

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. 6****VERSLAG**

Vastgesteld 27 mei 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, belast met het voorbereidend onderzoek van bovengenoemd wetsvoorstel, heeft de eer onderstaand verslag uit te brengen van haar bevindingen. Onder het voorbehoud dat de regering de in dit verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende zal beantwoorden, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
ALGEMEEN	1
Inleiding	1
No-claimteruggaveregeling	7
Alternatieven	9
Internationale aspecten	9
Wijze van uitvoering	11
Uitvoerbaarheid	11
Persoonlijke levenssfeer	11
Bezwaar en beroep	12
Administratieve lasten	12
Financiële aspecten	13
ARTIKELSGEWIJS	17

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

**ALGEMEEN****Inleiding**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de voorgestelde wijziging van de ZFW in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf. Het feit dat iedere ziekenfondsverzekerde boven de 18 jaar een extra premie betaalt bovenop de nominale premie maakt dat deze regeling meer solidariteit met chronisch zieken en gehan-

dicaften vertoont dan het in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken verplicht eigen risico van 200 Euro.

Met de regering zijn zij van mening dat de maandelijkse bijdrage van 5,25 Euro minder snel zal leiden tot liquiditeitsproblemen dan voorzien in het verplichte eigen risico.

Toch hebben deze leden wel enkele kritische opmerkingen bij de door de regering gegeven toelichting op dit wetsvoorstel, alsmede op de inhoud van de nu voorgestelde regeling.

De regering acht het wenselijk de eigen verantwoordelijkheid van de burger te beïnvloeden, om aldus de opwaartse druk van de kosten van de volksgezondheid af te remmen. Maar, zo vragen deze leden, moet de oorzaak van de kostentoe name in de zorg niet veeleer worden gezocht in het nu vigerende bureaucratische aanbodsgestuurde zorgsysteem waarbij geen of nauwelijks prikkels aanwezig zijn om prijs en prestatie doelmatiger op elkaar af te stemmen? Wordt er niet al te gemakkelijk vanuit gegaan dat, los van demografische ontwikkelingen, de oorzaak moet worden gezocht in onnodige zorgconsumptie? Recent onderzoek van het Nivel heeft bijvoorbeeld aangetoond dat slechts 4% van het huisartsenbezoek als onnodig kan worden beschouwd en dat de huisarts 96% van alle klachten zelfstandig afhandelt en slechts 4% wordt verwezen voor specialistische hulp. Ook het geneesmiddelengebruik op voorschrift van de arts behoort tot het laagste van Europa. De leden van de CDA-fractie nodigen de regering dan ook uit nog eens duidelijk te maken uit welk onderzoek is gebleken dat er in ons land onnodig gebruik wordt gemaakt van zorg, alsmede in welke sector dit plaatsvindt.

Wil de regering de leden van de CDA-fractie nog eens duidelijk maken welke maatregelen zij heeft genomen om naast de genomen maatregelen voor verzekerden en aanbieders van zorg te komen tot minder bureaucratie en het terugdringen van overmatige wet- en regelgeving? Welk bedrag voor 2004 en 2005 heeft de regering hiervoor ingeboekt?

Wil de regering de leden van de CDA-fractie nog eens duidelijk maken welke budgettaire tegenvaller in de zorg rechtvaardigt dat de maximale no-claimteruggaaf van 225 Euro naar 250 Euro is opgehoogd? Is hierbij al rekening gehouden met de doorwerking van de bezuinigingsmaatregel per 1 januari 2004?

Indien er tegenvallers zijn, in welke sectoren vinden deze plaats, en waarom wordt er niet voor gekozen om de mogelijke oorzaak van overschrijdingen in deze sectoren zelf aan te pakken? Zijn er ook meevallers? Het moge uit het voorgaande duidelijk zijn dat de leden van de CDA-fractie van mening zijn dat de stijgende uitgaven in de gezondheidszorg niet al te gemakkelijk dienen te worden afgewenteld naar de zorgconsument. Met andere woorden; de patiënt mag in hun ogen niet dienen als een soort ventiel voor een vastgelopen systeem dat nog te veel ongemoeid wordt gelaten.

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden merken op dat de term «no-claim» associaties oproept met autoverzekeringen. Zij kunnen zich echter niet voorstellen dat de regering geen onderscheid zou maken tussen patiënten en auto's. Zij vragen of deze term wel gebruikt moet worden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er in de visie van de regering een rechtlijnig verband bestaat tussen de door de regering gewenste toename van de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de gewenste afname van de collectieve verantwoordelijkheid. In hoeverre kan de afname van de collectieve verantwoordelijkheid een aantasting van de solidariteit in de ziektekostenverzekering betekenen? Deze leden vragen of een toename van de eigen verantwoordelijkheid ook bereikt kan worden zonder verschuiving van financiële lasten van collectief naar individueel. De leden van de fractie van de PvdA zouden graag nog eens helder uiteengezet willen zien hoe de regering de «eigen verantwoordelijkheid

van de burger ten aanzien van ziekte en ziektekosten» ziet, en wat de regering precies onder «te zware last» voor verzekerden verstaat.

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering aan te geven op welke vergelijking de «zeer hoge groei in de uitgaven, ook internationaal vergeleken» is gebaseerd.

Deze leden verbazen zich over de verhoging van het eigen risico in de standaardpakketverzekering. In de memorie van toelichting wordt eerst uitgebreid aangegeven dat de no-claim regeling beter zou zijn dan een eigen risico, omdat daarmee de liquiditeitsdrempel wordt vermeden en een positieve, in plaats van een negatieve prikkel gegeven wordt. Vervolgens wordt voor de standaard pakketpolis-verzekerden dus de negatieve prikkel versterkt en de liquiditeitsdrempel verhoogd. Aangezien deze verhoging van het eigen risico volgens de regering gecompenseerd zal worden via de premie vragen deze leden waarom de verhoging van het eigen risico dan niet achterwege gelaten kan worden.

De regering geeft zelf aan dat lagere inkomensgroepen te maken kunnen krijgen met een liquiditeitsdrempel wanneer zij veel zorg nodig hebben en een eigen risico moeten betalen. De leden van de fractie van de PvdA vragen over welke groep de regering het hier heeft; deze leden menen dat juist de groep die gebruik moet maken van de standaard(pakket)polis immers tot deze groep gerekend kan worden.

De leden van de VVD-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel, dat hen aanleiding geeft een aantal vragen ter beantwoording aan de regering voor te leggen, die hieronder zijn geformuleerd.

De no-claimteruggaaf heeft – naast bewustwording van de kosten, het leggen van een (licht) verband tussen gebruik en betalen en een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid – tot gevolg dat mensen nadenken of het noodzakelijk is om gebruik te maken van de zorg. Dit laatste werkt als er sprake is van een keuze. Dit is met name het geval in de eerstelijnszorg. De minister stelt op blz. 2 van de memorie van toelichting: «door het ontbreken van negatieve prikkels bij de no-claimteruggaaf is er geen wezenlijke financiële toegankelijkheidsdrempel bij het inroepen van medische hulpverlening»

Niemand hoeft af te zien van zorg om liquiditeitsredenen, aangezien er alleen sprake kan zijn van premierestitutie over een jaar en nooit van bijbetaling. Kan de minister aangeven waarom hij dan toch heeft gekozen voor het slechts meerekenen van 25% van de kosten van de huisarts? Op blz. 11 geeft de regering aan dat hiermee de verwijzingsfunctie van de huisarts in stand blijft. Kan de regering aangeven waarop dat is gebaseerd? Ook bij 100% is en blijft de huisarts toch poortwachter? Deze prikkel bij de eerstelijnszorg vormt juist het hart van deze regeling. Is de minister tot het besluit gekomen om 25% van het huisartsconsult mee te rekenen in de no-claim op basis van de Europese code of op basis van inhoudelijke argumenten? Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een toelichting.

Inzicht in de eigen kosten van het gebruik van zorg zou ook een belangrijke doelstelling van deze regeling moeten zijn. De minister stelt dat er een voorlichtingscampagne zal worden georganiseerd, en dat de ziekenfondsen hun verzekerden moeten informeren. Dit klinkt hen wel erg vrijblijvend in de oren. Transparantie en informatie over het eigen zorggebruik is doorslaggevend voor de werkzaamheid van deze maatregel. Tot nu toe ging het systeem teveel over de patiënt, zonder de patiënt. En dat moet veranderen. De leden van de VVD-fractie zouden graag zien dat de regering hieraan veel meer aandacht schenkt dan tot nu toe in overheidsbeleid is gebeurd. Is de regering bereid hieraan tegemoet te komen en hoe gaat de regering transparantie, inzicht in en informatie over het zorggebruik per verzekerde afdwingen? Wanneer kan de zorgpas daarin een volwaardige rol spelen? Kan terzake een invoeringsdatum worden

genoemd? Online informatie is de meest directe informatie (vergelijk bankinformatie/tebankieren) Wanneer denkt de regering dat dit operationeel zou kunnen zijn?

De leden van de SP-fractie hebben met enige verbazing kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel. Naast dat het in hun ogen een aantasting is van de toegankelijkheid tot zorg is het ook de zoveelste poging om een financiële drempel in te voeren in de zorg. Voorgaande maatregelen zijn mislukt. De algemene vraag is natuurlijk of en zo ja welke concrete aanwijzingen de regering heeft dat deze maatregel niet te weinig positieve effecten (kostendaling) en te veel negatieve gevolgen met zich zal brengen, en dat mensen met lagere inkomens afzien van zorg omdat ze ook wel een extraatje willen die te verdienen is door geen gebruik te maken van zorg.

In het algemene deel wordt uiteen gezet wat deze maatregel voor een financieel voordeel met zich mee moet brengen. Het is de leden van de SP-fractie echter niet geheel duidelijk waar deze cijfers op gebaseerd zijn. Graag zouden zij dan ook een goed onderbouwd en schematisch overzicht willen zien hoe tot deze bedragen is gekomen. Voorts wensen zij antwoord op de vraag waarom er bij maximaal 200 Euro per verzekerde gesproken wordt over een beoogde financieringsverschuiving van 1,1 miljard Euro, terwijl wanneer er gesproken wordt over 250 euro er opeens gesproken wordt over een structurele dekking van 210 miljoen Euro. In samenhang met de effecten van de herberekening van de opbrengst van de teruggave van de no claim leidt dit volgens het CPB tot een verhoging van het maximum tot 250 Euro per verzekerde tot een structurele dekking van 410 Euro. Waaruit is volgens de minister de meevaller van 200 mln. Euro opgebouwd?

Ook wordt er gesuggereerd dat de kostenstijging zal afnemen omdat verzekerden beter zullen afwegen of ze wel of geen zorg nodig hebben. Volgens de leden van de SP-fractie wordt hier gesuggereerd dat verzekerden onnodig gebruik maken van de zorg. Is de minister ook van mening dat er onnodig een beroep gedaan wordt op de zorg, en zo ja waaruit blijkt dit dan? Ook deze leden zijn van mening dat onnodig gebruik maken van zorg, voorzover dat gebeurt, voorkomen moet worden maar vinden dat het een taak van de zorgverlener is om de zorgvrager hierop te wijzen. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor de huisarts die als poortwachter fungeert. Wat is hierop de reactie van de minister? Een andere vraag in deze is met hoeveel Euro de kostenstijging naar verwachting zal afnemen en of het daarbij dan niet eenvoudig gaat om de collectieve kostenstijging.

Het systeem van de no-claim zal kwalitatief tot een andere uitkomst leiden dan een eigen risico. De leden van de SP-fractie zouden graag willen weten waarop deze conclusie feitelijk is gebaseerd, omdat invoering van een no-claim in de zorg elders immers nog niet heeft plaatsgevonden. Wat wordt concreet bedoeld met een kwalitatief andere uitkomst?

Er wordt even kort geschreven over het eigen risico van mensen met een standaard-verzekering. Wat is op dit moment de hoogte van het eigen risico van deze verzekerden, en wat is de reden om dit eigen risico niet om te zetten in een no claim, gezien de positieve effecten die de regering hieraan toeschrijft?

De leden van de fractie van GroenLinks hebben met teleurstelling kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel. Deze leden menen dat dit voorstel alle kenmerken heeft van een onvoldragen wetsvoorstel. Zij zijn negatief over het voorliggende wetsvoorstel omdat het de solidariteit in de financiering van de zorg verder verkleint.

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat er sprake is van een onvoldragen wetsvoorstel dat met haast in elkaar is gedraaid. Zij menen voorts dat de Memorie van toelichting vooral tekort schiet in de toelich-

ting op de koopkrachteffecten en in de uitleg over de effectiviteit van het voorstel. Deze leden vragen de regering dan ook om alsnog te komen met een uitgebreide toelichting op beide essentiële aspecten van het wetsvoorstel.

Deze leden constateren dat de no-claimteruggaveregeling in de plaats komt van de voorgenomen invoering van het eigen risico. Daar waar de regering meent dat het voorstel de eigen verantwoordelijkheid van de burger bevordert en de collectieve verantwoordelijkheid vermindert menen deze leden dat er slechts sprake is van het belonen van gezonde verzekerden ten koste van ouderen en chronisch zieken. Daar waar het voorstel volledig leunt op de gedachte dat het remmend zal werken op de hoge stijgingen van de ziektekosten is het onbegrijpelijk dat de Memorie van toelichting hier niet uitgebreid op ingaat. Kan de regering aangeven waar er sprake is van bovenmatige zorgconsumptie en waar dus een financiële prikkel bij de burger eventueel wenselijk zou zijn. Kan de regering aangeven hoe zij aankijkt tegen het onderscheid van mogelijk bovenmatige zorgconsumptie in de eerste- en tweedelijnszorg en hoe deze moet worden bestreden? Daar waar het voorstel naar de mening van de leden van de fractie van GroenLinks niet veel meer voorstelt dan een verschuiving van koopkrachteffecten: positief voor jonge gezonde mensen, maar negatief uitwerkend voor de kwetsbare groepen zal de regering veel uitgebreider de koopkrachteffecten voor de specifieke groepen moeten toelichten. Deze leden willen dan niet de gewone generieke koopkrachteffecten, maar juist de effecten voor specifieke groepen (ouderen, chronisch zieken en gehandicapten) zijn interessant en relevant. Deze leden vragen dan ook van de regering om niet de fout van vorig jaar met de chronisch zieken en gehandicapten te herhalen, maar om bij dit voorstel de relevante koopkrachtplaatjes te presenteren.

De leden van de fractie van GroenLinks constateren dat eigenlijk al bij de indiening van het wetsvoorstel een ongeschonden parlementaire behandeling uitgesloten leek. Deze leden menen dat met de opstelling van de CDA-fractie inzake de positie van de huisarts onder de no-claimteruggaveregeling zal leiden tot de eerste wijziging van het regeringsvoorstel. Deze leden vinden het sympathiek om de huisarts buiten de financiële verantwoordelijkheid van de burger te laten vallen, maar des te sterker is bij deze leden de vraag naar het onderscheid tussen eerstelijnszorg en overige zorg. Kan de regering aangeven waar de financiële prikkel voor de burger het meest effectief en gewenst is, en kan de stellingname helder toegelicht worden? Zo is de vraag relevant in hoeverre de burger verantwoordelijk gesteld kan worden voor overmatige zorgconsumptie in de tweedelijnszorg aangezien dit alleen kan plaatsvinden bij ondoelmatig doorverwijsgedrag.

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat de VVD-fractie met een interessant wijzigingsvoorstel is gekomen door voor te stellen om de no-claimteruggaveregeling veel meer te differentiëren naar verschillende categorieën burgers. Kan de regering uitgebreid op dit VVD-voorstel ingaan en tevens de koopkrachteffecten van dit voorstel naast de herziene relevante koopkrachteffecten van het regeringsvoorstel leggen? Kan hierbij ook worden ingegaan op de vraag of chronisch zieken en gehandicapten buiten de financiële prikkel gehouden kunnen worden? De leden van de fractie van GroenLinks realiseren zich dat met het VVD-voorstel de charme van de eenvoud van het regeringsvoorstel verdwijnt, maar menen voordelen te zien in koopkrachteffecten en effectiviteit van de prikkel in dit voorstel te zien. Kan de regering en/of het CPB een analyse geven van beide voorstellen op deze 2 punten, indien mogelijk kwantitatief en anders kwalitatief?

De leden van de fractie van GroenLinks vragen de regering toe te lichten in hoeverre het inzetten van meevallers van dit wetsvoorstel om uitgaven-

tegenvallers bij de zorg op te lossen al dan niet strijdig is met de eigen begrotingsregels.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met kritische belangstelling kennis genomen van onderhavig wetsvoorstel, dat ertoe strekt ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder na afloop van een kalenderjaar 250 Euro of minder te restitueren naar de mate waarin zij gebruik hebben gemaakt van zorg waarop op grond van de Ziekenfondswet aanspraak bestaat.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat wordt gesproken over no-claimteruggaaf. Zij menen dat deze aanduiding sterke associaties oproept met autoschadeverzekeringen, waarbij het mogelijk is om door voorzichtig rijgedrag schade te vermijden of om schade buiten de verzekering om te betalen en zodoende een no-claimkorting op te bouwen, die doorwerkt in een hogere premiekorting. Op twee punten verschilt de no-claimteruggaaf uit dit wetsvoorstel met de gangbare no-claimkorting bij autoschadeverzekeringen. Ten eerste is de systematiek bij autoschadeverzekeringen anders, omdat de opgebouwde no-claimkorting als gevolg van schadevrije jaren doorwerkt in de hoogte van de jaarlijkse premie, en niet in een teruggestort uitgavendeel (er zijn immers geen uitgaven gedaan). Ten tweede: ook al draagt een gezonde levensstijl bij aan een goede gezondheid, het valt niet te ontkennen dat ziekte en stoornissen slechts ten dele kunnen worden vermeden door een gezonde levensstijl. De aanduiding no-claim roept daarom bij velen begrijpelijke wrevel op. Is het daarom niet wenselijker om een andere term te gebruiken dan «no-claimteruggaaf», zo vragen deze leden. Zij doen de suggestie om te spreken over «teruggaaf voorschot eigen risico». Het begrip eigen risico is immers bekend uit de wereld van de particuliere zorgverzekeringen, en mensen zijn in het algemeen bekend met de voorschot-systematiek van bijvoorbeeld de energienota. Zij vragen een reactie op dit voorstel. Omdat de regering voornemens is om te komen tot een standaardverzekering curatieve zorg met ingang van 1 januari 2006 vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of zij in het verlengde van dit wetsvoorstel voornemens is om een no-claimteruggaafregeling ook op te nemen in de komende standaardverzekering in plaats van een eigen risico. Waarom wordt het eigen risico voor WTZ-verzekerden verhoogd tot hetzelfde bedrag als voor de no-claimteruggaaf geldt, zo informeren de leden van de ChristenUnie-fractie. Waarom wordt voor de WTZ niet eveneens gekozen voor de no-claimsysteem in plaats van een eigen risico, zo vragen deze leden.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voorstel om een no-claimteruggaaf in te voeren. De gedachte van het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van burgers krijgt de steun van deze leden. De no-claimteruggaaf kan hieraan bijdragen, maar het is de vraag of de regeling ook een effectieve bijdrage zal leveren aan deze vermindering van de zorgvraag. Ook hebben deze leden vragen bij de concrete vormgeving van de maatregel.

Op blz. 2 van de toelichting stelt de regering te verwachten dat verzekerden als gevolg van deze maatregel een meer afgewogen gebruik zullen maken van de voorzieningen en dat daarmee de kostenstijging zal afnemen. De leden van de SGP-fractie missen echter de onderbouwing van het verwachte effect. Op welke aannames en/of rapporten baseert de regering deze verwachting? Zijn het feitelijke zorggebruik en de uiteindelijke afrekening niet te ver van elkaar verwijderd om het gedrag van de burger te kunnen beïnvloeden?

In vervolg hierop tekenen deze leden aan dat zij ondersteuning voor deze gedachte vinden in de opmerking van de regering dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling iets beperkter zal zijn dan die van het eigen risico.

De leden van de SGP-fractie zijn van mening dat het voor een goede onderbouwing en beoordeling van de voorstellen noodzakelijk is inzicht te ontvangen in de totale zorgconsumptie van de volwassen burgers die ziekenfondsverzekerd zijn. Graag zouden zij inzicht ontvangen in het aantal verzekerden dat naar verwachting een teruggave zal krijgen. Hoeveel van deze volwassen ziekenfondsverzekerden hadden in het afgelopen kalenderjaar respectievelijk 0, 100, 150, 250, 500, 1000 en meer dan 1000 Euro aan zorgkosten – geschoond voor huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg?

### **No-claimteruggaveregeling**

De leden van de CDA-fractie kunnen zich niet vinden in het feit dat de huisarts onderdeel is van het no-claimsysteem. Ook al zou de huisarts voor 25% van het consulttarief in dit systeem meetellen betekent dit toch een aantasting van de zeef- en poortwachterfunctie van de huisarts. Juist in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat «deze poortwachterfunctie zal worden behouden». Naar de mening van deze leden dient een drempelloze toegang tot de huisarts te worden gegarandeerd om naast zijn/haar behandelende functies vooral ook taken op het gebied van preventie, ondersteuning en begeleiding te kunnen behouden. Juist als poortwachter heeft deze basisfunctie een kostenbeheersend effect.

Tegelijkertijd zou het opwerpen van een drempel voor de huisarts ertoe kunnen leiden dat onnodig lang met klachten wordt gewacht, waardoor naast gezondheidsschade er ook ongetwijfeld een kostentoeename zal plaatsvinden.

Wil de regering nog eens inhoudelijk motiveren waarom de huisarts toch opgenomen moet worden in dit no-claimsysteem? De regering is voornemens de bekostiging van de huisarts aan te passen en dit om te zetten in een al dan niet gedeeltelijk consulttarief. Bij de berekening van de administratieve lasten is hier al rekening mee gehouden.

Terecht gaat de regering ervan uit dat met het huidige abonnement-systeem het invoeren van de no-claimregeling voor de huisarts een te grote administratieve last met zich mee zal brengen. Kan, zo vragen de leden van de CDA-fractie, de gewenste verandering van de structuur van de huisartsenhonorering op een zodanig tijdstip plaatsvinden, mede gelet op de noodzakelijke aanpassing van de WTG, dat invoering per 01/01/05 mogelijk is?

Wil de regering hier nader op ingaan en meer inzicht geven in de nu voorgestane honoreringsstructuur huisartsengeneeskunde. In de brief van Zorgverzekeraars Nederland van 8 april 2004 wordt twijfel uitgesproken of huisartsen op korte termijn in staat zullen zijn bij een nieuwe honoreringsstructuur de elektronische declaratie per verrichting aan verzekeraars aan te leveren. Deelt de regering deze zorg en zo ja, wat betekent dit voor de administratieve lasten?

De leden van de CDA-fractie kunnen op de hierboven geschetste inhoudelijke en structurele redenen niet akkoord gaan met het opnemen van de huisarts in de no-claimsysteem. De huisarts verdient zichzelf naar hun mening terug. Het besparingsverlies kan ruimschoots worden gedekt uit de extra meevaller van de verhoging van het no-claimbedrag van 225 naar 250 Euro.

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat precies de verwachting is ten aanzien van de aanname dat ziekenfondsen rekening zullen houden met de uit te keren no-claimteruggaven bij het vaststellen van de nominale premie. Zij gaan ervan uit dat de regering over goed onderbouwde ramingen in deze beschikt om ervoor te kunnen zorgen dat het verschil tussen de rekenpremie en de uiteindelijke premie zo klein mogelijk is en er

dus geen extra onvoorziene koopkrachtgevolgen op zullen treden. Is hierover overlegd met verzekeraars?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering het criterium «geen te zware last» net als de Europese code ook op een percentage van 25% vaststelt. Kan daarbij aangegeven worden welke consequenties het begrip «gemiddeld» voor de verschillende inkomensgroepen kan gaan hebben. Deze leden vragen of, en zo ja waarom, de vormgeving van de no-claimregeling zo is gekozen dat het criterium van 25% niet van toepassing hoeft te zijn.

De leden van de fractie van de PvdA vragen op basis van welke parameters de no-claimteruggave jaarlijks zal worden geïndexeerd. Wordt daarbij rekening gehouden met andere uitgaven voor zorg, met de omvang van het verzekerde pakket, met eigen bijdragen voor verschillende vormen van zorg?

De huisartsenzorg zal voor 25% mee gaan tellen in het no-claimsysteem. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een goed huisartsenadvies duurdere zorg kan voorkomen. Hier een drempel opwerpen vinden deze leden dan ook onwenselijk. Hierop ontvangen zij graag een reactie van de minister. Zal een telefonische vraag met betrekking tot de praktische uitwerking van bijvoorbeeld een herhalingsrecept ook van invloed zijn op de no-claim?

Ziekenfondsen zullen naar verwachting bij het vaststellen van hun nominale premie rekening houden met de teruggave van de no-claim. Kunnen de leden van de SP-fractie hieruit afleiden dat de verhoging, met 63 Euro per jaar, zoals in de voorliggende tekst is voorgesteld nog niet vastligt? Kunnen zorgverzekeraars het mogelijk ook afdoen met een lagere premieverhoging of juist een hogere?

De leden van de fractie van GroenLinks willen van de regering weten of zij heeft overwogen om tot een helder systeem te komen door te overwegen om de eigen bijdragen die binnen de ZFW bestaan eveneens in de no-claim op te nemen. Dit zou kunnen gebeuren met als randvoorwaarde dat het budgettair neutraal zou moeten plaatsvinden.

Ook al worden de uitgaven voor de huisarts slechts voor 25% in mindering gebracht op de no-claimteruggaaf, er blijft hierdoor een financiële drempel bestaan voor de toegang tot de huisartsenzorg, zo merken de leden van de ChristenUnie-fractie op. Een bezoek aan de huisarts komt immers in mindering op de no-claimteruggaaf, zodat een drempel ontstaat, waardoor patiënten mogelijk ook een noodzakelijk bezoek aan de huisarts zullen uit- of afstellen. Deze leden wijzen dit af en bepleiten een drempelloze toegang tot de huisartsenzorg.

Zij vragen voorts of het de bedoeling van de regering is om mogelijk te maken dat de uitgaven voor de huisarts voor een lager percentage dan 25% in mindering worden gebracht op de no-claimteruggaaf, gezien de formulering dat de verstrekking huisartsenzorg voor «maximaal» 25% in mindering wordt gebracht.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat eigen bijdragen voor ZFW-verstrekkingen (hulpmiddelen, geneesmiddelen, overig ziekenvervoer) niet meetellen in de no-claimkorting. Zij hebben hier om verschillende redenen bezwaar tegen.

Qua systematiek vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of dit niet leidt tot een stapeling van prikkels, waarvan de ratio in ieder geval niet meer lijkt te liggen in het remmend effect op de zorgvraag. Zijn er aanwijzingen uit onderzoek die erop wijzen dat een dubbele prikkel (eigen bijdrage en eigen risico c.q. no-claim) een dubbel volume-effect opleveren, zo vragen deze leden. Met andere woorden: draagt een verdubbeling van de prikkel nog wel bij aan efficiëntere zorgconsumptie?



Het tweede bezwaar van de leden van de ChristenUnie-fractie richt zich op de inkomenseffecten als gevolg van deze stapeling van eigen betalingen voordoet. Met name de chronische gebruikers, die nauwelijks tot geen invloed hebben op het gebruik van voorzieningen, worden onnodig en onevenredig getroffen door deze stapeling van eigen betalingen. Bij deze stapeling van prikkels lijkt de conclusie onontkoombaar dat de solidariteit tussen gezonden en zieken wordt aangetast. Wil de regering reageren op de suggestie van deze leden om de eigen betalingen voor hulpmiddelen, geneesmiddelen en overig ziekenvervoer evenals de uitgaven voor kraamzorg buiten de no-claimteruggave te houden voorzover het chronisch gebruik betreft.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in dit verband een reactie op het voorstel van de KNMP om de zelfzorggeneesmiddelen voor chronische gebruikers weer op te nemen in het verzekerde ZFW-pakket. Wil de regering ingaan op de wijze waarop de KNMP het criterium «chronisch gebruik» wil operationaliseren? Zou deze wijze van operationaliseren bruikbaar kunnen zijn voor andere verstrekkingen, zo vragen deze leden. Met betrekking tot het meetellen van de verstrekking huisartsenzorg voor slechts 25% in de no-claimteruggaaf zijn de leden van de ChristenUnie-fractie van mening dat de relatieve stimulans die ontstaat om allereerst een zorgverlener in de eerste lijn te raadplegen, zodat verzekerden zich niet onnodig tot zorgverleners in de tweede lijn wenden, in sterkere mate opgaat voor hun voorstel om de huisarts in het geheel buiten de no-claimteruggaaf te houden. Deelt de regering hun mening op dit punt, zo vragen deze leden.

Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie aan de regering om aan te geven wat de budgettaire gevolgen zouden zijn wanneer de huisartsenzorg geheel buiten de no-claimteruggaaf wordt gehouden.

De leden van de SGP-fractie ondersteunen de uitsluiting van kraamzorg en verloskundige hulp uit de in rekening te nemen kosten. Wel vragen zij zich af of de 25%-regeling voor huisartsenbezoek een juiste keuze is. Hoe is de regering gekomen tot de keuze van 25%? Zou het vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg niet de voorkeur verdienen om de kosten hiervoor ook geheel buiten beschouwing te laten?

Zowel de toelichting als de wettekst spreken over «maximaal 25%». Betekent deze keuze dat de mogelijkheid van het niet mee laten tellen van de kosten van huisartsbezoek nog nadrukkelijk openstaat? Wie bepaalt of er gekozen wordt voor een bijtelling van bijvoorbeeld 0, 10 of 25 procent? Dient deze keuze plaats te vinden bij AMvB of door de verschillende ziekenfondsen?

### **Alternatieven**

De toelichting spreekt over de eigen bijdrage en het eigen risico als mogelijke alternatieven. Er wordt echter niet gesproken over een alternatief waarbij alle gemaakte kosten – behalve enkele uitzonderingen – slechts voor bijvoorbeeld 50% meetellen. Een voordeel van een dergelijk alternatief is dat het terug te krijgen bedrag geleidelijker afneemt, zodat er ook bij hogere zorguitgaven dan € 250 per jaar nog effect is op het keuzegedrag. Hoe oordeelt de regering over een dergelijk systeem, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

### **Internationale aspecten**

De regering stelt dat in de Europese context een no-claimteruggaveregeling een onbekend fenomeen is, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Is het waar dat in Duitsland een gelijksoortige regeling al vele jaren geleden heeft bestaan?

In de memorie van toelichting wordt gesproken over het in Europese

context afgesproken maximum van 25% zorgkosten, te dragen door de verzekerde zelf. De memorie van toelichting stelt vervolgens: «Dit betekent dat bij de vaststelling van de no-claimteruggaaf slechts maximaal 25% van de zorgkosten van de huisarts wordt meegenomen» De relatie die hiermee gelegd wordt tussen de Europese regelgeving en de slechts gedeeltelijke doorberekening van huisartsenkosten is de leden van de VVD-fractie niet duidelijk. Juist is aangegeven dat Nederland met 9% ruim onder de 25% blijft die in de Europese code is afgesproken. Graag ontvangen zij een toelichting.

De regering heeft de overtuiging dat de no-claimregeling 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. De leden van de SP-fractie vinden net als de Raad van State dat onvoldoende duidelijk is of het voorstel voldoet aan de thans geldende Europese Code. Ook de beantwoording van de reactie van de Raad van State overtuigt hen er niet van dat er geen problemen kunnen ontstaan. Deze leden vragen dan ook waar de overtuiging van de regering vandaan komt, en of er een toetsing van de regeling heeft plaatsgevonden. Zo niet, is de regering dan bereid dit alsnog te doen?

Wat is de reden dat het criterium van 25% op deze alternatieve vorm van een eigen risico niet van toepassing zou zijn, en bestaat er dan een kans dat dit criterium, waar nu wel aan voldaan wordt, losgelaten wordt?

De leden van de fractie van GroenLinks willen weten of het maximum van 25% van de Europese Code (artikel 10, tweede lid, onder c) enkel en alleen slaat op een systeem van eigen bijdragen en/of eigen risico of dat de nominale premie ook tot de maximale 255 Euro van de zorgkosten wordt gerekend. Deze leden constateren dat de regering vaak het argument gebruikt dat relatieve bijdrage van eigen risico en eigen betalingen in Nederland relatief gering is ten opzichte van andere Europese landen. Kan de regering een overzicht geven van deze bijdragen in verschillende Europese landen, en daarbij eveneens aangeven in hoeverre sprake is van een gelijk nominaal bedrag voor iedereen, dan wel dat landen de eigen betalingen inkomensafhankelijk hebben vormgegeven. Kan eveneens een overzicht worden gegeven van landen die specifieke groepen uitsluiten of sterk ontzien van eigen betalingen of andere financiële prikkels, bijvoorbeeld de groep chronisch zieken en gehandicapten, de groep ouderen of de mensen met een smalle beurs?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het uitgangspunt van de IAO-verdragen en de Europese code inzake sociale zekerheid, namelijk dat eigen betalingen nadrukkelijk dienen te worden onderscheiden van premiebetalingen zich verhoudt tot de voorgestelde no-claimregeling. In de no-claimsystematiek heeft het er immers alle schijn van dat premiebetaling en het recht op no-claimteruggave nauw met elkaar verbonden zijn. De premies worden immers met een bedrag van gemiddeld 63 Euro verhoogd, teneinde de gemiddelde teruggave van 83 Euro te kunnen uitkeren. Het bedrag aan eigen betaling van maximaal 250 Euro wordt vervolgens verminderd met de niet gemaakte zorguitgaven en verrekend via de premies.

Deze leden vragen of de regeling is voorgelegd aan de instanties die binnen de IAO en de Raad van Europa bevoegd zijn nationale regelingen te toetsen aan de verdragen, en zo neen, waarom de regering daarvan heeft afgezien. Is de kans aanwezig dat een toezichthoudende instantie de regeling alsnog als strijdig met de verdragen en de Europese Code beoordeelt?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen voorts naar de wijze waarop de regering het percentage van 25% hanteert, waarop in de Europese Code het bedrag aan zorgkosten dat voor eigen rekening van verzekerden

mag komen heeft gemaximeerd. Enerzijds stelt de Memorie van toelichting dat het gaat om het gezamenlijke eigen bijdragepercentage, anderzijds wordt het percentage gehanteerd voor een afzonderlijke verstreking, namelijk de huisartsenzorg. Deze leden vragen hierover opheldering. Zij constateren dat in de passage op blz. 4 een zin is weggefallen, en vragen de regering deze passage derhalve alsnog in zijn juiste vorm aan de Kamer te doen toekomen.

Begrijpen zij het goed dat de internationale verdragen uitsluiten dat verloskundige zorg en kraamzorg worden betrokken in een eigen bijdrage-regeling, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Volgens de toelichting is het voorliggende systeem onbekend in internationale context. De regering is van mening dat het desondanks naar letter en geest goed spoort met de internationale verplichtingen. De leden van de SGP-fractie vragen of deze verwachting is gebaseerd op raadpleging van de toezichthoudende organen, of dat zij enkel het oordeel is van de Nederlandse regering.

### **Wijze van uitvoering**

De leden van de SGP-fractie constateren dat op basis van artikel 17, tweede lid ZFW de hoofdverzekerde de nominale premie voor zichzelf en zijn medeverzekerde betaalt. Zou het niet meer in lijn zijn met de wijze van betaling van de premie als ook de terugbetaling van de no-claim plaatsvindt aan deze hoofdverzekerde, in plaats van aan iedere individuele verzekerde afzonderlijk?

### **Uitvoerbaarheid**

De leden van de fractie van GroenLinks willen de laatste stand van zaken weten met betrekking tot de wijziging in de bekostiging van de huisarts. Tevens vragen deze leden of deze wijziging van bekostiging niet in nauwe samenhang moet worden gezien met de huisarts onder de no-claim-teruggaveregeling te doen vallen. Hoe staat de regering tegenover de wijziging in bekostiging indien de huisarts door een meerderheid van de Kamer buiten de no-claim zal vallen? Deze vraag is des te relevant, aangezien het CPB aangeeft dat huisartsen door de wijziging in de bekostigings-systematiek eerder een prikkel krijgen om het volume van het huisartsen-bezoek te vergroten.

### **Persoonlijke levenssfeer**

De leden van de fractie van GroenLinks constateren dat met de totale vormgeving van de nominale premie, de no-claimteruggaveregeling en de waarborg in de persoonlijke levenssfeer er wel een financiële rem wordt gezet op de zorgconsumptie van volwassenen, maar niet op die van kinderen. Is deze constatering juist, en kan deze vormgeving inhoudelijk beargumenteerd worden?

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat de vormgeving van een no-claimteruggaaf naar rato vreemde effecten kan geven. Is de constatering van deze leden juist dat het voor burgers interessant wordt om net vóórdat er zorgconsumptie wordt gepleegd over te stappen naar een ander ziekenfonds. Op deze manier kan altijd een deel van no-claimteruggaaf worden geïncasseerd, hetgeen niet het geval is als men bij hetzelfde ziekenfonds blijft zitten. Heeft de regering dit effect bij de vormgeving ingezien en is de regering niet bang dat het aantal overstappen om deze reden, die dus niks met een gezonde concurrentie tussen verzekeraars te maken heeft, ondoelmatig hoog kan worden? Leidt dit effect niet ook tot een toename van de administratieve lasten?

De leden van de SGP-fractie vragen of het in de toelichting genoemde voorbeeld van de anticonceptiepil voor de meeverzekerde dochter een adequate illustratie is van de problematiek van de persoonlijke levenssfeer. De no-claimteruggaaf geldt immers niet voor meeverzekerde kinderen. Deze leden vragen bovendien of de kwestie van de persoonlijke levenssfeer in het kader van de thans voorgestelde regeling wel relevant is. Indien twee personen als echtgenoten of partners gezamenlijk een polis hebben, waarvoor de hoofdverzekerde betaalt, mag er toch vanuit worden gegaan dat zij er dan ook geen bezwaren tegen zullen hebben dat er inzicht is in de genoten zorg?

De leden van de SGP-fractie vragen voorts of de no-claimteruggaaf naar rato bij wisseling van ziekenfonds geen «vluchtgedrag» zal oproepen. Wordt het op deze manier niet erg gemakkelijk gemaakt om vanwege behoud van no-claimgelden over te stappen naar een ander ziekenfonds?

### **Bezwaar en beroep**

Er komt voor verzekerden een mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen en daarna eventueel in beroep te gaan. De leden van de SP-fractie hebben er vertrouwen in dat iedereen zich zal inzetten om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Is het niet wat voorbarig om nu al te concluderen dat er slechts een beperkte toename zal zijn van het aantal bezwaren, en dat het niet of nauwelijks zal leiden tot een extra belasting van de Centrale Raad van Beroep? Is er een grens aan wat de toename wel mag zijn?

### **Administratieve lasten**

Per 1 januari 2006 wordt voorzien in een nieuwe structuur en financiering van de zorg, zo constateren de leden van de CDA-fractie. Volgens het Hoofdlijnenakkoord wordt «door middel van een zorgtoeslag blijvend gezorgd voor compensatie van in verhouding tot het gezinsinkomen te hoge premielasten» (lasten-maximalisatie). Wil de regering nog eens duidelijk maken op welke wijze zij het no-claimsysteem wil laten aansluiten bij deze lastenmaximalisatie? Deze vraag klemmt te meer omdat de no-claimafrekening pas kan plaatsvinden in het jaar volgend op de gemaakte kosten. Ofwel, op welke wijze zal het administratieve systeem van verzekeraars ten behoeve van de no-claimsysteem kunnen aansluiten bij de fiscale administratie?

De administratieve lasten gaan volgens de memorie van toelichting minder stijgen dan bij de invoering van de eigen bijdrage. De leden van de SP-fractie vragen wat het nut en noodzaak is om een regeling in te voeren waarvan al bij voorbaat vaststaat dat de administratieve lasten zullen gaan stijgen. Is het niet zo dat die kosten mogelijk doorberekend worden in de premies?

De regering geeft aan dat de no-claim een stimulans zal zijn om zuinig om te gaan met het gebruik van zorg. De leden van de SP-fractie vragen of er onderzoeken bekend zijn die aantonen dat mensen bewust niet zuinig omgaan met zorg. Zo ja, kunnen deze leden dan kennis nemen van de resultaten van deze onderzoeken? Kan het niet zo zijn dat de mensen die nu zogenaamd misbruik maken van de zorg zich niet laten weerhouden door een no-claim, en dat juist die mensen die noodgedwongen gebruik moeten maken van de zorg worden gestraft?

De leden van de fractie van GroenLinks zijn verbaasd over de zeer uitgebreide toelichting op het aspect van de administratieve lasten. Deze leden menen dat deze toelichting in geen verhouding staat tot het feit dat de regering nauwelijks en in ieder geval niet de relevante koopkracht-toelichting geeft, en helemaal nalaat toelichting te geven op het gebied van de overmatige zorgconsumptie en de berekening van de volume-

vermindering die de no-claim met zich meebrengt. Deze leden menen dat zodoende toelichting ontbreekt, daar waar het het hart van het wetsvoorstel betreft en dat het bij-effect dat het wetsvoorstel zorgt voor een verhoging van de administratieve lasten zeer uitgebreid wordt toegelicht, waarbij deze leden het overigens weer verassend vinden dat er niet wordt aangegeven hoe de administratieve lastenverhoging wordt gecompenseerd.

### **Financiële aspecten**

«Deze wijziging van de ZFW 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», aldus de regering. Aan welke aanvullende maatregelen denkt de regering, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd dat ook de regering constateert dat een breed (ziekenfonds)pakket solidariteit betekent voor verzekerden voor de verstrekkingen. Ook wordt beschreven dat de toegankelijkheid voor de «gehele breedte van het ziekenfondspakket wel gewaarborgd blijft». Zij vragen of het belang dat de regering kennelijk hecht aan een breed verzekerd pakket betekent dat verschuivingen van vormen van zorg naar de aanvullende verzekeringen niet meer aan de orde zijn. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de raming van 20 mln. Euro uitvoeringskosten is opgebouwd. De administratiekosten voor een no-claim regeling worden geschat op 9 mln. Euro. Vallen die 9 mln. Euro binnen de 20 mln. Euro uitvoeringskosten? Zo ja, waaruit bestaan de 11 mln. Euro?

De leden van de fractie van de PvdA vragen om nadere onderbouwing van de bewering dat met de invoering van de no-claimregeling een financieringsverschuiving van 1,49 miljard Euro van collectief naar individueel optreedt waarvan (slechts) 100 mln. Euro ten laste komt van de particuliere verzekering. Betekent dit dat 1,39 miljard Euro opgebracht gaat worden door de groep ziekenfondsverzekerden ouder dan 18 jaar? Wat wordt bedoeld met de 100 mln. Euro ten laste van het particuliere gedeelte?

De leden van de fractie van de PvdA vragen uitleg over de zin: «het deel van de nominale premie dat samenhangt met de no-claimteruggave, behoort niet tot de collectieve lasten.» Betreft het hier slechts een definitiekwestie en bedoelt de regering dat verzekerden weliswaar geconfronteerd worden met forse verhogingen van de nominale premie, maar dat dit gelukkig de collectieve lastendruk niet belast omdat de nominale premie niet binnen de definitie valt?

De leden van de fractie van de PvdA verbazen zich over het feit dat de regering ervan uitgaat dat de totale nominale premiestijging uitkomt op 63 Euro. De regering voegt daar aan toe dat de neerwaartse effecten op de nominale premie uiteraard alleen dan zichtbaar zijn wanneer daar geen andere uitgavenverhoging tegenover staat. De neerwaartse effecten zijn het gemiddelde zorgverbruik van 167 Euro per persoon en een volume-effect, gecorrigeerd voor uitvoeringskosten, van 20 Euro. De leden van de fractie van de PvdA merken op dat dit dus betekent dat wanneer het (gemiddelde) zorgverbruik stijgt (wat overigens in de rede ligt in een land met toenemende vergrijzing), wanneer het volume-effect tegenvalt (wat in de rede ligt omdat het volume-effect bij een no-claimteruggave een ruwe schatting is omdat daar geen ervaring mee is) of wanneer de uitvoeringskosten hoger zullen uitvallen (wat in de rede ligt omdat dit een schatting is waarbij bijvoorbeeld het omzetten van het abonnementstarief voor huisartsen in een consulttarief, niet in de uitvoeringskosten is opgenomen) de nominale premiestijging hoger uit zal vallen.

De leden van de fractie van de PvdA stellen dus vast dat het er op neer komt dat de rekenpremie met 63 Euro stijgt, maar dat dit niets zegt over de door de burgers te betalen nominale premie. Deze leden vragen of gedacht wordt aan de vaststelling van een maximumpremie.

Daarnaast menen deze leden dat het in de lijn der verwachting ligt dat de ziekenfondsen hun opslag zodanig zullen maken dat zij de no-claim kunnen uitkeren zonder verlies. Een ziekenfonds met veel chronisch zieken/ouderen zal dus een hogere nominale premie moeten vragen en zich daarmee uit de markt prijzen. De koopkrachteffecten kunnen dus veel groter worden dan tussen – 63 Euro en + 167 Euro.

De leden van de fractie van de PvdA vragen nadrukkelijk wat de «berekening van het gemiddelde koopkrachtbeeld» gaat betekenen voor een individuele verzekerde, en in hoeverre de compensatie via de zorgtoeslag hier een rol bij gaat spelen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen voorts waarom al voor 2005 gekozen is als invoeringsdatum voor de no-claimregeling (en voorheen de invoering van het eigen risico). Deze leden gaan ervan uit dat dit niet betekent dat de effecten van deze maatregelen niet meegenomen worden in de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag. Deze leden vrezen dat wanneer compensatie in de vorm van de zorgtoeslag wordt vastgesteld, uitgegaan zal worden van het dan geldende uitgavenniveau. Met andere woorden, mensen worden gecompenseerd maar op een niveau dat inmiddels al veel hoger ligt; van compensatie van kosten hoger dan het huidige ziekenfondsniveau is dan dus geen sprake.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke criteria gehanteerd worden bij de beslissing of aanvullende koopkrachtmaatregelen nodig zijn. Deze leden menen dat het hier dan om maatregelen gaat voor mensen die veel gebruik van zorg maken en dus geen no-claimteruggave ontvangen, terwijl zij wel een hogere nominale premie betalen.

De regering gaat uit van een gemiddeld aantal mensen dat recht zal gaan hebben op gehele of gedeeltelijke teruggaaf; het zou om 50% van de verzekerden gaan. Dat betekent, zo menen deze leden, dat 50% van de verzekerden geen teruggaaf ontvangen. Daarnaast zal een deel van de verzekerden een teruggaaf ontvangen van minder dan de stijging van de nominale premie. Meer dan 50% van de verzekerden zal dus een nadelig effect van deze maatregel ondergaan. Hoe is de verdeling over de inkomensklassen daarvan? Welke koopkrachtgevolgen heeft dit?

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat wordt bedoeld met de zin: «Niet veel verzekerden zullen een aanvullende verzekering voor de no-claimteruggaaf afsluiten».

Op welke gegevens is deze veronderstelling gebaseerd?

De leden van de fractie van de PvdA zien de huisarts als poortwachter van het gezondheidszorgsysteem. Deze leden vinden dat voor de toegang tot de huisarts geen enkele drempel mag gelden. Zij vragen een duidelijk overzicht van financiële gevolgen van 25% van de kosten van de huisarts meenemen in de no-claimteruggaaf en het geheel buiten de no-claim laten van de huisarts. Zij zouden graag een schema ontvangen waarin voor deze beide keuzemogelijkheden alle gevolgen worden weergegeven (financieringsverschuiving, administratiekosten, uitvoeringskosten, aantallen verzekerden met gehele of gedeeltelijke teruggaaf enz). De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de noodzaak van opname van 25% van de huisartskosten in de no-claim te rijmen valt met recent NIPO-onderzoek waaruit blijkt dat 45 wel eens te snel naar de huisarts gaat en dat 36% van de ondervraagden aangeeft minder snel te gaan bij een forse eigen bijdrage.

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de omzetting van het abonnementstarief naar een consulttarief voor de huisarts aan kosten betekent. In hoeverre zijn deze kosten meegeteld in de post «administratiekosten» (9 mln. Euro) en/of in de post «uitvoeringskosten» (20 mln. Euro)? Wat betekent deze wijziging aan extra kosten voor huisartsen

respectievelijk verzekeraars en voor wiens rekening komen die extra kosten?

Voorts vragen zij een reactie op de uitspraken van de heer H. Schildkamp (bestuursvoorzitter van Menzis [Amicon, Geové, Anderszorg]) dat de no-claimteruggaveregeling niet moet gelden voor 65-plussers, omdat voor deze groep er geen sprake zal zijn van een zorgremmend effect. De leden van de fractie van de PvdA wensen te vernemen in hoeverre rekening is gehouden met het ontstaan van calculerend gedrag na overschrijden van het no-claimteruggavebedrag. Hoe is de daardoor ontstane premieverhoging uit te leggen aan de zuinig consumerende verzekerde die het voorgaande jaar nog een no-claimteruggave kreeg?

De leden van de fractie van de PvdA vragen een uitgebreide reactie op de door CSO (n.a.v. «vraag en antwoord» van VWS) en Consumentenbond aangegeven bezwaren tegen een no-claimregeling.

De regering is voornemens de honoreringsstructuur van de huisarts aan te passen. De minister heeft de Kamer toegezegd hierover in februari jl. met voorstellen te komen. Wanneer lost de regering haar toezegging in, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de fractie van GroenLinks willen een uitgebreide toelichting op het door het kabinet geraamde volume-effect van 190 miljoen Euro. Zij willen weten waar deze berekening op is gebaseerd, en waar dit volume-effect in de zorg neerslaat, ofwel welke overmatige zorgconsumptie met dit voorstel wordt afgeremd. Deze leden menen uit de argumentatie van de regering te begrijpen dat het zogenaamde zorgremmende volume-effect het hart van het wetsvoorstel is, en menen dan ook dat hierop uitgebreid in dient te worden gegaan. Deze leden veronderstellen dat het volume-effect achteraf niet meer afzonderlijk is vast te stellen en vinden het juist daarom van belang dat vooraf goed inzicht bestaat in het te verwachte effect. Kan het CPB worden gevraagd een inschatting van het volume-effect te maken? Is de verwachting van deze leden correct dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling achteraf niet meer afzonderlijk is vast te stellen?

De leden van de fractie van GroenLinks wensen een toelichting op de geraamde uitvoeringskosten van 20 mln. Euro. Verder willen deze leden het verband op de geraamde uitvoeringskosten van 20 mln. Euro en op de geraamde administratieve lastenverhoging van 9 mln. Euro toegelicht krijgen.

De leden van de fractie van GroenLinks zijn erg verbaasd over de totaal irrelevante toelichting op de koopkrachteffecten. Deze leden menen dat een toelichting van dit wetsvoorstel in hoort te gaan op de relevante categorieën van ouderen en chronisch zieken en gehandicapten. Deze leden willen van de regering weten of het een bewuste keuze is om hier niet op in te gaan, en vragen alsnog deze koopkrachteffecten te laten doorrekenen en bij de Nota naar aanleiding van het Verslag mee te zenden. Deze leden vragen de regering ook de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitdrukkelijk bij de uitwerking en eventuele compensatie van dit wetsvoorstel te betrekken, aangezien hij verantwoordelijk is voor het koopkrachtbeeld, en dit wetsvoorstel de inkomenssolidariteit tussen jong en oud en tussen ziek en gezond sterk onder druk zet. Kan de regering toezeggen dat de fout van vorig jaar niet herhaald wordt en dat bij de koopkrachtbesprekingen voor het jaar 2005 niet alleen generieke maar nadrukkelijk de specifieke, vooral door de maatregelen bij VWS veroorzaakte koopkrachteffecten in beeld komen?

Kan de regering uitgebreider ingaan op de eventuele, te treffen, compensatiemogelijkheden zoals deze nu slechts genoemd worden te weten de te treffen tegemoetkomingsregeling en dan wel de fiscale buitengewone uitgavenregeling? Deze leden willen weten of het niet

terugkrijgen van een deel van de no-claimkorting verhaald kan worden door middel van deze twee regelingen?

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat de invulling van de huisartskosten binnen de no-claimteruggaveregeling nog volstrekt onhelder is, en menen ook dat er twee verschillende zienswijzen in één alinea worden verwoord (een maximale beïnvloeding van de no-claim van 25% versus maximaal 25% van de vergoede huisartsenzorg is voor de no-claimteruggaaf relevant). Kan de regering inmiddels wel helderheid verschaffen over de huisartsenkosten binnen de no-claimteruggaveregeling?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aan welk indexatiecijfer het maximale bedrag aan no-claimteruggaaf wordt gerelateerd. Is dat een indexatiecijfer gebaseerd op de inflatie, de loonstijging of op de stijging van de zorguitgaven, zo vragen zij. Voorts vragen zij bevestiging dat het in december geïndexeerde bedrag geldt voor de no-claimteruggaaf over het eerstvolgende jaar.

De regering houdt nadrukkelijk de mogelijkheid open om de no-claimteruggaaf te verrekenen met de maandelijkse premie. Wordt hiermee bedoeld op de premie van één maand, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Indien het mogelijk zou zijn om de premieruggaaf over alle maanden van het jaar uit te smeren, zal het positieve psychologisch effect van de teruggaaf dan niet verminderen, zo vragen deze leden. Zij suggereren om bij de AMvB als bedoeld in artikel 18a, vijfde lid vast te leggen dat het niet toegestaan is om de premieruggaaf over alle maanden van het jaar uit te smeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de schatting van het volume-effect. Wordt de geschatte omvang van 190 mln. Euro ondersteund door het CPB? Voorts vragen zij waarop het bedrag van 20 mln. Euro voor uitvoeringskosten is gebaseerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie menen dat de koopkrachteffecten sterk kunnen verschillen per verzekerde. Zij concluderen dat met name chronische gebruikers van zorg geen voordeel zullen ondervinden van invoering van de no-claimteruggaaf. Deelt de regering de mening van deze leden dat dit effect ten opzichte van gezondere verzekerden alleen aanvaardbaar is in combinatie met het terugdraaien van eigen bijdragen op afzonderlijke zorgvoorzieningen voor chronisch zieken en gehandicapten, zoals zelfzorgmedicijnen, noodzakelijke hulpmiddelen, en bepaalde vormen van ziekenvervoer?

Graag zouden de leden van de SGP-fractie een toelichting ontvangen op de volgende passage: «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 Euro per jaar. Daarvoor komt 100 mln. Euro ten laste van het particuliere gedeelte.» (blz. 9 en 10) Heeft deze passage te maken met het volume-effect, de verhoging van de nominale premie of zijn er andere achterliggende motieven? De toelichting spreekt over een inkomenseffect van gemiddeld genomen 83 Euro per verzekerde, waarbij het uiteindelijke resultaat gemiddeld genomen budgetneutraal is per verzekerde. Kan de regering inzicht geven in de verdeling van effecten over de inkomens? Is er sprake van een ander effect op de inkomens dan bij een eigen bijdrage of een eigen risico? De regering overweegt om op basis van het algemeen koopkrachtbeeld te besluiten tot eventuele aanvullende maatregelen. In welke richting denkt de regering op dit moment?

De regering spreekt over de mogelijkheid van compensatie via de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven of de fiscale buitengewone uitgavenregeling. In hoeverre zal de no-claimregeling automatisch vallen onder deze tegemoetkomingsregelingen? Is er bij de macro-



effecten rekening gehouden met het toenemende beslag op het budget voor deze regeling? Zo ja, op welke manier?

## **ARTIKELSGEWIJS**

### **Algemeen**

Een aantal zaken zal bij AMvB worden geregeld. De leden van de CDA-fractie stellen het op prijs over de inhoud van deze AMvB's met de regering van gedachten te kunnen wisselen. Gaarne ontvangen zij hierover een toezegging.

#### *Artikel 18a tweede lid*

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe het bedrag van de uitkering bij AMvB wordt vastgesteld. Welke criteria gelden daarbij? Deze leden kunnen zich toch niet voorstellen dat dit betekent dat bij oplopende kosten (die er zullen komen vanwege vergrijzing, techniek enz.) het eigen risico in de vorm van een no-claim gewoon wordt verhoogd; m.a.w. dat al wordt ingebouwd dat patiënten/consumenten gaan opdraaien voor stijgende kosten van de zorg. Zorgverzekeraars zouden de rekening voor inefficiënte zorginkoop dan dus bij de patiënt neer kunnen leggen in de vorm van een lagere no-claimteruggave.

#### *Artikel 18a, vierde lid*

De leden van de SGP-fractie vragen of de formulering van het vierde lid niet moet worden aangescherpt. Nu vallen alleen die mensen niet onder de teruggaveregeling voor wie geen premie is verschuldigd. Zou het in samenhang met artikel 20 ZFW geen aanbeveling verdienen om mensen die weigeren hun premie te betalen ook uit te zonderen van de mogelijkheid tot teruggave?

#### *Artikel 18a vijfde lid*

Onder a. schrijft de regering dat het de bedoeling is de uitkering zoveel mogelijk samen te laten lopen met de inning van de maandelijks nominale premie. De leden van de SGP-fractie vragen of een eenmalige uitkering op een vast moment in plaats van verrekening via enkele maandpremies niet duidelijker zou werken voor de verzekerde. Zou het karakter van de positieve prikkel op die manier niet beter zichtbaar zijn?

Onder c. stelt de regering dat de no-claimteruggaaf bij wisseling van ziekenfonds gedurende het jaar naar rato van het aantal maanden per ziekenfonds zal gelden. Het betekent zelfs dat wanneer een verzekerde overstapt na drie maanden, waarin hij veel zorgkosten heeft gehad, toch aanspraak maakt op de volledige resterende no-claimteruggaaf van 187,50 Euro bij de nieuwe ziekenfondsverzekeraar. Werkt dit geen misbruik in de hand, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Beschikt de regering over een indicatie hoeveel personen overstappen gedurende het jaar? Zij vragen voorts of de gemiddelde kosten die hiermee verbonden zijn zullen opwegen tegen de eventuele nadelen van uitwisseling van gegevens tussen de ziekenfondsen. Het moet toch niet zo heel moeilijk zijn om gegevens uit te wisselen, zo merken zij op.

Onder d. stelt de regering voor om te kiezen voor een peildatum, waarna late rekeningen niet meer worden meegeteld voor de no-claimteruggave. Ook ten aanzien van deze keuze vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of dit geen misbruik in de hand werkt. Ervan uitgaande dat de

gekozen peildatum ergens tussen 1 januari en 1 april komt te liggen, kan de regering dan een inschatting maken van de hoeveelheid rekeningen die worden verstuurd na die peildatum? De aan het woord zijnde leden informeren in hoeverre verzekerden invloed kunnen uitoefenen op latere verzending door de zorginstellingen.

De leden van de SGP-fractie, sprekend over sub d., betwijfelen het standpunt van de regering dat het betrekken van kosten die later dan het einde van een kalenderjaar worden gemaakt in de no-claimregeling, zou leiden tot hogere uitvoeringskosten. Een dergelijk bedrag kan toch meetellen voor de no-claimregeling van het volgende jaar? Zou de datum van de ontvangst van de rekening door het ziekenfonds als uitgangspunt niet leiden tot een eerlijker systeem dat minder gemakkelijk leidt tot ontwijkgedrag naar het buitenland of andere vormen van calculering?

### **Artikel III**

De regering stelt in de memorie van toelichting dat de verhoging van de nominale premie niet door dit wetsvoorstel wordt geregeld. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze de precieze verhoging van de nominale premie zal worden vastgesteld en wanneer hiertoe een besluit zal worden genomen.

De leden van de SGP-fractie vragen of de uitvoerende organisaties, zoals de zorgverzekeraars, in staat zullen zijn de regeling per 1 januari 2005 door te voeren.

In dit verband zijn zij verder van mening dat het voor de hand ligt om het concrete jaartal van eerste uitkering te vervangen door «een jaar na inwerkingtreding», om problemen bij een eventuele latere inwerkingtreding te voorkomen.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

De griffier van de commissie,  
Teunissen