

Vergaderjaar 2003–2004

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

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING¹

1. Algemene deel

1.1. Inleiding

Dit wetsvoorstel strekt ertoe de Ziekenfondswet (ZFW) te wijzigen ten einde te regelen dat verzekerden van achttien jaar en ouder na afloop van een kalenderjaar een uitkering, verder te noemen no-claimteruggaaf, ontvangen indien zij in dat jaar geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop op grond van de ZFW aanspraak bestaat. In het Hoofdlijnen Akkoord (HA²) is sprake van invoering van een eigen risico in de ZFW per 1 januari 2005. De regering acht het wenselijk om de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen en de collectieve verantwoordelijkheid te doen afnemen. In het HA wordt een maximum per verzekerde van € 200 genoemd; daarmee wordt een financieringsverschuiving van € 1,1 miljard beoogd. In het overleg met de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft de regering ervoor gekozen het maximum per 1 januari 2005 in principe te verhogen met € 50 zodat dit leidt tot een structurele dekking van € 210 miljoen als compensatie voor het niet doorgaan van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen per 1 januari 2004³. In samenhang met de herberekening van de opbrengst van de effecten van de no-claimteruggaveregeling door het Centraal Planbureau leidt een verhoging van het maximum tot € 250 per verzekerde tot een structurele dekking van € 410 miljoen. Dit is een meevaller van € 200 miljoen. De regering heeft gezien de budgettaire tegenvallers in de zorg er voor gekozen deze meevaller in te zetten ter dekking van de budgettaire tegenvallers in de zorg en het maximum niet te verlagen tot € 225. De regering geeft met de invoering van de no-claimteruggaveregeling invulling aan het HA doordat de beoogde financieringsverschuiving wordt bereikt.

Het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid is noodzakelijk omdat Nederland net als vrijwel alle andere westerse landen wordt geconfronteerd met snel toenemende kosten van gezondheidszorg als gevolg van de vergrijzing en technologische en maatschappelijke trends. Nederland kent de laatste jaren ook internationaal vergeleken een zeer hoge groei in de uitgaven.

¹ Het advies van Actal is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt.

² Kamerstukken II 2002/03, 28 637, nr. 19.

³ Kamerstukken II 2003/04, 29 200, nr. 52.

De extreme stijging van de uitgaven gedurende de laatste jaren komt niet uit de lucht vallen. Ze is grotendeels het gevolg van het loslaten van het sterk aanbodgestuurde systeem, terwijl oude regels bleven bestaan en nieuwe prikkels en systeemwijzigingen grotendeels uitbleven. De introductie van de no-claimteruggaveregeling is onderdeel van de systeemwijzigingen die in de zorg plaatsvinden gericht op zowel aanbieder, verzekeraar als burger. De verwachting is dat verzekerden hierdoor meer afgewogen gebruik gaan maken van medische voorzieningen en dat daarmee de kostenstijging zal afnemen. Dit zal vervolgens leiden tot gemiddeld lagere kosten voor de verzekerden. De no-claimteruggaaf past daarmee binnen het overheidsbeleid om het Nederlandse zorgstelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in balans te brengen en het systeem doelmatiger te maken.

De regering heeft bij de vormgeving van de no-claimteruggaveregeling nadrukkelijk gelet op het publieke belang van een toegankelijke gezondheidszorg en hoe een nieuw evenwicht tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid zo vorm kan krijgen dat dit geen te zware last met zich mee brengt voor de verzekerden.

De no-claimteruggaaf verschilt op een aantal belangrijke punten van een eigen-risicoregeling. In dergelijke regelingen betalen verzekerden niet alleen nominale premie, maar dienen zij ook daadwerkelijk te betalen bij het gebruik van een medische voorziening. Dit betekent dat verzekerden die zorg gebruiken een rekening ontvangen, die zij kort daarop moeten voldoen. Bij een eigen risico zullen verzekerden, indien zij veel zorg nodig hebben, binnen een à twee maanden het totale eigen-risicobedrag moeten voldoen. In deze situatie kunnen lage inkomensgroepen te maken krijgen met een liquiditeitsdrempel, waardoor verzekerden, voordat zij een medische instantie raadplegen, zich gaan afvragen of zij de rekening wel kunnen voldoen. In de door de regering voorgestelde regeling zal deze liquiditeitsdrempel zich niet voordoen.

De no-claimteruggaveregeling voorziet in de mogelijkheid dat verzekerden een deel van de betaalde nominale premie, tot het maximum van de no-claimteruggaaf, kunnen terug ontvangen. Deze positieve prikkel zal door de cliënt anders worden ervaren dan de negatieve prikkel van het eigen risico. Met een no-claimteruggaaf krijgt de verzekerde immers geld uitgekeerd, een positieve stimulans. Bij een eigen risico moet de verzekerde betalen, een negatieve stimulans. Door het ontbreken van negatieve prikkels bij de no-claimteruggaaf is er geen wezenlijke financiële toegankelijkheidsdrempel bij het inroepen van medische hulpverlening.

De regering concludeert dan ook dat, hoewel de no-claimteruggaveregeling en een eigen-risicoregeling beide beogen via financiële prikkels onnodige zorgconsumptie af te remmen, de techniek van beide regelingen tot kwalitatief verschillende uitkomsten leidt.

De no-claimteruggaveregeling vermijdt de liquiditeitsdrempel die het eigen risico met zich meebrengt en geeft positieve in plaats van negatieve prikkels. De keerzijde van deze voordelen is dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling iets beperkter zal zijn, maar de voordelen zijn duidelijk groter dan dit nadeel.

Een bijkomend voordeel van de no-claimteruggaveregeling is dat zo'n regeling binnen een natuursysteem als de Ziekenfondswet leidt tot minder administratieve lasten dan bij een eigen-risicoregeling het geval zou zijn. Verderop wordt dit met cijfers onderbouwd.

Om het kostenbewustzijn bij de verzekerde te vergroten, is het van belang dat de verzekerde duidelijk geïnformeerd zal worden over het feit dat hij of zij bij geen of weinig zorgkosten recht heeft op een no-claimteruggaaf. De regering is dan ook voornemens de invoering van de maatregel gepaard

te laten gaan met een uitgebreide voorlichtingscampagne. Ook het ziekenfonds zal zijn verzekerden moeten informeren.

Het wetsvoorstel beoogt invoering van de no-claimteruggaveregeling met ingang van 1 januari 2005.

Voor verzekerden met een overeenkomst van standaardverzekering als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) geldt een eigen risico. Om de eigen verantwoordelijkheid van de Wtz-verzekerden een gelijke stimulans te geven, zal dit eigen risico worden verhoogd tot het bedrag dat ook geldt voor de no-claimteruggaaf. Bij de vaststelling van de Wtz-premie zal hiermee worden rekening gehouden. Die verhoging vindt plaats door wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

1.2. No-claimteruggaveregeling

Inhoud maatregel

Ziekenfondsen krijgen de wettelijke verplichting om na het eind van elk kalenderjaar een no-claimteruggaaf uit te keren. Individuele verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie een nominale premie verschuldigd is, krijgen aanspraak op een no-claimteruggaaf van maximaal € 250; indien geen zorgkosten worden gemaakt, ontvangen zij dit bedrag van hun ziekenfonds; indien er wel zorgkosten worden gemaakt, doch voor minder dan € 250, ontvangen zij een no-claimteruggaaf ter grootte van het verschil tussen € 250 en de gemaakte zorgkosten.

Voor enkele verstrekkingen gelden afwijkende regels; kosten voor kraamzorg en verloskundige hulp worden in het geheel niet in mindering gebracht op de no-claimteruggaaf en de kosten voor de verstrekking huisartsenzorg wordt slechts voor maximaal 25% op de no-claimteruggaaf in mindering gebracht.

Voor zover verzekerden een deel van de kosten van zorg zelf dragen in verband met bestaande eigen bijdragen, komen die kosten feitelijk niet ten laste van het ziekenfonds; deze eigen betalingen beïnvloeden om die reden dan ook niet de hoogte van de uit te keren no-claimteruggaaf. De eigen bijdragen die in de ZFW voorkomen en blijven bestaan, hebben betrekking op kraamzorg, hulpmiddelen, geneesmiddelen (in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem) en overig ziekenvervoer. Het afschaffen van deze bijdragen zou leiden tot een budgettaire derving. Om de no-claimteruggaaf te kunnen uitkeren aan verzekerden die daarop recht hebben, zullen ziekenfondsen een beroep moeten doen op de middelen die zij ter beschikking hebben. Het ligt in de rede te verwachten dat ziekenfondsen hiermee rekening zullen houden bij de vaststelling van de nominale premie.

Alternatieven

In andere landen is in het verleden de financiële verantwoordelijkheid van de verzekerde al vergroot door het introduceren van een eigenbijdrageregeling. Dit betekent veelal dat verzekerden in deze landen een deel van de zorgkosten zelf dienen te voldoen. De regering heeft niet gekozen voor een eigenbijdrageregeling zoals die in de jaren negentig kortstondig (twee jaar) heeft bestaan. Verzekerden moesten onder deze regeling bij het grootste deel van de verstrekkingen een deel van de kosten voor eigen rekening nemen tot aan een bepaald maximum. Ter uitvoering van het Regeerakkoord 1998¹ is deze algemene eigen bijdrage ongedaan gemaakt. Voor het afschaffen van de algemene eigen bijdragen werd gekozen omdat de regeling ingewikkeld was en gepaard ging met veel administratief verkeer. Dat kwam tot uitdrukking in de uitvoeringskosten en de administratieve lasten. De declaraties van de zorgverleners

¹ Kamerstukken II 1997/98, 26 024, nr. 10.

gingen naar het ziekenfonds, waarna het ziekenfonds moest zorgen dat verzekerden niet meer betaalden dan het vastgestelde maximum. Indien het maximum nog niet was bereikt, ging het ziekenfonds over tot inning van de wettelijk vastgestelde eigen bijdrage. Dit proces, van het maximum controleren en wel of niet overgaan tot inning van de eigen bijdrage, herhaalde zich periodiek.

Een eigen risico betekent evenals een eigen bijdrage dat verzekerden bij het gebruik van een medische voorziening moeten bijdragen aan de kosten van deze voorziening. Introductie van een eigen risico leidt binnen een naturastelsel als de ZFW tot inning achteraf door het ziekenfonds. Dit leidt tot een sterke toename van de uitvoeringskosten, waaronder de administratieve lasten en het inningsrisico. Belangrijk voordeel van een eigen-risicoregeling boven een eigen-bijdrageregeling is dat het ziekenfonds minder vaak hoeft over te gaan tot inning van de bijbetaling, omdat bij een eigen risico het maximum eerder bereikt wordt dan bij een algemene eigen-bijdrageregeling met eenzelfde maximum.

Internationale aspecten

Nederland heeft een aantal verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) geratificeerd die normen stellen aan het niveau van de stelsels van sociale zekerheid. De belangrijkste verdragen die in het kader van het onderhavige wetsvoorstel relevant zijn, zijn de IAO-verdragen nrs. 24, 25, 102, 103 en 121 en de Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend Protocol (hierna: Europese Code). Deze verdragen geven onder meer de grenzen aan waarbinnen eigen betalingen voor medische zorg zijn toegestaan. In de context van de verdragen dienen eigen betalingen nadrukkelijk te worden onderscheiden van premiebetalingen. In het kader van deze verdragen is een no-claimteruggaveregeling als met dit wetsvoorstel voorgesteld een onbekend fenomeen; de toezichthoudende organen hebben zich nog nimmer daarover kunnen uitspreken.

Zoals hiervoor is uiteengezet, heeft de regering bij de vormgeving van de no-claimteruggaveregeling nadrukkelijk gelet op het publieke belang van een toegankelijke gezondheidszorg en hoe een nieuw evenwicht tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid zo'n vorm kan krijgen dat dit geen te zware last met zich mee brengt voor de verzekerden, zoals is bedoeld de IAO verdragen nrs. 102 en 121 en de Europese Code.

Het sui-generis karakter van de no-claimteruggaveregeling dat erop gericht is om financiële prikkels niet tot onoverkomelijke liquiditeitsdrempels te laten leiden, maakt dat zij naar de overtuiging van de regering goed spoort met letter en geest van die verdragen en de Europese Code in die zin dat het niet een te zware last met zich meebrengt voor de verzekerde.

In de Europese code is het criterium «geen te zware last met zich meebrengen» nader geconcretiseerd in een percentage van 25%. Dit percentage houdt in dat verzekerden tezamen niet meer dan gemiddeld genomen 25% van de zorgkosten op jaarbasis mogen betalen (artikel 10, tweede lid, onder c).

Het budgettaire beslag van de no-claimteruggaveregeling binnen de ziekenfondsverzekering is beperkt tot 9% van de zorguitgaven in het kader van de ziekenfondsverzekering. In de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004¹ zijn de totale uitgaven voor 2004 geraamd op € 16 miljard. De genoemde 9% is ruim minder dan de genoemde 25%. De betekenis is dat bij de vaststelling van de no-claimteruggaaf slechts maximaal 25% van de zorgkosten van de huisarts wordt meegenomen.

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 200 hoofdstuk XVI, nrs. 1 en 2.

Hoewel de vormgeving van de no-claimteruggaaf zo is gekozen dat het criterium van 25% niet op de no-claimteruggaaf van toepassing is, heeft de regering de maatvoering van de no-claimteruggaaf zodanig gekozen dat aan het 25% criterium wordt voldaan.

Om verder inhoudelijk aan te sluiten bij de verdragen zijn in dit wetsvoorstel de verloskundige zorg en de kraamzorg uitgezonderd in die zin dat de kosten van die zorg niet of slechts gedeeltelijk op de no-claimteruggaaf in mindering worden gebracht.

Wijze van uitvoering

Aanspraak op de no-claimteruggaaf bestaat voor iedere individuele verzekerde vanaf achttien jaar voor wie een nominale premie verschuldigd is. Ziekenfondsen krijgen de verplichting om de no-claimteruggaaf uit te keren vóór 1 april van het volgende kalenderjaar. De no-claimteruggaaf bedraagt maximaal € 250 op jaarbasis, verminderd met de gemaakte zorgkosten. De no-claimteruggaaf zal jaarlijks worden geïndexeerd.

Uitvoerbaarheid

Huisartsen geven op dit moment niet door aan ziekenfondsen welke verzekerden hen consulteren en hoe vaak, omdat de huisarts op basis van een abonnementstarief wordt bekostigd. Voor de verstrekking huisartsenzorg bestaat wat betreft zorgconsumptie momenteel geen administratief verkeer tussen huisarts en ziekenfonds.

De regering is voornemens om in het kader van haar visie op de eerstelijnsgezondheidszorg¹ en ter voorbereiding op het nieuwe verzekeringsstelsel de bekostiging van de huisarts aan te passen en dit om te zetten in een al dan niet gedeeltelijk consulttarief. Bij een consulttarief geven huisartsen wel door welke verzekerden hen raadplegen en hoe vaak.

Persoonlijke levenssfeer

Bij de uitvoering van de algemene eigen-bijdrageregeling in de jaren negentig is gekeken naar de persoonlijke levenssfeer. Bij die maatregel lagen de aspecten van de persoonlijke levenssfeer echter anders dan bij de voorgestelde no-claimteruggaveregeling. Bij de eigen-bijdrageregeling van de jaren negentig was geregeld dat de hoofdverzekerde een bijdrage verschuldigd was voor zorg die aan hem of haar en zijn of haar medeverzekerden werd verleend. Op deze wijze kon het voorkomen dat de hoofdverzekerde inzicht kreeg in de medische consumptie van zijn of haar medeverzekerden. Als meest sprekende voorbeeld werd telkens aangehaald de meeverzekerde dochter die zonder medeweten van haar ouders de anticonceptiepil gebruikte. Via de eigen bijdrage konden ouders daar dan toch achter komen.

Er is op een aantal punten bij de no-claimteruggaaf sprake van een duidelijk verschil ten opzichte van de algemene eigen bijdrage. De belangrijkste daarvan zijn dat de no-claimteruggaveregeling uitsluitend betrekking heeft op verzekerden van achttien jaar en ouder en dat de no-claimteruggaveregeling individueel gericht is. Elke verzekerde voor wie een nominale premie wordt betaald, heeft een zelfstandig recht op de no-claimteruggaaf. Bij de no-claimteruggaaf krijgt de hoofdverzekerde derhalve alleen bericht over de no-claimteruggaaf in relatie tot de zorg die hij of zij zelf heeft genoten. Over zijn of haar medeverzekerden krijgt hij of zij geen bericht. Er is dus een individuele aanspraak op de no-claimteruggaaf. Dit geldt ook voor de medeverzekerden. Uit de formulering van het voorgestelde artikel 18a, vierde lid, van de Ziekenfondswet blijkt dat het gaat om een individuele verzekerde. Immers, het gaat om verzekerden «voor wie» de nominale premie verschuldigd is. Het onder-

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 4.

scheid «hoofdverzekerde» en «medeverzekerde» is dus hier niet aan de orde. Dit strookt met artikel 1, eerste lid, onder g, van voornoemde wet, waarin medeverzekerde in beginsel onder het begrip verzekerde wordt geschaard.

De persoonlijke levenssfeer is dus bij deze maatregel niet in het geding.

Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar van ziekenfonds verandert, zal er sprake zijn van een no-claimteruggaaf naar rato. Dit betekent dat er voor de no-claimteruggaaf geen informatie-uitwisseling tussen ziekenfondsen hoeft plaats te vinden over door de verzekerde gemaakte zorgkosten. Ook wat dat betreft is de persoonlijke levenssfeer dus niet in het geding.

Bezwaar en beroep

De verzekerde zal binnen drie maanden na afloop van het kalenderjaar van het ziekenfonds een beschikking moeten ontvangen over de no-claimteruggaaf die al dan niet aan hem wordt uitgekeerd. Tegen deze beschikking kan de verzekerde op grond van de Algemene wet bestuursrecht bezwaar en beroep aantekenen.

Het gaat hier niet om een bezwaar inzake een aanspraak op een verstrekking of een daarmee overeenkomende uitkering, maar om een uitkering in verband met het niet gebruik maken van een verstrekking of een daarmee overeenkomende uitkering. Dit betekent dat de no-claimteruggaaf niet valt onder de beslissing op bezwaar waarvoor op grond van artikel 74 van de Ziekenfondswet het College voor zorgverzekeringen wordt ingeschakeld. Ook zijn de artikelen 75 tot en met 79 van de Ziekenfondswet niet van toepassing. Dit betekent dat de verzekerde na de beslissing op bezwaar in beroep kan gaan bij de rechtbank en in hoger beroep bij de Centrale Raad van beroep.

De regering verwacht dat de maatregel slechts in beperkte mate zal leiden tot een toename van het aantal bezwaren en in nog mindere mate tot een toename van het aantal beroepen.

Allereerst gaat het hier slechts om nominale bedragen die rechtstreeks voortvloeien uit de declaraties.

Het is verder essentieel dat verzekerden goed en duidelijk gemotiveerde beschikkingen krijgen over de wel of niet uit te keren no-claimteruggaaf. Tevens moeten de verzekerden goed en duidelijk antwoord krijgen op eventuele telefonische vragen van ziekenfondsen over de beschikking. Bij de implementatie van deze maatregel zal hier dan ook bijzondere aandacht aan worden besteed. De informatie aan de verzekerden zal zo moeten zijn dat het voor de verzekerden direct duidelijk is dat de no-claimteruggaaf juist berekend is. Als de beschikking desondanks tot bezwaar leidt, zal de beslissing op bezwaar zodanig moeten zijn, dat deze de verzekerde niet of nauwelijks aanleiding geeft verder in beroep te gaan. Door de zeefwerking van de bewaarschriftenprocedure zullen de rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep nauwelijks worden belast. Bij de berekening van de administratieve lasten is rekening gehouden met de extra kosten die ziekenfondsen maken voor de informatie aan verzekerden. Het ziekenfonds heeft een financieel belang bij het beperkt houden van de uitvoeringslasten en dus een belang bij het voorkomen van bezwaar en beroep. Ook om die reden zal het ziekenfonds er alles aan doen om de gang naar de rechter beperkt te houden.

Administratieve lasten

De no-claimteruggaveregeling in de ZFW leidt onvermijdelijk tot een informatieverplichting van ziekenfondsen aan verzekerden. Er zijn ruim 20 ziekenfondsen. Dit geldt ook voor mogelijke alternatieven voor de no-claimteruggaveregeling als een eigen-bijdrageregeling en een eigen-

risicoregeling. De informatieverplichting bestaat uit drie deelhandelingen, te weten:

1. Deelhandeling a: registratie van het zorggebruik op niveau van individuele verzekerde.
2. Deelhandeling b: periodieke berichtgeving van het ziekenfonds aan de verzekerden.
3. Deelhandeling c: informatieverzorging aan verzekerden die vragen hebben over de ontvangen berichtgeving.

Uitgangspunten

Voor het berekenen van de administratieve lasten zijn vier uitgangspunten van belang.

Ten eerste blijft de ZFW een naturaverzekering. Dit betekent dat ziekenfondsen zorgcontracten sluiten met zorgaanbieders voor hun verzekerden. Dit leidt ertoe dat nadat een verzekerde zorg heeft gebruikt, er een rekening wordt gestuurd door de zorgaanbieder naar het ziekenfonds.

Ten tweede is, zoals hiervoor al is verwoord onder het kopje uitvoerbaarheid, de regering voornemens de bekostiging van de huisarts aan te passen. Bij de berekening van de administratieve lasten is hier reeds vanuit gegaan. De aanpassing van de bekostigingssystematiek van de huisarts zal binnen de Wet tarieven gezondheidszorg plaatsvinden en in dat kader op administratieve lasten worden getoetst.

Ten derde is aangenomen dat deelhandeling a nauwelijks leidt tot een toename van de administratieve lasten, omdat ziekenfondsen het zorggebruik al op individueel niveau registreren. Ziekenfondsen beschikken over de software voor een individuele registratie en dienen in het kader van de ZFW de verleende zorg al ingevolge artikel 21 van de ZFW op verzekerdeniveau te verantwoorden.

Ten vierde is bij de berekening van de administratieve lasten gebruik gemaakt van een rapport van de Accountantsdienst van de toenmalige Ziekenfondsraad ten behoeve van de eigen-bijdrageregeling welke in 1997 en 1998 heeft bestaan¹. De Accountantsdienst heeft op basis van 9,9 miljoen verzekerden de uitvoeringskosten berekend op een bedrag tussen de € 2,50 en € 2,78 per verzekerde. Hiervan had slechts een deel betrekking op administratieve lasten, te weten € 1,49. Voor deelhandeling b (periodieke berichtgeving) was dit € 0,79 en voor deelhandeling c (informatieverzorging) was dit € 0,70. Aangenomen is, dat in de tijd van de eigen-bijdrageregeling er gemiddeld drie periodieke berichten gingen van het ziekenfonds naar de verzekerde.

Berekening administratieve lasten no-claimteruggaveregeling

Voor de berekening van de administratieve lasten voor de no-claimteruggaveregeling geldt dat er na afloop van het kalenderjaar slechts een periodiek bericht gaat van het ziekenfonds naar de verzekerde. De kosten van deelhandeling b bedragen daarmee eenderde van de kosten van de eigen-bijdrageregeling uit 1997.

Aanvullend op het periodieke bericht zal het ziekenfonds de eventuele no-claimteruggaaf moeten overmaken aan de verzekerde. In de berekening is uitgegaan van een storting, maar dit kan ook gebeuren door een verrekening met de maandelijks nominale premie. De kosten van de storting zijn geschat op € 0,10 euro. Hieronder is gerekend met de veronderstelling dat iedereen een no-claimteruggaaf krijgt (8,3 miljoen verzekerden). Dit zal niet het geval zijn, omdat sommige verzekerden in een jaar meer dan het maximale no-claimteruggaafbedrag aan zorgkosten zullen hebben.

In de situatie van de no-claimteruggaveregeling zal ook informatieverzorging van het ziekenfonds aan verzekerden gaan plaatsvinden. Bij de eigen-bijdrageregeling uit 1997/1998, ging het om gemiddeld drie

¹ Kamerstukken II 1997/1998, 24 687, nr. 27.

berichten per verzekerde verspreid over het gehele jaar. Bij de no-claimteruggaaf-regeling gaat het om slechts een bericht in een jaar gecentreerd in de periode dat de no-claimteruggaaf tot uitkering komt. Dit zou betekenen dat het maximale kortingspercentage ten opzichte van de eigen-bijdrageregeling 67% bedraagt. In de berekeningen is uitgegaan van een kortingspercentage van 20% ten opzichte van de eigen-bijdrageregeling uit 1997/1998.

De administratieve lasten van de no-claimteruggaveregeling in de ZFW komen daarmee op maximaal € 9 miljoen per jaar voor het eerst in 2006. Bij de berekening is rekening gehouden met alle verzekerden van 18 jaar of ouder, te weten 8,3 miljoen verzekerden en een prijsstijging van 20% ten opzichte van 1997. Dit op basis van de ontwikkeling van het prijsindexcijfer. Onderstaande tabel geeft de opbouw en de berekening weer.

Structureel niveau administratieve lasten invoering no-claimteruggaveregeling in de ZFW per 2005 in miljoenen euro's

Deelhandeling a: het zorggebruik op individueel niveau registreren ^a	nihil
Deelhandeling b: periodieke berichtgeving van het ziekenfonds aan de verzekerden ^b	3,4
Deelhandeling c: informatieverschaffing aan verzekerden over de rekeningen ^c	5,6
Maximale totale administratieve lasten	9,0

a zie uitgangspunten;

b (cijfer accountantsdienst * aantal verzekerden 18-plus * prijsindexcijfer) en daar eenderde deel van + storting no-claimteruggaaf voor alle verzekerden = (€ 0,79 * 8,3 miljoen verzekerden * 1,20)/3 + € 0,10 * 8,3 miljoen verzekerden = € 2,6 miljoen + € 0,8 miljoen = € 3,4 miljoen;

c cijfer accountantsdienst * aantal verzekerden 18-plus * prijsindexcijfer * korting van 20% = € 0,70 * 8,3 miljoen * 1,20 * 0,80 = € 5,6 miljoen.

Berekening administratieve lasten van alternatieven

Hiervoor heeft de regering al aangegeven geen voorkeur te hebben voor een eigen-bijdrageregeling zoals deze eerder heeft bestaan. De administratieve lasten van deze regeling zouden in 2005 op een hoger niveau uitkomen dan in 1997. Dit heeft niet alleen te maken met de hogere prijzen, maar ook met de verwachting dat het gemiddeld aantal periodieke berichten (deelhandeling b) niet op ongeveer drie zou uitkomen, maar op een voorzichtige schatting van zes berichten; gemiddeld heeft een huisartspraktijk ruim zes contacten. Daarnaast worden nog andere medische voorzieningen gebruikt, als ziekenhuiszorg en farmacie. Dit betekent dat het gemiddelde aantal declaraties uitkomt op circa negen. Verondersteld is dat de verzekeraar hierover zes keer in het jaar een periodiek bericht stuurt. In de eigen-bijdrageregeling van 1997 was de huisarts buiten de regeling gelaten, in de nu voorliggende regeling worden in beginsel alle verstrekkingen meegenomen. Een hoger aantal periodieke berichten per verzekerde betekent vermoedelijk ook een stijging van het aantal informatievragen (deelhandeling c), waardoor de kosten zullen toenemen, verondersteld is 20% ten opzichte van de kosten in 1997. De administratieve lasten van een herinvoering van de eigen-bijdrageregeling 1997 in de ZFW in 2005 zouden daarmee uitkomen op jaarlijks € 24 miljoen. Daarvan heeft € 15,6 miljoen betrekking op deelhandeling b en € 8,4 miljoen betrekking op deelhandeling c.

Een alternatief is een eigen-risicoregeling binnen de ZFW. Het belangrijkste verschil met een eigen-bijdrageregeling is dat dit leidt tot minder rekeningen van ziekenfonds naar verzekerde. Bij een eigen-risicoregeling kan het declaratieverkeer immers stoppen nadat € 250 aan zorgkosten is gemaakt. Bij een eigen-bijdrageregeling van 25% stopt het declaratieverkeer pas nadat er voor € 1000 aan zorgkosten is gemaakt. Dit is positief voor de administratieve lasten van de eigen-risicoregeling ten opzichte van de eigen-bijdrageregeling. Het aantal rekeningen zal dan ook minder zijn dan zes in het jaar. Verondersteld is gemiddeld een periodieke berichtgeving per kwartaal. Een hoger aantal periodieke berichten per verzekerde betekent vermoedelijk ook een stijging van het aantal informatievragen

(deelhandeling c), waardoor de kosten zullen toenemen, verondersteld is 8% ten opzichte van de kosten in 1997. De administratieve lasten van een de eigen-risicoregeling in de ZFW in 2005 zouden daarmee uitkomen op jaarlijks € 18 miljoen. Daarvan heeft € 10,4 miljoen betrekking op deelhandeling b en € 7,6 miljoen betrekking op deelhandeling c.

De regering heeft met de no-claimteruggaveregeling gekozen voor de minst belastende variant in de zin van administratieve lasten. De administratieve lasten voor de no-claimteruggaveregeling binnen de ZFW zijn berekend op maximaal € 9 miljoen op jaarbasis. De administratieve lasten van de no-claimteruggaveregeling zullen rond dit niveau blijven tot het moment van de nieuwe verzekering voor curatieve zorg.

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten heeft bij brief van 4 december 2003, RL/PL/2003/240, over het wetsvoorstel geadviseerd. Het College constateert dat er aandacht is besteed aan alternatieven om de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Het College stelt dat aannemelijk wordt gemaakt dat met de no-claimteruggaveregeling is gekozen voor het minst belastende alternatief inzake de administratieve lasten. Het College adviseert om de door dit wetsvoorstel veroorzaakte stijging van de administratieve lastendruk hoe dan ook te compenseren. Aan dit advies zal gevolg gegeven worden.

Verzekering voor curatieve zorg per 1 januari 2006

Het kabinet is bezig met de voorbereiding van een nieuwe verzekeringswet voor curatieve zorg per 1 januari 2006. Met deze wet zal een standaardverzekering voor alle Nederlanders worden geïntroduceerd, met andere woorden het verschil tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen zal verdwijnen. De nieuwe verzekeringswet maakt, evenals de no-claimteruggaveregeling, onderdeel uit van de hervormingen van het zorgstelsel die beogen om voor de lange termijn toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, solidariteit en betaalbaarheid veilig te stellen. De invoering van de no-claimteruggaveregeling in 2005 is daarmee, naast een gewenste ingreep in de ZFW, ook een stap op weg naar de nieuwe zorgverzekering.

Financiële aspecten

In verband met de kostenontwikkeling in de zorgsector is voor het draagvlak van de ZFW van belang dat verzekerden meer directe financiële verantwoordelijkheid krijgen. Dit krijgt in dit wetsvoorstel gestalte in de no-claimteruggaaf. Verzekerden maken hiermee aanspraak op een no-claimteruggaaf afhankelijk van het gebruik van zorg. Bij een verzekering zonder aanspraak op een no-claimteruggaaf is de financiële verantwoordelijkheid indirect; ongeacht het gebruik van de zorg worden de kosten over alle verzekerden omgeslagen en verrekend in de premie. Met de no-claimteruggaaf neemt de directe verantwoordelijkheid van de verzekerde die gebruik maakt van zorg toe. Dit kan ertoe bijdragen dat verzekerden, waar mogelijk, zullen trachten zuiniger om te gaan met het gebruik van noodzakelijke en dure zorgvoorzieningen, terwijl de omvang van het ziekenfondspakket niet wordt aangetast.

Een breed ziekenfondspakket betekent solidariteit tussen verzekerden voor de verstrekkingen. Met de invoering van de no-claimteruggaaf neemt de directe verantwoordelijkheid toe, maar blijft de toegankelijkheid voor de gehele breedte van het ziekenfondspakket wel gewaarborgd. De regeling geeft iedere verzekerde vanaf achttien jaar aanspraak op een no-claimteruggaaf van € 250. Het deel van de nominale premie dat samenhangt met de no-claimteruggaaf, behoort niet tot de collectieve lasten. Dit betekent een lastenverschuiving van het collectief naar het

individu. De financieringsverschuiving wordt geraamd op € 1,49 miljard per jaar. Daarvan komt € 100 miljoen ten laste van het particuliere gedeelte.

Het Centraal Planbureau heeft de indicatie gegeven dat de no-claimteruggaveregeling gepaard gaat met een lager volume-effect dan bij een eigen risico. Het Centraal Planbureau raamt het volume-effect bij een eigen risico van € 225 thans op € 0,2 miljard. Vanwege het karakter van de onderhavige maatregel gaat het kabinet er vanuit dat de no-claimteruggaveregeling een beperkter volume-effect zal hebben. Het kabinet raamt dit effect op € 190 miljoen bij een maximale no-claimteruggaaf van € 250. De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling worden geschat op € 20 miljoen. Deze komen ten laste van het volume-effect.

Het ligt in de rede dat de nominale premie als gevolg van de no-claimteruggaveregeling zal toenemen met € 83. Hierbij is uitgegaan van een opwaarts effect op de nominale premie ter grootte van de maximale no-claimteruggaaf van € 250 en een neerwaarts effect op de nominale premie van € 167. Dit neerwaartse effect is gebaseerd op de verwachting dat gemiddeld gesproken een verzekerde € 167 aan zorgkosten zal hebben, die ten laste komen van de no-claimteruggaaf.

De regering gaat er vooralsnog vanuit dat de nominale premie minder zal toenemen dan de hiervoor genoemde € 83. Dit omdat de no-claimteruggaveregeling leidt tot een volume-effect. Bij doorvertaling van het volume-effect naar de nominale premie dient wel gecorrigeerd te worden voor de uitvoeringskosten. Per saldo is het neerwaartse effect geschat op € 20 per verzekerde. De totale nominale premiestijging zou daarmee uitkomen op € 63. De neerwaartse effecten op de nominale premie zijn uiteraard alleen dan zichtbaar wanneer daar geen andere uitgavenverhogingen tegenover staan.

Voor de uitwerking op het (gemiddelde) koopkrachtbeeld zijn drie effecten van belang. Ten eerste speelt de financieringsverschuiving die samenhangt met de invoering van een no-claimteruggaveregeling. Het eerste effect is dat de nominale premie ter financiering van de no-claimteruggaaf toeneemt met € 83. Gemiddeld genomen zullen verzekerden vervolgens € 83 terugkrijgen via deze regeling. Dit effect werkt daarom gemiddeld genomen inkomensneutraal uit. Een tweede effect betreft de extra daling van de nominale premie die mogelijk is vanwege het voornoemde volume-effect van € 190 miljoen. Dit heeft gemiddeld een positief effect van € 20 per verzekerde. Tot slot speelt een liquiditeitseffect. De nominale premies worden gedurende het jaar betaald door verzekerden. Degenen die recht hebben op een teruggaaf ontvangen deze na afloop van het jaar. Dit betekent dat het gevolg van de stijging van de premie vanwege de regeling eerder merkbaar is dan het voordeel van de teruggaaf. Met de drie effecten samen heeft de no-claimteruggaveregeling dus een positief effect per verzekerde van € 20 per jaar en een eenmalige liquiditeitsverschuiving in 2005 van € 83. De wijziging van de Ziekenfondswet door de no-claimteruggaveregeling maakt onderdeel uit van het algemeen koopkrachtbeeld 2005. Het kabinet zal op basis van het algemeen koopkrachtbeeld besluiten of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. De regering is zich ervan bewust dat verzekerden die geen zorgkosten maken een grotere no-claimteruggaaf ontvangen dan zij die wel zorgkosten maken. Verzekerden zonder zorgkosten in een jaar zullen in dit opzicht een individueel voordeel hebben, omdat de no-claimteruggaaf van € 250 groter is dan de verwachte stijging van de nominale premie. Verzekerden met meer zorgkosten dan de no-claimteruggaaf zullen een individueel nadeel hebben, omdat de stijging van de nominale premie bij hen niet gecompenseerd wordt door de uitkering van een no-claimteruggaaf. Het persoonlijke voor- of nadeel zal dan ook van verzekerde tot verzekerde

verschillen. De verwachting is dat gemiddeld genomen de helft van de desbetreffende ziekenfondsverzekerden recht heeft op een volledige of gedeeltelijke no-claimteruggaaf. De regering verwacht dat dit percentage vanwege de positieve prikkel tot kostenbewustzijn in de loop der tijd zal gaan stijgen. Zij die geen no-claimteruggaaf ontvangen of een no-claimteruggaaf van minder dan € 63, hebben een individueel nadeel en zij die meer dan € 63 aan no-claimteruggaaf ontvangen, hebben een individueel voordeel.

Het is niet de bedoeling van de regering om met deze maatregel individuele gevolgen te voorkomen. De maatregel beoogt immers het vergroten van de verantwoordelijkheid van de verzekerde, zodat er een nieuw evenwicht ontstaat tussen de eigen verantwoordelijkheid van de individuele verzekerde en die van het collectief.

Zij die te maken hebben met een individueel nadeel, al dan niet gecumuleerd met andere maatregelen, kunnen een beroep doen op de te treffen tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven dan wel de fiscale buitengewone uitgavenregeling, voor zover zij aan de op hen van toepassing zijnde regeling voldoen.

De positieve stimulans van de no-claimteruggaaf wordt naast het volume-effect zichtbaar in een blijvende prikkel om zuinig om te gaan met het gebruik van zorg.

Niet veel verzekerden zullen een aanvullende verzekering voor de no-claimteruggaaf afsluiten, omdat er geen negatieve prikkel hoeft te worden weggenomen. Die behoefte zou bij een eigen risico wel aanwezig kunnen zijn, omdat verzekerden dan geconfronteerd worden met een betaling indien zij zorg nodig hebben. De no-claimteruggaveregelingsregeling heeft bovendien overeenkomsten met een aanvullende verzekering. Voor het niet hoeven te voldoen van een rekening na medische hulpverlening, betaalt de verzekerde per saldo meer nominale premie. Het verschil met een aanvullende verzekering is dat bij de no-claimteruggaveregeling er teruggave plaatsvindt indien er weinig of geen zorgkosten zijn gemaakt, terwijl een aanvullende verzekering alleen dekking biedt voor zover er zorgkosten worden gemaakt.

Verder beïnvloedt de verstrekking huisartsenzorg de no-claimteruggaaf slechts voor maximaal 25%. Dit is in de eerste plaats een relatieve stimulans om verzekerden allereerst een zorgverlener in de eerste lijn te laten raadplegen, zodat verzekerden zich niet onnodig tot zorgverleners in de tweede lijn wenden. Deze laatste groep zorgverleners is veelal duurder en verricht meer gespecialiseerde zorg. Doordat maximaal 25% van de vergoede huisartsenzorg voor de no-claimteruggaaf relevant is, betekent dit ook dat deze stimulans ook bij veelvuldig gebruik van huisartsenzorg blijft bestaan.

2. Artikelsgewijze deel

Artikel I

– eerste lid van artikel 18a

De eerste volzin regelt dat de verzekerde na afloop van het kalenderjaar een no-claimteruggaaf ontvangt indien hij in een kalenderjaar geen of weinig gebruik heeft gemaakt van zorg. Het gaat dan om de zorg waarop op grond van de Ziekenfondswet aanspraak bestaat. Hij ontvangt die uitkering van het ziekenfonds of de ziekenfondsen waarbij hij in het voorafgaande jaar was ingeschreven, ook indien hij inmiddels elders is ingeschreven.

De artikelen 10 en 11 van de Ziekenfondswet betreffen de mogelijkheid om in plaats van zorg een vergoeding van de kosten van zorg te krijgen.

Ook het ontvangen van dergelijke vergoedingen voor genoten zorg is van invloed op de hoogte van de no-claimteruggaaf. Dit is in de tweede volzin geregeld.

– *tweede lid van artikel 18a*

Of een verzekerde die weinig gebruik maakt van zorg, een no-claimteruggaaf ontvangt, hangt af van de vraag of de voor die zorg gemaakte kosten lager zijn dan een bepaald bedrag. Dit bedrag wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld. In onderdeel f van het vijfde lid is voorzien in een jaarlijkse indexering van het bedrag.

– *derde lid van artikel 18a*

In de eerste volzin is de zorg genoemd die niet of niet geheel onder de no-claimteruggaveregelings wordt gebracht, dat wil zeggen: het gebruik van die zorg leidt niet dan wel slechts voor een deel van de kosten tot afname van de no-claimteruggaaf. Die zorg betreft kraamzorg, verloskundige zorg en huisartsenzorg.

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, blijven de bestaande eigen bijdragen voor ziekenvervoer, hulpmiddelen en geneesmiddelen gehandhaafd. Dit betekent dat een gedeelte van de kosten van deze zorg feitelijk niet voor rekening van het ziekenfonds komt, maar door de verzekerde worden betaald. De tweede volzin strekt ertoe te regelen dat die bijdragen in kosten van zorg buiten de berekening van de te ontvangen no-claimteruggaaf worden gelaten. Dus de kosten van de zorg minus de eigen bijdragen tellen mee voor de vraag of, en zo ja welke, no-claimteruggaaf de verzekerde ontvangt.

– *vierde lid van artikel 18a*

Het gekozen systeem zal naar verwachting betekenen dat de verzekerde een hogere nominale premie betaalt dan zonder invoering van de no-claimteruggaaf het geval zou zijn. Op die manier wordt de uitkering van de no-claimteruggaaf door de verzekerde voorgefinancierd. Bij geen of een laag zorggebruik krijgt de verzekerde de gespaarde no-claimteruggaaf geheel of gedeeltelijk terug.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar is geen nominale premie verschuldigd. Daarom is de no-claimteruggaveregelings niet op hen van toepassing. Voor verzekerden voor wie geen nominale premie verschuldigd is, ontvangt het ziekenfonds immers niet de financiële middelen om de no-claimteruggaaf te kunnen betalen. Met het vierde lid zijn deze verzekerden dan ook van de no-claimteruggaveregelings uitgesloten. Naast verzekerden jonger dan achttien jaar zijn er ook andere groepen van verzekerden voor wie geen nominale premie verschuldigd is, zoals degene die zak- en kleedgeld op grond van artikel 23 van de Wet werk en bijstand ontvangen.

In de bepaling is gekozen voor de woorden «voor wie» geen nominale premie verschuldigd is, omdat ingevolge artikel 17, tweede lid, de «hoofdverzekerde» de nominale premie verschuldigd is voor zichzelf en zijn medeverzekerden. De no-claimteruggaaf is echter een individuele aanspraak van alle verzekerden en medeverzekerden en zal dus ook aan de medeverzekerden die geen of weinig kosten hebben gemaakt, zelf worden uitgekeerd.

– *vijfde lid van artikel 18a*

Het vijfde lid geeft de opdracht om een aantal zaken bij algemene maatregel van bestuur te regelen. Daarbij gaat het om de volgende zaken:

- a. Binnen welke termijn en op welke wijze wordt de uitkering betaald. Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, is het de bedoeling te regelen dat vóór 1 april na afloop van het kalenderjaar de no-claimteruggaaf moet zijn uitbetaald. Verder is het de bedoeling mogelijk te maken dat de uitkering zoveel mogelijk samenloopt met de inning van de nominale premie; het ziekenfonds zou derhalve kunnen kiezen voor verrekening met de premie van de eerste maanden van het nieuwe jaar.
- b. Welk ziekenfonds doet de uitkering, indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar bij meer ziekenfondsen is ingeschreven geweest.
- c. Welke uitkering wordt betaald indien de verzekerde slechts een deel van het kalenderjaar bij een ziekenfonds was ingeschreven dan wel voor wie slechts een gedeelte van het jaar een nominale premie verschuldigd was. Zoals hiervoor al is aangegeven, zal bij wisseling van ziekenfonds een no-claimteruggaaf naar rato gelden. Hetzelfde geldt indien voor de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een nominale premie verschuldigd is. Stel: de verzekerde wisselt na drie maanden van ziekenfonds. Dan geldt voor hem bij het oude ziekenfonds een no-claimteruggaaf van maximaal € 62,50 en bij het nieuwe ziekenfonds een no-claimteruggaaf van maximaal € 187,50. Indien de verzekerde gedurende de eerst twee maanden veel kosten maakt en de rest van het jaar niet, ontvangt hij na afloop van het kalenderjaar een no-claimteruggaaf van het nieuwe ziekenfonds van € 187,50. Dit is dus een voordeel voor de verzekerde dat hij niet zou hebben indien hij niet van ziekenfonds was gewisseld. Omwille van de eenvoud verdient dit echter de voorkeur boven uitwisseling van gegevens tussen de ziekenfondsen.
- d. Wat wordt gedaan met kosten die pas bekend worden nadat de no-claimteruggaaf al is uitgekeerd. Met name indien zorg wordt ingeroepen in het buitenland, ontvangt het ziekenfonds pas na maanden, soms jaren een rekening. De verzekerde heeft dan intussen mogelijk een no-claimteruggaaf ontvangen. Het laten terugbetalen van de no-claimteruggaaf lijkt niet doenlijk. Het lijkt dus voor de hand te liggen te regelen dat die kosten niet meer meetellen. Ook hier is er dan een voordeel voor verzekerden. Daarentegen kan het ook nadelig uitpakken, bijvoorbeeld bij succesvol verhaal na langdurige rechtelijke procedures in geval van een ongeval. De regering heeft gekozen voor het hanteren van een peildatum en het niet laten meetellen van te late rekeningen om de no-claimteruggaveregeling aldus praktisch uitvoerbaar te maken én een snelle uitbetaling van de no-claimteruggaaf te garanderen. De regering heeft overwogen om te regelen dat de kosten voor de berekening van de no-claimteruggaaf meetellen in het jaar dat het ziekenfonds de rekening ontvangt in plaats van het jaar dat de zorg wordt ontvangen. Vanwege de hoge belasting voor de uitvoering is daar in het onderhavige wetsvoorstel van afgezien. Een andere mogelijkheid is dat het ziekenfonds bij later te ontvangen rekeningen de reeds gegeven no-claimteruggaaf gaat terugvorderen dan wel alsnog gaat uitkeren bij succesvol verhaal na jarenlange slepende procedures. Ook hiervan is vanwege de belasting van de uitvoering van afgezien in dit wetsvoorstel. Bij het zo eenvoudig mogelijk houden van de no-claimteruggaveregeling verwacht de regering bovendien dat het aantal bezwaar- en beroepsprocedures zo beperkt mogelijk gehouden kan worden.
- e. Welk bedrag wordt voor de onderscheiden vormen van zorg in aanmerking genomen. In het algemeen zal het gaan om de kosten die op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht, verminderd met de eigen bijdrage die verschuldigd is. Voor de huisartsenzorg gaat het maar om een gedeelte van de

- kosten. Indien bij de invoering van dit wetsvoorstel nog geheel of gedeeltelijk een abonnementstarief bestaat, kan op grond van dit onderdeel een vast bedrag worden vastgesteld dat meetelt voor de berekening van de no-claimteruggaaf.
- f. De jaarlijkse indexering. Het is de bedoeling dat de uitkering jaarlijks wordt aangepast aan de ontwikkeling van het indexcijfer. De aanpassing vindt aan het eind van het jaar plaats met het oog op de no-claimteruggaaf die de verzekerde in het tweede daarop volgende jaar ontvangt.

Artikel II

Deze bepaling houdt rekening met de mogelijkheid dat voor of na de totstandkoming en inwerkingtreding van dit wetsvoorstel een andere wijziging van de Ziekenfondswet kracht van wet zal hebben gekregen dan wel zal krijgen en dat in verband daarmee alsdan het nieuwe artikel 18a moet worden aangepast. Dit betreft het bij koninklijke boodschap van 17 juli 2003 ingediende voorstel van wet, houdende wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) (Kamerstukken II 2002/03, 28 994, nr.1–2). In dat wetsvoorstel is voorzien in een enigszins gewijzigde redactie en nummering van het in artikel 18a genoemde artikel 11 van de Ziekenfondswet (wordt artikel 11a) en opneming van een nieuw artikel 11, dat ook vergoedingen aan verzekerden kent. Ook wijzigt dat wetsvoorstel artikel 9 van de Ziekenfondswet zodanig dat ook daar van een vergoeding sprake zal zijn. Indien de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg voor dit wetsvoorstel in werking zal zijn getreden, werkt artikel II vanaf het tijdstip van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Indien de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg na dit wetsvoorstel in werking treedt, heeft artikel II werking vanaf dat latere tijdstip.

Artikel III

Het is de bedoeling dat de uitkering voor het eerst wordt uitbetaald op basis van het zorggebruik in 2005; de uitkering wordt dan betaald in de eerste maanden van 2006. Omdat de ziekenfondsen bij hun beleid vanaf 1 januari 2005 rekening zullen moeten houden met de verplichting tot het uitbetalen van de no-claimteruggaaf en voor de verzekerden vanaf dat moment mogelijk een (niet door het wetsvoorstel geregelde) verhoging van de nominale premie zal gelden en het zorggebruik vanaf dat moment meetelt, is het de bedoeling de wet in werking te doen treden op 1 januari 2005.

In de formulering is tot uitdrukking gebracht dat de eerste uitkering pas in 2006 moet worden uitbetaald.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst