

Vergaderjaar 2006–2007

31 094

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMENE DEEL

1.1. Inleiding

Een systeem van eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) stimuleert verzekerden meer afgewogen gebruik te maken van medische voorzieningen. Als verzekerden niet al te snel gebruik maken van medische voorzieningen, neemt de kostenstijging in de gezondheidszorg af en zijn er uiteindelijk gemiddeld lagere kosten voor de verzekerden. Voorts doen eigen betalingen een appèl op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden voor wie het eigen betalingensysteem geldt.

Om deze redenen zijn per 1 januari 2005 in de Ziekenfondswet (Zfw) eigen betalingen ingevoerd in de vorm van de no-claimteruggaveregeling. De no-claimteruggave is in de plaats gekomen van een eigen risico dat in het Hoofdlijnenakkoord (Kamerstukken II 2002/03, 28 637, nr. 19) was afgesproken. Reden voor deze keus was de vriendelijker vormgeving van de no-claimteruggave. De no-claimteruggave vermijdt de liquiditeitsdrempel die het eigen risico met zich meebrengt en geeft positieve in plaats van negatieve prikkels. Daarnaast leidde de no-claimteruggaveregeling in de Zfw tot minder administratieve lasten dan het eigen risico. De no-claimteruggaveregeling die in de Zfw was ingevoerd, is met ingang van 1 januari 2006 ook in de Zvw opgenomen.

De no-claimteruggaveregeling heeft echter ook een aantal nadelen. De remmende werking van de no-claimteruggaveregeling is beperkt. De verzekerde ziet pas achteraf het gevolg van zijn gebruik van medische voorzieningen. Ook de positieve prikkel die de no-claimteruggave geeft in plaats van een negatieve prikkel die in het algemeen van een eigen betaling uitgaat, draagt bij tot een geringere remmende werking. Daarnaast betekent de no-claimteruggave dat verzekerden die vanwege hun gezondheidssituatie naar verwachting nooit recht zullen krijgen op een no-claimteruggave, via hun nominale premie wel een bijdrage leveren aan de teruggaven die gezonde verzekerden ontvangen. Dit laatste heeft vanaf het begin af aan tot aanzienlijke maatschappelijke en politieke onvrede geleid.

Voorts is in de Zvw de samenloop van de no-claimteruggaveregeling met het vrijwillige eigen risico lastiger uit te voeren dan de samenloop van een verplicht en een vrijwillig eigen risico, omdat de no-claimteruggaveregeling van een andere opzet uitgaat dan een eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling keert de zorgverzekeraar een bedrag uit aan de verzekerde, terwijl met een verplicht of vrijwillig eigen risico de zorgverzekeraar een bedrag bij de verzekerde in rekening brengt.

De nadelen van de no-claimteruggaveregeling en het feit dat chronisch zieken en gehandicapten door middel van de no-claimopslag in de nominale premie meebetalen aan de no-claimteruggave voor gezonde verzekerden terwijl zijzelf waarschijnlijk nooit voor een no-claimteruggave in aanmerking komen, hebben het huidige kabinet tot een andere politieke afweging gebracht dan de twee voorgaande kabinetten. Het huidige kabinet wil goed luisteren naar de gevoelens van onvrede die in de samenleving bestaan over de no-claimteruggaveregeling. Dit past in het streven de kloof tussen politiek en burger te verkleinen.

Het per 1 januari 2008 vervangen van de no-claimteruggave door een ander systeem van eigen betalingen en het ongedaan maken van het financiële nadeel dat chronisch zieken en gehandicapten hebben omdat zij geen keus hebben in hun zorgconsumptie, past in dit streven en is om die reden ook opgenomen in het Coalitieakkoord van CDA, PvdA en CU (Kamerstukken II 2006/07, 30 891, nr. 4). Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe de Zvw te wijzigen ten einde uitvoering te geven aan deze afspraken in het Coalitieakkoord.

Ter uitvoering van die afspraken is nagegaan welk systeem van eigen betalingen het best aansluit op het vrijwillig eigen risico en in combinatie daarmee, de mogelijkheid biedt voor zorgverzekeraars om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tevens is bezien welk systeem van eigen betalingen per 1 januari 2008 met de minste uitvoeringskosten en administratieve lasten is in te voeren. De systemen van de zorgverzekeraars zijn al ingesteld op een eigen risico, vanwege de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico die de Zvw biedt. De systemen van de zorgverzekeraars zijn niet ingesteld op eigen bijdragen die in principe voor alle verzekerde zorgprestaties gelden; invoering van een algemeen eigen bijdragensysteem zou majeure aanpassingen vereisen die niet per 2008 zijn door te voeren.

1.2. Verplicht eigen risico

Inhoud wetsvoorstel

Dit wetsvoorstel regelt de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico. Hiervoor zal een bedrag van € 150 per kalenderjaar gelden. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd, maar het bedrag wordt slechts gewijzigd indien deze indexatie leidt tot een verhoging met € 10 of een veelvoud daarvan. De zorgverzekeraar brengt de kosten van het verplichte eigen risico in rekening bij de verzekerde. Naast het verplichte eigen risico blijft de keuzemogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico bestaan.

Net als bij de no-claimteruggave het geval is, geldt het verplichte eigen risico uitsluitend voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Het betreft de verzekerden voor wie een nominale premie verschuldigd is. Bij het verplichte eigen risico blijven dezelfde zorgvormen buiten beschouwing als bij de no-claimteruggave. Het verplichte eigen risico gaat niet gelden voor de huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee wordt net als bij de no-claimteruggaveregeling inhoudelijk aangesloten bij de internationale normverdragen.

De no-claimteruggave wordt in feite voorgefinancierd door middel van een extra nominale premie, om deze reden is bij de invoering ervan besloten een datum te regelen waarvóór de no-claimteruggave moet worden uitbetaald. Daarbij werd vastgelegd dat de afrekening uiterlijk 31 maart na afloop van het desbetreffende kalenderjaar dient plaats te vinden. In de praktijk doet zich de situatie voor dat sommige kosten pas bekend worden na de uitkering van de no-claimteruggave. Daarom is geregeld dat de no-claimteruggave nog één jaar mag worden gecorrigeerd op nagekomen rekeningen. Dat kan dan vervolgens leiden tot terugvordering bij de verzekerde of verrekening met nog te ontvangen gelden. De no-claimteruggaven 2007 worden afgewikkeld volgens de geldende no-claimsysteematiek, dus inclusief de mogelijkheid om tot 1 april 2009 de in maart 2008 uit te keren no-claimteruggave over 2007 te corrigeren en terug te vorderen.

Het corrigeren voor nagekomen rekeningen speelt niet bij het verplichte eigen risico, omdat er anders dan bij de no-claimteruggave geen sprake is van voorfinanciering. Bij het verplichte eigen risico brengt de zorgverzekeraar in de situatie dat een verzekerde een verzekeringsovereenkomst heeft die uitgaat van zorg in natura, het verplichte eigen risico bij de verzekerde in rekening. In de situatie van restitutie komen de kosten van behandeling voor eigen rekening van de verzekerde tot het maximum is bereikt. Het stellen van een uiterste termijn is dan niet nodig. Het verplichte eigen risico in 2008 geldt voor rekeningen die betrekking hebben op het jaar 2008.

Een verplicht eigen risico heeft het nadeel dat bij dure zorgvormen het jaarmaximum van € 150 al bereikt wordt indien één keer zorg wordt ingeroepen. Dit zal zich vooral voordoen bij ziekenhuiszorg of geneeskundige zorg van specialistische aard. In zo'n geval gaat van het verplichte eigen risico geen remmende werking meer uit bij verder zorggebruik en is er geen gedragseffect meer. Een eigen bijdrage die niet de volledige kosten, maar slechts een deel van de gemaakte zorgkosten omvat, heeft dat nadeel van het verplichte eigen risico niet. Anders gezegd, een verplicht eigen risico remt in vergelijking met een eigen bijdrage harder, maar heeft een kortere remweg. Als het eigen risico eenmaal is volgemaakt, is er geen rem meer op het gebruik van zorg.

Daarom wordt de mogelijkheid voorgesteld dat bij algemene maatregel van bestuur (amvb) zorgvormen worden aangewezen die niet langer voor het hele bedrag aan gemaakte zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen, maar waarvoor een eigen bijdrage gaat gelden. Die eigen bijdrage voor de aangewezen zorgvormen telt dan mee voor het bereiken van het jaarmaximum van € 150 van het verplichte eigen risico en, indien de verzekerde daarvoor gekozen heeft, het vrijwillige eigen risico.

Om de invoering van het verplichte eigen risico niet te compliceren en de uitvoering voor de zorgverzekeraars zo eenvoudig mogelijk te houden, zal in 2008 nog geen gebruik worden gemaakt van deze mogelijkheid.

De thans reeds bestaande eigen bijdragen voor een aantal verzekerde prestaties – bijvoorbeeld voor zittend ziekenvervoer en sommige hulpmiddelen – blijven gehandhaafd en blijven voor het bereiken van het jaarmaximum buiten beschouwing.

Toekomstige mogelijkheid voor zorgverzekeraars om te sturen

Vanuit de kring van de zorgverzekeraars is de wens naar voren gebracht om de mogelijkheid te krijgen om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. In onderhavig wetsvoorstel is hierom opgenomen dat bij amvb vormen van zorg of

overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen, alsmede voorwaarden kunnen worden gesteld waaronder de zorgverzekeraar dit mag doen. De zorgverzekeraar krijgt daarmee de mogelijkheid in de modelovereenkomst, en daarmee in de zorgpolis, binnen de grenzen van de amvb bepalingen op te nemen over het inzetten van het verplichte eigen risico. Deze mogelijkheid zal zorgverzekeraars stimuleren om samen met hun verzekerden en zorgaanbieders te komen tot doelmatige zorgarrangementen en gezond gedrag.

Het gaat hier om een nieuw element waarmee nog geen ervaring bestaat. Daarom dient uitgewerkt te worden op welke wijze deze sturingsmogelijkheden gebruikt kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de publieke randvoorwaarden die binnen de Zvw gelden. Dit doordenken kost tijd. Om die reden wordt per 2008 in ieder geval nog geen uitvoering gegeven aan deze mogelijkheid. Hierbij is ook van belang dat de zorgverzekeraars hier in 2008 nog geen invulling aan kunnen geven, aangezien de invoering van het verplichte eigen risico alle inzet zal vergen van zorgverzekeraars.

In de situatie waarin een zorgverzekeraar gunstige afspraken heeft gemaakt met een bepaalde zorgaanbieder en de verzekerde ervoor kiest naar die zorgaanbieder te gaan, kan de zorgverzekeraar besluiten de kosten van die zorg, niet (geheel) ten laste van het verplichte eigen risico te laten komen. De overheid behoudt de mogelijkheid om aan deze systematiek voorwaarden te verbinden.

Dergelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen meer omvatten dan uitsluitend het tarief, zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van de geleverde zorg.

Zo is bijvoorbeeld de situatie denkbaar dat een ziekenhuis zorg van hoge kwaliteit levert of een nieuwe behandelmethode toepast. Dit kan er toe leiden dat bij operatiepatiënten minder dan gemiddeld wondinfecties of complicaties optreden. Ook kan een ziekenhuis goede (samenwerkings-) afspraken hebben gemaakt over de behandeling na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, waardoor minder dan gemiddeld een heropname dient plaats te vinden. Hetzelfde kan zich voordoen op het terrein van revalidatie na een ingreep; indien het ziekenhuis op dit terrein nauw samenwerkt met bijvoorbeeld fysiotherapeuten en eventueel de thuiszorg, kan sneller ontslag uit het ziekenhuis plaatsvinden. In dergelijke situaties kan het behandeltraject bekort worden, wat tot lagere kosten voor de gehele behandeling leidt.

Ook op het terrein van de farmaceutische zorg doen zich situaties voor waarbij de zorgkosten lager zijn indien de verzekerde zich wendt tot een apotheker met wie zijn zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt bijvoorbeeld over een voorkeursassortiment.

Zorgverzekeraars kunnen, indien de verzekerde voor zijn zorg naar een dergelijke preferente zorgaanbieder gaat, dat voordeel aan de verzekerde doorgeven door die kosten niet (geheel) ten laste van het verplichte eigen risico te laten komen.

De mogelijkheid dat zorgverzekeraars voor bij amvb aan te wijzen zorgvormen de kosten (gedeeltelijk) kunnen uitsluiten van het verplichte eigen risico, is bedoeld voor die situaties waarin zorgverzekeraars tot gunstige afspraken met zorgaanbieders weten te komen. Dit kan een extra prikkel voor zorgverzekeraars zijn om te investeren in de zorginkoop en op dat terrein resultaten te boeken. Zorgverzekeraars zullen dergelijke afspraken het best kunnen realiseren op terreinen waar sprake is van voldoende aanbod van zorg en competitie tussen zorgaanbieders.

Ook op het terrein van preventie kan de zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken maken. Indien verzekerden deelnemen aan preventie-

programma's waardoor zij gezonder gaan leven en minder ziektekosten hebben, kan een zorgverzekeraar zijn verzekerden belonen door voor bij amvb aangewezen zorgvormen, de kosten niet (geheel) onder het verplichte eigen risico te laten vallen. Het gaat hier om de zorg die direct samenhangt met deze preventieactiviteiten.

Indien een verzekerde daarnaast zorg inroept die niet behoort tot een zorgvorm die bij de bedoelde amvb is aangewezen, tellen de zorgkosten daarvan in alle gevallen mee voor het verplichte eigen risico, behalve uiteraard voor zorgvormen waarvan is bepaald dat zij buiten het verplichte eigen risico blijven.

Internationale aspecten

Nederland heeft een aantal verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) geratificeerd die normen stellen aan het niveau van de stelsels van sociale zekerheid.

De belangrijkste verdragen die in het kader van het onderhavige wetsvoorstel relevant zijn, zijn de IAO-verdragen nrs. 102, 103, 121 en 130 en de Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend Protocol (hierna: Europese Code). Deze verdragen geven onder meer de grenzen aan waarbinnen eigen betalingen voor medische zorg zijn toegestaan. In de context van de verdragen dienen eigen betalingen nadrukkelijk te worden onderscheiden van premiebetalingen.

Naar de overtuiging van de regering brengt het verplichte eigen risico tot een maximum van € 150 per verzekerde van achttien jaar en ouder niet een te zware last met zich mee voor de verzekerde. In de Europese Code is het criterium «geen te zware last met zich meebrengen» nader geconcretiseerd in een percentage van 25%. Dit percentage houdt in dat verzekerden samen niet meer dan gemiddeld genomen 25% van de zorgkosten op jaarbasis mogen betalen (artikel 10, tweede lid, onder c). Gezien het aandeel dat eigen betalingen in Nederland uitmaken van de zorgkosten, voldoet Nederland aan dit criterium. Dit was met de no-claimteruggave-regeling het geval en dat is ook zo met het voorgestelde verplichte eigen risico van € 150.

De Centrale Raad van Beroep heeft geoordeeld dat het heffen van eigen bijdragen voor zorg die genoten wordt als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte, in strijd is met deel VI (Arbeidsongevallen en beroepsziekten) van de Europese Code. Dit betekent dat in geval van een arbeidsongeval of beroepsziekte geen eigen betaling mag worden gevraagd. De Nederlandse regering beraadt zich op dit moment op welke wijze er moet worden omgegaan met deze uitspraak. Het opzeggen van deel VI en het ratificeren van de herziene code is daarbij een reële mogelijkheid. Aangezien op 17 maart 2007 de termijn verliep waarbinnen opzegging mogelijk was en de volgende mogelijkheid om op te zeggen zich pas weer in 2012 voor doet, heeft de Nederlandse regering de opzegging van deel VI van de huidige Europese Code op 22 februari 2007 aan de Raad van Europa bekend gemaakt.

Om verder inhoudelijk aan te sluiten bij de verdragen, blijven de verloskundige zorg en de kraamzorg uitgezonderd in die zin dat de kosten van die zorg niet ten laste komen van het verplichte eigen risico. Overigens is ook de huisarts uitgezonderd van het verplichte eigen risico.

1.3 Compensatie in plaats van uitzonderen chronisch zieken en gehandicapten

Ingevolge het Coalitieakkoord worden chronisch zieken en gehandicapten uitgezonderd van het nieuwe systeem van eigen betalingen. Er is voor gekozen dit in te vullen door deze groepen verzekerden niet wettelijk vrij

te stellen van het verplichte eigen risico, maar deze verzekerden financieel te compenseren. Hieraan liggen de navolgende overwegingen ten grondslag.

Compensatie in plaats van uitzonderen belast de uitvoering van het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraars het minst. Doordat het verplichte eigen risico zonder uitzondering geldt voor elke verzekerde van achttien jaar en ouder, hoeven zij voor het verplichte eigen risico geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand.

Doordat het verplichte eigen risico voor alle verzekerden van achttien jaar en ouder geldt, is er ook geen complicatie voor het systeem van risico-verevening. Er hoeft immers in de verevening geen rekening te worden gehouden met het feit dat een zorgverzekeraar relatief veel of weinig verzekerden heeft die van het verplichte eigen risico zijn uitgezonderd en als gevolg daarvan voor de zorgverzekeraar voor minder of meer inkomsten zorgen.

Ook kunnen alle verzekerden gebruik maken van de toekomstige mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om het verplichte eigen risico in te zetten als sturingsinstrument gericht op doelmatige zorgarrangementen en preventieprogramma's.

De uitkering die dient ter compensatie voor het verplichte eigen risico wordt door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten B.V. (CAK-BZ) uitgevoerd en is daarmee goed herkenbaar. Het CAK-BZ keert de compensatie voor het verplichte eigen risico van 2008 in het vierde kwartaal van 2008 uit.

1.4 Afbakening te compenseren groepen

Het compenseren van chronisch zieken en gehandicapten van het nieuwe systeem van eigen betalingen stuit op een probleem aangezien er geen definitie is van chronisch zieken en gehandicapten. De groepen chronisch zieken en gehandicapten zijn niet duidelijk afgebakend. Voor de oplossing van dit probleem is een pragmatische aanpak noodzakelijk.

De argumentatie voor de afspraak in het Coalitieakkoord om chronisch zieken en gehandicapten uit te sluiten van het nieuwe systeem van eigen betalingen is dat deze groepen gezien hun gezondheid te maken hebben met langdurige zorgkosten die zij niet kunnen vermijden. Het betreft zorgkosten die niet incidenteel optreden, maar zorgkosten die verschillende jaren achtereen en soms levenslang gemaakt moeten worden. Verzekerden uit deze groepen kunnen niet kiezen of zij al dan niet zorg gebruiken. Omdat er geen bruikbare definitie is van chronisch zieken en gehandicapten wordt, ook gelet op deze intentie van het Coalitieakkoord, in het vervolg de term «verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten» gebruikt in plaats van «chronisch zieken en gehandicapten».

Er zijn verschillende mogelijkheden nagegaan om de te compenseren groep verzekerden af te bakenen. Een mogelijke benadering was om verzekerden die over 2006 of 2007 geen no-claimteruggave uitgekeerd krijgen en dus in die jaren minimaal € 255 aan zorgkosten ten laste van de Zvw hebben gemaakt, van het nieuwe systeem vrij te stellen. Hiertoe is niet besloten, omdat met deze benadering te veel verzekerden die niet chronisch op zorg zijn aangewezen maar slecht incidenteel zorg hebben ingeroepen, zouden worden gecompenseerd.

Ook is overwogen de verzekerden die een eigen bijdrage voor AWBZ-zorg of in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verschuldigd zijn, voor de nieuwe eigen betalingen te compenseren. Deze optie is afgewezen, omdat verzekerden die AWBZ-zorg of via de Wmo gefinancierde voorzieningen krijgen, niet noodzakelijk zorg in het kader van de Zvw gebruiken. Bovendien blijft bij deze benadering de groep chronisch zieken voor een belangrijk deel buiten beeld.

De derde benadering die is onderzocht betreft de groep die in het kader van de inkomstenbelasting gebruik maakt van de aftrek buitengewone uitgaven (BU) of van de teruggaveregeling buitengewone uitgaven (TBU). Ook hierbij is het doorslaggevende nadeel dat de beoogde doelgroepen niet goed worden afgebakend. Uit onderzoek van het NIVEL onder het panel chronisch zieken en gehandicapten, blijkt dat chronisch zieken en gehandicapten slechts in ongeveer de helft van de gevallen een beroep doen op de (T)BU. Daarnaast blijkt dat veel oudere verzekerden in aanmerking te komen voor (T)BU omdat zij de verschuldigde Zvw-premie en de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage kunnen opvoeren. Tenslotte kunnen bij gebruikmaking van de (T)BU-bestanden ook mensen met incidenteel hoge zorgkosten in aanmerking komen voor compensatie.

Als noodoplossing voor 2008 is ook overwogen de te compenseren groep verzekerden af te bakenen door hiervoor de verzekerden die meer dan een bepaald bedrag aan zorgkosten in de Zvw maken aan te wijzen. Om te voorkomen dat de omvang van deze groep verzekerden erg groot zou zijn, zou de grens iets boven € 2000 aan zorgkosten komen te liggen. Een verzekerde zou dan in een jaar ruim € 2000 zorgkosten gemaakt moeten hebben, wil hij in aanmerking komen voor compensatie van het verplichte eigen risico. Dan zou het kunnen zijn dat verzekerden met incidenteel hoge kosten in aanmerking komen voor compensatie, maar verzekerden met jaarlijkse kosten van minder dan ruim € 2000, niet. Om die reden is van deze benadering afgezien. Daar komt nog bij dat betrouwbare gegevens per verzekerde over de zorgkosten in 2006 aan het eind van 2007 nog niet beschikbaar zijn, vanwege de nakomende rekeningen voor ziekenhuiszorg en specialistische zorg.

Na weging van de alternatieven is de keuze gevallen op een afbakening op basis van gegevens uit de risicovereeniging. Voordat de afspraak in het Coalitieakkoord was gemaakt, was reeds gestart met onderzoek of de bestanden die in de risicovereeniging voor zorgverzekeraars worden gehanteerd, ook gebruikt kunnen worden om de groepen chronisch zieken en gehandicapten te onderscheiden van andere verzekerden. De bestaande risicovereeniging kent bepaalde omschrijvingen voor chronische ziekte (de diagnosekosten- en farmaciekosten-groepen). Deze zijn met een ander doel tot stand gebracht dan het hier beoogde onderscheid. Daarom is het voor de uiteindelijke oplossing niet wenselijk deze één-op-één te gebruiken. Vooruitlopend op een structurele oplossing waarbij de bestanden van de risicovereeniging gehanteerd worden, is voor 2008 echter een pragmatische oplossing noodzakelijk, in het besef dat dit een suboptimale oplossing is. Voor de jaren na 2008 zal verbetering moeten plaatsvinden.

Om alvast zoveel mogelijk aan te sluiten bij de beoogde structurele oplossing is het voorstel om verzekerden die in 2006 en 2007 op grond van hun geneesmiddelengebruik zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG), in het jaar 2008 als verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten te beschouwen. FKG's zijn ontwikkeld als voorspeller voor hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Om ingedeeld te worden in een FKG, moet een verzekerde minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor de betreffende chronische ziekte voorgeschreven hebben gekregen. Met toepassing van FKG's wordt zoveel mogelijk vermeden dat verzekerden met incidentele hoge zorgkosten toch in aanmerking komen voor compensatie van het verplichte eigen risico. Met de voorwaarde dat een verzekerde zowel in 2006 als in 2007 in een FKG dient te zijn ingedeeld, wordt nog beter bereikt dat het gaat om verzekerden die langdurig en onvermijdbaar op zorg zijn aange-wezen.

Daarnaast is een voordeel van het gebruik van FKG's dat farmaceutische zorg doorgaans snel bij de zorgverzekeraars wordt gedeclareerd, omdat in deze sector het elektronische declaratieverkeer op uitgebreide schaal wordt toegepast. Het probleem van nagekomen declaraties, zoals bij de ziekenhuiszorg, doet zich bij de farmacie niet of nauwelijks voor. In de tweede helft van 2008 is dan ook een praktisch compleet bestand van in 2006 en 2007 gebruikte farmaceutische zorg bij de zorgverzekeraars beschikbaar. Aan de hand daarvan kan worden vastgesteld welke verzekerden in 2006 en 2007 in een FKG vielen.

Het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat in 2006 en 2007 in een FKG is ingedeeld, wordt geschat op ongeveer 2,2 mln. Deze schatting heeft plaatsgevonden op basis van ziekenfondsgegevens over 2004 en 2005, geëxtrapoleerd naar de Zvw-populatie. Mede gelet op de omvang van deze groep, is onderzocht of binnen de FKG-groep een nader onderscheid zou kunnen worden gemaakt gelet op de chronische aard van de aandoeningen. Daartoe zijn de aandoeningen, verbonden aan de verschillende FKG's, onderzocht.

Alle FKG's, met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol», zijn nadrukkelijk gekoppeld aan een chronische ziekte of aandoening. Daarom acht ik het verdedigbaar dat de FKG «hoog cholesterol» niet wordt meegenomen in de FKG's die voor de onderhavige afbakening worden gebruikt.

Hierbij speelt ook een rol dat verzekerden tegelijk in meer dan één FKG ingedeeld kunnen zijn. Zo worden verzekerden die in verband met een hartaandoening chronisch medicijnen gebruiken, ingedeeld in de FKG «hartaandoeningen». Indien voor de afbakening de FKG «hoog cholesterol» wordt uitgesloten, blijven hartpatiënten die chronisch medicijnen gebruiken onder de FKG «hartaandoeningen» vallen. Daardoor blijft de compensatie voor het verplichte eigen risico voor deze hartpatiënten gelden, ook al is dat niet op basis van de voor deze afbakening uitgesloten FKG «hoog cholesterol».

Geschat wordt dat door het uitsluiten van de FKG «hoog cholesterol» het aantal van 2,2 mln. te compenseren verzekerden met ongeveer 600 000 afneemt tot 1,6 mln.

Zoals hiervoor vermeld, is in de tweede helft van 2008 een praktisch compleet bestand van in 2006 en 2007 gebruikte farmaceutische zorg bij de zorgverzekeraars beschikbaar. Aan de hand daarvan kunnen de zorgverzekeraars vaststellen welke verzekerden gezien hun geneesmiddelengebruik in 2006 en 2007 in een FKG vielen. De bestanden met de verzekerden die in 2006 en 2007 onder een FKG vielen, geven zij door aan het CAK-BZ. Op basis van dit bestand keert het CAK-BZ de compensatie voor het jaar 2008 in het laatste kwartaal van 2008 uit.

1.5 Compensatie

Bij het bepalen van de compensatie is er vanuit gegaan dat een verzekerde met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet slechter af dient te zijn dan wanneer er geen verplicht eigen risico zou zijn.

Zorgkosten voor eigen rekening

De invoering van het verplichte eigen risico van € 150 betekent een verlaging van het maximumbedrag waarvoor de zorgkosten voor eigen rekening van de verzekerde kunnen komen (van € 255 naar € 150).

Premie

Met de invoering van het verplichte eigen risico daalt de gemiddelde premie met € 115 ten opzichte van een situatie zonder verplicht eigen risico. Vanwege de compensatiekosten voor verzekerden met meerjarige,

onvermijdbare zorgkosten wordt de premie met € 4 verhoogd. Per saldo leidt dit tot een premiedaling van € 111 (– € 115 + € 4).

Zorgtoeslag

De zorgtoeslag verandert nauwelijks door de invoering van het verplichte eigen risico. Dit komt doordat de gemiddelde premie met € 111 daalt en de gemiddelde eigen betaling van verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten met € 110 stijgt. Per saldo blijft de zorgtoeslag dus vrijwel ongewijzigd.

Compensatie

De mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten ontvangen van het CAK-BZ een compensatie van € 40. De compensatie van € 40 is berekend door van het verplichte eigen risico van € 150, de gemiddelde eigen betaling van verzekerden zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten van € 110 af te trekken. Zodoende zijn verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet slechter af dan de gemiddelde verzekerde. Per saldo worden mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten volledig gecompenseerd voor het verplichte eigen risico van € 150 door de premiedaling van € 111 en de compensatie van € 40.

1.6 Financiële aspecten

Er is in het Coalitieakkoord geen financiële ruimte gereserveerd voor invoering van een nieuw systeem van eigen betalingen dat minder oplevert dan de no-claimteruggaveregeling. Dit houdt tevens in dat er ook geen financiële ruimte is om de no-claimteruggaveregeling te laten vervallen, zonder hiervoor tegelijkertijd een ander systeem van eigen betalingen in te voeren. Het volume-effect dient gelijk te zijn aan dat van de no-claimteruggave, dus een volume-effect van € 200 miljoen per jaar. Op basis hiervan kwam het Centraal Planbureau in de doorrekening op een verplicht eigen risico met een jaarmaximum van € 150. De zorgverzekeraars worden volledig risicodragend wat betreft de opbrengst van de nieuwe eigen betalingen, net als nu bij de no-claimteruggave het geval is.

De compensatie die het CAK-BZ uitkeert en de uitvoeringskosten van het CAK-BZ worden gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds.

1.7 Administratieve lasten

Een verplicht eigen risico is door de zorgverzekeraars per 1 januari 2008 goed uitvoerbaar. De ICT-systemen van zorgverzekeraars kennen immers al een vrijwillig eigen risico. In de toekomst zal er een inverteffect zijn door besparing van het terugvorderen van onterecht uitgekeerde no-claimteruggaven.

Compensatie in plaats van het uitzonderen van verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten belast de uitvoering van het verplichte eigen risico door de zorgverzekeraars het minst. Een bestand van de in 2006 en 2007 gebruikte farmaceutische zorg is bij zorgverzekeraars beschikbaar. Aan de hand daarvan kunnen de zorgverzekeraars vaststellen welke verzekerden gezien hun geneesmiddelengebruik in 2006 en 2007 in een FKG vielen. Wel is sprake van een incidentele investering in de software in 2008, als in 2009 invulling wordt gegeven aan de mogelijkheid bij dure zorgvormen een eigen bijdrage te heffen die ten laste worden gebracht van het verplichte eigen risico. Op dit moment zijn er 33 verzekeraars met een vergunning om de Zvw uit te voeren. Bij een investering

van maximaal € 20 000,- per zorgverzekeraar is er sprake van een incidentele last van maximaal € 700 000,-.

De uitvoeringslast wordt vooral bepaald door het aantal keer dat de zorgverzekeraar met verzekerden moet communiceren over rekeningen van zorgconsumptie en de vulling van het verplichte eigen risico. Indien het verplichte eigen risico in een keer na afloop van het kalenderjaar door de zorgverzekeraar wordt afgerekend (tot 2006 veelal gebruikelijk bij particuliere ziektekostenverzekeraars) vallen de uitvoeringskosten mee. Indien het verplichte eigen risico periodiek bij verzekerden in rekening wordt gebracht om liquiditeitsproblemen te voorkomen, lopen de uitvoeringskosten op.

De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst een betalingsregeling met gespreide betaling aanbieden. Het wettelijk verplichten dat een zorgverzekeraar een dergelijke betalingsregeling aanbiedt, levert spanning op met de derde Europese schaderichtlijn.¹

Het CAK-BZ kan op basis van een bestand dat de zorgverzekeraars aanleveren de compensatie uitkeren, hierdoor zijn de verwachte uitvoeringslasten zo laag mogelijk.

Het effect voor de burgers is naar verwachting 2,7 miljoen uur (16 miljoen à 10 minuten) incidentele lasten om de regeling te lezen en te interpreteren. Daarnaast bestaan de structurele lasten voor burgers uit het jaarlijks kennismaken van de zorgconsumptie, die leidt tot een betaling van het verplichte eigen risico.

De grootte van de doelgroep die kennis neemt van de zorgconsumptie en daarmee betaling verricht, zal bestaan uit het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder, verminderd met de groep die de maximale no-claimteruggave heeft gehad. Het betreft hier geen toename van de administratieve lasten, omdat een en ander gelijk blijft ten opzichte van de situatie van de no-claimteruggave.

Ter voorbereiding van de invoering van het verplichte eigen risico en de compensatie voor de groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten zal een voorlichtingscampagne in gang worden gezet waarbij de vertegenwoordigende organisaties van zorgverzekeraars en consumenten en patiënten, de Belastingdienst en het CAK-BZ worden betrokken. Ook zullen zorgverzekeraars hun eigen verzekerden inlichten over deze verandering.

Omdat gekozen is voor een constructie, waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande informatiestromen en systemen, zullen de structurele administratieve lasten niet toenemen. Vanaf 1 april 2009 (effectief vanaf 2010), de datum waarop alle aanspraken van de no-claimteruggave-regeling vervallen, zal er zelfs een inverdieneffect zijn. Op dit moment is het nog niet mogelijk de besparing die dit met zich meebrengt in beeld te brengen.

Actal, het adviescollege toetsing administratieve lasten, heeft bij brief van 25 april 2007, RL/AZ/2007/093, over het wetsvoorstel geadviseerd. Actal vindt dat in de memorie van toelichting onvoldoende aandacht wordt besteed aan de gevolgen voor de administratieve lasten en dat de voorgestelde compensatie tot te veel administratieve lasten leidt. Actal adviseert daarom het wetsvoorstel niet door te zetten. Mede naar aanleiding van de opmerkingen van Actal is in deze paragraaf meer uitgeschreven wat de betekenis is van het wetsvoorstel op de administratieve lasten voor de verschillende partijen.

¹ Richtlijn nr. 1992/49/EEG Van de Raad van de Europese Unie van 18 juni 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuurlijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG (derde schade richtlijn) (PBEG L 228).

Artikelsgewijs

Artikel I

A

Met dit wetsvoorstel wordt de no-claimteruggaveregeling afgeschaft; hiervoor in de plaats krijgt iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen risico van € 150 per kalenderjaar. Dit heeft als gevolg dat een verzekerde twee soorten eigen risico kan hebben. Het nieuw in te voeren eigen risico geldt voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder en wordt om deze reden in artikel 1, onderdeel g, Zvw gedefinieerd als *verplicht* eigen risico. Voorgesteld wordt het reeds bestaande eigen risico, zoals omschreven in artikel 19 Zvw, waarbij de verzekerde, in ruil voor korting op de premie, kan kiezen voor een eigen risico oplopend van € 100 tot € 500, in het vervolg *vrijwillig* eigen risico te noemen.

De definitie van «Centraal Administratiekantoor» in het voorgestelde artikel 1, onderdeel v, Zvw hangt samen met het feit dat dit kantoor in het voorgestelde artikel 118a Zvw (onderdeel N) de taak krijgt verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten een uitkering te verstrekken ter compensatie van het ook met dit wetsvoorstel in te voeren verplichte eigen risico (onderdeel D). Het Centraal Administratiekantoor heeft op dit moment reeds taken in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het stelt eigen bijdragen op grond van die wetten vast en int deze, en daarnaast bevoorschot en betaalt het de AWBZ-zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg.

B

Artikel 9 Zvw verplicht de zorgverzekeraar om bij het beëindigen van de verzekeringsovereenkomst een bewijs hiervan te verstrekken aan de verzekerde. Hierin dient de zorgverzekeraar onder andere aan te geven of voor de verzekerde een eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en welke korting in verband met het eigen risico is verleend. Aangezien slechts bij een vrijwillig eigen risico korting op de premie kan worden verleend door de zorgverzekeraar (art. 19, tweede lid, Zvw), wordt in artikel 9, tweede lid, onderdeel e, Zvw met «eigen risico» het vrijwillige eigen risico bedoeld. Hierom wordt in dit artikel eigen risico gewijzigd in vrijwillig eigen risico.

C

Deze wijziging betreft een redactionele aanpassing in verband met de in onderdeel A, subonderdeel 1, opgenomen verlettering van onderdelen van artikel 1 Zvw.

D

Artikel 18a, eerste lid, Zvw

In het eerste lid van het voorgestelde artikel 18a Zvw is bepaald dat elke verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 150 per kalenderjaar. Dit verplichte eigen risico komt in plaats van de no-claimteruggave.

Artikel 18a, tweede lid, Zvw

Op dit moment zijn er op grond van artikel 11, derde en vierde lid, Zvw onder andere eigen bijdragen geregeld voor hulpmiddelen, kraamzorg, zittend ziekenvervoer en geneesmiddelen indien een duurder middel

wordt gebruikt dan de vergoedingslimiet voor de groep geneesmiddelen waartoe het middel behoort. De verzekerde moet voor zorg waarvoor een zorggebonden eigen bijdrage geldt, eerst die bijdrage betalen, waarna het restant van de kosten ten laste wordt gebracht van de no-claimteruggave en daarna, als dat er is, onder een (vrijwillig) eigen risico valt. Aangezien in dit wetsvoorstel de no-claimteruggave wordt vervangen voor een verplicht eigen risico, ligt het voor de hand om, net als nu het geval is, de verzekerde eerst de zorggebonden eigen bijdrage te laten betalen en het restant van de kosten onder het verplichte of als dat er is, het vrijwillige eigen risico te laten vallen.

Dit houdt in dat, indien een verzekerde bijvoorbeeld hulpmiddelen nodig heeft van € 100 waarvoor op grond van artikel 11, derde lid, Zvw een eigen bijdrage geldt van € 40, de verzekerde deze € 40 moet betalen en daarnaast de resterende € 60 ten laste van het verplichte eigen risico komt. Indien deze verzekerde zijn verplichte en, indien daarvoor gekozen is, het vrijwillige eigen risico nog niet heeft opgebruikt, moet de verzekerde de facto ook de resterende € 60 uit eigen zak betalen.

Het tweede lid maakt het mogelijk om bij amvb te bepalen vormen van zorg aan te wijzen waarvoor een zorggebonden bijdrage geldt die meetelt voor het bereiken van het verplichte eigen risico van € 150, en waarvan de resterende kosten – dat wil zeggen de kosten die uitgaan boven die zorggebonden eigen bijdrage – niet ten laste van het verplichte eigen risico komen. Deze mogelijkheid is opgenomen om het remmende effect van eigen betalingen in de zorg te kunnen optimaliseren. De verzekerde is bij bepaalde (relatief dure) vormen van zorg, zoals ziekenhuiszorg, het verplichte eigen risico van € 150 meteen in zijn geheel kwijt; er is dan geen remmende werking voor de rest van het kalenderjaar. Indien voor ziekenhuiszorg een zorggebonden eigen bijdrage zou worden geregeld die bovendien op grond van de amvb, bedoeld in artikel 18a, tweede lid, onder het verplichte eigen risico gaat meetellen, zou het volgende kunnen gaan gelden. Stel dat voor een bezoek aan de eerste hulp van een ziekenhuis een eigen bijdrage geldt van € 50 en dat de werkelijke kosten € 900 zijn, dan betaalt de verzekerde € 50 zelf, de overige € 850 komen ten laste van de zorgverzekeraar. Het openstaande verplichte eigen risico neemt met € 50 af, en het resterende bedrag van € 850 gaat niet, zoals bij het rekenvoorbeeld van de hulpmiddelen, ten laste van het verplichte eigen risico.

Overigens zal, zoals ook in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, van de in artikel 18a, tweede lid, genoemde mogelijkheid voor het jaar 2008 geen gebruik worden gemaakt.

Artikel 18a, derde en vierde lid, Zvw

Het is wenselijk het bedrag van het verplichte eigen risico jaarlijks te indexeren. Het bedrag zal – op hele tientallen euro's – worden afgerond. Alleen indien het bedrag tien of meerdere tientallen euro's afwijkt van het geldende bedrag, zal het bedrag voor het eerstvolgende kalenderjaar worden herzien. Aldus wordt voorkomen dat het bedrag van het verplichte eigen risico ieder jaar moet worden gewijzigd. Het nieuwe bedrag zal bij ministeriële regeling worden vastgesteld en zal, zodra die ministeriële regeling in werking is getreden, in de plaats komen van het bedrag, genoemd in het eerste lid.

E

Aangezien met dit wetsvoorstel naast het vrijwillige eigen risico een verplicht eigen risico wordt ingevoerd, wordt in artikel 19 van de Zorgverzekeringwet voor eigen risico telkens *vrijwillig* geplaatst.

F

Artikel 20, onderdeel a, Zvw

Artikel 20 Zvw regelt op dit moment dat bij amvb vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten buiten het (vrijwillige) eigen risico vallen. Bij of krachtens amvb kan worden bepaald voor welk bedrag deze vormen van zorg of overige diensten buiten het (vrijwillige) eigen risico vallen. Met de voorliggende wijziging in artikel 20 Zvw wordt de mogelijkheid gecreëerd om ook voor het verplichte eigen risico bij amvb bepaalde vormen van zorg of overige diensten uit te sluiten.

Artikel 20, onderdeel b, Zvw

In het voorgestelde artikel 20, onderdeel b, is geregeld dat bij amvb vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen die de zorgverzekeraar buiten het verplichte eigen risico mag houden. Aldus zal bijvoorbeeld kunnen worden geregeld dat een zorgverzekeraar voor bij die amvb aan te wijzen vormen van zorg vrijstelling van het verplichte eigen risico mag geven indien zijn verzekerde die zorg van een door hem aangewezen «preferente» zorgaanbieder heeft betrokken. De zorgverzekeraar zal wel aan iedere verzekerde die naar zo'n preferente zorgaanbieder gaat, dezelfde vrijstelling moeten verlenen. Hij zal zijn preferente zorgaanbieders en de mate van vrijstelling die geldt, daarom in zijn modelovereenkomst (en daarmee ook in iedere individuele zorgpolis) moeten opnemen.

Bij eerderbedoelde amvb zullen tevens voorwaarden kunnen worden geregeld waaraan de zorgverzekeraar zich, wil hij van de hier bedoelde mogelijkheid gebruik kunnen maken, zal moeten houden. Zo kan met het oog op de remmende werking van het verplichte eigen risico bijvoorbeeld een bedrag aan verplicht eigen risico worden vastgesteld dat «altijd» geldt, dat wil zeggen dat het zelfs geldt indien de verzekerde zijn zorg louter heeft betrokken van eerderbedoelde preferente zorgaanbieders voor wie de zorgverzekeraar de in de vorige alinea bedoelde vrijstelling heeft gegeven.

G

Eerste onderdeel

In het eerste lid wordt artikel 21 Zvw gewijzigd, zodat het eerste lid zowel voor het verplichte als het vrijwillige eigen risico geldt. Dit houdt in dat indien een verzekerde in de loop van een kalenderjaar een andere zorgverzekeraar krijgt of voor het eerst verzekeringsplichtig wordt (bijvoorbeeld doordat hij een verblijfsstatus krijgt of zijn werk als militair in werkelijke dienst neerlegt) het verplichte eigen risico op dezelfde manier wordt berekend als het vrijwillige eigen risico.

Eindigt de verzekering bijvoorbeeld op 1 maart 2008 van rechtswege, omdat de verzekerde buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar is gaan wonen, dan gaat de eerste zorgverzekeraar uit van een verplicht eigen risico van € 24. Dit bedrag is tot stand gekomen op grond van de volgende berekening:

$$\frac{59 \text{ dagen} \times \text{€ } 150}{365 \text{ dagen}} = \text{€ } 24,25 \text{ (op grond van artikel 21, derde lid, Zvw afgerond tot € } 24)$$

Afhankelijk van de wijze waarop de zorgverzekeraar de bedragen aan eigen risico verrekent of invordert, kan dit, indien de verzekerde in de eerste twee maanden van 2008 zorg heeft geconsumeerd, betekenen dat de zorgverzekeraar de verzekerde alsnog een bedrag uitbetaalt voor het

teveel ingevorderde of verrekenende verplichte eigen risico. In het bovengenoemde rekenvoorbeeld dient de zorgverzekeraar alles dat boven de € 24 is ingevorderd of verrekend aan de verzekerde uit te keren.

Het verschil tussen invorderen en verrekenen hangt samen met het verschil tussen het naturamodel en het restitutiemodel. Indien de verzekerde gekozen heeft voor een verzekering waarbij er recht bestaat op levering van zorg waaraan hij behoefte heeft (naturamodel), betaalt de zorgverzekeraar de rekening van de zorgaanbieder rechtstreeks. Het bedrag aan eigen risico dat de verzekerde verschuldigd is, moet dan van de verzekerde worden ingevorderd. Als de verzekerde heeft gekozen voor een zorgverzekering waarbij de verzekerde recht heeft op de vergoeding van de kosten van deze zorg (restitutiemodel), verrekent de zorgverzekeraar het eigen risico bij het restitueren van de gemaakte kosten.

Als de verzekerde met een nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering sluit, geldt voor de rest van het aansluitend jaar een verplicht eigen risico van € 126. Dit bedrag berust op de volgende berekening:

$$\frac{306 \text{ dagen} \times \text{€ } 150}{365 \text{ dagen}} = \text{€ } 125,75 \text{ (op grond van artikel 21, derde lid, Zvw afgerond tot € 126)}$$

Tweede onderdeel

Artikel 21, tweede lid, Zvw geeft aan hoe het eigen risico moet worden berekend als het bedrag van het eigen risico gedurende het kalenderjaar wijzigt. Aangezien enkel het bedrag van het vrijwillige eigen risico kan variëren, heeft dit artikel slechts betrekking op het vrijwillige eigen risico. Om deze reden wordt in het tweede lid van artikel 21 Zvw eigen risico telkens gewijzigd in «vrijwillig eigen risico».

H

Met dit artikel vervalt de no-claimteruggaveregeling.

I

Eerste onderdeel

Op grond van artikel 23, tweede lid, Zvw worden zorggebonden eigen bijdragen en kosten die op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw voor rekening van de verzekerde blijven, niet meegeteld bij het (vrijwillige) eigen risico en de no-claimteruggave. In verband met het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico wordt met dit artikel de zinsnede over de no-claimteruggave geschrapt en het verplichte eigen risico toegevoegd.

Daarnaast zijn in het voorgestelde artikel de bedragen, bedoeld in het voorgestelde artikel 18a, tweede lid, Zvw, uitgezonderd, aangezien in dat artikel de mogelijkheid is opgenomen om bij amvb voor bepaalde zorgvormen of overige diensten eigen bijdragen vast te stellen die wel ten laste komen van het verplichte eigen risico.

Tweede onderdeel

Op grond van artikel 23, derde lid, Zvw worden kosten van zorg eerst in mindering gebracht op de no-claimteruggave en pas daarna op een eventueel (vrijwillig) eigen risico. Nu met dit wetsvoorstel de no-claimteruggave is komen te vervallen en hiervoor in de plaats een verplicht eigen risico komt, is deze bepaling hierop aangepast. Slechts voor zover een verzekerde het totale bedrag van het verplichte eigen risico aan zorg heeft geconsumeerd, worden de kosten van zorg in rekening gebracht van een eventueel vrijwillig eigen risico. Alleen als het om kosten gaat die nooit

ten laste worden gebracht van het verplichte eigen risico, maar wel van het vrijwillige eigen risico, zoals het consult van de huisarts, wordt hier van afgeweken. Deze kosten komen wel direct ten laste van het vrijwillige eigen risico, ongeacht of het verplichte eigen risico reeds is verbruikt.

Dat de volgorde van innen ook bij een systeem van verplicht en vrijwillig eigen risico van belang is, wordt geïllustreerd door het volgende voorbeeld. Hierbij wordt van situatie uitgegaan dat er niets is bepaald over de volgorde van innen en de zorgverzekeraar dus zelf deze volgorde kan bepalen.

Een verzekerde met een vrijwillig eigen risico van € 300 gaat in februari 2008 naar het ziekenhuis voor een behandeling die € 400 kost. In juni 2008 brengt de verzekerde een bezoek aan de huisarts. Zorgverzekeraar A spreekt eerst het vrijwillige eigen risico aan. Het gevolg hiervan is dat de kosten van het ziekenhuisbezoek ten laste komen van de verzekerde en de kosten van het consult van de huisarts worden betaald door de zorgverzekeraar. Het bedrag van € 300 van het vrijwillige eigen risico minus de € 400 aan ziekenhuiskosten geeft als resultante dat € 100 ten laste van het verplichte eigen risico worden gebracht. Er is dan nog €50 verplicht eigen risico over ($€ 150 - € 100 = € 50$). De kosten van het consult de huisarts vallen nooit onder het verplichte eigen risico, aangezien deze kosten hiervan zijn uitgezonderd, en komen dus voor rekening van de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraar B spreekt eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico aan. In dit geval worden de kosten voor het consult van de huisarts wel bij de verzekerde in rekening gebracht. Het bedrag van € 150 aan verplicht eigen risico is opgegaan aan de behandeling in het ziekenhuis, maar de verzekerde heeft nog wel € 50 vrijwillig eigen risico openstaan (Het bedrag van € 150 verplicht eigen risico minus de € 400 ziekenhuiskosten geeft als resultante € 250). Deze € 250 wordt ten laste van het vrijwillig eigen risico gebracht, er is dan nog € 50 vrijwillig eigen risico over ($€ 300 - € 250 = € 50$). Aangezien de kosten van het consult van de huisarts wel ten lasten van het vrijwillige eigen risico komen, dient de verzekerde de kosten van het consult van de huisarts in dit geval wel te zelf te betalen.

Aangezien dit verschil tussen beide zorgverzekeraars onwenselijk is, omdat het voor de verzekerde zeer lastig te doorgronden is hoe zijn zorgverzekeraar dit berekent, is in het derde lid de volgorde van innen bepaald. Hierbij is aangesloten bij de wijze van innen bij de no-claim-systematiek.

J, alsmede artikel VIII

Eerste onderdeel

Voor de wijziging in het eerste onderdeel wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel L.

Tweede onderdeel, alsmede de artikel VIII

In dit onderdeel wordt geregeld dat de uitkering die het CAK-BZ op grond van het voorgestelde artikel 118a Zvw aan verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten betaalt, uit het Zorgverzekeringsfonds wordt gefinancierd. Hetzelfde geldt overigens voor de daarmee voor het CAK-BZ gepaard gaande uitvoeringskosten.

Ook in het voorstel van wet tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incasso-regime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de

Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering), Kamerstukken II, 2006/07, 30 918, wordt voorzien in toevoeging van een onderdeel f aan artikel 39, derde lid, Zvw. De artikelen VIII en IX zijn louter wetstechnisch: zij voorkomen dat het derde lid van artikel 39 Zvw uiteindelijk twee onderdelen f krijgt. Het met laatstgenoemd wetsvoorstel toe te voegen onderdeel zal onderdeel g worden.

K

In het buitenland wonende personen met recht op een Nederlands pensioen of uitkering hebben, indien zij niet op grond van de wetgeving van hun woonland voor ziektekosten verzekerd zijn, recht op (vergoeding van) geneeskundige zorg indien zij recht op prestaties op grond van de Zvw zouden hebben als zij in Nederland zouden hebben gewoond. In het woonland worden de verstrekkingen verleend naar het recht van dat woonland en deze komen voor rekening van Nederland. Hiertoe wordt jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland betaald. Deze zogenaamde «verdragsverzekerden» zijn niet verzekeringsplichtig en hebben geen zorgverzekering en hoeven dus ook geen premie voor een zorgverzekering te betalen. De bijdrage die de verdragsgerechtigden verschuldigd zijn, wordt echter wel als premie voor de zorgverzekering beschouwd voor het toepassen van de no-claimteruggave. De verdragsgerechtigden komen namelijk wel in aanmerking voor de no-claimteruggave. Nu de no-claimteruggave komt te vervallen, komt ook dit recht te vervallen. Dit wordt met deze wijziging gerealiseerd. Voor verdragsgerechtigden zal geen verplicht eigen risico gaan gelden. Zij krijgen dan ook geen compensatie voor het verplichte eigen risico.

L en J

In het zevende lid van artikel 70 Zvw is geregeld dat de kosten van zorg of overige diensten verleend aan een gemoedsbezwaarde, alleen vergoed worden als die kosten in een kalenderjaar hoger zijn dan het verschil van het bedrag dat vastgesteld is voor de no-claimteruggave en het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in het daarop volgende jaar terug ontvangt. Nu de no-claimteruggave wordt vervangen door een verplicht eigen risico, vervalt de tekst van artikel 70, zevende lid, Zvw (onderdeel L). Dat leidt vervolgens tot een redactionele wijziging in artikel 39, tweede lid, subonderdeel 3, Zvw (onderdeel J, eerste onderdeel).

Voor gemoedsbezwaarden zal geen verplicht eigen risico gaan gelden. Zij krijgen dan ook geen compensatie voor het verplichte eigen risico.

M

In artikel 87, zesde lid, Zvw wordt geregeld dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke gevallen persoonsgegevens verder mogen worden verwerkt met het oog op de uitvoering van de zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel 87, zesde lid, onderdeel e, subonderdeel 2, Zvw wordt aangegeven dat die regeling onder meer kan zien op verwerking van persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor het vaststellen van een nog openstaand (vrijwillig) eigen risico of een no-claimteruggave aan de verzekerde. Aangezien met dit wetsvoorstel de no-claimteruggave komt te vervallen, zullen met het oog daarop ook geen persoonsgegevens meer hoeven te worden verwerkt. Aan de andere kant zullen met het oog op het verplichte eigen risico persoonsgegevens moeten worden verwerkt.

Artikel 118a, eerste lid, Zvw

In het voorgestelde artikel 18a Zvw is voor verzekerden van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico van € 150 geregeld. Voorliggend artikel regelt de compensatie daarvan voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Het is niet mogelijk aan te duiden wie precies onder het begrip «chronisch zieken en gehandicapten» vallen. Dat komt omdat er op dit moment geen eenduidige definitie van deze groep is, noch een bestand personen waaruit voor de toekenning van de uitkering geput zou kunnen worden. Daarom is bepaald dat de groep verzekerden die recht op de uitkering heeft, bij of krachtens amvb wordt bepaald. Voor het jaar 2008 zullen worden aangewezen personen die in 2006 en 2007 in het kader van de risicoverevening in één of meer farmaceutische kostengroepen (FKG's) als bedoeld in het Besluit zorgverzekering zijn ingedeeld, met uitzondering van personen die louter binnen FKG 4 (hoog cholesterol) vallen. FKG's zijn categorieën van chronische aandoeningen waarin verzekerden op grond van hun geneesmiddelengebruik in het verleden zijn ingedeeld (zie ook art. 1, onderdeel n, Besluit zorgverzekering). Mocht in latere jaren een beter dekkende, en bovendien voor het CAK-BZ uitvoerbare, definitie van het begrip «chronisch zieken en gehandicapten» ter beschikking komen, dan zullen de bepalingen bij of krachtens amvb, bedoeld in artikel 118a, eerste lid, zo gewijzigd kunnen worden, dat deze nieuwe groepen worden aangewezen.

Slechts verzekerden van achttien jaar of ouder kunnen aanspraak maken op de uitkering. Dat is logisch, nu voor de zorgverzekering van verzekerden jonger dan achttien jaar geen verplicht eigen risico geldt. De verzekerde krijgt de uitkering ook als hij pas gedurende dat kalenderjaar achttien jaar werd. De uitkering wordt in dat geval dus niet tijdsevenredig verlaagd. Hiervoor is gekozen met het oog op voorkoming van onnodige uitvoeringslasten voor het CAK-BZ.

Personen die gedurende het kalenderjaar voor het eerst verzekeringsplichtig worden (bijvoorbeeld doordat zij een verblijfsstatus krijgen of hun werk als militair in werkelijke dienst neerleggen) zullen de eerste twee jaren geen compensatie ontvangen, aangezien er van hen geen FKG-gegevens beschikbaar zijn van de voorafgaande twee jaren.

Een verzekerde zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten is in 2008 gemiddeld € 110 verschuldigd in verband met het verplicht eigen risico. Een verzekerde met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten in 2008 zal € 150 verschuldigd zijn in verband met het verplicht eigen risico. Met een financiële compensatie van € 40 (€ 150 – € 110) wordt het verschil tussen verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten en mensen zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten overbrugd. Deze verzekerden krijgen de compensatie in het laatste kwartaal van het kalenderjaar van het CAK-BZ uitgekeerd. Eerder uitkeren is niet mogelijk aangezien verzekerders de FKG-gegevens over het voorafgaande jaar pas in de loop van het derde kwartaal beschikbaar hebben.

In de zorgtoeslag wordt het gemiddelde bedrag dat verzekerden kwijt zijn aan het verplichte eigen risico, meegenomen. Hiermee is aangesloten op de huidige systematiek van de zorgtoeslag waarbij rekening wordt gehouden met het gemiddelde bedrag dat verzekerden aan no-claimterug-gave uitgekeerd krijgen. Omdat bepaalde groepen verzekerden met de uitkering van het CAK-BZ worden gecompenseerd voor het verplichte eigen risico, is besloten in de zorgtoeslag uit te gaan van de gemiddelde eigen betaling van de niet gecompenseerde verzekerden. Hiermee wordt de gemiddelde eigen betaling € 110.

Artikel 118a tweede lid, Zvw, en artikel IX

Het tweede lid bepaalt dat het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) of, nadat de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Kamerstukken I, 2006/07, 30 380, A) in werking zal zijn getreden, het burgerservicenummer (bsn; artikel IX) van de personen aan wie de uitkering, bedoeld in het eerste lid, wordt verstrekt, in zijn administratie opneemt. Het CAK-BZ wordt daarmee bevoegd tot gebruik van dat sofi-nummer respectievelijk het bsn.

Artikel 118a, derde lid, Zvw

In het derde lid wordt geregeld dat de zorgverzekeraars dan wel een bij amvb aan te wijzen instantie aan het CAK-BZ (persoons)gegevens verstrekken die het CAK-BZ mogelijk maken om de uitkering, bedoeld in artikel 118a, eerste lid, te verstrekken. Het zal hierbij slechts gaan om die gegevens die voor het CAK-BZ noodzakelijk zijn om deze uitkering te kunnen verstrekken. Op dit moment wordt vooral gedacht aan een verplichting aan de zorgverzekeraars, om het CAK-BZ – op basis van het sofi-nummer of het bsn – te melden welke van zijn verzekerden tot de voor de uitkering relevante FKG-groepen behoren, alsmede het bank- of gironummer van betrokkenen (opdat het CAK-BZ de uitkering aan hen kan overmaken). Omdat het voor de uitkering en daarmee voor het CAK-BZ niet relevant is, te weten binnen welke FKG-groep men precies valt (met dien verstande dat de zorgverzekeraars verzekerden die in FKG 4 vallen sowieso niet dienen te melden), zullen de zorgverzekeraars overigens niet mogen doorgeven binnen welke FKG-groep een aangemelde verzekerde valt. Het CAK-BZ kan deze gegevens aangevuld krijgen met de noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekerde uit de gemeentelijke basisadministratie. Op grond van artikel 88, eerste lid, van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens kunnen aan de CAK-BZ die persoonsgegevens worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor de CAK-BZ ter uitvoering van zijn wettelijke taak. Het is nog niet duidelijk wat de meest geschikte wijze is voor CAK-BZ om het bank- of gironummer van de betrokken verzekerde te krijgen, daarom is de mogelijkheid opgenomen om bij amvb een instantie aan te wijzen die het CAK deze gegevens zal verstrekken.

Aangezien het CAK-BZ een zelfstandig bestuursorgaan is, heeft het personeel daarvan op grond van artikel 2:5 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) een geheimhoudingsplicht. Het is dus niet nodig een afzonderlijke geheimhoudingsplicht in artikel 118a Zvw te regelen.

Artikel 118a, vierde lid, Zvw

In het vierde lid is bepaald dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld met betrekking tot het verwerken van de gegevens die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de compensatieregeling voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten.

O

In artikel 124 Zvw is bepaald dat vier weken voordat een voordracht wordt gedaan van een ontwerp van een krachtens artikel 22, vijfde lid, Zvw vast te stellen amvb, dit ontwerp eerst aan beide kamers der Staten-Generaal wordt overgelegd. Nu de no-claimteruggave komt te vervallen, komt ook de voorhangbepaling over een vast te stellen amvb over de no-claimteruggave te vervallen.

Artikel II

Artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag geeft aan hoe de standaardpremie wordt berekend die bepalend is of iemand recht heeft op een zorgtoeslag. De standaardpremie voor de zorgtoeslag wordt berekend door de gemiddelde (nominale) premie te verminderen met het geraamde gemiddelde bedrag van de no-claimteruggave in het daarop volgende jaar. Of de verzekerde ook daadwerkelijk een no-claimteruggave ontvangt, is hierbij niet van belang. Aangezien in dit wetsvoorstel de no-claimteruggave wordt afgeschaft, speelt deze geen rol meer bij het berekenen van de standaardpremie. In dit artikel wordt artikel 4 van het Wet op de zorgtoeslag hierop aangepast. De standaardpremie is in het nieuwe artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag gelijk aan de geraamde gemiddelde premie die door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uiterlijk 15 dagen, voorafgaande aan het berekeningsjaar, bij regeling wordt vastgesteld met daarbij opgeteld het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde zonder meerjarige, onvermijdbare zorgkosten (zoals bedoeld in het voorgestelde artikel 118a, eerste lid, Zvw) naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt. Dit bedrag zal voor 2008 € 110 zijn. Verzekerden met een inkomen beneden de voor de zorgtoeslag relevante maximum-inkomensgrenzen, krijgen derhalve via de zorgtoeslag compensatie voor het verwachte bedrag dat zij voor het verplichte eigen risico kwijt zullen zijn.

Artikel III

A en B

Zoals bij artikel I, onderdeel N, is toegelicht, zullen bij amvb regels worden gesteld met betrekking tot de persoonsgegevens die zorgverzekeraars het CAK-BZ dienen te verstrekken zodat dit kantoor zijn in artikel 118a Zvw geregelde taak kan uitvoeren. Deze artikelen zorgen ervoor dat de Nederlandse Zorgautoriteit zorgverzekeraars die niet conform die regels handelen, een last onder dwangsom (artikel 83 van de Wet marktordening gezondheidszorg) dan wel een bestuurlijke boete (artikel 88 van die wet) kan opleggen.

Artikel IV

Indien een verzekerde van mening is dat hem ten onrechte niet het bedrag, genoemd in het voorgestelde artikel 118a Zvw is uitgekeerd, dient de verzekerde hierover een beschikking te vragen bij het CAK-BZ. Het besluit dat het CAK-BZ vervolgens neemt, is een besluit in de zin van de Awb. Dit betekent dat hiertegen bezwaar kan worden gemaakt bij het CAK-BZ. Indien de verzekerde het niet eens is met de beslissing op bezwaar, kan er beroep bij de rechtbank worden ingesteld. Door de toevoeging van artikel 118a aan onderdeel C, onder 22a, van de bijlage van de Beroepswet, is geregeld dat tegen de uitspraak van de rechtbank hoger beroep openstaat bij de Centrale Raad voor Beroep (CRvB). Hiervoor is gekozen, omdat tegen alle overige besluiten die een bestuursorgaan jegens verzekeringnemers en verzekerden neemt ook hoger beroep bij de CRvB openstaat.

Ingevolge artikel 19 van de Beroepswet wordt de werking van een uitspraak met betrekking tot een besluit dat is genomen op grond van artikel 118a Zvw opgeschort tot het hoger beroep is beslist. Artikel 22 van de Beroepswet regelt welk griffierecht men is verschuldigd voor een hoger beroep tegen het besluit van het CAK-BZ.

Artikel V

De vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico leidt er toe dat de buitengewone uitgavenregeling in de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001) aanpassing behoeft, om te waarborgen dat de onder het regime van het verplichte eigen risico per saldo voor rekening van de belastingplichtige komende uitgaven fiscaaltechnisch op dezelfde wijze worden behandeld als onder de no-claimteruggaveregeling en de beoogde prikkelwerking in stand blijft.

Op basis van de huidige buitengewone uitgavenregeling wordt de zogenoemde standaardpremie in aanmerking genomen (art. 6.18, eerste lid, onderdeel b, Wet IB 2001). De standaardpremie is gedefinieerd in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag. Voor 2007 is de standaardpremie de gemiddelde nominale premie (waarin een bedrag van € 255 was begrepen ter financiering van de no-claimteruggave), verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave (€ 91). Als gevolg van de afschaffing van de no-claimteruggave en de invoering van een verplicht eigen risico (van € 150), wordt de definitie van de standaardpremie gewijzigd. De nieuwe definitie wordt: de gemiddelde nominale premie (die ten opzichte van 2007 wordt verlaagd in verband met de vervanging van de no-claimregeling door het verplichte eigen risico) vermeerderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt (€ 110). Per 1 januari 2008 wordt deze aangepaste standaardpremie in aanmerking genomen voor de buitengewone uitgavenregeling. Als gevolg hiervan is derhalve een bedrag van € 110 van de als gevolg van het verplichte eigen risico voor rekening van de belastingplichtige komende uitgaven in de standaardpremie begrepen en wordt dus in aanmerking genomen in de buitengewone uitgavenregeling. Deze situatie is dan vergelijkbaar met de fiscale behandeling onder de no-claimteruggaveregeling waar op dit moment een bedrag van € 164 (zijnde de gemiddelde no-claim druk) via de standaardpremie in aanmerking wordt genomen.

In de huidige (no-claim-)situatie is het per saldo voor rekening van de belastingplichtige komende bedrag (van € 91, zijnde de gemiddelde no-claimteruggave) niet aftrekbaar via de buitengewone uitgavenregeling. Om in de nieuwe situatie, waarin de no-claimteruggaveregeling is vervangen door een verplicht eigen risico, eenzelfde systematiek te realiseren dient het resterende deel (€ 150 verminderd met de eerder genoemde € 110, oftewel € 40) van de als gevolg van het verplichte eigen risico voor rekening van de belastingplichtige komende uitgaven niet aftrekbaar te zijn in de buitengewone uitgavenregeling. Hiertoe strekt de voorgestelde wijziging van artikel 6.18 van de Wet IB 2001. Voorgesteld wordt aan dit artikel een tiende lid toe te voegen dat bepaalt dat uitgaven niet in aanmerking worden genomen voor de buitengewone uitgavenregeling, voor zover deze uitgaven ten laste komen van een verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 18a van de Zorgverzekeringswet. Doordat via de aftrekbaarheid van de standaardpremie, die deels bestaat uit het gemiddelde eigen risico van € 110, de facto een deel van de ten laste van het verplichte eigen risico komende uitgaven wel in aanmerking wordt genomen voor de buitengewone uitgavenregeling, wordt per saldo bewerkstelligd dat de eerder genoemde € 40 niet in aanmerking worden genomen voor de buitengewone uitgavenregeling. Hiermee blijft de beoogde prikkelwerking van het verplichte eigen risico in stand en wordt de fiscale regeling niet gunstiger gemaakt in vergelijking met de huidige situatie van de no-claimteruggave.

De voorgestelde wijzigingen hebben overigens geen gevolgen voor de meest kwetsbare groep, de verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Immers, deze groep wordt ingevolge dit wetsvoorstel (zie artikel I, onderdeel N) buiten de fiscaliteit gecompenseerd. In het Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001 zal nog worden opgenomen

dat deze compensatie bij de bepaling van hetgeen op de belastingplichtige aan buitengewone uitgaven drukt, buiten beschouwing zal blijven.

Artikel VI

In artikel 31, tweede lid, van de Wet werk en bijstand wordt aangegeven dat de no-claimteruggave niet tot de middelen van de belanghebbende wordt gerekend. Bij het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico dient dit te vervallen en wordt dit vervangen door het bedrag dat aan verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten op grond van het voorgestelde artikel 118a Zvw wordt uitgekeerd, aangezien deze € 40 ook niet tot de middelen van de belanghebbende dient te worden gerekend. Met deze compensatie is er volgens het kabinet sprake van een passende en toereikende voorziening.

Artikel VII

In artikel 4, tweede lid, van de Wet werk en inkomen kunstenaars wordt aangegeven dat de no-claimteruggave niet tot de middelen van de kunstenaar of zijn gezin behoort. Bij het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico dient dit te vervallen en wordt dit vervangen door het bedrag dat aan verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten op grond van het voorgestelde artikel 118a Zvw wordt uitgekeerd, aangezien deze € 40 ook niet tot de middelen van de kunstenaar of zijn gezin dient te worden gerekend. Met deze compensatie is er volgens het kabinet sprake van een passende en toereikende voorziening.

Artikel XI

Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld de no-claimteruggaveregeling te laten vervallen. De bepalingen over de no-claimteruggave zijn echter nog wel noodzakelijk voor het berekenen van de no-claimteruggave over de jaren 2006 en 2007. Zo moet de zorgverzekeraar op grond van artikel 87, zesde lid, onderdeel e, Zvw gegevens kunnen verstrekken tot de no-claimteruggave is afgehandeld. Aangezien de no-claimteruggave in feite wordt voorgefinancierd door middel van een extra nominale premie, is bij de invoering daarvan besloten een datum te regelen waarvóór de no-claimteruggave, moet worden uitbetaald. Daarbij werd als datum vastgelegd dat de afrekening uiterlijk 31 maart na afloop van het desbetreffende kalenderjaar dient plaats te vinden. In de praktijk doet zich de situatie voor dat kosten pas bekend worden na de uitkering van de no-claimteruggave. Daarom was geregeld dat de no-claimteruggave nog één jaar mag worden gecorrigeerd op nagekomen rekeningen. Dat kan dan vervolgens leiden tot terugvordering bij de verzekerde of verrekening met nog te ontvangen gelden. De no-claimteruggaven van het jaar 2007 worden afgewikkeld volgens de geldende no-claimsystematiek, dus inclusief de mogelijkheid om tot 1 april 2009 de in maart 2008 uit te keren no-claimteruggave over 2007 te corrigeren en terug te vorderen. Om deze reden blijven de bepalingen die door dit wetsvoorstel gewijzigd of geschrapt, worden tot 1 april 2009 onverminderd gelden zoals deze luiden voor het inwerkingtreden van dit wetsvoorstel.

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