave van de verzekerden die in 2006 en 2007 in de FKG's met uitzondering van FKG 4, zijn ingedeeld. Op basis van deze door de zorgverzekeraars verstrekte gegevens stelt het CAK-BZ vast welke verzekerden recht hebben op een uitkering ter compensatie van het verplicht eigen risico. De uitkering wordt verstrekt door het CAK-BZ voor het einde van het kalenderjaar.

Ten gevolge van een amendement ingediend door het kamerlid Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 21) is artikel 118a, eerste lid, van de wet zo gewijzigd dat ook bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen groepen verzekerden die in een instelling verblijven als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), recht hebben op de uitkering van het CAK-BZ. Het gaat hier om verzekerden die langdurig in een AWBZ-instelling verblijven. Onder langdurig verblijf wordt in dit verband verstaan een verblijf langer dan een half jaar. Met het oog hierop is in artikel 3a.1 bepaald dat het gaat om verzekerden die op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven. Het CAK-BZ heeft de gegevens over welke verzekerden op 1 juli van het uitkeringsjaar minimaal een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven. Omdat het CAK-BZ de eigen bijdrageregeling in het kader van de AWBZ uitvoert, heeft het uit dien hoofde de gegevens van de bedoelde categorie verzekerden. Deze gegevens vormen samen met de bestanden over de verzekerden die de twee voorafgaande kalenderjaren in een FKG waren ingedeeld, het gegevensbestand op basis waarvan het CAK-BZ de compensatie in het vierde kwartaal uitkeert.

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