

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**

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 26 november 2004

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag van 22 november 2004 van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij de beantwoording heb ik de volgorde van de vragen en de indeling van het voorlopig verslag aangehouden.

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

De leden van de CDA-fractie stelden vast dat met het onderhavige wetsvoorstel alleen de doelstelling van een financieringsverschuiving van collectief naar individueel wordt gerealiseerd. Zij waren van mening dat het niet rechtvaardig is om de prikkel bij de toegang tot medische voorzieningen, in casu de huisarts, te leggen.

Ik wijs deze leden erop dat in het gewijzigde voorstel van wet (Kamerstukken I 2004/05, 29 483, A) de kosten voor de huisarts buiten de no-claimteruggaveregeling blijven. Voorts ben ik van mening dat de doelstelling van het bevorderen van een gepast gebruik van zorg via financiële prikkels ook zonder de huisarts onder de no-claimteruggaveregeling mogelijk is. Om slechts enkele voorbeelden te noemen: ik verwacht dat onnodige doorverwijzingen zullen afnemen en er bewuster gebruik gemaakt wordt van second opinions. Ook verwacht ik doelmatiger gebruik van genees- en hulpmiddelen. Niet iedereen zal in de gelegenheid zijn de zorgconsumptie terug te dringen, maar gelet op de beperkte premieverhoging die voortvloeit uit het wetsvoorstel en de gebleken inpasbaarheid van die premieverhoging in het algemene koopkrachtbeeld, acht ik het wetsvoorstel op dit punt alleszins rechtvaardig.

De leden van de CDA-fractie vroegen waarom andere systemen van eigen betalingen, zoals de eigenbijdrageregelingen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen, niet zijn overwogen. Daarnaast vroegen de leden van de CDA- en de PvdA-fractie of deze eigenbijdrageregeling kan worden betrokken bij de studie naar het VVD-plan.

Het kabinet is van mening dat het door de introductie van de no-claimteruggaveregeling zowel een uitvoerbare regeling als een goede mix tussen inkomensafhankelijkheid en nominale bedragen heeft gevonden. De no-claimteruggaveregeling is uitvoeringstechnisch duidelijk eenvoudiger dan het systeem van eigen betalingen zoals dat geldt bij de

publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Een ander voordeel van de no-claimteruggaveregeling boven het systeem bij de publiekrechtelijke regelingen is dat er bij de no-claimteruggaveregeling geen liquiditeitsprobleem optreedt, wat wel kan gebeuren bij de publiekrechtelijke regelingen.

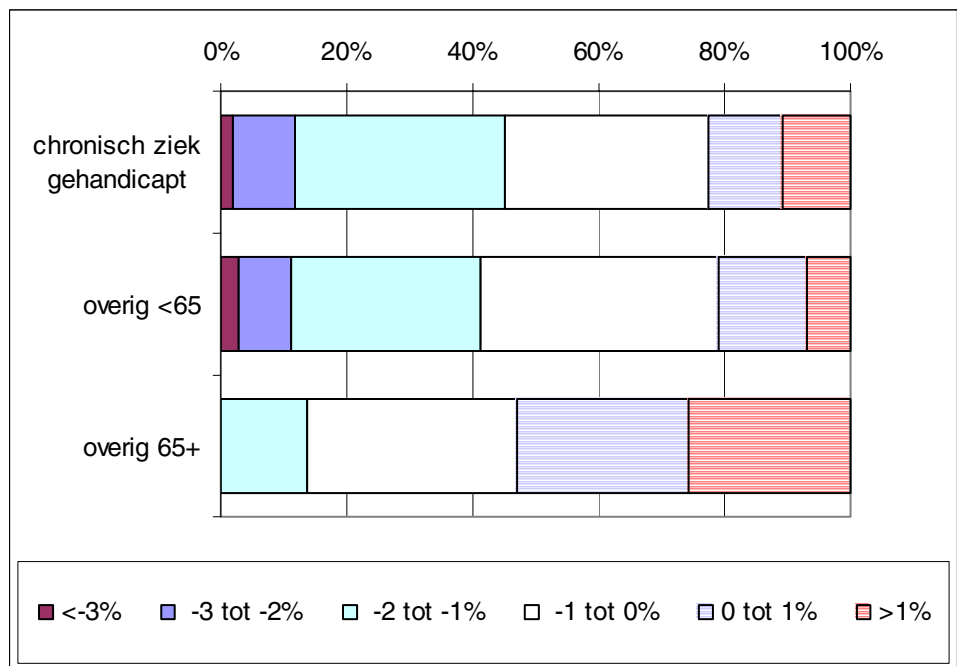
Overigens is in de AWBZ al wel sprake van inkomensafhankelijke regelingen. Over een eventuele uitbreiding van de studie naar het VVD-plan wil ik mij nog beraden.

Het is niet de bedoeling dat het onderhavige wetsvoorstel slechts een tijdelijke werking heeft. Wel heb ik de Tweede Kamer toegezegd te bezien of het VVD-plan ter zake aanknopingspunten tot verdere verfijning van de no-claimteruggaveregeling biedt. Daarvoor zal ik het VVD-plan eerst op doeltreffendheid laten bestuderen.

De leden van de CDA-fractie informeerden naar onderzoeken waaruit blijkt dat de invoering van een eigen risico tot een meer afgewogen gebruik van de medische voorzieningen leidt.

Nationaal en internationaal is er veel onderzoek gedaan naar de effecten van eigen betalingen op de medische consumptie. Het Centraal Planbureau (CPB) baseert zich bij de doorrekening van de effecten van de no-claimteruggaveregeling op deze onderzoeken. Daarnaast rapporteren ook onderzoekers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Erasmus Universiteit Rotterdam/instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (EUR/iBMG) en Starmans van de Universiteit Maastricht een remmende werking van eigen betalingen op het zorggebruik.

De leden van de CDA-fractie hadden uit de gewisselde stukken nog niet volledig inzicht gekregen in de koopkrachteffecten van het wetsvoorstel. Ik wijs deze leden erop dat de effecten in de koopkrachttabel op pagina 8 van de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2003/04, 29 483, nr. 8) volledig moeten worden toegeschreven aan de no-claimoperatie, uitgezonderd de laatste kolom. In deze kolom is het koopkrachteffect van de no-claimteruggaaf weergegeven, rekening houdend met een eventuele fiscale compensatie via de buitengewone-uitgavenregeling. Ook in antwoord 39 van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) van 19 november 2004, FEZ/BGZ/2004/79867, op de vragen naar aanleiding van de begroting van zijn departement is ingegaan op de koopkrachteffecten van de no-claimgaveregeling. De leden wezen voorts op pagina 23 van de nota naar aanleiding van het verslag, waarin gesproken wordt over het algemene, rijksbrede, koopkrachtbeeld. Uit de brief van de minister van SZW aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 12 oktober 2004 (Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XV, nr. 9) blijkt dat de no-claim goed inpasbaar is in de algemene koopkrachtontwikkeling.



De bovenstaande grafiek, afkomstig van voornoemde brief van de minister van SZW, geeft een beeld van de spreiding van de koopkrachtontwikkeling in 2005 voor drie groepen: chronisch zieken en gehandicapten, overige 65-minners en overige 65-plussers. Het kabinet heeft in de Miljoenennota 2005 een aantal gerichte maatregelen aangekondigd om het algemene koopkrachtbeeld voor bepaalde groepen, waaronder ouderen, te verbeteren. Hierdoor geldt dat voor ouderen met een laag inkomen en gezinnen met kinderen met een laag inkomen de negatieve ontwikkeling beperkt is gebleven. Voor deze groepen zijn specifieke maatregelen genomen zoals verhoging van de aanvullende kinderkorting en ouderenkortingen. Daarnaast wordt vanaf januari voor ouderen een extra tegemoetkoming naast de AOW uitbetaald.

De effecten van dit beleid blijken ook uit de spreiding van de koopkrachtmutaties voor ouderen. Ouderen hebben, in vergelijking met de andere twee gepresenteerde groepen, de meest gunstige koopkrachtontwikkeling, ondanks het feit dat zij een relatief lage no-claimteruggaaf ontvangen. Verder is zichtbaar dat chronisch zieken en gehandicapten, die over het algemeen geen no-claimteruggaaf zullen ontvangen, een koopkrachtontwikkeling kennen die vergelijkbaar is met die van de totale groep 65-minners, die een relatief hoge no-claimteruggaaf ontvangen. Het algemene koopkrachtbeeld zoals dat op Prinsjesdag is gepresenteerd, is dus van dien aard dat de effecten van de no-claimteruggaaf hiermee geaccommodeerd kunnen worden.

De leden van de CDA-fractie wezen erop dat in de nota naar aanleiding van het verslag is gesteld dat het niet ontvangen bedrag aan no-claimteruggaaf aftrekbaar is onder de buitengewone-uitgavenregeling en dus ook automatisch meeloopt in de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (TBU). Deze leden vroegen zich af of dit nu ook voor de extra stijging van de nominale premie geldt.

De nominale premie, ongeacht hoe hoog deze is, kan binnen de buitengewone-uitgavenregeling in aanmerking worden genomen. De verhoging van de nominale premie als gevolg van de introductie van de no-claimteruggaaf is dus integraal aftrekbaar onder de buitengewone-

uitgavenregeling en loopt dus ook mee in de TBU. De teruggave uit hoofde van de no-claimteruggaveregeling betekent een vermindering van de nominale premie. Mensen die dus van gedeeltelijke of gehele teruggaaf uit hoofde van de no-claimteruggaveregeling krijgen, kunnen dus minder nominale premie in aftrek brengen dan chronisch zieken die niet van de no-claimteruggaaf kunnen profiteren. Wanneer geen no-claimteruggaaf wordt ontvangen, wordt het bedrag dat aan nominale premies in aanmerking kan worden genomen, niet verminderd. Het saldo van nominale premie en ontvangen no-claimteruggaaf dat binnen de buitengewone-uitgavenregeling in aanmerking wordt genomen, wordt automatisch meegenomen voor de toepassing van de TBU.

De leden van de CDA-fractie vroegen of voor de hogere nominale premie een oplossing kan worden gevonden in het kader van de Wet op de zorgtoeslag.

Met ingang van 2006 zal de zorgtoeslag voorzien in een inkomensafhankelijke compensatie van de nominale premie voor de nieuwe zorgverzekering. Daarbij wordt uitgegaan van de gemiddelde nominale premie die zich in de markt voordoet. De hoogte van die gemiddelde premie wordt mede beïnvloed door de invoering van de no-claimteruggaveregeling. In zoverre biedt de zorgtoeslag inderdaad een structurele oplossing zoals door deze leden naar voren gebracht.

De leden van de CDA-fractie konden 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 plaatsen. Versterking van de eerste lijn is immers een noodzakelijke prioriteit, zo stelden zij. Het versterken van de eerstelijnszorg is vooral een kwestie van het beter inzetten van bestaande middelen. Desondanks gaf ik in mijn brief van 20 september 2004 waarmee ik de intentieverklaring versterking eerstelijnszorg aan de Tweede Kamer toezond, aan extra in de eerste lijn te willen investeren (Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 19). Mijn voorstel was om daarvoor een deel van de opbrengst van de no-claimteruggaveregeling in de huisartsenzorg te gebruiken. Omdat met het aanvaarden van het amendement-Buijs c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 29 483, nr. 18) de kosten van de huisartsenzorg uit de no-claimteruggaveregeling zijn verwijderd en daardoor de intensivering van € 50 miljoen niet doorgaat, zie ik samen met de koepels van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland welke alternatieven er zijn om de eerste lijn toch te versterken. Aangezien de huisartsenzorg een van de weinige sectoren in de gezondheidszorg is waarop niet wordt bezuinigd, heb ik er vertrouwen in dat dit mogelijk is.

## **2. PvdA-fractie**

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

De leden van de fractie van de PvdA merkten op dat de no-claimteruggaveregeling, net als de aankomende nieuwe Zorgverzekeringswet, deel uitmaakt van de hervormingen van het zorgstelsel. In dit verband stelden deze leden de vraag hoe de no-claimteruggaveregeling zich verhoudt tot de Zorgverzekeringswet.

In het Hoofdlijnen Akkoord (HA) heeft het kabinet afgesproken dat per 1 januari 2005 een eigen risico in de Ziekenfondswet wordt ingevoerd. Na afweging van de alternatieven heeft de regering besloten dit eigen risico in de vorm van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet door te voeren. Het onderhavige wetsvoorstel staat daarmee los van de Zorgverzekeringswet. Het is dan ook niet noodzakelijk dat de beoogde invoering van de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet in samenhang

met het voorstel van de Zorgverzekeringswet wordt behandeld. Dit is evenmin gewenst omdat de financiële doelen die de regering met de no-claimteruggaveregeling wenst te bereiken, een essentieel element is in de financiële taakstelling opgenomen in het HA, welk element niet gemist kan worden.

Met de no-claimteruggaveregeling beoogt de regering de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenfondsverzekerde te vergroten. Daardoor wordt een verschuiving bereikt van collectieve verantwoordelijkheid via de verzekering naar een grotere eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde. Deze grotere financiële verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf betekent naar de opvatting van de regering niet dat de solidariteit wordt aangetast. Er ontstaat een nieuw evenwicht tussen de collectieve en eigen verantwoordelijkheid. Dit nieuwe evenwicht is een solidair evenwicht dat er aan bij draagt de toegankelijkheid van de zorg op lange termijn te waarborgen.

Dat nieuwe evenwicht met een grotere eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde is ook noodzakelijk omdat de regering een systeem wil bereiken met meer keuzevrijheid en minder centrale regulering. Dat vereist een vergroting van de individuele verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen, de zorgaanbieders, de verzekeraars en de verzekerden zelf. Om vrijblijvendheid bij die keuzevrijheid te voorkomen, is het nodig dat de keuzes ook worden ingegeven door kostenbewustzijn. Met de no-claimteruggaaf beoogt de regering het kostenbewustzijn van de verzekerden te bevorderen. Om die reden is de no-claimteruggaveregeling ook in het voorstel van de Zorgverzekeringswet opgenomen.

#### *Effectiviteit van de regeling*

De leden van de fractie van de PvdA gaven aan dat zij hebben vernomen dat de regering met de no-claimteruggaveregeling enerzijds het versterken van het kostenbewustzijn van patiënten/verzekerden en anderzijds het beter beheersen van de uitgaven van zorg beoogt. Zij vroegen of dit betekent dat er volgens de regering sprake is van overconsumptie en onnodig zorggebruik in het huidige zorgsysteem en, zo ja, hoe omvangrijk dit is. Waarop baseert de regering de veronderstelling dat een no-claim van € 255 tot minder zorgconsumptie zal leiden? In antwoord op deze vragen merk ik allereerst op dat er inderdaad sprake is van onnodig gebruik. Zowel TNS NIPO als de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft onderzoek verricht naar onnodige zorgconsumptie. Zo laten onderzoeksresultaten van TNS NIPO zien dat Nederlanders van mening zijn dat zij in 4% van de gevallen de huisarts onnodig bezoeken. Dit blijkt ook uit de achtergrondstudie van de RVZ, te weten «De invloed van de consument op het gebruik van zorg» die als bijlage was gevoegd bij het rapport «Gepaste zorg». In dat onderzoeksrapport wordt geconstateerd dat huisartsen van mening zijn dat 14% van de patiënten hen onnodig bezoekt. Bij specialisten is dat 7%. Internationaal zijn er ook forse verschillen in zorgconsumptie zonder dat hiervoor medische verklaringen zijn. Er kan dus sprake zijn van onnodig gebruik. De precieze omvang daarvan is niet bekend. In het licht van deze onderzoeken heeft het CPB een inschatting gemaakt van het volume-effect. Ik heb gekozen voor een voorzichtige schatting. Ik ga uit van ongeveer € 175 miljoen.

Ik heb bij de keuze voor de inzet van dit instrument de afweging gemaakt tussen de invoering van een eigen risico en een no-claimteruggaaf. Vanuit de belangen van de verzekerde heb ik gekozen voor een no-claimteruggavesysteem. Dat ondervangt de nadelen van een eigen risico en doet toch recht aan de verantwoordelijkheid die ook de burger zelf moet dragen. Gelet hierop heb ik dan ook niet overwogen om alternatieve maatregelen te treffen die geen beroep doen op die verantwoordelijkheid. Wel heb ik daarnaast maatregelen getroffen die behoren

tot de verantwoordelijkheid van aanbieders en zorgverzekeraars. Ik wijs hierbij bijvoorbeeld op de afspraken met ziekenhuizen over een vergroting van de doelmatigheid. Ook het Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen 2005 is hiervan een voorbeeld. Op die wijze wil ik bereiken dat elke partij haar bijdrage levert aan een beheersbare zorgverlening. De hoofddoelstelling van de no-claimteruggaveregeling is echter het bewerkstelligen van een financieringsverschuiving. Indien ik het accent vooral had willen leggen op verminderd zorggebruik, zou ik voor een andere vorm hebben gekozen. Ik heb gekozen voor een vriendelijker versie dan een eigen risico. Het remmende effect is daardoor ook minder. Maar ook deze regeling draagt er aan bij dat de burger een afweging zal maken of inschakeling van een arts echt nodig is. Anders dan bij een eigen risico hoeft de verzekerde niet eerst de zorgkosten te betalen tot het maximale eigen risico. Het ziekenfonds betaalt de rekening. Daarom zal de weerhouden om de arts of andere hulpverlener te bezoeken.

Het no-claimteruggavesysteem gaat kortom niet uit van een straf, maar van een beloning. De verzekerde kan een bedrag terugkrijgen. Dat is ook het bijzondere van de no-claim. Het is een positieve prikkel. De berekeningen van het CPB duiden op een structureel volume-effect.

Onderzoek op basis van langdurige Nederlandse ervaringen van ingevoerde eigen risico's/betalingen is maar zeer beperkt beschikbaar. Ik ken alleen een onderzoek dat het NIVEL in 1999 in opdracht van IZA Zorgverzekering en Zorgverzekeraar VGZ heeft uitgevoerd naar de effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op de zorgconsumptie. Uit dat onderzoek is gebleken dat de onderzochte systemen van eigen risico in de particuliere ziektekostenverzekering en van de procentuele eigen bijdrage in IZA-verband een aantoonbare en substantiële vermindering van de zorgconsumptie tot gevolg hebben. Nimmer is aangetoond dat een systeem van eigen risico of van eigen bijdragen heeft geleid tot schadelijke onderconsumptie en hogere kosten op langere termijn. Ook andere Europese landen kennen al veel langer eigen betalingen. Daar is de financiële last die op de burger wordt gelegd veel zwaarder dan bij het door mij voorgestelde no-claimteruggavesysteem. Die landen zien geen reden om de eigen betalingen af te schaffen, omdat die zouden leiden tot de door de leden van de PvdA-fractie aangeduide risico's.

De patiënt hoeft in het no-claimteruggavesysteem de rekening niet direct te betalen. Dat is bij een eigen risico wel het geval. Er is dus geen liquiditeitsdrempel. De verzekerde wordt wel gestimuleerd om een afweging te maken. Of die afweging vervolgens vooral een gevolg is van de no-claimteruggaveregeling of van de eigen afweging, die de verzekerde ook zou maken als er geen no-claimteruggaveregeling zou zijn, is niet te achterhalen. Ik ben dan ook van mening dat de wijze waarop ik deze regeling heb ingericht, een onderzoek naar dergelijke effecten overbodig maakt.

De leden van de PvdA-fractie hadden gevraagd of ik de constatering van de RVZ deel dat de invloed van de patiënt op het gebruik van zorg klein is en dat er geen sprake is van veelvuldig onnodig gebruik. Ik deel niet de constatering dat de patiënt geen invloed op het gebruik van zorg heeft. De door de RVZ en TNS NIPO aangeduide percentages geven aan dat er onnodig zorggebruik is. Of dat de kwalificatie «veelvuldig onnodig zorggebruik» verdient, is minder van belang dan dat er sprake is van onnodig gebruik. Bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb ik een aantal voorbeelden genoemd waaruit blijkt dat er sprake is van onnodig gebruik en waarop besparingen dus mogelijk zijn. Ik heb daar onder meer het medicijngebruik en de spoedeisende eerste hulp genoemd. Ook het aantal verwijzingen naar specialisten kan

omlaag. Overigens hoeft de besparing niet altijd voort te vloeien uit het afzien van zorgconsumptie; de no-claimteruggaveregelings kan er ook aan bijdragen dat de patiënt kiest voor een goedkopere zorgvorm. Bij de vormgeving van de no-claimteruggaveregelings heb ik vooral het oog gehad op een systeem dat de nadelige effecten van het eigen risico vermijdt en dat positieve in plaats van negatieve prikkels geeft. Bij deze regeling wordt overconsumptie enigszins geremd vanwege de ingebouwde positieve prikkel. Anders dan bij een eigen risico of een eigen bijdrage vormt onderconsumptie geen reëel risico bij de no-claimteruggaaf. Ook ten aanzien van de uitvoerbaarheid scoort een no-claimteruggaveregelings beter dan een eigenbijdrage- of eigenrisico-regelings. Het is dan ook niet mogelijk met een eigen risico of een inkomensafhankelijke eigenbijdrageregeling dezelfde doelstelling te bereiken.

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom de no-claimteruggaveregelings zo gewijzigd is dat de kosten van huisartsenzorg buiten deze regeling valt. Zij vroegen ook naar de criteria die gehanteerd zijn om zorgvoorzieningen wel of niet buiten de no-claimteruggaveregelings te laten vallen.

Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, heeft de regering voor de keuze om kosten van zorg geheel of gedeeltelijk te laten meetellen voor de berekening van de no-claimteruggaaf inhoudelijk aangesloten bij door Nederland geratificeerde verdragen die normen stellen aan het niveau van de stelsels van sociale zekerheid. Daarom heeft de regering de kosten van verloskundig zorg en kraamzorg buiten de no-claimteruggaveregelings gehouden.

Bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer was een grote meerderheid van de Kamer van mening dat 100% van de kosten van huisartsenzorg buiten de no-claimteruggaveregelings zouden moeten blijven. Het daartoe strekkende amendement-Buijs c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 29 483, nr. 18) is dan ook door de Kamer aangenomen. Dit is de reden waarom de kosten van huisartsenzorg buiten de no-claimteruggaveregelings vallen. Aangezien de huisartsenkosten minder dan 5% bedragen van het totale bedrag dat de no-claimteruggaveregelings bestrijkt, vond ik het desbetreffende amendement geen onoverkomelijke inbreuk op het wetsvoorstel.

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom is besloten tot een haalbaarheidsonderzoek naar het VVD-plan. Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heeft het lid Weekers een motie ingediend waarin de regering werd verzocht een zodanige haalbaarheidsstudie uit te voeren (Kamerstukken II 2004/05, 29 483, nr. 23). In reactie daarop heb ik toegezegd dit onderzoek te zullen uitvoeren. De motie is vervolgens ingetrokken.

#### *Gemiddelde teruggaaf en koopkrachtontwikkeling*

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe de werking van de voorgestelde no-claimteruggaveregelings wordt gemonitord. In eerste instantie zullen de ziekenfondsen dit zelf doen omdat zij zelf zicht hebben op de zorguitgaven voor hun verzekerden en op de no-claimteruggaaf die zij aan hun verzekerden moeten uitkeren. Op basis van deze gegevens van de ziekenfondsen bepaalt het College voor zorgverzekeringen de uitgaven voor de ziekenfondsverzekering 2005 en de gevolgen van de no-claimteruggaaf voor de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering.

Wat betreft de opbrengsten in termen van het zorgremmende gedrags-effect, ga ik uit van de berekeningen van het volume-effect die het CPB heeft gemaakt. Zoals bij de behandeling van het onderhavige

wetsvoorstel in de Tweede Kamer is aangegeven, zal het volume-effect beperkt zijn, zeker in vergelijking met de financieringsverschuiving van ongeveer € 1,5 miljard. Ik zal dit effect proberen te monitoren aan de hand van de toekomstige volume-ontwikkelingen.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen of de minister het met hen eens was dat de wijze waarop de gemiddelde teruggaaf wordt berekend, bepalend is voor de mogelijke effectiviteit van de regeling.

Het is van belang dat het voor verzekerden helder is hoe de no-claimteruggaaf wordt bepaald. Als voor verzekerden duidelijk is welke zorgkosten meetellen bij de vaststelling van de teruggaaf, kunnen zij daarmee rekening houden en dat kan in sommige gevallen leiden tot zuiniger zorggebruik. Voor de individuele verzekerde zal het daarbij niet van belang zijn hoe de gemiddelde teruggaaf wordt berekend, maar zal veeleer van belang zijn of hij zelf nog op een bedrag aan no-claimteruggaaf kan rekenen. De verzekerde zal zich daarbij primair laten leiden door zijn eigen situatie en niet door de gemiddelde teruggaaf of de wijze waarop dit gemiddelde wordt berekend.

Het aangenomen amendement-Buijs c.s. waardoor de huisartsenzorg buiten de no-claimteruggaveregeling blijft, leidt tot een verhoging van de geraamde gemiddelde teruggaaf van € 83 naar € 93. Dat de huisarts niet meer onder de no-claimteruggaveregeling valt, heeft geen gevolgen voor de helderheid van de regeling. De effectiviteit van de no-claimteruggaveregeling neemt wel enigszins af.

De gemiddelde teruggaaf van € 93 geldt voor alle ziekenfondsverzekerden die onder de no-claimteruggaveregeling vallen. Dit gemiddelde is berekend op basis van beschikbare data met betrekking tot het zorggebruik in het recente verleden.

Het is inderdaad zoals deze leden vroegen dat elke medeverzekerde van 18 jaar of ouder in aanmerking komt voor een aparte no-claimteruggaaf. De no-claimteruggaaf geldt voor iedere ziekenfondsverzekerde die of voor wie nominale premie verschuldigd is.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar een onderbouwing van de stelling van de regering dat de no-claimteruggaveregeling gemiddeld genomen een positief effect op de koopkracht heeft.

Ik wijs deze leden op het drukkende effect van de verminderde zorgconsumptie op de nominale ziekenfondspremie. Dit voordeel wordt ontvangen indien men een gemiddelde zorgconsumptie heeft. Vervolgens constateerden deze leden dat diegenen die niet in dit gemiddelde beeld passen, met flinke kostenstijgingen geconfronteerd zullen worden.

Het kabinet heeft erkend dat het voor bepaalde groepen niet te verwachten is dat zij een no-claimteruggaaf zullen ontvangen. Hun koopkracht vermindert met € 68 per verzekerde per jaar. In het vorenstaande antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie heb ik aangegeven dat ook voor die groepen op een koopkrachtontwikkeling kan worden gerekend die evenwichtig is ten opzichte van de gemiddelde koopkrachtontwikkeling in 2005.

De leden van de fractie van de PvdA hadden een aantal vragen over het standpunt van de RVZ met betrekking tot eigen betalingen.

Met mijn brief van 25 augustus 2004 heb ik mijn reactie gegeven aan de Tweede Kamer op het RVZ-advies Gepaste Zorg (Kamerstukken II 2003/04, 27 807, nr. 24).

Belangrijke criteria bij de beoordeling van systemen van eigen betalingen en compensatieregelingen zijn voor mij de transparantie, de praktische uitvoerbaarheid en de administratieve belasting. Het grote voordeel van de no-claimteruggaveregeling is dat het op deze drie criteria goed scoort. Het introduceren van allerlei verfijningen en uitzonderingen leidt



daarentegen leiden tot een ondoorzichtig systeem met hoge uitvoeringskosten. Dat geld besteed ik liever aan de zorg zelf. In de haalbaarheidsstudie van het VVD-plan zullen de voordelen van een gedifferentieerde aanpak worden afgewogen tegen deze nadelen.

De leden van de PvdA-fractie hadden vragen over de wijze waarop de regering omgaat met groepen patiënten die rond of onder het bestaansminimum terecht dreigen te komen vanwege een accumulatie van maatregelen. Deze leden vernamen daarom graag welke rol de no-claimteruggaveregeling zal spelen bij het berekenen van de toekomstige zorgtoeslag.

Het kabinet is er bij de voorlopige vaststelling van de zorgtoeslag niet vanuit gegaan dat iedereen een volledige no-claimteruggaaf ontvangt. In plaats daarvan is gerekend met een gemiddelde no-claimteruggaaf van € 93.

Genoemde leden hadden daarnaast begrepen dat de regering de bijzondere bijstand met € 80 miljoen aanvult, zodat gemeenten schrijnende gevallen in de groep chronisch zieken kunnen ontzien. Zij vroegen waar deze € 80 miljoen op gebaseerd is, op welke wijze dit geld door gemeenten moet worden besteed en hoe de minister richting de gemeenten een doelgerichte besteding van deze gelden gaat stimuleren en controleren dan wel afdwingen.

De regering heeft in 2004 éénmalig € 80 miljoen toegevoegd aan het budget voor de bijzondere bijstand. Dit was een van de uitkomsten van de discussie die het kabinet met de Tweede Kamer in december 2003 heeft gevoerd naar aanleiding van de begrotingen van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en SZW. In de brief van de Minister van SZW aan de Tweede Kamer van 8 december 2003 wordt deze toevoeging (en de overige maatregelen) nader toegelicht (Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XV, nr. 64).

Voor 2005 heeft het kabinet besloten tot een andere samenstelling van het pakket van maatregelen om chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met zorgbehoefte te ontzien. In de eerste plaats door extra verzachtende maatregelen in de zorg, op het terrein van zelfzorggeneesmiddelen en zittend ziekenvervoer. Daarnaast heeft het kabinet besloten om het budget voor bijzondere bijstand structureel met € 25 miljoen te verhogen. Bedoelde gelden worden toegevoegd aan het fictief budget bijzondere bijstand dat deel uitmaakt van de algemene uitkering uit het gemeentefonds. Aan gemeenten is toegestaan om, in afwijking van het reguliere beleid, voor chronisch zieken en gehandicapten categoriale regelingen te treffen.

Aangezien de bijzondere bijstand beleidsmatig en financieel is gedecentraliseerd aan de gemeenten, is de besteding van de gelden een gemeentelijke bevoegdheid. Het past niet in het kader van de Wet werk en bijstand de besteding van de gelden te controleren of af te dwingen in verband met de beleidsvrijheid die gemeenten met de bijzondere bijstand hebben om maatwerk te kunnen leveren.

Om de gemeenten te stimuleren de extra middelen te richten op chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met zorgbehoefte, hebben zij van de minister van SZW de Handreiking voor de verlening van bijzondere bijstand aan chronisch zieken, gehandicapten en ouderen ontvangen.

Voorts heeft onlangs, naar aanleiding van de motie Bruls (Kamerstukken II 2003/04, 29 420, nr. 15), een onderzoek plaatsgevonden naar de maatregelen die gemeenten hebben genomen om het niet-gebruik van de bijzondere bijstand door chronisch zieken, gehandicapten en zorgbehoevende ouderen tegen te gaan. Het parlement zal vóór 1 december 2004 worden geïnformeerd over de uitkomsten van dit onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek zullen worden besproken met de VNG en gemeenten.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de regering het met deze leden eens is dat de druk op de huisartsenzorg toeneemt vanwege de combinatie van de voorgestelde no-claimteruggaveregeling met de bezuinigingstaakstelling en het achterwege laten van € 50 miljoen ter intensivering van de eerstelijnszorg? Hoe groot acht de regering de kans dat substitutie-effecten optreden, dat het buiten de no-claimteruggaveregeling laten van de huisartsenzorg ertoe leidt dat patiënten later verwezen willen worden naar de tweede lijn of dat de werkdruk van de huisartsen toeneemt waardoor zij juist sneller doorverwijzen naar de tweede lijn? Welke gevolgen kunnen dergelijk gedragseffecten hebben voor de kostenbeheersing en voor het bereiken van noodzakelijke zorginhoudelijke en logistieke innovaties in de eerste lijn, zo vroegen zij verder.

Zoals ik ook bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb opgemerkt, leidt het feit dat de huisarts buiten de no-claimteruggaveregeling valt, er toe dat ook het remmende effect dat van de no-claimteruggaveregeling, voor zover het de huisartsenzorg betreft, zou uitgaan, niet optreedt. Ik zoek dan ook naar wegen om de nadelen hiervan te ondervangen. In dit verband is van belang dat ik samen met de koepels van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland al enige tijd bezig ben om de eerstelijnszorg te versterken en de toegang tot de eerste lijn te verbreden. In het landelijke Programma Versterking Eerstelijnszorg, dat nu wordt voorbereid, komt te staan hoe partijen dit samen met mij gaan doen. Bijvoorbeeld door het anders verdelen van taken tussen huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn, het stimuleren van samenwerken en het actief verspreiden van zorginnovaties. Het uiteindelijke doel is dat meer patiënten in de eerste lijn worden opgevangen en behandeld en minder patiënten onnodig worden doorverwezen naar de tweede lijn. Deze aanpak draagt er aan bij dat de consequenties waarop de leden van de PvdA-fractie duiden, zich niet voordoen.

#### *Administratieve lasten en uitvoeringskosten*

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de administratieve lasten waarover ik spreek alleen de formele regeldruk is of ook de impliciete regeldruk, te weten de administratieve gevolgen voor patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Als ik spreek van administratieve lasten gaat het om de administratieve lasten als gevolg van wettelijke voorschriften voor het bedrijfsleven en waarover het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) adviseert. Administratieve lasten zijn door Actal gedefinieerd als volgt: «De kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit weten regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie».

Het bedrijfsleven bij de no-claimteruggaveregeling zijn de ziekenfondsen. Voor hen vloeien uit het wetsvoorstel informatieverplichtingen voort richting verzekeren over de no-claimteruggaaf. Voor aanbieders en verzekeren zijn er geen informatieverplichtingen. Aanbieders dienen net als nu hun rekeningen in bij het ziekenfonds en hoeven voor de no-claimteruggaveregeling niets extra's te doen. Ook verzekeren krijgen geen informatieverplichting opgelegd.

De leden van de PvdA stelden vragen over periodieke informatiemomenten, het beperkte aantal informatiemomenten in relatie tot kostenbewustzijn, de beschikking, transparantie van de informatie richting verzekeren en waar de verzekerde met zijn bezwaren terecht kan. Het voorstel van wet schrijft geen periodieke informatiemomenten voor. Het voorstel van wet schrijft voor dat het ziekenfonds na afloop van het

alenderjaar de verzekerde die geen of weinig zorg heeft gebruikt, een uitkering betaalt. Bij de nog vast te stellen algemene maatregel van bestuur zal worden geregeld dat die uitkering op uiterlijk 31 maart van het volgende kalenderjaar moet zijn overmaakt. De vaststelling van de no-claimteruggaaf geschiedt in de vorm van een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) aan de verzekerde. De Awb schrijft voor dat een beschikking deugdelijk moet zijn gemotiveerd. Dat houdt ook in dat de informatie aan de verzekerde transparant moet zijn. De verzekerde die bezwaar heeft tegen de beschikking, kan op grond van de Awb bezwaar aantekenen bij het ziekenfonds en vervolgens in de beroep gaan bij de bestuursrechter.

De leden van de PvdA-fractie vroegen tot slot of door het wisselen van ziekenfonds de administratie- en uitvoeringskosten bij wisseling van ziekenfonds niet hoger zullen worden dan voorzien door verschillen in registratie en in informatiemomenten.

Als een verzekerde van ziekenfonds wisselt, is er geen sprake van hogere kosten als gevolg van verschillen in registratie en in informatiemomenten van de verschillende ziekenfondsen. Allereerst plaats vindt wisseling meestal bij de jaarwisseling plaats. Vindt de wisseling gedurende het kalenderjaar plaats, dan zijn hogere kosten er ook niet omdat verschillen in registratie en in informatiemomenten voor de vaststelling van de no-claimteruggaaf niet relevant zijn. Bij wisseling van een ziekenfonds gedurende het kalenderjaar is er immers sprake van een uitkering naar rato. Ieder ziekenfonds voert de no-claimteruggaveregelings voor de desbetreffende verzekerde uit voor dat deel van het jaar dat deze bij hem was ingeschreven. Van een uitwisseling van gegevens tussen ziekenfondsen is dus geen sprake. Verschillend registreren door ziekenfondsen maakt dus ook niet uit.

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

De leden van de VVD-fractie vroegen of het de minister bekend is dat van een no-claim korting weinig te verwachten is op het punt van kostenbesparing.

Met het onderhavige wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaaf wil de regering bevorderen dat er een nieuw evenwicht komt tussen de collectieve en de individuele verantwoordelijkheid van ziekenfondsverzekerden. Naast deze financieringsverschuiving zal de no-claimteruggaveregelings tot een volume-effect leiden van iets minder dan 1% van de kosten van de curatieve zorg, te weten ongeveer € 175 miljoen. Het CPB heeft deze omvang van het volume-effect berekend. Ik ga ervan uit dat deze leden dit volume-effect bedoelen wanneer zij het hebben over de kostenbesparing.

Hoewel het volume-effect aanzienlijk beperkter is dan de omvang van de financieringsverschuiving, ben ik van mening dat het niet moet worden onderschat. Zonder dit volume-effect zou het kabinet voor eenzelfde bedrag ombuigingsmaatregelen in de zorg moeten treffen. Het volume-effect van de no-claimteruggaveregelings betekent dan ook een welkome opbrengst en daardoor heeft het kabinet pijnlijke ingrepen kunnen voorkomen. Ook met de opbrengst van het volume-effect was de besluitvorming over de begroting voor 2005 al moeilijk genoeg.

In antwoord op de vraag daarover van de leden van de VVD-fractie merk ik op dat het kabinet bewust heeft gekozen voor de no-claimteruggaaf in plaats van een eigen betaling in de vorm van een eigen risico of een eigen bijdrage. Met klassiek vormgegeven eigen betalingen moeten verzekerden daadwerkelijk betalen bij gebruik van zorg. Dit houdt in dat verzekerden die zorg gebruiken, een rekening ontvangen die zij kort daarop moeten voldoen. Verzekerden die veel zorg nodig hebben, zullen dan in korte tijd

de gehele eigen betaling hebben te voldoen. Daardoor kan het zijn dat verzekerden uit de lage inkomensgroepen, voordat zij zorg inroepen, zich zullen afvragen of zij de verschuldigde eigen betaling wel kunnen voldoen.

Deze liquiditeitsdrempel is er niet bij de no-claimteruggaaf en hierdoor zal er ook geen wezenlijke financiële toegankelijkheidsdrempel zijn. De no-claimteruggaaf biedt een positieve prikkel omdat de verzekerde een uitkering kan krijgen waarvoor hij eerst via de nominale premie betaald heeft, terwijl van een eigen risico en eigen bijdragen een negatieve prikkel uitgaat omdat bij zorgconsumptie betaald dient te worden.

Een bijkomend voordeel is dat de no-claimteruggaveregeling in het natuursysteem van de ziekenfondsverzekering minder administratieve lasten betekent dan een eigen risico. Ook een systeem van eigen bijdragen is veelal ingewikkeld in de uitvoering, zoals ook ervaringen in het buitenland laten zien. Een eigenbijdragesysteem leidt daardoor tot hogere administratieve lasten dan de no-claimteruggaveregeling.

Weliswaar is de keerzijde dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling beperkter is dan dat van een eigen risico of een eigen bijdrage, maar alles afwegend acht de regering de hiervoor genoemde voordelen beduidend groter dan dit nadeel.

Overigens is er ook bij ziekenfondsverzekerden wel degelijk sprake van een zichtbare financiële prikkel in de vorm van de nominale premie die verzekerden van achttien jaar en ouder aan het ziekenfonds verschuldigd zijn. Het is niet zo dat de ziekenfondspremie geheel als deel van de loonbelasting en sociale premies wordt ingehouden, zoals de leden van de VVD-fractie veronderstelden.

De leden van de VVD-fractie merkten op dat achter het huidige Nederlands zeer kostbare systeem van ziektekostenverzekeringen een aantal ideologische (en deels feitelijk onjuiste) vooronderstellingen ligt. Zij betreurden het dat ik hieraan geen enkele aandacht heb besteed. Zij vroegen of ik hier niet van op de hoogte was. Voorts vroegen zij waarom ik hieraan in de memorie van toelichting geen aandacht heb besteed. Als de aan het woord zijnde leden de indruk hebben gekregen dat de vooronderstellingen die zij noemden, niet zijn betrokken bij dit wetsvoorstel, dan denk ik dat er sprake is van een misverstand. De overwegingen die zij noemden, zijn uitermate relevant. Ik zal deze daarom hierna bespreken.

Ik deel de mening van deze leden dat burgers die ziek zijn ook een afweging kunnen maken. Het feit dat onderzoek laat zien dat een deel van de klachten ten onrechte aan de huisarts en de specialist wordt voorgelegd, duidt daarop al. De patiënt zal zich in sommige gevallen wel ziek voelen, maar strikt medisch is er toch geen grond voor een bezoek aan de huisarts of specialist.

Ook de tweede vooronderstelling is reëel. Inderdaad is ziekte niet altijd een lot. Ook het gedrag van patiënten zelf kan soms een rol spelen. Ik denk dat het wel om uitzonderingen zal gaan.

De derde vooronderstelling is volledig meegenomen in het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel beoogt een nieuw evenwicht tot stand te brengen tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid. Dit is daarom van belang omdat een nieuw evenwicht juist het draagvlak voor de solidariteit kan vergroten.

De vierde veronderstelling gaat er vanuit dat de ziektekostenverzekering alleen de gevolgen van groot onheil dient op te heffen. Ik ben van mening dat er ook bij zogenaamd kleiner onheil sprake kan zijn van een situatie dat de burger niet in staat is zelf de financiële gevolgen te dragen. Daar dient dan een ziektekostenverzekering in te voorzien. Bovendien schrijven de internationale verdragen waaraan Nederland gebonden is, voor dat niet uitsluitend zogenaamd groot onheil verzekerd dient te zijn. Zo moeten

bijvoorbeeld verloskundige zorg en kraamzorg deel uitmaken van het verzekerde pakket. Het kabinet streeft in elk geval geen ziektekostenverzekering na die alleen maar tegen de gevolgen van groot onheil verzekert. Echter, mijn beleid is er de afgelopen tijd wel op gericht geweest het pakket te toetsen aan de zogenaamde criteria van Dunning. Zowel bij de toetsing van nieuwe behandelingen als bij verwijdering en beperking van aanspraken uit het pakket zijn die criteria betrokken. Op die manier zal het verzekerde pakket steeds meer betrekking hebben op zorg waarvan de noodzakelijkheid, de werking en de effectiviteit zijn aangetoond. Vervolgens dragen prikkels als de no-claimteruggaaf er aan bij dat van dit verzekerde pakket ook op gepaste wijze gebruik wordt gemaakt. Ik deel de opvatting van de leden van de VVD-fractie dat de betekenis van de gezondheidszorg voor de gezondheid beperkter is dan soms wordt aangenomen. Het is ook waar dat levensstijl in zeer belangrijke mate bepalend is voor de gezondheid van mensen. Dat betekent ook weer niet dat de betekenis van de gezondheidszorg voor de burger moet worden onderschat. Ook hier geldt weer de opmerking die ik bij de vierde vooronderstelling heb geplaatst. Het stelsel moet zorgen voor zodanige prikkels dat de burger zich zelf ook bezint op de vraag of het zinnig is een beroep te doen op de gezondheidszorg.

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom ik niet gedetailleerder heb toegelicht dat dit wetsvoorstel bijdraagt aan het vergroten van de verantwoordelijkheid van de burger. Anders dan deze leden blijkbaar uit de memorie van toelichting lezen, heb ik daarin aangegeven op grond van welke argumenten de regering heeft gekozen voor een no-claimteruggavesysteem. Ik wijs in dit verband op het gestelde in de inleiding van de memorie van toelichting. De overwegingen die deze leden naar voren brengen, te weten de bevordering van de eigen verantwoordelijkheid zonder dat daardoor de solidariteit in het gedrang komt, hebben daarbij, zoals ik in de memorie van toelichting heb uiteengezet, de doorslag gegeven. De no-claimteruggaveregeling leidt er toe dat de verzekerde zicht krijgt op de uitgaven die voor hem zijn gedaan. Op die manier ontstaat ook het verband tussen de genoten zorg en de betaling.

De leden van de VVD-fractie vroegen of ik mij wel voldoende heb verzet tegen het amendement om de huisarts buiten de no-claim te houden. Zij vroegen ook of door het erbuiten laten de druk op de huisarts niet toeneemt. Zij stelden dat de kans groot is dat de patiënt na invoering van de no-claimkorting die verloren gaat bij gebruik van de tweede lijn, langer bij de huisarts blijft hangen. Zij stelden verder dat dit in het vigerende abonnementsstelsel een grotere belasting voor de huisarts voor hetzelfde honorarium betekent. Zij vonden het dan ook onbegrijpelijk dat de huisarts dan ook nog 4% moet bezuinigen op zijn praktijkkosten. Zij vroegen of ik kan uitleggen waar ik dit zo regel en of het dan niet beter zou zijn geweest het no-claimbedrag maar te vergroten, hoewel dat nog meer het gevreesde substitutie-effect zal opleveren.

Ik ben van mening dat ik de Tweede Kamer genoegzaam heb duidelijk gemaakt waarom ik eraan hechtte de kosten van de huisartsenzorg wel onder de no-claimteruggaveregeling te laten vallen. Ik heb de Tweede Kamer echter op dit punt niet kunnen overtuigen. Ik ben van mening dat dat jammer is, maar ik heb te maken met de politieke realiteit. Het amendement-Buijs c.s. heeft niet de essentie van de no-claimteruggaveregeling aangetast.

Voor de werkdruk van de huisarts en de verwijzing naar de tweede lijn verwijs ik naar de antwoorden op vragen daarover van de leden van de CDA-fractie en van de leden van de PvdA-fractie. Overigens heb ik in mijn brief van 21 november 2003 aan de Tweede Kamer over mijn visie op de toekomstbestendige eerstelijnszorg de voorwaarden geschetst waaraan

het bekostigingssysteem van huisartsen in de toekomst moet voldoen (Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 4). Dit betekent dat in het systeem prikkels ingebouwd worden om de honorering van de huisartsenzorg beter af te stemmen op de aard en zwaarte van het takenpakket («loon naar werken»). Zodoende wordt een eventuele grotere belasting voor de huisarts beloond.

De 4% productiekorting vloeit voort uit het amendement-Buijs c.s. Deze leden kwamen hiertoe omdat uit onderzoek bleek dat er sprake was van onnodig zorggebruik. Dit betekent dat de huisarts 4% minder productie kan leveren door patiënten niet onnodig op herhaalbezoek te laten komen. Deze korting heeft dus niet alleen betrekking op de praktijkkosten van de huisarts. Aangezien er onzekerheid bestaat over de door deze maatregel te halen opbrengst, wordt daarom in 2005 het maximale no-claimteruggaafbedrag verhoogd van €250 naar €255. Vooralsnog is de 4% korting dus niet aan de orde.

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

De leden van de fracties van D66 en OSF, daarbij gesteund door de fracties van VVD, SGP, PvdA en SP, vroegen waarom de no-claimteruggaveregeling nu moet worden ingevoerd terwijl per 1 januari 2006 de beoogde basisverzekering gaat gelden.

In het HA is afgesproken dat per 1 januari 2005 een eigen risico in de Ziekenfondswet wordt ingevoerd. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, heeft de regering besloten dit eigen risico in de vorm van de onderhavige no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet te realiseren. De financieringsverschuiving die beoogd wordt met dit eigen risico en die nu wordt bereikt met de no-claimteruggaaf is een essentieel element in de financiële taakstellingen van het HA, dat niet gemist kan worden. Voor uitstel van de no-claimteruggaaf tot invoering van de beoogde basisverzekering bestaat geen financiële ruimte. Invoering is los van de basisverzekering ook heel goed mogelijk.

In antwoord op een desbetreffende vraag van de leden van de fracties van D66 en OSF deel ik mede dat het inderdaad het voornemen van de regering is om de no-claimteruggaveregeling ook in te voeren in de basisverzekering. In het voorstel voor de Zorgverzekeringswet dat bij de Tweede Kamer is ingediend, is de no-claimteruggaaf in artikel 22 opgenomen.

De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen om alle financiële baten en lasten in beeld te brengen, op basis van bewezen bedragen.

De financiële baten van de no-claimteruggaveregeling zijn tweeledig: een gedragseffect van € 175 miljoen en een financieringseffect van € 1350 miljoen.

De raming van het gedragseffect betreft een zo goed mogelijke schatting. Met zekerheid valt dit effect niet te bepalen; niet vooraf, maar ook niet achteraf. Er kan immers niet worden gemeten welke zorg geconsumeerd zou zijn in 2005 als er geen no-claimteruggaveregeling zou zijn. Wel is het aannemelijk dat cliënten als ze zelf financiële gevolgen ondervinden, deze gevolgen zullen meewegen bij hun keuze om zorg te consumeren. Het financieringseffect valt wel goed te bepalen. Op basis van beschikbare data met betrekking tot het zorggebruik in het recente verleden is bepaald hoeveel no-claimteruggaaf er zal worden ontvangen. Dit is gemiddeld € 93. Gegeven de maximale no-claimteruggaaf van € 255, betekent dit dat er gemiddeld € 162 zorg wordt geconsumeerd. Omdat er circa 8,3 miljoen verzekerden zijn voor wie nominale premie verschuldigd is, neemt de collectieve verantwoordelijkheid in het kader van de ziekenfondsverzekering derhalve af met € 1350 miljoen (€ 162 x ca 8,3 miljoen verzekerden).

Samenhangend met de introductie van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet is ook het eigen risico van de standaardverzekering in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 verhoogd, hetgeen leidt tot een financieringseffect van € 100 miljoen. Ook dit effect valt vrij exact te bepalen, op basis van het huidige gebruik van de regeling.

Totaal zijn de baten van de no-claimteruggaveregeling derhalve ruim € 1,6 miljard. Daarvan is € 1,4 miljard hard en € 0,2 miljard aannemelijk. De lasten van de no-claimteruggaveregeling zijn de uitvoeringskosten voor de verzekeraars. Die zijn geraamd op € 20 miljoen. Dit betreft een vrij harde schatting die deels administratieve lasten en deels andere uitvoeringskosten betreft.

De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen in welke mate de gekozen systematiek een bijdrage zal leveren aan het sluipende tekort aan huisartsen? Voorts vroegen zij naar een doorberekening van de financiële effecten die samenhangen met het stimuleren van het beperken van de huisartsenzorg en de daarmee samenhangende verschuiving van zorg naar de veel duurdere tweedelijnszorg? Welke activiteiten worden bij huisartsen niet uitgevoerd als gevolg van de bezuinigingen van € 50 miljoen?

Voor het antwoord op het sluipende tekort verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie onder het kopje «Substitutie-effecten en kwaliteit van zorg».

Daarnaast verwacht ik van het stimuleren van het beperken van de huisartsenzorg geen financiële effecten door verschuivingen van zorg van de eerste naar de tweede lijn.

Tot slot is er geen sprake van een bezuiniging van € 50 miljoen op de huisartsenzorg. De genoemde investering was bedoeld voor de gehele eerstelijnszorg en was bedoeld als extra investering. Op dit moment bekijk ik welke alternatieven er eventueel zijn om de eerste lijn te versterken.

De fracties van D66 en OSF stelden de vraag waarom het kabinet niet heeft gekozen voor een percentage eigen bijdrage systeem.

Mijn antwoord hierop is dat de transparantie en administratieve eenvoud van de no-claimteruggaveregeling veel groter zijn. Daarnaast, en dat is niet verrassend, zijn procentuele eigen bijdragen ongunstiger voor de solidariteit tussen gezond en ongezond. Chronisch zieken maken namelijk in beide systemen het maximum vol en krijgen geen restitutie. Bij een eigen risico tellen alle kosten tot het maximum mee. Bij een procentuele eigen bijdrage telt slechts een deel van de kosten mee. Het duurt dus veel langer voordat het maximum wordt bereikt. Veel minder mensen zullen het maximum bereiken. Dat betekent tevens dat het maximum moet worden verhoogd om de opbrengst te halen. Van deze verhoging hebben vooral de veelgebruikers van zorg (chronisch zieken, ouderen) nadeel. Verzekerden met gemiddelde kosten betalen bij een procentueel systeem minder. Een procentueel systeem is dus niet rechtvaardiger omdat chronisch zieken per saldo meer moeten betalen.

De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen om een uiteenzetting van de mate waarin chronisch zieken, gehandicapten en andere mensen met veel zorgkosten er met het onderhavige wetsvoorstel op achteruit gaan.

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn vorenvermelde reactie op vragen van leden van de fracties van CDA en PvdA.

Verder vroegen de leden van deze fracties naar een vergelijking met de eigen bijdrage die deze kwetsbare groepen nu reeds betalen.

In antwoord hierop moet ik hen mededelen dat het mij niet bekend is in welke mate verzekerden die vermoedelijk geen no-claimteruggaaf zullen ontvangen, nu reeds een eigen bijdrage voor bijvoorbeeld AWBZ-zorg

betalen. Aangezien de eigen bijdragen in de AWBZ sterk inkomensafhankelijk zijn, drukken deze in beperkte mate op het inkomen van de lage inkomensgroepen.

Voorts vroegen de leden van genoemde fracties naar een overzicht van de hoofdcategorieën en de aantallen personen die behoren tot de groep chronisch zieken en gehandicapten.

Ik wijs deze leden er allereerst op dat er geen eenduidige afbakening van deze groep bestaat. In de praktijk wordt hier verschillend mee omgegaan. Zo hanteert de Belastingdienst een afbakening die gebaseerd is op feitelijk gemaakte kosten. Het NIVEL gebruikt voor het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) medische criteria. Omdat de deelnemers van het panel geselecteerd zijn op chronische ziekten, geeft het panel geen representatief beeld van de situatie van gehandicapten, hoewel deze groep wel vertegenwoordigd is. Aan de publicatie *Patiëntenpanel chronisch zieken, Kerngegevens 2001–2002* (februari 2003) van het NIVEL zijn onderstaande gegevens ontleend.

| Sociaal-demografisch kenmerk      | aandeel in PPCZ (%) |
|-----------------------------------|---------------------|
| <b>Sekse</b>                      |                     |
| – man                             | 41                  |
| – vrouw                           | 59                  |
| <b>Leeftijd</b>                   |                     |
| – 15–24 jaar                      | 2                   |
| – 25–44 jaar                      | 19                  |
| – 45–64 jaar                      | 41                  |
| – 65 jaar en ouder                | 38                  |
| <b>Opleiding</b>                  |                     |
| – geen/lagere school              | 18                  |
| – lager beroepsonderwijs          | 30                  |
| – (M)ULO, MAVO, 3 jaar HBS        | 18                  |
| – middelbaar beroepsonderwijs     | 14                  |
| – HBS, HAVO, VWO, MMS             | 6                   |
| – hoger beroepsonderwijs          | 11                  |
| – universitair onderwijs          | 4                   |
| <b>Voornaamste inkomensbron</b>   |                     |
| – betaalde baan                   | 44                  |
| – pensioen/VUT/vermogen           | 21                  |
| – AOW                             | 22                  |
| – arbeidsongeschiktheidsuitkering | 9                   |
| – andere uitkering                | 4                   |

Wat betreft de omvang van de groep chronisch zieken en gehandicapten wijs ik de leden op de volgende cijfers. Het aantal Nederlanders met een chronische ziekte bedraagt 1,6 miljoen. Eenderde van deze groep is tevens gehandicapt. Verder staat vast dat circa 1,5 miljoen mensen gehandicapt zijn, waarvan eenderde tevens een chronische ziekte heeft. De totale omvang van de groep mensen met een chronische ziekte en/of een handicap wordt daarom globaal geschat op 2,5 miljoen.

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

De leden van de SGP-fractie hadden, mede namens de ChristenUnie, gevraagd hoe de minister de groep chronisch zieken en ouderen denkt te compenseren voor het feit dat zij wel premieverhoging betalen maar geen no-claimteruggaaf zullen ontvangen.

Ik wijs de leden van deze fracties op het antwoord dat ik gegeven heb op een soortgelijke vraag die de CDA-fractie naar aanleiding van het voorbereidend onderzoek had gesteld.



De leden van de SGP-fractie merkten, mede namens de ChristenUnie, op dat verzekeringsmaatschappijen waarschijnlijk te weinig compensatie krijgen voor de extra administratieve lasten. Zij vroegen mijn zienswijze.

De ziekenfondsen krijgen voor de extra administratieve lasten in 2005 € 20 miljoen. Dit bedrag is afgestemd met Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars Nederland acht dit bedrag voldoende. De voor 2005 beschikbare middelen zijn op 18 november 2004 geregeld in de Regeling beschikbare middelen beheerskosten Zfw 2005.

De leden van de SGP-fractie vroegen, mede namens de ChristenUnie, wat het verschil is tussen een no-claim en een eigen risico in relatie tot de komst van de basisverzekering. Zij vroegen ook of de consument door de bomen het bos nog wel kon zien.

Bij een eigen risico betalen de verzekerden op het moment dat zij zorg gebruiken, zelf de kosten van zorg totdat zij het maximum bedrag aan eigen risico hebben bereikt. Bij een eigen risico zullen verzekerden, indien zij veel zorg nodig hebben, binnen een à twee maanden het totale eigenrisicobedrag moeten voldoen. In deze situatie kunnen verzekerden te maken krijgen met een liquiditeitsdrempel, waardoor zij zich, voordat zij een medische instantie raadplegen, gaan afvragen of zij de rekening wel kunnen of willen voldoen.

Bij de no-claimteruggaaf krijgen verzekerden een uitkering als zij minder kosten voor zorg hebben gemaakt dan het maximale bedrag van de no-claimteruggaaf. In deze regeling zal deze liquiditeitsdrempel zich niet voordoen.

Het eigen risico is in de bedoelde basisverzekering vrijwillig. Van een verzekerde die voor een zorgovereenkomst met zo'n vrijwillig eigen risico kiest, mag worden verwacht hij die keuze bewust maakt en dat hij dus als gevolg van die keuze het bos blijft zien. Daar ligt trouwens ook een wettelijke taak voor de zorgverzekeraar. In het voorstel van Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II 2003/04, 29 763) zoals dat thans ter behandeling bij de Tweede Kamer ligt, is geregeld dat de zorgverzekeraar in iedere modelovereenkomst opneemt in welke volgorde en op welke wijze bedragen in mindering wordt gebracht op het eigen risico of de no-claimteruggaaf.

De leden van de SGP-fractie merkten, mede namens de ChristenUnie, op dat in de basisverzekering de verzekerden te maken krijgen met vier verschillende sturingsinstrumenten, te weten de no-claimteruggaaf, het eigen risico, de wettelijke bijdrages en vrijwillige eigen betalingen in het kader van de aanvullende verzekeringen. Deze leden vroegen of dit nog wel duidelijk zou zijn voor de verzekerde en wie daarover duidelijkheid moet bieden aan de verzekerde.

Allereerst merk ik op dat het in de basisverzekering niet zo is dat alle verzekerden met de door deze leden genoemde vier instrumenten te maken krijgen.

Om te beginnen behoren aanvullende verzekeringen niet tot de basisverzekering. Dit houdt in dat de kosten van zorg die niet door de aanvullende verzekeringen vergoed worden, maar voor rekening van de burgers zelf komen, niets te maken hebben met de toekomstige basisverzekering. Dat is thans ook zo bij de ziekenfondsverzekering en de aanvullende verzekering en daar verandert niets in. Bovendien beslissen verzekerden zelf of zij zich al dan niet aanvullend verzekeren en welke dekking zij daarbij kiezen. Daarmee kiezen verzekerden ook welk deel van de kosten van zorg die onder de aanvullende verzekering valt, voor eigen rekening kan komen.

Daarnaast is, zoals ik hiervoor heb aangegeven, het eigen risico in de bedoelde basisverzekering vrijwillig. Dit houdt in dat enkel de verzekerden die hebben gekozen voor een eigen risico, daarmee te maken krijgen. Ik

ga er vanuit dat een verzekerde die heeft gekozen voor een zorgovereenkomst met een dergelijk eigen risico, die keuze bewust zal hebben gemaakt en zich ook bewust is geweest van de gevolgen van die keus.

Dit betekent dat in de basisverzekering alle verzekerden, behalve indien zij zelf een andere keuze maken, uitsluitend met de no-claimteruggaaf en wettelijke eigen bijdragen voor sommige zorgvormen te maken kunnen hebben. Die wettelijke bijdragen gelden dan ook nog alleen als de verzekerde gebruik maakt van de desbetreffende vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld ziekenvervoer of het gebruik van hulpmiddelen. Dat zal lang niet bij alle verzekerden het geval zijn en die situatie verschilt niet van de situatie in de ziekenfondsverzekering bij de invoering van de no-claimteruggaaf per 1 januari 2005.

De zorgverzekeraar is gehouden de verzekerde goed op dit punt te informeren, De invoering van de Zorgverzekeringswet zal gepaard gaan met een uitgebreide publiekscampagne.

De leden van de SGP-fractie gaven, mede namens de ChristenUnie, aan dat een consument vaak niet het verschil zal weten tussen vergoedingen in de aanvullende verzekering en het ziekenfonds.

De constatering is juist dat niet alle zorg in één verzekering geregeld is. Anders dan deze leden veronderstelden, weet de verzekerde doorgaans wel het verschil tussen de aanvullende en de ziekenfondsverzekering. Een aanvullende verzekering is een aangelegenheid die de verzekerde als hij daar behoefte aan heeft apart kan afsluiten. Hij betaalt daar dan een afzonderlijke premie voor. De no-claimteruggaveregeling is alleen van toepassing op de zorg die als verstrekking in het kader van de ziekenfondsverzekering is geregeld. Dit betekent dat de no-claimteruggaveregeling niet zal gelden voor de eerstelijnspsychologische hulp en evenmin voor de tweedelijnspsychologische hulp. Deze zorg is immers niet als verstrekking op grond van de Ziekenfondswet geregeld. Dus noch de kosten van eerstelijns- noch die van de tweedelijnspsychologische hulp worden op de no-claimteruggaaf in mindering gebracht. Voor de fysiotherapie geldt dat de verzekerde moet besluiten of hij de eerste negen behandelingen aanvullend wenst te verzekeren. Ik ga er dus vanuit dat de verzekerde zich er dan ook van bewust is dat deze behandelingen niet meetellen bij de berekening van de no-claimteruggaaf. Naar mijn mening zal er dus voor de verzekerden geen onduidelijkheid bestaan wanneer de no-claimteruggaveregeling wel en wanneer niet van toepassing is.

De leden van de SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie, vroegen hoe de zorgsturing die het gevolg zou zijn van de no-claimteruggaaf gemeten wordt.

Zoals ik hiervoor in antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie heb aangegeven, zullen de financiële effecten van de no-claimteruggaveregeling gevolgd worden.

Voor de opbrengsten van het zorgremmende gedragseffect ga ik uit van de berekeningen van het volume-effect die het CPB heeft uitgevoerd. Dit volume-effect zal beperkt zijn, zeker in verhouding tot de financieringsverschuiving. Bovendien zal in de praktijk nauwelijks zijn te achterhalen waarom een verzekerde besloten heeft geen of ander gebruik van zorg te maken en dat te vergelijken met de situatie voordat de no-claimteruggaaf van toepassing was.

Volgens de leden van de SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie, zou er geen remmende werking van de no-claimteruggaaf uitgaan.

Naar mijn mening zal er zeker een remmende werking zijn, maar zoals ik ook tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heb gezegd, gaat het om een bescheiden, maar toch betekenisvol effect op de

zorgconsumptie. Bovendien is het van structureel belang voor de toekomst van de gezondheidszorg dat het kostenbewustzijn van de burger wordt verhoogd.

De leden van de SGP-fractie gaven, mede namens de ChristenUnie, aan dat de no-claimteruggaaf enigszins zou 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. Op zich is de constatering van deze leden juist. Echter, ook bij dure verstrekkingen geldt dat de verzekerde in een aantal gevallen de afweging kan maken of hij echt van specialistische en ziekenhuiszorg gebruik wil of moet maken. Onderzoek heeft immers aangetoond dat ook bij specialistische hulp sprake is van onnodig gebruik. In die zin is er ook bij die zorg de mogelijkheid van een remmend effect. Op het moment dat het maximale no-claimteruggaafbedrag is bereikt, valt de remmende werking die daarvan uit gaat weg. Ik veronderstel echter dat de no-claimteruggaveregelingsaan een aantal verzekerden duidelijk maakt dat zorg niet gratis is. Ik hoop dan ook dat dit inzicht de burger er toe brengt om in meer gevallen de afweging te maken of het beroep op zorg echt nodig is dan wel of kan worden volstaan met goedkopere zorg.

De leden van de SGP-fractie vroegen, mede namens de ChristenUnie, hoe omgegaan wordt bij jaarovergangen of verzekeringsovergangen met betaling van een diagnose behandel combinatie (dbc). Dat wordt geregeld in het met het onderhavige wetsvoorstel aan de Ziekenfondswet toe te voegen artikel 18a, vierde lid. Daarin staat dat bij een dbc als tijdstip van het gebruiken van zorg geldt het tijdstip waarop de dbc wordt geopend. Dit is zo geregeld vanwege de wijze van declareren van dbc's. Dit betekent dat als een dbc in enig jaar wordt geopend, de zorgkosten in dat jaar neerslaan ook al loopt de dbc het jaar daarop nog door. Als de verzekerde bij de jaarovergang verandert van ziekenfonds, tellen de kosten van de dbc nog steeds mee voor de no-claim over het jaar waarin de dbc is geopend. Het ziekenfonds waar de verzekerde toen was ingeschreven, stelt de no-claimteruggaaf over dat jaar vast en geeft daarover in het jaar daarop een beschikking af aan de verzekerde terwijl deze al bij een ander ziekenfonds is ingeschreven. Dit levert geen onduidelijkheid op bij de verzekerde die immers zelf ervoor kiest om van ziekenfonds te wisselen. Dit levert ook geen extra administratieve lasten op.

De leden van de SGP-fractie vroegen, mede namens de ChristenUnie, of het kabinet bereid is te overwegen om de introductie van de no-claimteruggaveregeling een jaar uit te stellen, dan wel vanaf 2006 een eigen risico te introduceren.

De introductie van de no-claimteruggaveregeling verlaagt het Budgettair Kader Zorg met ruim € 1,6 miljard. Het uitstellen van de introductie zou derhalve leiden tot een besparingsverlies van die omvang in 2005. De budgettaire situatie laat een dergelijk uitstel niet toe.

Bij een eigen risico (zoals dat geldt in de standaardpakketpolissen) krijgen burgers die in één maand hun eigen risico vol maken te maken met een liquiditeitsdrempel. De no-claimteruggaveregeling kent dit nadeel niet. Ook de uitvoeringskosten van een no-claimteruggaveregeling zijn lager.

De leden van de SGP-fractie wilden, mede namens de ChristenUnie, weten of het niet mogelijk is dat nagekomen rekeningen over 2005 worden betrokken bij de verwerking van de no-claimteruggaaf over 2006. Het is niet mogelijk om kosten van zorg die in 2005 gebruikt is, te betrekken bij de no-claimteruggaaf over het jaar 2006. Immers, ingevolge

het voorgestelde artikel 18a, eerste lid, is de no-claimteruggaaf gekoppeld aan het kalenderjaar waarin de zorg is gebruikt. Dat is immers ook het kalenderjaar waarover het ziekenfonds de hogere premie heeft ontvangen. Wel is het mogelijk om het geld dat het ziekenfonds van de verzekerde terug moet ontvangen, indien er sprake is van nagekomen rekeningen, te verrekenen met nog door de verzekerde te ontvangen gelden, zoals de no-claimteruggaaf over een volgend jaar. Dit zijn de normale regels die gelden in het financiële verkeer.

De leden van de SGP-fractie vroegen, mede namens de ChristenUnie, of er, nu de kosten van de zorg door de huisarts uit de no-claimteruggave-regeling is gehaald, nog wel een autonoom consumptieremmend effect optreedt. Veel zorg is immers alleen toegankelijk op verwijzing van de huisarts.

De verwijzing van de huisarts draagt er aan bij dat de patiënt in overleg met de huisarts afweegt of de gang naar bijvoorbeeld de specialist of de fysiotherapeut wel noodzakelijk is. De no-claimteruggave-regeling draagt er aan bij dat de verzekerde bij die afweging ook financiële aspecten laat meewegen.

De leden van de SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie, vroegen of verzekerden een hogere premie gaan betalen als het gedragseffect lager wordt dan door het kabinet geraamd.

De hoogte van het gedragseffect betreft een zo goed mogelijke inschatting. Indien een eventueel lager gedragseffect leidt tot hogere uitgaven en dus tot een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg, ligt het in de rede dat compensatiemaatregelen worden getroffen waardoor er geen noodzaak is voor een structurele premiestijging.

## **6. SP-fractie**

De leden van de SP-fractie stelden de vraag of ook diagnostiek aangevraagd door de huisarts, zoals laboratoriumonderzoek, röntgen-diagnostiek, ergometrieën, scapieën en dergelijke buiten de no-claimteruggave-regeling valt.

Het antwoord hierop luidt ontkennend. Alleen de kosten van de zorg van de huisarts valt buiten de berekening van de no-claimteruggaaf en niet allerlei onderzoeken op aanvraag van de huisarts. Dat geldt ook voor geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft, waarnaar de leden van de SP-fractie eveneens vroegen. De kosten van deze geneesmiddelen vallen gewoon onder de berekening van de no-claimteruggaaf. Ik zie niet in waarom deze verzekerden zullen vragen om grotere hoeveelheden dan zij nodig hebben. Dit betekent immers alleen maar dat verzekerden minder kans hebben op een no-claimteruggaaf. Bovendien blijft de regeling van maximaal voor te schrijven en af te leveren middelen zoals die in de vraag wordt genoemd, gewoon bestaan. Dit betekent dat de verzekerde per voorschrift slechts aanspraak heeft op geneesmiddelen voor een periode van vijftien dagen indien het een nieuwe medicatie voor hem is, één maand voor rust- en kalmeringsmiddelen en drie maanden voor geneesmiddelen ter behandeling van een chronische ziekte.

De leden van de SP-fractie vroegen of ik inmiddels al met de sector overleg heb gevoerd over het feit dat de €50 miljoen investering in de eerste lijn niet doorgaat.

Ik heb de sector laten weten dat de extra investering van € 50 miljoen niet doorgaat. Vervolgens heb ik afgesproken samen met de sector te kijken welke eventuele alternatieven er zijn om de eerste lijn te versterken.

De leden van de SP-fractie vroegen of ik van plan ben met de sector te kijken hoe ze hun eigen protocollen beter kunnen hanteren.

In het nieuwe zorgstelsel verschuiven de verantwoordelijkheden meer naar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit betekent voor de zorgverzekeraars dat zij moeten voldoen aan hun zorgplicht en verantwoordelijk zijn voor een doelmatige inkoop en organisatie van zorg. De zorgaanbieders moeten op doelmatige wijze zorg van goede kwaliteit leveren die zoveel mogelijk tegemoet komt aan de wensen en behoeften van patiënten. Partijen zijn daarom zelf verantwoordelijk hoe zij hun protocollen het beste kunnen hanteren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hierbij toe op de geleverde kwaliteit van zorg.

De leden van de SP-fractie wilden weten of ik bereid ben te investeren in de versterking van de preventieve en informerende functie van de huisarts.

In de nota Langer Gezond Leven heb ik mijn prioriteiten aangegeven als het gaat om de preventie van ziekten (Kamerstukken II 2004/05, 22 895, nr. 44). Het gaat om algemeen beleid, dat indirect ook van invloed is op de functie van de huisarts bij preventie. Ik zie daarom geen reden specifiek te investeren in het versterken van de preventieve en informerende functie van de huisarts.

De leden van de SP-fractie vroegen of ik van plan ben te investeren in goede publieksvoorlichting ten aanzien van gepast gebruik van huisartsenzorg en kostenbewustzijn.

Deze aspecten zullen onderdeel zijn van de publieksvoorlichting in het kader van de Zorgverzekeringswet.

De leden van de SP-fractie vroegen of enig inzicht kan worden gegeven in de omvang van het collectief gefinancierde deel van de zorgkosten en het particulier gefinancierde deel en de verschuivingen de afgelopen 5 jaren. In onderstaande tabel wordt zowel het collectief gefinancierde deel van de zorguitgaven (AWBZ plus ZFW) getoond voor de jaren 2000, 2004 en 2005 als het particulier gefinancierde deel (particuliere verzekeringen en eigen betalingen).

|                    | 2000       | 2004       | 2005       |
|--------------------|------------|------------|------------|
| Collectief deel    | 26 miljard | 36 miljard | 35 miljard |
| Idem, in procenten | 78%        | 80%        | 77%        |
| Particulier deel   | 7 miljard  | 9 miljard  | 11 miljard |
| Idem, in procenten | 22%        | 20%        | 23%        |

Bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet wordt van zorgverzekeraars niet verwacht dat zij met elkaar zullen concurreren op basis van aanvullende pakketten, maar door de wijze waarop zij invulling geven aan de verzekeringsaanspraken ingevolge de Zvw. Tevens zullen de zorgverzekeraars zich dan onderscheiden door de hoogte van de nominale premie.

Doordat de zorgverzekeraars in het kader van de Zvw zelf de hoogte van de nominale premie vaststellen, bepalen zij ook zelf hoe zij de financiële effecten van de no-claimteruggaveregeling in hun nominale premie verwerken. Datzelfde geldt per 2005 ook voor de ziekenfondsen bij de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw.

In antwoord op vragen van deze leden deel ik mee dat de ziekenfondsen zelf bepalen met welk bedrag zij hun nominale premie verhogen in verband met de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Het bedrag van € 5,50 dat voor deze verhoging van de maandelijkse nominale premie genoemd is, is een richtbedrag. Op de nominale premie concurreren de ziekenfondsen met elkaar. De hoogte van de maximum no-claimteruggaaf, het bedrag van € 255 voor 2005, wordt bij algemene maatregel van

bestuur vastgesteld. Dat bedrag geldt voor alle ziekenfondsen en daarop kunnen zij zich niet onderscheiden.

De leden van de SP-fractie vroegen tot slot wie financieel verantwoordelijk is als iemand buiten zijn schuld, bijvoorbeeld na een aanrijding, in het ziekenhuis belandt.

Financieel verantwoordelijk voor zo'n aanrijding is degene die die aanrijding verwijtbaar veroorzaakt heeft. De kosten van de zorg die het ziekenfonds maakt, worden gekort op de no-claimteruggaaf. Zowel het ziekenfonds als de verzekerde kunnen echter ieder voor hun deel de kosten op de dader verhalen.