

Vergaderjaar 2004–2005

**29 483**

## **Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat**

**B**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 22 november 2004

Het voorbereidend onderzoek gaf de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

#### **1. CDA-fractie**

De leden van de **CDA**-fractie hadden met bijzondere belangstelling kennisgenomen van het voorliggende – gewijzigde – wetsvoorstel, maar hadden tot hun spijt moeten constateren, dat hun twijfels ter zake niet minder zijn geworden. Na de uitvoerige discussies in de Tweede Kamer wilden zij zich echter thans onthouden van beschouwingen, die als een herhaling van zetten kunnen worden gezien. De plenaire behandeling biedt ruimte voor een eigen beschouwing. Deze leden wilden thans dan ook volstaan met de constatering, dat van de tweërlei doelstelling – een financieringsverschuiving van collectief naar individueel en een meer «gepast gebruik» van medische voorzieningen – alleen de eerste doelstelling overleefd is gebleven. Immers, bij een gepast gebruik moet worden gedacht aan het geven van een financiële prikkel daar waar keuzemogelijkheid voor de burger/patiënt aanwezig is. Deze leden bleven van mening, dat een eigen keuze in eerste instantie slechts mogelijk is bij de toegang tot de medische voorzieningen. Het aanbrenge van een financiële prikkel ter zake houdt echter het gevaar in van het veroorzaken van duurdere vormen van zorg, omdat de gang naar deze toegang – de huisarts als poortwachter – wordt gemedend. Een dergelijke financiële prikkel kan dan ook uitsluitend worden ingezet wanneer de uitkomsten – de lasten – hiervan – op een rechtvaardige wijze worden verdeeld, hetgeen in het voorliggende wetsvoorstel niet het geval is.

Het was deze leden opgevallen, dat de nu gekozen uitwerking evenwel slechts voor beperkte tijd zal gelden en dat intussen een nieuw systeem – een VVD-plan – nader zal worden bestudeerd. Waarom zijn reeds nu andere systemen, zoals bijvoorbeeld de eigen bijdrageregelingen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen niet overwogen? Kan dit alsnog gebeuren? In ieder geval, zo meenden de leden van de CDA-fractie, zou dit systeem en zo mogelijk andere systemen – naast het plan van de VVD voor het gemiddelde zorggebruik per leeftijdsgroep en geslacht – bij de

<sup>1</sup> Samenstelling: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (voorzitter), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD) (plv.voorzitter), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA), Thissen (GL).

nadere studie dienen te worden betrokken. Deze passen ook in de nieuwe zorgverzekeringswet met gemengde financiering (nominaal/procentueel). Dit is des te meer van belang met het oog ook op de ontwikkelingen in Europees verband. Immers, niet alleen in Duitsland gelden inkomensafhankelijke maxima binnen eigen bijdrageregelingen, ook andere landen kennen eigen bijdragen, die afhankelijk zijn van het inkomen en worden chronisch zieken en ouderen grotendeels ontzien bij het invoeren van eigen bijdragen. Bovendien waren de leden van de CDA-fractie geïnteresseerd in een nadere toelichting van de eerste passage op bladzijde 2 van de memorie van toelichting, geconcretiseerd in de vraag uit welke onderzoeken tot dusverre is gebleken, dat door invoering van een eigen risico in welke vorm dan ook een meer afgewogen gebruik van de medische voorzieningen wordt gemaakt.

Een tweede kritiekpunt bracht deze leden bij de nu voorgestelde vorm van «omgekeerde solidariteit». Eigen betalingen op een solidair verantwoorde wijze wezen de leden van de CDA-fractie niet af, hetgeen wil zeggen, dat voor de kwetsbare groepen geen lastenverzwaring door uitvoering van de no-claim teruggaveregeling mag ontstaan. De diverse teksten in de verschillende, gewisselde stukken hadden deze leden ter zake echter nog niet de vereiste helderheid verschaft. De negatieve koopkrachteffecten op bladzijde 8 van de nota naar aanleiding van het verslag noodzaakten de leden van de CDA-fractie tot de vraag «welk percentage van het negatieve koopkrachteffect moet worden toegeschreven aan de no-claimoperatie?» Deze vraag stelden zij ook tegen de achtergrond van de stellingname in hetzelfde verslag op bladzijde 23, dat Rijksbreed naar de koopkrachteffecten is gekeken en niet alleen naar de koopkrachtgevolgen die veroorzaakt worden door de no-claimregeling. Op bladzijde 26 lasen deze leden alleen dat het niet ontvangen bedrag aan no-claimteruggaaf aftrekbaar is onder de buitengewone uitgavenregeling en dus ook automatisch meeloopt in de TBU. Geldt dit nu ook voor de extra stijging van de nominale premie? Dit nu achtten de leden van de CDA-fractie van wezenlijk belang en deze leden konden zich voorstellen dat de minister bereid is in deze richting een oplossing te zoeken, zo deze bij de behandeling van het Belastingplan 2005 in de Tweede Kamer al niet is gerealiseerd. Voorts hadden de leden van de CDA-fractie zich afgevraagd of in het kader van de Wet op de Zorgtoeslag geen structurele oplossing kan worden gevonden. Ook elders wordt immers alleen gesproken in bovenbedoelde geest (blz. 27). Deze leden wilden overigens thans niet meer aandringen op een uitzonderingspositie voor *alle* gehandicapten, chronische zieken en ouderen – het lijkt nu immers om een tijdelijke regeling te gaan – hoe gaarne deze leden ook een andere regeling hadden gezien. Maar ook onder chronisch zieken en ouderen zijn sterke schouders ofwel verzekerden met inkomens, die aan de doelstelling – een financieringsverschuiving van collectief naar individueel – een gepaste bijdrage kunnen leveren. Het ging en gaat de leden van de CDA-fractie in het licht van het voorgaande vooral om de kwetsbaren onder deze groepen, voor wie elke euro telt! Tenslotte wilden de leden van de CDA-fractie opmerken de gekozen dekking voor het niet onder de no-claimteruggaaf brengen van de huisarts – met name de 50 miljoen voor intensivering van de eerste lijn – niet te kunnen plaatsen. Versterking van de eerste lijn is immers een noodzakelijke prioriteit.

## **2. PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de **PvdA** hadden kennisgenomen van het wetsvoorstel ter wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat. Deze leden stelden omtrent deze wetswijziging vragen betref-

fende het karakter van de regeling, de uitvoering en werking ervan, alsmede rond de consequenties voor onder meer de koopkrachtontwikkeling, de kwaliteit van zorg en de administratieve lastendruk.

#### *De no-claim in het nieuwe zorgstelsel*

De no-claimteruggaveregeling maakt, net als de aankomende nieuwe Zorgverzekeringswet, onderdeel uit van de hervormingen van het zorgstelsel. De regering acht de invoering van de no-claimteruggaveregeling in 2005 een gewenste ingreep in de Ziekenfondswet en een stap op weg naar de nieuwe zorgverzekering, waarbij marktwerking in de zorg wordt gerealiseerd. De leden van de PvdA vroegen hoe de no-claimteruggaveregeling zich verhoudt tot de Zorgverzekeringswet. Op welke wijze en in welke mate moet de no-claimteruggaveregeling een bijdrage gaan leveren aan het tot stand brengen van marktwerking in de zorg? Hoe wenselijk en noodzakelijk acht de regering het voorts om beide wettelijke regelingen in samenhang te beschouwen en behandelen?

#### *Effectiviteit van de regeling*

De leden van de fractie van de PvdA hebben vernomen dat de regering met de no-claimteruggaveregeling het versterken van het kostenbewustzijn van patiënten/verzekerden enerzijds en het beter beheersen van de uitgaven aan zorg door verminderd zorggebruik anderzijds, beoogt. Betekent dit dat er volgens de regering sprake is van overconsumptie en onnodig zorggebruik in het huidige zorgstelsel? Zo ja, hoe omvangrijk is dit? Waarop baseert de regering vervolgens de veronderstelling dat een no-claim van 255 euro zal leiden tot minder zorgconsumptie? Heeft de regering de inzet van alternatieve instrumenten overwogen om dit doel te bereiken? Zo ja, welke? Zo niet, waarom niet? Kent de regering voorbeelden van ingevoerde eigen risico's/betalen, welke over een periode van 3 of 4 jaar hebben geleid tot een aantoonbaar verminderd zorggebruik? Is daarbij bekend of er al dan niet voor de gezondheid schadelijke onderconsumptie en hogere kosten op langere termijn ontstaan, bijvoorbeeld door het niet tijdig behandelen van bepaalde aandoeningen? Voorts vroegen de leden van de PvdA-fractie waarop de minister van VWS zich baseert als hij stelt dat patiënten/verzekerden, indien het vanwege de gezondheid nodig is, zich niet laten weerhouden van een bezoek aan een arts of andere hulpverlener vanwege financiële argumenten. Kan de minister dit nader toelichten en aangeven op welke wijze het effect van de no-claim teruggaveregeling op dit punt te meten is?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt in het advies Gepaste Zorg dat de invloed van de patiënt op het gebruik van zorg klein is en dat er geen sprake is van veelvuldig onnodig zorggebruik. Deelt de minister deze constatering? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat betekent dit voor de invoering van een no-claimteruggaveregeling? De RVZ geeft ook aan dat de mate waarin en de manier waarop de verzekerde/patiënt invloed uit kan oefenen op de zorgverlening en zijn of haar eigen zorggebruik, bepalend is voor de werking van een systeem van eigen betalingen. Op welke wijze heeft de regering hiermee rekening gehouden in de vormgeving van de regeling? Kan de regering in dit kader nader toelichten waarom gekozen is voor de no-claimteruggave en niet voor een eigen risico of bijvoorbeeld inkomensafhankelijke eigen bijdragen om dezelfde doelstellingen te bereiken?

De leden van de PvdA-fractie hebben er kennis van genomen dat naast de kosten van kraamzorg en verloskundige hulp ook de kosten voor huisartsenzorg in 2005 niet in mindering op de no-claimteruggaaf zullen

worden gebracht. Waarom heeft de minister deze regeling dusdanig gewijzigd dat de huisartsenzorg erbuiten is komen te vallen? Welke criteria hanteert de regering om een zorgvoorziening wel of niet onder een no-claim teruggaveregeling te laten vallen? Zijn dit de criteria waarlangs de werking en effectiviteit van de regeling beoordeeld gaan worden? Indien dit niet het geval is, welke criteria worden daartoe wel gehanteerd?

De minister gaat onderzoeken of alternatieven voor de no-claimteruggaveregeling haalbaar en uitvoerbaar zijn. Kan de minister toelichten waarom op dit moment is besloten tot een dergelijk onderzoek? Is te verwachten dat de huidige regeling niet effectief zal zijn? Kan hij bij het onderzoek ook de ervaringen betrekken die reeds zijn opgedaan met vormen van eigen bijdragen zoals in het zogenaamde IZA-model? Hoe gaat hij voorts tussentijds de werking van de nu voorgestelde regeling monitoren, en richt hij zich daarbij meer specifiek op zowel de kosten ervan als op de opbrengsten in termen van het zorgremmend gedragseffect en de mogelijke onderconsumptie die tot schade aan de gezondheid kan leiden?

#### *Gemiddelde teruggaaf en koopkrachtontwikkeling*

Deelt de minister voorts de mening van de leden van de fractie van de PvdA dat de wijze waarop de gemiddelde teruggaaf wordt berekend bepalend is voor de mogelijke effectiviteit van de regeling? Deelt de minister hun opvatting dat voor een versterkt kostenbewust gedrag bij de zorggebruiker heldere prikkels dan van belang zijn? Welke gevolgen heeft het door de Tweede Kamer aangenomen en door de regering overgenomen amendement-Buijs, om de huisartsenzorg buiten de regeling te laten, voor de berekening van de gemiddelde teruggaaf? Wat betekent dit voor de helderheid en effectiviteit van de regeling? Voor welke groepen geldt het gemiddelde en welke onderbouwing heeft de minister daarbij? Geldt bovendien bij het vaststellen van de no-claimkorting dat elke medeverzekerde boven de 18 jaar in aanmerking komt voor een aparte no-claimkorting?

Het was de leden van de PvdA-fractie opgevallen dat de regering in haar toelichting op de no-claimteruggaveregeling ervan uitgaat dat er gemiddeld genomen een positieve invloed op het koopkrachtbeeld ontstaat en dat er geen onoverkomelijke financiële toegankelijkheidsdrempels zullen ontstaan. Welke onderbouwing heeft de regering daarvoor? Deze leden constateerden vervolgens dat diegenen die niet in dit gemiddelde beeld passen, en tevens te maken hebben met gecumuleerde inkomenseffecten van andere maatregelen, met flinke kostenstijgingen geconfronteerd zullen worden. Leidt het noodzakelijke zorggebruik door chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevende ouderen tot een negatief effect op hun koopkrachtsituatie? De RVZ acht een compensatieregeling voor chronisch zieken noodzakelijk omdat zij hun zorggebruik niet of nauwelijks kunnen beïnvloeden. De raad concludeert dat bij het invoeren van vormen van eigen betalingen een gedifferentieerde aanpak nodig is, waarbij per zorgvorm wordt bekeken hoeveel invloed patiënten/verzekerden zelf op hun zorggebruik kunnen uitoefenen. Deelt de minister deze conclusie en is hij bereid om die gedifferentieerde aanpak in een compensatieregeling tot uiting te laten komen?

In dit kader vroegen de leden van de fractie van de PvdA zich ook af op welke wijze de regering zal omgaan met groepen patiënten die rond of onder het bestaansminimum terecht dreigen te komen vanwege een accumulatie van maatregelen, waaronder de no-claimregeling. Deze leden vernamen daarom graag welke rol de no-claimteruggave zal spelen bij het

berekenen van de toekomstige zorgtoeslag. Zij hebben daarnaast begrepen dat de regering de bijzondere bijstand met 80 miljoen euro aanvult, zodat gemeenten schrijnende gevallen in de groep chronisch zieken kunnen ontzien. Waarop is deze 80 miljoen euro gebaseerd? Op welke wijze moet dit geld door gemeenten worden besteed? Hoe gaat de minister de gemeenten een doelgerichte besteding van deze gelden stimuleren en controleren dan wel afdwingen?

#### *Substitutie-effecten en kwaliteit van zorg*

Is de regering het met de fractie van de PvdA eens dat de druk op de huisartsenzorg toeneemt vanwege de combinatie van de voorgestelde no-claimteruggaveregeling met een bezuinigingstaakstelling en het achterwege laten van 50 miljoen euro ter intensivering van de eerstelijnszorg? Hoe groot acht de regering de kans dat substitutie-effecten optreden? Hoe groot is bijvoorbeeld de kans dat het buiten de no-claimteruggaveregeling laten van de huisartsenzorg ertoe leidt dat patiënten – vanwege de no-claimkorting – later verwezen (willen) worden naar de tweede lijn? Hoe groot is de kans dat de toegenomen druk op de huisartsenzorg ertoe leidt dat huisartsen juist sneller zullen doorverwijzen naar de tweede lijn? Welke gevolgen kunnen dergelijke gedragseffecten hebben voor de kostenbeheersing en voor het bereiken van noodzakelijke zorginhoudelijke en logistieke innovaties in de eerste lijn?

#### *Administratieve lasten en uitvoeringskosten*

Als de minister spreekt over relatief geringe administratieve lasten in het kader van deze regeling, bedoelt hij daarmee dan de formele regeldruk in de zin van minder wetgeving en regels, of ook de impliciete regeldruk, te weten de administratieve gevolgen voor patiënten/ verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders? De leden van de PvdA-fractie vroegen of er voldoende periodieke informatiemomenten richting de verzekerden in de no-claimteruggaveregeling bestaan. In het licht van de effectiviteit van de regeling is het van belang dat verzekerden een goed en duidelijk gemotiveerde beschikking krijgen over de al dan niet te ontvangen teruggaaf en de tussentijdse stand van zaken. Hoe verhoudt het beperkte aantal tussentijdse informatiemomenten richting de patiënt/verzekerde over de stand van zaken rond de no-claim zich tot het realiseren van een groter kostenbewustzijn bij zorggebruikers? De leden van de fractie van de PvdA vroegen tevens hoezeer en hoe actief de patiënt/verzekerde in staat wordt gesteld om adequaat te reageren wanneer hij of zij meent dat er sprake is van een onjuiste beschikking rond de no-claimteruggave. Op welke wijze garandeert de regering dat de informatieverstrekking aan de verzekerden omtrent de berekening van de no-claimteruggave transparant is, alsmede waar en wanneer hij of zij met bezwaren terecht kan? Tenslotte vroegen de leden van de PvdA fractie of het wisselen van zorgverzekeraar door verzekerden in de praktijk toch tot hogere administratie- en uitvoeringskosten zal leiden dan nu is voorzien, bijvoorbeeld door verschillen in de registratie van gemaakte zorgkosten en verschillen in informatiemomenten door zorgverzekeraars.

De fractie van de Partij van de Arbeid zag de antwoorden van de minister met belangstelling tegemoet.

### **3. VVD-fractie**

De leden van de **VVD**-fractie waren van mening dat dit wetsvoorstel, en a fortiori in de geamendeerde vorm, veel vragen oproept. Zij vroegen om te beginnen of het de minister bekend is dat van een no-claim korting weinig te verwachten valt op het punt van kostenbesparing. Dit is allerwegen

door gezondheidseconomen geconstateerd. De voornaamste reden is dat uitkeringen in natura (dat wil zeggen verzekerden krijgen geen rekening, maar krijgen de verrichting als zodanig aangeboden) altijd en overal leiden tot een groter gebruik van gezondheidszorg. Er is immers geen enkele zichtbare financiële prikkel, want de premie wordt voor 60% van de bevolking als deel van de loonbelasting en sociale premies ingehouden (ongeveer 1,5% van het inkomen, de werkgevers moeten daarbij nog eens ongeveer 6,5% betalen). Deze premiebetaling is dus onzichtbaar en door de burger ook niet manipuleerbaar. Deze stand van zaken vraagt om ongepast gebruik van gezondheidszorg. De leden van de VVD-fractie vroegen de minister waarom niet is gekozen voor het enige systeem dat wel leidt tot een afweging bij de burger om al of niet naar de dokter te gaan, namelijk de eigen betaling, zoals die bestaat in de meeste westerse landen.

Vervolgens merkten deze leden op dat achter het huidige Nederlandse zeer kostbare systeem van ziektekostenverzekeringen een aantal ideologische (en deels feitelijk onjuiste) vooronderstellingen ligt. Zij betreurden het dat de minister hieraan geen enkele aandacht besteedt in de memorie van toelichting. Was hij van deze gegevens niet op de hoogte? Waarom heeft hij ze niet genoemd? De ideologische vooronderstellingen maken immers een reëel debat over maatregelen tegen kostenstijgingen in de gezondheidszorg erg moeilijk. Door aandacht aan deze punten te besteden had de minister wellicht ook een aantal weerstanden tegen zijn pogingen om de kostenstijging aan te pakken, kunnen wegnemen.

De eerste is dat ziektegedrag van individuen zich zou onttrekken aan keuzen. Dit is slechts zeer gedeeltelijk het geval. Juist bij de huisarts komen veel irreële en onnodige klachten terecht. Vanwege de ziekte winst (wie ziek is mag thuisblijven, krijgt aandacht en toch salaris) is de verleiding om zichzelf ziek te verklaren groot. Dit neemt niet weg dat er natuurlijk ook zeer reële klachten bij artsen worden gedeponneerd.

De tweede ideologische vooronderstelling is dat ziekte altijd een lot zou zijn (zie boven). Ziekte is enerzijds soms zeer subjectief, anderzijds is er steeds meer kennis over de consequenties die bepaald gedrag heeft op het punt van de ziektelast van een individu.

De derde ideologische vooronderstelling is dat solidariteit absoluut op geen enkele wijze mag worden begrensd. Dit is een overvraging van de verzekerden met ernstige consequenties. Als iedereen namelijk in de ogen van allen alles maar vraagt en krijgt aan zorg, levert dat alleen nog meer vraag naar gezondheidszorg op. De vierde ideologische vooronderstelling is dat ziektekostenverzekeringen niet meer gezien worden als een verzekering, die bij groot onheil de verzekerde de kans geeft dat onheil tenminste gedeeltelijk op te heffen door medische zorg. Dat is een heel ander gebruik van ziektekostenverzekering dan nu het geval is. Nu is het zo dat iedereen overal recht op meent te hebben op wat hem in zijn kraam te pas komt, terwijl vaak helemaal niet van rampen sprake is, noch van hoge kosten. In tegendeel: veel bezoek aan de (huis)arts betreft leefstijl-geneeskunde of electieve gezondheidszorg.

De vijfde ideologisch vooronderstelling betreft de betekenis van gezondheidszorg voor de gezondheid. Deze is veel beperkter dan in het algemeen wordt aangenomen. De leden van de VVD-fractie vroegen de minister te reageren op deze vooronderstellingen, want noch in het wetsvoorstel en de memorie van toelichting, noch in de bespreking in de Tweede Kamer is begrip van het bovenstaande terug te vinden.

Er wordt door de minister gesproken over het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de burger, maar waarom licht de minister dat niet veel gedetailleerder en preciezer toe? In elk geval ontbreken in het wetsvoorstel allerlei belangrijke argumenten ter ondersteuning van een

systeem van een vorm van eigen bijdragen (eigen betalingen, no-claimkortingen of eigen risico). Daarom blijft ook onduidelijk of/dat bij de voorgelegde no-claim korting de solidariteit voldoende overeind blijft. Overigens zij het met nadruk gezegd: een no-claim korting zal niet leiden tot een verband tussen verrichting en betaling, en dus het gebruik van gezondheidszorg door de burger niet beïnvloeden.

Grote moeite hadden de leden van de VVD-fractie met het feit dat de huisarts buiten de no-claim korting is gelaten. Heeft de minister zich wel voldoende tegen dit amendement verzet? Verwacht de minister niet dat door de huisarts erbuiten te laten de druk op de huisarts zal toenemen? Dit substitutie-effect zal zeker optreden omdat de specialist wel meetelt voor het verlies van de no-claim bonus. Waar de patiënt nu vaak aandringt om verwezen te worden naar de tweede lijn, is de kans groot dat hij na invoering van een no-claimkorting die verloren gaat bij gebruik van de tweede lijn, langer bij de huisarts blijft hangen. Dit betekent in het vigerende abonnementssysteem een grotere belasting voor de huisarts tegen hetzelfde honorarium. Voor de VVD-fractie is onbegrijpelijk dat de huisarts dan ook nog 4% moet bezuinigen op zijn praktijkkosten. Kan de minister uitleggen waarom hij dit zo regelt? Was het dan niet beter geweest om het no-claim bedrag maar te vergroten, hoewel dat nog meer het gevreesde substitutie effect zal opleveren? Naar de mening van deze leden is het amendement dat deze bezuiniging via de huisarts regelt, een ongewenste toevoeging aan de wet, die een eventueel effect ervan geheel onderuit zal halen.

De leden van de VVD-fractie concludeerden dat zij de minister van harte willen steunen met zijn pogingen om de kosten van gezondheidszorg te beteugelen, maar dat zij zich afvragen of de huidige wet hieraan zelfs maar een beetje zal bijdragen.

#### **4. fracties van D66 en OSF**

De leden van de fracties van **D66 en OSF** vroegen het kabinet allereerst waarom de no-claimkorting nu moet worden ingevoerd, terwijl per 1/1/06 de beoogde basisverzekering gaat gelden. Zij werden daarbij gesteund door de fracties van VVD, SGP, PvdA en SP. Is het het voornemen van dit kabinet om de no-claimkorting ook in te voeren bij de basisverzekering? De fracties van D66 en OSF waren nog niet overtuigd van de kosten- en batenanalyse van deze maatregel en vroegen het kabinet nog eens voor te rekenen, op basis van bewezen bedragen, wat de financiële baten en alle financiële lasten zijn.

In welke mate zal de gekozen systematiek een bijdrage leveren aan het sluipend tekort aan huisartsen? Kan het kabinet voorts een doorberekening laten zien van de financiële effecten die samenhangen met het stimuleren van het beperken van de huisartsenzorg en de daarmee samenhangende verschuiving van de zorg naar de veel duurdere tweedelijnszorg? Welke activiteiten worden bij huisartsen niet uitgevoerd als gevolg van de bezuinigingen van € 50 miljoen?

Vervolgens vroegen deze leden het kabinet nog eens uiteen te zetten waarom gekozen is voor het TER (totaal eigen risico systeem) in plaats van voor het PEB (percentage eigen bijdrage systeem). Waarom zou het PEB niet rechtvaardiger en efficiënter zijn?

Kan het kabinet nog eens uiteenzetten in welke mate chronisch zieken, gehandicapten en andere mensen met veel zorgkosten er met deze wet op achteruit gaan? Hoe verhoudt zich dit bedrag tot de eigen bijdrage die nu betaald wordt? Is er een overzicht te geven van de hoofdcategorieën en de

aantallen personen die behoren tot de groep chronisch zieken en gehandicapten, zo vroegen de leden van de fracties van D66 en OSF tot besluit.

## **5. SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie**

### *Zwakkeren in de samenleving*

No-claim lijkt met name slecht uit te vallen voor de groep chronisch zieken en ouderen, zo merkten de leden van de **SGP**-fractie, mede namens de **ChristenUnie**, op. Zij maken geen enkele kans op teruggave. Dit betekent dus een afname van de solidariteit en een lastenverzwaring voor deze groep (Zij betalen wel de extra premie, maar krijgen geen teruggave). Hoe denkt de minister deze groep te compenseren?

### *Administratieve lastenverzwaring*

De extra administratieve van no-claim bij verzekeringsmaatschappijen is erg hoog, zo vervolgden deze leden. Zowel de kosten van invoering (automatisering) als de kosten van uitvoering (beantwoorden vragen over status no-claim, procedure no-claim etc.). Verzekeringsmaatschappijen krijgen hier waarschijnlijk te weinig compensatie voor. Wat is de zienswijze van de minister?

### *Onduidelijk in basisverzekering*

Met de komst van de basisverzekering zal er niet alleen en no-claim zijn, maar ook een eigen risico. Wat is het verschil? Ziet de consument door de bomen het bos nog wel? Deelt de minister deze mening?

### *Verschillende financiële sturingsinstrumenten*

Bij de basisverzekering krijgt de consument te maken met vier verschillende sturingselementen, zo constateerden de leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie:

No claim

Eigen risico (basisverzekering)

Wettelijk eigen bijdrages (bijv. hulpmiddelen)

Vrijwillige eigen bijdrage (met name AV, bijv. 75% vergoeding tandarts)

Gaat hij niet denken: Ik snap het niet, ik consumeer wel en ik zie aan het einde wel wat de status is? Wie moet duidelijkheid verschaffen?

### *Verschil in ziekenfonds (basisverzekering) en aanvullende verzekering*

Een consument weet niet het verschil tussen vergoedingen in de Aanvullende verzekering en het ziekenfonds (Basisverzekering). Hoe komt het dat eerste lijns psychologische hulp niet in mindering wordt gebracht op de no-claim (komt namelijk uit aanvullende verzekering) en tweedelijns psychologische hulp wel (komt namelijk uit de AWBZ). Ditzelfde geldt voor fysiotherapie bij volwassenen, chronische indicatie. Eerste 9 behandelingen geen effecten voor no-claim (komt uit AV), vervolg behandelingen bij chronische fysiotherapie wel (komt uit ziekenfonds). Graag vernamen deze leden de mening van de minister.

### *Effect bijna niet meetbaar*

No-claim wordt veronderstelt een middel te zijn tot zorgsturing. Hoe wordt dit gemeten?



Er gaat geen remmende werking uit van de voorgestelde no-claim variant, zo meenden deze leden. Normaal gesproken (vergelijk autoverzekering) krijg je wel of geen no-claim. Consumeer je bijvoorbeeld € 50,- dan krijg je totaal geen no-claim. Van zo'n soort systeem gaat een remmende werking uit. Het voorgestelde systeem trekt € 50,- af van de maximale no-claim van € 255,- en keert € 205,- uit. Hiervan gaat dan geen remmende werking uit. Is de minister het eens met deze zienswijze, zo wilden deze leden weten.

*No-claim werkt niet bij specialistische hulp*

No-claim zou wellicht enigszins kunnen helpen bij kleine verstrekkingen zoals fysiotherapie. Bij specialistische en ziekenhuishulp gaat het om zulke grote bedragen, dat deze de no-claim in één keer volledig consumeert en dat er daardoor geen remmende werking meer vanuit gaat, ook niet op de navolgende kleine verstrekkingen zoals fysiotherapie.

*Niet werkbare situatie van no-claim en dbc bij jaarovergangen en/of verzekeraarsovergangen*

De verplichting tot het betalen van een dbc (diagnose behandel combinatie) begint bij aanvang van de behandeling. Met name bij jaarovergangen en/of verzekeringsovergangen heeft dit ingewikkelde gevolgen van de no-claim afhandeling. Hoe ga je om met no-claim over een dbc die in december is aangevangen, en het jaar daarop verder wordt uitgevoerd, terwijl de verzekerde bij de jaarovergang van zorgverzekeraar (ziekenfonds) switcht? Dit levert veel onduidelijkheid bij de verzekerde en veel administratieve lasten bij de zorgverzekeraars op.

De leden van de fracties van de SGP en CU suggereerden de volgende alternatieven en verzochten de minister daarop in te gaan: No-claim niet invoeren en in 2006 combineren met eigen risico door bijvoorbeeld het instellen van een verplicht eigen risico in de basisverzekering (zoals nu bijvoorbeeld ook bij de standaard pakketpolissen). Invoering uitstellen en no-claim invoeren tegelijk met basisverzekering. Bij voorkeur koppelen met zorgtoeslag waardoor er één regeling ontstaat met een centrale uitvoering.

Voorts stelden zij nog de volgende vragen.

1. De regelgeving met betrekking tot de no-claim 2005 leidt er toedat uiterlijk per 1 april 2006 de verzekerde informatie ontvangt over zijn consumptie inclusief de daarmee gemoeide kosten en afhankelijk daarvan een bedrag al dan niet krijgt gerestitueerd. Rekeningen van zorgaanbieders die nog betrekking hebben op het jaar 2005 doch bij de zorgverzekeraars pas binnen komen ná 1 april 2006 leiden tot een herziening van het gerestitueerde no-claimbedrag. In de praktijk zal de verzekerde van zo'n herziening begin 2007 in kennis worden gesteld. Is het mogelijk de regelgeving zodanig vorm te geven dat bedoelde nagekomen rekeningen over 2005 worden betrokken bij de verwerking van de no claim 2006? Dit voorkomt onnodige administratieve handelingen en beperkt de toch al ingewikkelde communicatie over deze materie met verzekerden.
- 2a. In verband met de doorvoering van het no-claim systeem per 2005 wordt rekening gehouden met een consumptieremmend effect. Daarvoor is het financiële macro kader voor de ziekenfondsverzekering in neerwaartse zin bijgesteld. Besloten is de zorg, verleend door de huisarts buiten de no claim te laten. De kosten van zorg waarvoor de no claim regeling wel van toepassing is, zijn echter

slechts toegankelijk via een verwijzing van de huisarts. Is het gegeven deze besluitvorming realistisch uit te gaan van een autonoom optredend consumptieremmend effect als gevolg van de no claimregeling? Temeer daar het voor het uiteindelijke resultaat van de no claim regeling aan de kant van de verzekerde niet uitmaakt of hij/zij de huisarts bezoekt? In deze constellatie lijkt dat het enige moment waarop de verzekerde zijn consumptie daadwerkelijk kan beïnvloeden.

- 2b. In het verlengde van het bovenstaande is de vraag of bij uitblijven van het geraamde consumptieremmende effect, vanwege het niet realistische karakter daarvan, een en ander leidt tot een hogere nominale premie, die aan het verzekerde in rekening zal worden gebracht. Dit laatste zou impliceren dat een niet realistische raming uiteindelijk door de verzekerden moet worden opgebracht.

## 6. SP-fractie

De leden van de **SP**-fractie hadden zowel in het parlement als ook daarbuiten door de protestactie No claim-No way, al luid en duidelijk laten blijken niets in dit wetsvoorstel te zien. Met ruim 60 000 adhaesiebetuigers aan de actie, met Patiëntenverenigingen, gezondheidszorgdeskundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn zij van mening dat het wetsvoorstel onrechtvaardig, ondoelmatig en onhaalbaar is. De argumenten voor deze mening zullen deze leden nu niet herhalen wel wilden zij nog een aantal vragen stellen om onduidelijkheid die na het aannemen van het amendement van het lid Buijs cum suis en na de discussie in de Tweede Kamer is ontstaan, weg te nemen.

### *Huisartsenzorg*

Het amendement strekt ertoe dat huisartsenzorg wordt uitgezonderd van de no-claimteruggaaf. De (goedkope) huisartsenzorg als poortwachter voor de (duurdere) tweedelijnszorg dient drempelloos toegankelijk te blijven. Allereerst merkten de leden van de SP-fractie het volgende op. De huisartsenfunctie omvat diagnostiek en behandeling, verwijzing, voorschrijven van medicatie, dan wel geruststelling. De huisarts is in staat ruim 95% van de hulpvragen zelf op te lossen. Geldt de vrijstelling voor het korten op een eventuele no-claimteruggaaf ook voor diagnostiek die op aanvraag van de huisarts wordt verricht? Deze leden dachten aan het aanvragen van laboratoriumonderzoek, aan het verrichten van röntgen-diagnostiek, aan het verrichten van ergometrieën, scopieën, allemaal onderzoeken, die weliswaar vaak in een ziekenhuis worden verricht maar die bezoek aan een ziekenhuisspecialist vaak kunnen voorkomen. Als deze onderzoeken wel onder de no-claimregeling vallen, verwachtten zij dat de patiënt in een aantal gevallen liever direct voor de duurdere zorg zal gaan, omdat de aanslag dan maar een keer telt. Graag vernamen zij de reactie van de minister.

Valt medicatie door de huisarts voorgeschreven ook onder de no-claim regeling? Deze leden dachten van wel, maar vroegen zich af of de minister zich heeft gerealiseerd dat dit zal betekenen dat mensen die (chronisch) medicatie moeten gebruiken zullen aandringen op een zo groot mogelijke hoeveelheid per keer, en niet, zoals nu gebruikelijk, hoeveelheden voor 14 dagen (bij een eerste verstrekking), voor 1 maand (voor rust en kalmeringsmiddelen) of voor 3 maanden (voor chronische medicatie) zullen accepteren. Doel van deze regels, door de sector zelf bepaald, was om niet te grote voorraden bij de patiënt te veroorzaken en om zo adequaat mogelijk de medicatie bewakingsfunctie te vervullen. De medicijnkastjes van de chronische medicatiegebruiker worden bij een no-claimheffing op medicatiegebruik op deze manier alleen maar voller, de besparing die de

minister eventueel bij de weinig medicijn-gebruikende zorgvrager verwacht, wordt naar de taxatie van deze leden door de andere groep te niet gedaan. Graag vernamen zij ook hierop de reactie van de minister.

Door de huisarts te schrappen uit de regeling ontstond een gat van 70 miljoen euro. De minister dicht dit gat enerzijds door 50 miljoen euro investeringen in de versterking van de eerste lijn niet uit te voeren, anderzijds wil hij de sector aansporen doelmatiger te gaan werken om onnodige consumptie tegen te gaan. De leden van de SP-fractie waren het met de minister eens dat de sector door taakherschikking, taakdelegatie en samenwerking doelmatiger zou kunnen werken. Hiervoor zijn echter juist investeringen nodig, investeringen die zich dubbel en dwars zullen laten terugverdienen doordat nog zuiniger en doelmatiger van de tweedelijns gebruik zal worden gemaakt. Echter een extra werkkracht (praktijkverpleegkundige/nurse physician) kost extra geld voor werkruimte, overleg, ict, opleiding etc. Ook extra triage aan de poort is niet zonder geld te regelen, zo meenden deze leden en vroegen naar de mening van de minister. Heeft de minister inmiddels al overleg met de sector gevoerd en wat is de uitkomst hiervan?

De voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft gesteld dat het instrument van de no-claim niet zal werken, omdat van overconsumptie door Nederlandse verzekerden geen sprake is. Wel valt er nog wat te winnen door het gedrag van de zorgaanbieders kritisch te bekijken. Na het bezoek aan de huisarts en een doorverwijzing naar de tweedelijns valt er voor de patiënt weinig meer te kiezen, de minister erkende dat ook in de Tweede Kamer. Is de minister van plan met de sector te kijken hoe ze hun eigen protocollen beter kunnen hanteren? In een aantal gevallen zal dit overigens kostenverlagend werken (als bijvoorbeeld in de regio Hoogeveen niet alle herniapatiënten meer worden opgenomen) ook kostenverhoging behoort echter tot de mogelijkheden (het voorschrijven van bepaalde medicatie bij diabetespatiënten om complicaties te voorkomen).

Preventie gericht op voorkomen van ziekmakend gedrag werkt kostenverlagend en bevordert het nemen van eigen verantwoordelijkheid door de burger. Het is bewezen dat adviezen van huisartsen door patiënten serieus worden genomen. De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Versterking van de preventieve en informerende functie van de huisarts kost geld maar brengt ook wat op. Is de minister bereid hier wel in te investeren?

Als de minister gepast gebruik van huisartsenzorg en kostenbewustzijn wil bevorderen, is volgens deze leden investeren in goede publieksvoorlichting essentieel. Zij dachten dat kostenbeheersing juist moet komen van de mensen die wel een keuze hebben, het grote – nog niet zieke – publiek. Is de minister van plan dat te doen?

#### *Financieel aspect*

Naast deze vragen die vooral op huisartsenzorg betrekking hebben, stelden de leden van de SP-fractie nog de volgende vragen. Door de invoering van de no-claim vindt er een verschuiving plaats van collectief gedragen lasten naar individueel op te brengen geld. Volgens onze informatie een besparing van 1.66 miljard euro op het collectieve gedeelte, waarbij middels de stijging van de nominale premie in het particuliere segment 1.49 miljard euro extra wordt opgebracht. Een toename van de eigen verantwoordelijkheid tegenover een afname van de collectieve verantwoordelijkheid. Kan de minister enig inzicht geven hoe groot het collectief gefinancierde deel is van de zorgkosten en hoe groot

het particulier gefinancierde deel is? Hoe is dat de afgelopen 5 jaren verschoven, zowel in absolute bedragen als in relatieve bedragen?

In de toekomst wordt van zorgverzekeraars verwacht dat ze met elkaar concurreren op basis van aanvullende pakketten en nominale premie. De hoogte van de nominale premie mogen zorgverzekeraars zelf vaststellen. De premieverhoging van 5.5 euro per maand om de no-claim mogelijk te maken wordt via de nominale premie geïnd. Betekent dit in wezen dat de zorgverzekeraar zelf de hoogte van het extra bedrag mag bepalen en mogelijk ook de hoogte van het uit te keren bedrag? Uit concurrentieperspectief zou het ene lager en het andere hoger vastgesteld kunnen worden. Zijn de genoemde bedragen van 5.5 euro per maand en 255 euro per jaar vaste of richt bedragen?

Tenslotte vroegen de leden van de SP-fractie wie financieel verantwoordelijk is als iemand buiten zijn schuld, bij voorbeeld na een aanrijding, in het ziekenhuis circuit belandt. Wordt dit gekort op zijn eigen no-claim teruggave of moet dit verhaald worden op de verzekeraar van de dader?

De voorzitter van de commissie,  
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,  
Janssen