

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. 5**

### **ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT**

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 11 februari 2004 en het nader rapport d.d. 19 maart 2004, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

*Bij Kabinetsmissive van 5 januari 2004, no. 03.005380, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet tot 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, met memorie van toelichting.*

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 5 januari 2004, no. 0.03.005380, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 11 februari 2004, nr. W13.03.0537/III, bied ik U hierbij aan.

*Het voorstel houdt in dat ziekenfondsen na ieder kalenderjaar een no-claimteruggaaf van maximaal € 225 uitkeren aan de verzekerden die geen zorgkosten hebben gemaakt. Verzekerden die minder dan € 225 zorgkosten hebben gemaakt krijgen een no-claimteruggaaf van € 225 minus de gemaakte kosten. Zorgkosten voor kraamzorg en verloskundige zorg tellen niet mee en de zorgkosten voor de huisarts voor maximaal 25%. Ziekenfondsen zullen deze uitkering moeten voldoen uit de middelen die zij ter beschikking hebben: de nominale premieopbrengst. Deze zullen daardoor stijgen. De doelstelling van het voorstel van wet is de verzekerden aan te zetten tot een meer afgewogen gebruik van medische voorzieningen, waardoor de volumestijging kan afnemen. Daardoor zullen gemiddeld lagere kosten voor verzekerden ontstaan. De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen over de vormgeving, de maatvoering, de internationale aspecten, alsmede over enkele uitvoeringsaspecten van het voorstel.*

#### *1. Algemeen kader*

*Het kabinet staat voor een delicate afweging.*

*Enerzijds is er de noodzaak de autonome opwaartse druk op de kosten van de volksgezondheid af te remmen. Daartoe kan het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden bij het gebruik maken van medische voorzieningen een instrument zijn.*

*Anderzijds dienen de toegankelijkheid tot de zorg en solidariteit bij de financiering gewaarborgd te blijven. Daarenboven heeft ons land zich gebonden aan internationale verplichtingen inzake de mate waarin eigen bijdragen voor medische voorzieningen gevraagd kunnen worden. Ten slotte moet de administratieve-lastendruk beperkt worden.*

*De Raad maakt een aantal opmerkingen over de wijze waarop deze afweging tot uitdrukking komt in het thans voorliggende voorstel. Hij spitst deze opmerkingen toe op de vormgeving van de no-claimteruggave en op de maatvoering.*

#### 1. Algemeen kader

De Raad schetst de delicate afweging waar het kabinet voor staat; enerzijds de noodzaak de autonome opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg af te remmen, anderzijds de toegankelijkheid van de zorg en de solidariteit bij de financiering daarvan te waarborgen. Ook internationale verdragen en beoogde beperking van de administratieve lasten zijn voor die afweging van belang.

De Raad heeft een aantal opmerkingen in zijn advies gemaakt over de wijze waarop deze afwegingen in het aan de Raad voorgelegde wetsvoorstel tot uitdrukking komt. Het zijn ook juist deze afwegingen die het kabinet hebben doen komen tot het ontwerpen van het onderhavige wetsvoorstel.

##### *a. Vormgeving*

*De vorm die is gekozen, te weten een no-claimteruggave, is bepalend voor het antwoord op de vraag of de beoogde volume-effecten, die de kostenstijging moeten matigen, ook werkelijk verwacht mogen worden.*

*De Raad stelt vast, dat de no-claimteruggave gezien kan worden als een bijzondere vorm van eigen risico. Immers: het eigen risico van € 225 wordt als het ware maandelijks vooruit betaald via de hogere nominale premie, waarmee de no-claimteruggave wordt gefinancierd. Als een verzekerde geen of weinig zorgkosten maakt, wordt dit eigen risico in de vorm van een bonus aan hem terugbetaald, zodat hij per saldo (hogere nominale premie minus teruggave) minder zorgkosten heeft. De verzekerde wiens zorguitgaven de € 225 te boven gaan, heeft meer kosten (namelijk de hogere nominale premie en geen teruggave) in vergelijking tot de no-claimgerechtigden. Beiden hebben baat bij de afname van de kostenstijging, die optreedt wanneer de veronderstelde volume-effecten zich zullen gaan voordoen.*

*In de toelichting wordt evenwel niet duidelijk gemaakt waarop de aanname is gebaseerd dat dit voorgestelde systeem ook werkelijk in de praktijk een volume-effect teweeg zal brengen. Zorgconsumptie is te beïnvloeden door een persoonlijke, ook financiële afweging te leggen bij de verzekerde, maar daarvoor moeten wel bepaalde voorwaarden vervuld zijn.*

*Immers: een volume-effect treedt pas op wanneer de verzekerde zich bij de beslissing om gebruik te gaan maken van zorgvoorzieningen bewust is van kosten, die meeweegt en daarop vervolgens zijn gedrag afstemt. Daartoe moet de verzekerde in de gelegenheid gesteld worden de kosten die hij veroorzaakt te volgen. De gekozen vorm kenmerkt zich evenwel door een zekere afstand van de verzekerde tot de financiële transacties die met zijn zorgconsumptie verband houden: de aanbieders van zorg berichten de verzekeraar wanneer er van een voorziening gebruik is gemaakt. Om administratieve lasten te beperken zal de verzekeraar pas na een aantal meldingen de verzekerde in kennis stellen van de stand van zaken. En vervolgens komt de definitieve afrekening (een no-claimteruggave of niet) pas in het jaar daarna.*

*Hoezeer deze clustering van informatie van de verzekeraar naar de verzekerde ook begrijpelijk is vanwege het beperken van administratieve lasten, ze lijkt tegelijkertijd op gespannen voet te staan met het bevorderen van een direct bewustzijn bij de verzekerde om ook financiële aspecten mee in beschouwing te nemen bij elk voornemen gebruik te maken van een voorziening.*

*De belangrijkste keuze- en afwegingsmogelijkheid voor een patiënt is de eerste lijnszorg, zoals de huisarts, de apotheek en de tandarts. De invloed van de patiënt op de behandeling, de voorschrijving of verwijzing is evenwel beperkt. De toelichting vermeldt dat een volume-effect van € 150 miljoen verwacht wordt. Onduidelijk is bij welke voorzieningen dit volume-effect neerslaat. Nu de huisarts voor 25% meetelt in de no-claimteruggave en de kostbare behandelingen en verrichtingen in een ziekenhuis of andere instelling waar het tweede lijnsvoorzieningen betreft snel € 225 te boven zullen gaan, is kennelijk*

*een volume-effect verondersteld bij andere, eerste lijnsvoorzieningen. De toelichting gaat hier evenwel niet op in. Daardoor is het moeilijk te schatten hoe reëel het is dit volume-effect in te boeken.*

*Daarnaast wijst de Raad er op dat, in tegenstelling tot wat in de toelichting verondersteld wordt<sup>1</sup> inmiddels is gebleken dat ziekenfondsen overwegen een aanvullende verzekering ter afwending van het eigen risico aan te bieden.<sup>2</sup> Als verzekerden hiervan gebruik zullen maken, wordt het beoogde effect van het wetsvoorstel teniet gedaan.*

*De Raad adviseert de vormgeving nader toe te lichten tegen de achtergrond van de overwegingen die hij terzake naar voren heeft gebracht.*

#### a. Vormgeving

De Raad wijst erop dat de no-claimteruggaveregeling materieel kan worden getypeerd als een bijzondere vorm van een eigen-risicoregeling. Het kabinet is van opvatting dat, hoewel beide regelingen beogen via financiële prikkels onnodige zorgconsumptie terug te dringen, er toch duidelijke kwalitatieve verschillen tussen het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling bestaan. Het kabinet 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-claimteruggaveregeling 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 het door het kabinet voorgestelde systeem 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 vastgestelde no-claimteruggaaf, kunnen terugontvangen. Deze positieve prikkel zal door de cliënt anders worden ervaren dan de negatieve prikkel van het eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling krijgt de verzekerde immers geld uitgekeerd, een positieve stimulan. Bij een eigen risico moeten verzekerden betalen, een negatieve stimulan. Door het ontbreken van negatieve prikkels bij de no-claimteruggaveregeling is er geen wezenlijke financiële toegankelijkheidsdrempel bij het inroepen van medische hulpverlening.

Het kabinet concludeert dan ook dat, hoewel de no-claimteruggaveregeling en een eigen risico 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 teruggaveregeling beperkter zal zijn, maar de voordelen zijn duidelijk groter dan dit nadeel.

Een bijkomend voordeel van de no-claimteruggaveregeling is ook nog dat dit binnen een natuursysteem als de Ziekenfondswet leidt tot minder administratieve lasten dan bij een eigen risico, zoals in de memorie van toelichting met cijfers is aangegeven.

De maatregel leidt in de eerste plaats tot een nieuw evenwicht tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid. Financieel wordt dit zichtbaar in de beoogde financieringsverschuiving van € 1,49 miljard met daarnaast een verwacht volume-effect van € 190 miljoen. Het Centraal Planbureau heeft de indicatie gegeven dat de no-claimteruggaveregeling gepaard gaat met een lager volume-effect dan bij een eigen risico het geval zal zijn. 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

<sup>1</sup> Memorie van toelichting, Algemene deel, 1.2. No-claimteruggaveregeling, Financiële aspecten, laatste alinea.

<sup>2</sup> Financieel Dagblad, 31 januari 2004; Trouw, 2 februari 2004.

beprekter volume-effect zal hebben. Het kabinet raamt dit effect op € 190 miljoen bij een no-claimteruggaaf van € 250.

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. Het kabinet 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 krantenartikel waarnaar de Raad verwijst, heeft geen betrekking op een no-claimteruggaaf, maar op de invoering van een klassiek eigen risico. Uit dit bericht en berichten uit andere kranten valt af te leiden dat de desbetreffende zorgverzekeraar, door de verwachting dat er een eigen-risicosysteem in de Ziekenfondswet wordt ingevoerd, kennelijk extra wordt geprikkeld om doelmatig zorg in te kopen. Het kabinet vindt dit een goede zaak. Een doelmatige zorginkoop zal leiden tot lagere zorgkosten en derhalve tot een lagere nominale premie. Een dergelijk initiatief van een zorgverzekeraar zal, gezien de scherpe concurrentie tussen zorgverzekeraars, er mogelijk toe leiden dat ook andere zorgverzekeraars doelmatiger zorg gaan inkopen om zo de nominale premie laag te houden. De beoogde marktwerking komt zo tot stand. Een dergelijke ontwikkeling zou door het kabinet worden toegejuicht. Het laag houden van de nominale premie is ook bij de invoering van de no-claimteruggaveregeling van belang.

Uit de krantenberichten blijkt dat de desbetreffende zorgverzekeraar er nog niet uit is of hij zijn verzekerden deels wil compenseren met behulp van een aanvullende verzekering. Juist omdat de premie al gauw even hoog zou worden als het uit te keren eigen risico, wordt daaraan getwijfeld. Naar de mening van het kabinet zal een aanvullende verzekering voor de no-claimteruggaaf nog minder aantrekkelijk zijn. Niet veel verzekerden zullen een aanvullende verzekering voor de no-claimteruggaaf afsluiten, omdat er geen negatieve prikkel hoeft te worden weggenomen. Bovendien heeft de no-claimteruggaveregeling 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.

In verband met de opmerkingen van de Raad is de memorie van toelichting aangepast. Verder is in de memorie van toelichting het bedrag van de maximale no-claimteruggaaf van € 225 verhoogd naar € 250, vanwege budgettaire tegenvallers in de zorg.

#### *b. Maatvoering*

*Een systeem van eigen bijdragen heeft als effect een inkomensherverdeling tussen diegenen die wel van voorzieningen gebruik maken en diegenen die dat niet of minder doen. De lasten van verzekerden met een slechte gezondheid gaan omhoog ten opzichte van verzekerden met een goede gezondheid. De Raad onderkent dat dit effect inherent is aan het systeem van eigen bijdragen. De aanvaardbaarheid ervan hangt evenwel af van de maatvoering die daarbij in acht wordt genomen.*

*Op dit punt vermeldt de toelichting dat per saldo de nominale premie met € 59 per verzekerde omhoog gaat voor diegenen die niet in aanmerking komen voor een no-claimteruggave. Hierin is ook het neerwaartse premie-effect meegenomen van het veronderstelde volume-effect van € 150 miljoen (minus € 20 miljoen uitvoeringskosten).<sup>1</sup>*

*In de toelichting wordt opgemerkt dat er gemiddeld genomen een positieve invloed op het koopkrachtbeeld ontstaat en er geen onoverkomelijke financiële toegankelijkheidsdrempels zullen ontstaan.*

*De Raad vraagt evenwel aandacht voor diegenen die niet in dit gemiddelde beeld passen en, mede gelet op gecumuleerde effecten met andere maatregelen, met forse kostenstijgingen geconfronteerd zullen gaan worden.*

*De Raad adviseert nader hierop in te gaan.*

<sup>1</sup> Bij een gezin van twee personen met een alleenverdiener kan dit betekenen dat men ten opzichte van de huidige situatie zonder no-claimteruggave, waarin zich dus niet het veronderstelde volume-effect à 150 miljoen zal voordoen en waardoor de premie 16 omhoog zal moeten, jaarlijks per saldo 86 (2 maal 43, als saldo van 59 hogere kosten in het voorgestelde systeem ten opzichte van 16 premieverhoging in het huidige systeem) meer betaalt aan ziektekosten. Dit correspondeert op minimuminkomensniveau met ongeveer ¾% koopkrachtverlies.

### *Maatvoering*

De no-claimteruggaveregeling leidt ertoe dat, naar verwachting van het kabinet, de nominale premie per saldo op 1 januari 2005 met € 63 structureel zal toenemen. Dit bedrag wordt in principe door ziekenfondsen geïnd in maandelijkse termijnen, een bedrag van € 5,25 per maand. Deze stijging geldt voor iedereen.

De no-claimteruggaveregeling voorziet in de mogelijkheid dat verzekerden een deel van de betaalde nominale premie, tot het maximum van de no-claimteruggaaf, kunnen terugontvangen. Naar verwachting van het kabinet komt de uitkering van de no-claimteruggaaf gemiddeld uit op € 83.

Het persoonlijke voor- of nadeel zal 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. Het kabinet 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 het kabinet 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.

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.

Het advies van de Raad om in de memorie van toelichting hierop nader in te gaan, is gevolgd.

### *2. Internationale verdragen*

*In de toelichting worden een aantal relevante internationale verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie en de Europese Code inzake sociale zekerheid (hierna: Europese Code) genoemd. In deze verdragen en de Europese Code is premieheffing toegestaan om een systeem te kunnen financieren, en kan voor (bepaalde) zorg ook een eigen bijdrage worden verlangd. De toelichting merkt op dat een no-claimteruggaveregeling een onbekend fenomeen is in het kader van deze verdragen, maar dat de regering ervan uit gaat dat de verdragen zich niet verzetten tegen de voorgestelde regeling.*

*De Raad merkt op dat de no-claimteruggaveregeling materieel gezien kan worden getypeerd als een vorm van eigen bijdrage- of eigen risicoregeling,*

*waaraan op alternatieve wijze is vorm gegeven om de administratieve lasten te beperken.*

*De Raad wijst er op dat in de Europese Code voor verschillende vormen van zorg is bepaald welk percentage van de kosten maximaal voor rekening van de verzekerde mag komen. Dit maximum bedraagt voor onder andere huisartsen, specialisten (poliklinisch) en noodzakelijke farmaceutische hulp 25%. Deze beperkingen zullen niet meer gelden als de herziene Europese Code inzake sociale zekerheid (hierna: herziene Code) in werking is getreden. Deze herziene Code is echter nog niet in werking getreden, zodat vooralsnog de oude Europese Code geldt. Overigens geldt volgens de Europese Code én de herziene Code de eis dat de eigen bijdrage niet een zo zware last voor de verzekerden met zich mee mag brengen, waardoor de toegankelijkheid tot de medische zorg belemmerd wordt.*

*De toelichting maakt onvoldoende duidelijk dat het voorstel ook voldoet aan de thans vigerende Europese Code. De Raad adviseert dat alsnog te doen en zo nodig het voorstel daarvoor aan te passen.*

## 2. Internationale verdragen

Zoals uit de uiteenzetting onder punt 1a blijkt, heeft het kabinet zich bij de vormgeving van de no-claimteruggaveregeling niet alleen laten leiden door de administratieve lasten, maar tevens 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 in de internationale verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) en de Raad van Europa, te weten IAO verdragen nrs. 102 en 121 en de Europese Code inzake sociale zekerheid en bijbehorend Protocol (hierna: 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 het kabinet goed spoort met letter en geest van die verdragen en van de Europese Code in die zin dat het niet een te zware last met zich meebrengt voor de verzekerde.

Het maximum van 25% waarnaar de Raad verwijst, is een nadere concretisering van «geen te zware last met zich meebrengen» uit de Europese Code. 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 2004 zijn de totale uitgaven voor 2004 geraamd op € 16 miljard. De genoemde 9% is ruim minder dan de genoemde 25%. Bovendien wordt het budgettaire beslag van de no-claimteruggaveregeling bij de huisarts beperkt tot gemiddeld genomen 25%. De betekent dat bij de vaststelling van de no-claimteruggaaf slechts maximaal 25% van de zorgkosten van de huisarts wordt meegenomen.

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

De memorie van toelichting is, zoals de Raad adviseert, verduidelijkt op het punt van de vigerende Europese Code.

## 3. Overige opmerkingen

*a. In de toelichting wordt opgemerkt dat het ziekenfonds per verzekerde nagaat welke kosten zijn gemaakt en de no-claimteruggaaf individueel afrekent, zodat de persoonlijke levenssfeer niet in het geding is.<sup>1</sup>*

*De Raad merkt op dat deze redenering miskent dat op een polis een hoofdverzekerde en medeverzekerden kunnen staan, en dat de mededelingen over ontvangen zorg evenals de no-claimteruggaaf bij één persoon (de hoofdverzekerde) terecht komen. Bij de eigenbijdrage-regeling in de jaren '90 is ditzelfde punt door onder andere de (toenmalige) Registratiekamer en de Tweede Kamer gesignaleerd en zijn er aanbevelingen gedaan over de wijze*

<sup>1</sup> Memorie van toelichting. Algemeen deel, onderdeel 1.2 No-claimteruggaveregeling, onder privacyaspecten.

*waarop ziekenfondsen de gegevens moeten verstrekken, teneinde de persoonlijke levenssfeer van alle betrokkenen zoveel mogelijk te waarborgen.<sup>1</sup> Hoewel het onderhavige voorstel alleen ziet op personen van 18 jaar en ouder, meent de Raad dat dit punt ook thans expliciet aandacht behoeft. De Raad adviseert de waarborgen ten aanzien van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen toe te lichten.*

### 3. Overige opmerkingen

a. Bij de eigen-bijdrageregeling van de jaren negentig lagen de aspecten van de persoonlijke levenssfeer 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. Dat punt is toen door de Registratiekamer gesignaleerd en aan de Tweede Kamer meegedeeld. 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 onderscheid «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. Terecht staat dus in de memorie van toelichting dat de persoonlijke levenssfeer niet in het geding is.

De memorie van toelichting is op het punt van de persoonlijke levenssfeer verduidelijkt.

*b. Tegen een beschikking van het ziekenfonds om al dan niet een no-claimteruggaaf aan een verzekerde uit te keren, staat bezwaar en beroep open. Dit betekent dat de rechtbanken en de Centrale Raad van beroep (mogelijk) met een toenemend aantal procedures zullen worden belast. Uit de toelichting blijkt niet dat hiervoor middelen beschikbaar worden gesteld. Daarnaast is de vraag hoe sterk de positie van de verzekerde is om te reageren op zijns inziens onjuiste declaraties van de zorgverstrekker aan de verzekeraar. Zeker wanneer om administratieve redenen geclusterde informatie van de verzekeraar naar de verzekerde ertoe kan leiden dat er enige maanden kunnen liggen tussen het moment van de behandeling en het moment waarop de verzekerde kan zien wat de prijs hiervoor is geweest. De Raad adviseert op deze punten in de toelichting in te gaan.*

b. Het gaat hier slechts om nominale bedragen die rechtstreeks voortvloeien uit de declaraties. Uiteraard moeten de declaraties van de zorgaanbieders juist zijn. Het ziekenfonds heeft, ook los van deze maatregel, de plicht om hier op te letten. Ook de zorgaanbieder moet in overeenstemming met de wet handelen. Het kabinet onderkent het belang dat voorkomen wordt dat de maatregel leidt tot een grote toename van bezwaar- en beroepsprocedures. Het is dus 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. Het kabinet meent dan ook dat de rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep door de zeefwerking van de bezwaarschriften-procedure nauwelijks zullen 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

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1996/97, 24 678, nr. 17.

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.

Ook hier is het advies van de Raad gevolgd en is op de door de Raad genoemde punten in de memorie van toelichting ingegaan.

*c. In het voorgestelde artikel 18a, vijfde lid, aanhef en onder d, van de Ziekenfondswet, is voorzien dat bij algemene maatregel van bestuur de gevolgen worden bepaald van het bekend worden van gebruik van zorg in een kalenderjaar waarvoor reeds uitbetaling van de uitkering heeft plaatsgevonden. In de toelichting wordt opgemerkt dat als kosten pas bekend worden nadat de no-claimteruggave is gedaan (dit is vóór 1 april van het jaar volgend op het onderzochte jaar), de gevolgen nihil zullen zijn. Vanwege de eenvoud van de regeling is er voor gekozen deze kosten niet mee te laten tellen. De Raad merkt op dat het (ook in Nederland) kan voorkomen dat rekeningen voor ontvangen zorg pas maanden later worden verstuurd. De kans daarop doet zich ook voor bij gebruik van voorzieningen in het buitenland. Voorts moet gedacht worden aan verzekerden, die als gevolg van een (bedrijfs)ongeval gebruik moeten maken van zorgvoorzieningen, waarvan de kosten eerst na slepende procedures inzake de aansprakelijkheid kunnen worden verhaald. Verder kunnen verzekerden er bewust voor gaan kiezen om in de laatste maanden van het jaar zorg te consumeren, vanwege de kans dat de kosten hiervoor niet mee zullen tellen voor de no-claimteruggaveregeling. Daarnaast wijst de Raad er op dat deze bepaling feitelijk kan inhouden dat niet de vraag óf iemand gebruik maakt van zorg, maar het moment waarop iemand dat doet bepalend is voor het al dan niet ontvangen van de no-claimteruggave. Dit kan niet de bedoeling van het voorstel zijn. De Raad adviseert in de toelichting in te gaan op de mogelijke gevolgen van deze bepaling en deze zo nodig te heroverwegen.*

c. De bedoeling van deze bepaling is de no-claimteruggaveregeling praktisch uitvoerbaar te maken én een snelle uitbetaling van de no-claimteruggaaf te garanderen. Juist de voorbeelden van de Raad dat kosten soms pas na jaren bekend zijn, maken duidelijk dat voor een peildatum gekozen moet worden. Dit kan voor de verzekerde voordelig uitpakken, zoals bijvoorbeeld bij te late rekeningen uit het buitenland. Daarentegen kan het ook nadelig uitpakken, bijvoorbeeld bij succesvol verhaal na langdurige rechtelijke procedures in geval van een ongeval. Het kabinet heeft dan ook overwogen 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 voorstel 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 afgezien in het onderhavige wetsvoorstel.

Bij het zo eenvoudig mogelijk houden van de no-claimteruggaveregeling verwacht het kabinet bovendien dat het aantal bezwaar- en beroepsprocedures zo beperkt mogelijk gehouden kan worden.

De opmerkingen van de Raad hebben geleid tot aanvulling van de toelichting op de bepaling met de hiervoor aangegeven overwegingen.

*De Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.*

*De Vice-President van de Raad van State,  
H. D. Tjeenk Willink*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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