

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. 8

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 14 juni 2004

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het verslag op 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. Bij de beantwoording van de vragen van de diverse fracties heb ik de volgorde van het verslag aangehouden. Ik heb nagestreefd herhalingen zoveel te vermijden. Daarom heb ik regelmatig kort naar een eerder antwoord verwezen.

Om de invoering per 1 januari 2005 te waarborgen, is het essentieel dat het onderhavige voorstel van wet bij voorkeur voor het zomerreces 2004, maar uiterlijk zo vroeg mogelijk in september door de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt aanvaard. Pas als de wettekst vaststaat, bestaat er reële zekerheid voor ziekenfondsen dat de maatregel doorgaat en wat de maatregel inhoudt. Zij kunnen dan stappen gaan ondernemen om de automatisering aan te passen en andere maatregelen te nemen om de invoering mogelijk te maken.

ALGEMEEN

Inleiding

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of de oorzaak van de kosten-toename in de zorg niet komt door het huidige zorgsysteem, dat zij omschrijven als bureaucratisch en aanbodgestuurd met geen of nauwelijks prikkels om prijs en prestatie doelmatiger op elkaar af te stemmen. Met de leden van de CDA-fractie constateert de regering dat er sprake is van een kostentoeename in de zorg als gevolg van «boter bij de vis». Dit vraagt inderdaad, zoals de leden van de CDA-fractie stelden, om nieuwe instrumenten die een vraaggestuurd systeem mogelijk maken. Het realiseren van een vraaggestuurd systeem, betekent dat de regering keuzes moet maken die leiden tot een nieuw evenwicht tussen de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de collectieve verantwoordelijkheid. De regering is van mening dat iedereen die in Nederland 18 jaar of ouder is, ongeacht de gezondheidssituatie of het inkomen, in staat is de verantwoordelijkheid te dragen om een no-claimteruggaaf te verwerven of in te zetten voor zijn of haar noodzakelijke zorg.

De nieuwe verantwoordelijkheid zal verzekerden tevens prikkelen om gepast om te gaan met het zorggebruik waar mogelijk. De regering vindt dit een welkom effect. Op de vraag van de leden van de CDA-fractie uit welke onderzoeken onnodige zorgconsumptie blijkt, verwijst de regering naar externe onderzoeken. Zo laten onderzoeksresultaten van TNS NIPO zien dat Nederlanders van mening zijn dat zij in 4% van de gevallen de huisarts onnodig bezoeken. TNS NIPO heeft hierover gepubliceerd in een persbericht op 1 maart 2004. Daarnaast blijkt hetzelfde uit de achtergrondstudie «De invloed van de consument op het gebruik van zorg» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bij het rapport Gepaste Zorg. In dat onderzoeksrapport wordt geconstateerd dat huisartsen van mening zijn dat 14% van de patiënten hen onnodig bezoekt. Bij specialisten is dit percentage 7%. Deze onderzoeksresultaten vindt de regering niet verassend daar het algemeen bekend is dat overconsumptie bij verzekeringen voorkomt, omdat deze veelal geen directe relatie tussen genieten en betalen kennen. Dit is niet specifiek voor de zorg, maar inherent aan verzekeringen.

In het licht van de percentages die komen uit vorengenoemde onderzoeken is het geraamde volume-effect van de no-claimteruggaaf voorzichtig ingeschat. Dit is 1% ofwel € 190 miljoen op een totaal beslag van de ZFW van circa € 16 miljard. Dit volume-effect, ook wel het gedrags-effect genoemd, is mede gebaseerd op berekeningen gedaan door het Centraal Planbureau (CPB). Het CPB maakt hiervoor gebruik van zijn Zorgmodel, dat wordt gevoed met internationale en nationale (onderzoeks-)data. Hoewel dit een bescheiden effect is, is het uiteraard wel een wense-lijk effect. Of, zoals ook de RVZ aangeeft in het eerder genoemd advies «Gepaste Zorg»: de kostenbesparingen moeten niet worden overschat, maar vormen van eigen bijdragen kunnen wel een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van doelmatige zorg. Voor de regering blijft het een aandachtspunt hoe prijs en prestatie in de toekomst beter op elkaar kunnen worden afgestemd, zoals de leden van de CDA-fractie vroegen.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de maatregelen die zijn 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.

In antwoord hierop deel ik mede dat ik op dit moment maatregelen neem die strekken ter uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord en betrekking hebben op het komen tot minder bureaucratie en het terugdringen van overmatige wet- en regelgeving om voor verzekerden en aanbieders van zorg. Ik heb plannen ingediend voor een reductie van 25% van de administratieve lasten, gerelateerd aan de wet- en regelgeving met een nationale grondslag. Het is voorzien dat de administratieve lasten afnemen met de volgende bedragen: € 34 miljoen in 2003, € 16 miljoen in 2004, € 85 miljoen in 2005 en € 175 miljoen in 2006. In totaliteit bedraagt dit € 310 miljoen, hetgeen overeenkomt met de genoemde 25%. De Tweede Kamer is over deze aanpak uitvoerig geïnformeerd per brief van 13 april 2004 (Kamerstukken II 2003/04, 29 515, nr. 6), waarbij ook is ingegaan op de concreet door mij te ondernemen activiteiten.

Daarnaast streeft de regering ernaar om administratieve lasten te verminderen via een aantal additionele activiteiten. Deze houden het volgende in. Allereerst zal alle nieuwe wet- en regelgeving worden gemonitord en getoetst op administratieve lasten. Daarbij zal actief worden gestuurd op een beheersbare administratieve last in nieuwe wet- en regelgeving. Nadrukkelijk krijgen hierbij de aandacht een aantal ingrijpende wijzigingen in het wetgevingscomplex dat op mijn beleidsterrein ligt. Als voorbeelden kunnen worden genoemd de beoogde zorgverzekeringwet en de invoering van Diagnose Behandelcodes (DBC's) als nieuwe bekostigingsmethode voor de zorg.

Voorts zal ik intensief zoeken naar nieuwe ideeën om de bureaucratie in de zorg te verminderen. Belangrijke beleidsterreinen zijn hier de Europese wet- en regelgeving, de clusteraanpak (met het ministerie van LNV zullen de mogelijkheden worden verkend om te komen tot een transparant stelsel voor de regelgeving over vlees die toeziet op de bescherming van de volksgezondheid), en het informatiebeleid en ICT. Brede inzet op ICT heeft grote invloed op de handelingen die zijn gemoeid met informatieverplichtingen uit wet- en regelgeving. Concrete activiteiten die al zijn belegd op dit terrein zijn: de ontwikkeling van enkele identificerende stelsels via registers en nummers voor aanbieders, verzekeraars en gebruikers van zorg.

Ten slotte kan worden gewezen op het project «Andere Overheid», specifiek gericht op het verminderen van bureaucratie en administratieve lasten voor de burgers.

De leden van de CDA-fractie vroegen om een nadere toelichting op de gekozen hoogte van de no-claimteruggaaf door de regering in relatie tot budgettaire mee- en tegenvallers en in welke sector deze zich voordoen. Bij Voorjaarsnota 2004 is aan de Kamer gemeld dat er in de zorgsector aanzienlijke nieuwe tegenvallers zijn van € 1 miljard ten opzichte van het Centraal Economisch Plan (CEP) 2004. Deze doen zich zowel voor in de AWBZ als in de curatieve zorg. Met een tegenvaller van € 1 miljard is de zorg verantwoordelijk voor het grootste gedeelte van de tegenvallers Rijksbreed. Geconstateerd is dat ondanks de maatregelen 2004 het redresseren van deze tegenvaller niet meer volledig mogelijk is. Om die reden zijn aanvullende maatregelen per 1 januari 2005 noodzakelijk. Een van de maatregelen waarvoor de regering heeft gekozen is de no-claimteruggaaf en het eigen risico op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) op € 250 te stellen. Dit zorgt ervoor dat er € 200 miljoen overdekking is ten opzichte van de budgettaire afspraken die in het verleden zijn gemaakt. Immers de geraamde budgettaire opbrengst van de no-claimteruggaaf in de ZFW en de verhoging van het eigen risico in de Wtz 1998, gecorrigeerd voor de uitvoeringskosten, leidt tot een bedrag van € 1 660 miljoen. De budgettaire afspraken die in het verleden zijn gemaakt, tellen op tot het bedrag van € 1 460 miljoen, daarvan is € 150 miljoen afgesproken bij Strategisch Akkoord, € 1 100 miljoen bij het Hoofdlijnenakkoord en de laatste € 210 miljoen doordat op verzoek van de Tweede Kamer de eigen bijdrage op geneesmiddelen niet is doorgegaan.

Door het stellen van een maximum van € 250 wordt voorkomen dat op andere terreinen binnen de zorg voor € 200 miljoen extra bezuinigd moet worden.

De leden van de fractie van de PvdA merkten op dat de term «no-claim» associaties oproept met autoverzekeringen. Omdat deze leden zich niet konden voorstellen dat de regering geen onderscheid zou maken tussen patiënten en auto's, vroegen zij of deze term wel gebruikt moest worden. De regering is zich ervan bewust dat de term no-claim bij het publiek vooral bekend is uit de autoschadeverzekeringen. Het spreekt voor zich dat de regering onderscheid maakt tussen patiënten en auto's. Dat blijkt ook al uit de veel intensievere bemoeienis van de regering met de ziektekostenverzekeringen zoals de ZFW en in de toekomst de Zorgverzekeringwet, in vergelijking met de autoschadeverzekeringen. Echter, no-claim betekent in feite niet meer dan dat de verzekerde geen kosten vanwege het verzekerde risico bij zijn verzekeraar declareert of laat declareren. Het feit dat verzekerden in een verzekeringsjaar geen of slechts een beperkte aanspraak doen op hun verzekering, doet zich in alle soorten verzekeringen voor. Dat is niet uniek voor auto-schadeverzekeringen. De term no-claimteruggaaf geeft dan ook aan waar het bij deze regeling om gaat, namelijk dat de verzekerde een deel van de

premie terug krijgt indien hij geen of beperkt kosten ten laste van zijn verzekering brengt. Ofschoon de term niet geheel de situatie dekt dat zo weinig kosten ten laste van de verzekering worden gebracht dat er enig recht op teruggaaf blijft bestaan, heeft de regering toch besloten tot deze herkenbare naam. Deze heeft ook de charme van de eenvoud. Het feit dat de term «no-claim» ook gebruikt wordt bij autoverzekeringen staat deze keus niet in de weg. Als dat de argumentatie zou zijn om bepaalde termen niet meer te kunnen gebruiken, zou voor meer termen in de (wettelijke) ziektekostenverzekeringen andere namen gevonden moeten worden.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen of de afname van de collectieve verantwoordelijkheid een aantasting is van de solidariteit in de ziektekostenverzekering en wat de regering verstaat onder «te zware last». De regering benadrukt dat meer financiële verantwoordelijkheid niet betekent dat de solidariteit wordt aangetast. Door de no-claimteruggaaf dragen alle verzekerden indirect de financiële verantwoordelijkheid voor de eerste € 250 aan zorgkosten. Dit nieuwe evenwicht is een solidair evenwicht, waarin de regering het als haar taak ziet de toegankelijkheid tot de zorg te waarborgen. Waarborgen is echter iets anders dan ervoor zorgen dat zorgproducten beschikbaar zijn zonder enige financiële prikkel. De regering houdt bewust solidariteit tussen gezond en ongezond, rijk en arm, oud en jong in stand. Wel vindt de regering dat niet alleen de solidariteit, maar ook de eigen verantwoordelijkheid inhoud en invulling dient te krijgen.

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

Recent zijn de nieuwste kwantitatieve gegevens van de OESO uitgekomen, de OECD Health Data 2004. Uit onderstaande tabel blijkt dat de zorguitgaven in Nederland toegenomen zijn van 8,2% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in 1999 tot 9,1% van het BBP in 2002. Met 9,1% heeft Nederland naar Europese maatstaven nog steeds een gemiddeld niveau, maar de toename is in ons land relatief sterk.

Ook na 2002 is de groei van de zorgkosten in ons land zeer sterk gebleven.

Tabel: Zorguitgaven als percentage van het BBP en toename in procentpunten 1999–2002

	1999	2002	Toename in procentpunten
Switzerland	10,5	11,2	0,7
Germany	10,6	10,9	0,3
France	9,3	9,7	0,4
Sweden	8,4	9,2	0,8
Netherlands	8,2	9,1	0,9
Belgium	8,7	9,1	0,4
Norway	8,5	8,7	0,2
United Kingdom	7,2	7,7	0,5

De leden van de fractie van de PvdA vroegen waarom de verhoging van het eigen risico in de standaardpakketverzekering niet achterwege gelaten kan worden. Dan zou ook de verlaging van de premie achterwege gelaten kunnen worden.

Bij vaststelling van het vergoedingenpakket op grond van de Wtz 1998 is enerzijds aangesloten bij het ziekenfondspakket, anderzijds is rekening gehouden met de kenmerken van particuliere ziektekostenverzekeringen. Het gaat hier immers om een particuliere ziektekostenverzekering. Zo geldt voor de Wtz 1998 al een algemeen eigen risico. Met ingang van

1 januari 2006 is een standaardverzekering voor curatieve zorg voorzien (Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 20). De Wtz 1998 zal dan komen te vervallen. De regering meent dat het niet de voorkeur verdient om voor één jaar een no-claimteruggaveregeling in de Wtz 1998 in te voeren. In plaats daarvan heeft de regering gekozen voor een verhoging van het eigen risico. Geen maatregelen treffen met betrekking tot de Wtz 1998 strookt niet met het Hoofdlijnenakkoord. De regering heeft daar dan ook niet voor gekozen. De leden van de fractie van de PvdA gaven terecht aan dat het ook hier kan gaan om lagere inkomensgroepen. Omdat deze groepen al gewend zijn aan een systeem van eigen risico meent het kabinet dat de liquiditeitsdrempel zich hier niet zal voordoen.

De leden van de VVD-fractie vroegen om een nadere toelichting op de keuze om slechts 25% van de kosten van de huisarts mee te tellen. Door bij de huisartsenzorg uit te gaan van maximaal 25% van de kosten en niet van de volledige kosten, duurt het langer voordat de verzekerde helemaal geen bedrag aan no-claimteruggaaf ontvangt. Dit stimuleert de verzekerde om als het even kan de huisarts te blijven raadplegen en niet onnodig aan te dringen op een verwijzing naar de meer gespecialiseerde en veelal duurere tweedelijnszorg. De kosten van die tweedelijnszorg tellen immers voor 100% mee voor de no-claimteruggaaf waardoor de verzekerde sneller geen enkel bedrag zal terugkrijgen. Deze stimulans voor het gebruik van huisartsenzorg in plaats van tweedelijnszorg blijft ook bij frequent gebruik in stand omdat maximaal 25% van de kosten van de huisartsenzorg worden meegeteld. Hierdoor wordt het maximale bedrag van €250 aan kosten, waarbij geen teruggaaf meer plaatsvindt, immers veel minder snel bereikt.

In antwoord op de desbetreffende vraag van de leden van de VVD-fractie deel ik mede dat de ziekenfondsen aan de verzekerden moeten melden welke zorgconsumptie er heeft plaatsgevonden. Dit is noodzakelijk om de no-claimteruggaaf aan de verzekerde te motiveren. Daarmee krijgt de verzekerde inzicht in zijn zorggebruik. Onder het begrip zorgpas, waarnaar de leden van de VVD-fractie vroegen, worden vaak verschillende zaken verstaan. Het is beter om de term zorgpas uit het oogpunt van het vermijden van misverstanden niet te gebruiken. In dit geval wordt bedoeld op het inschrijvingsbewijs van het ziekenfonds. In de zorgsector is voor het gebruik van identificerende documenten ten behoeve van de voorgenomen identificatieplicht gekozen voor de documenten genoemd in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, waar onder het paspoort en (zodra het concept-wetsvoorstel Wet op de uitgebreide identificatieplicht in werking is getreden) ook het rijbewijs. Iemand die zorg inroept ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen, zal zich dienen te identificeren en zal tevens het inschrijvingsbewijs van het ziekenfonds dienen te overleggen. Aan dit inschrijvingsbewijs, dat een vermoeden van verzekeringsgerechtigdheid geeft, zijn geen identificerende kenmerken of andere functionaliteiten gekoppeld. Dit is ook niet de bedoeling. In Europees verband is besloten dat Europese onderdanen die verzekerd zijn ingevolge een nationaal stelsel van ziektekostenverzekeringen (voor Nederland: de Ziekenfondswet) voor het verkrijgen van zorg buiten hun woonland een Europese zorgverzekeringskaart krijgen. Vooral nog zal deze kaart dienst doen ter vervanging van het E-111 formulier en zal alleen optisch leesbaar zijn. Het Europese streven is erop gericht om in 2008 te komen tot een kaart met elektronische functies. Nederland heeft voor de invoering van de huidige kaart (bij het gebruik van een chip staan de gegevens die de chip bevat ook zichtbaar op de kaart) uitstel bedongen tot 1 januari 2006. De belangrijkste elektronische functie in de toekomst zou zijn dat de verzekeringsgerechtigdheid geverifieerd kan worden. Onbekend is thans nog of deze zorgverzekeringskaart identificerende (en mogelijk biometrische) kenmerken moet hebben.

Bij de verdere ontwikkeling van deze kaart wordt zo mogelijk rekening gehouden met andere ontwikkelingen op dit gebied, zoals het elektronische Nederlandse paspoort (eNIK).

Op het moment is nog niet aan de orde dat de verzekerde met zijn verzekeringskaart on line directe informatie (vergelijk bankinformatie/telebankieren) kan opvragen. Hiervoor zijn de ontwikkelingen, zoals hierboven beschreven, nog te ongewis.

De leden van de SP-fractie spraken hun zorgen uit over het feit dat mensen met lagere inkomens zullen afzien van zorg. De regering begrijpt deze zorg en heeft hier oog voor gehad bij haar afwegingen of een regeling als de no-claimteruggaaf dan wel een eigen risico de voorkeur verdiende. Uiteindelijk heeft de regering gekozen voor de no-claimteruggaveregeling daar hiervoor geldt dat er geen liquiditeitsdrempel is, zodat verzekerden niet hoeven te betalen bij het gebruik van zorg. Daarnaast bevat de no-claimteruggaaf anders dan een eigen risico geen negatieve, maar een positieve stimulans omdat de verzekerde geld uitgekeerd kan krijgen. Hoe verzekerden verder hun eigen verantwoordelijkheid invulling willen geven, staat hen vrij en is geen zaak die de regering zou willen regelen. Voor een onderbouwing van de budgettaire effecten van de no-claimteruggaaf en een toelichting op de keuze voor een maximum van € 250 en de daarmee samenhangende opbrengst en de onderbouwing daarvan verwijst de regering naar het antwoord dat is gegeven op een hiervoor beantwoorde vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de SP-fractie vroegen of er een onnodig beroep wordt gedaan op zorg.

Dit is inderdaad het geval, zoals blijkt uit de onderzoeksresultaten van TNS NIPO en de RVZ. Eerder is hierop in deze nota naar aanleiding van het verslag al uitgebreider ingegaan naar aanleiding van een vraag van de leden van de CDA-fractie. De regering is verheugd over het feit dat leden van de SP-fractie, evenals de regering, onnodige zorgconsumptie, willen tegengaan. De leden van de SP-fractie zien hierin een belangrijke rol voor de huisarts. De regering deelt deze mening. Dat wil zeggen dat huisartsen nu reeds de vrijheid en de mogelijkheid hebben om patiënten op hun verantwoordelijkheid te wijzen bij het onnodig gebruik van zorg. Daarnaast heeft de regering ervoor gekozen de huisarts een plaats te geven in de no-claimteruggaaf. De leden van de SP-fractie vroegen bovendien naar de omvang van gedragseffect dat teweeg wordt gebracht door de no-claimteruggaaf. Dit bedrag is geraamd op € 190 miljoen.

De leden van de SP-fractie wilden weten waarop de conclusie feitelijk is gebaseerd dat het systeem van de no-claimteruggaaf kwalitatief tot een andere uitkomst zal leiden dan een eigen risico.

Anders dan een eigen risico leidt de no-claimteruggaaf niet tot een liquiditeitsdrempel. Bij de no-claimteruggaaf hoeven verzekerden indien zij veel zorg nodig hebben, niet in korte tijd het volledige eigen-risicobedrag te voldoen. De verzekerden betalen immers elke maand via de nominale premie. Daardoor hoeven verzekerden voordat zij medisch zorg invoeren, zich niet af te vragen of zij de rekening wel kunnen voldoen. Daarnaast bevat de no-claimteruggaaf anders dan een eigen risico geen negatieve stimulans omdat de verzekerde die zorg invoert niet hoeft te betalen. De no-claimteruggaaf houdt een positieve stimulans in omdat de verzekerde geld uitgekeerd kan krijgen.

Door het ontbreken zowel van de liquiditeitsdrempel als van de negatieve prikkel, die beide wel vastzitten aan een eigen risico, beperkt de no-claimteruggaaf de financiële toegankelijkheid van de zorg niet wezen-

lijk. Naar de mening van de regering zal daarmee de uitkomst van de no-claimteruggaveregeling kwalitatief anders zijn dan die van een eigen risico.

In antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie wat op dit moment de hoogte van het eigen risico is voor mensen met een standaardverzekering is, merk ik op dat dit bedrag € 53 per verzekerde bedraagt. Voor een Wtz-polis met meer dan een volwassen verzekerde geldt het dubbele bedrag. Op de redenen waarom het eigen risico hier gehandhaafd blijft, verwijs ik naar het antwoord op de vragen daarover van de leden van de fractie van de PvdA. Kort samengevat: de Wtz 1998 kent al een systeem van eigen risico en gelet op de beoogde standaardverzekering voor curatieve zorg per 1 januari 2006, geeft het kabinet de voorkeur aan een verhoging van het eigen risico.

Anders dan de leden van de fractie van GroenLinks stelden, is het wetsvoorstel niet met haast in elkaar gedraaid. De regering is nauwgezet te werk gegaan en heeft na rijp beraap een zorgvuldige keuze voor de no-claimteruggaveregeling gemaakt. De regering is voorts van mening dat in de memorie van toelichting voldoende op de koopkrachteffecten is ingegaan en dat de effectiviteit van het wetsvoorstel voldoende is toegelicht. Ook in de onderhavige nota naar aanleiding van het verslag is nog op deze punten ingegaan.

De leden van de fractie van GroenLinks vinden het onbegrijpelijk dat in de memorie van toelichting niet uitgebreider wordt ingegaan op de remmende werking die de no-claimteruggaaf teweeg brengt. Zij zijn van mening dat het wetsvoorstel leunt op de remmende werking. Zoals hiervoor is geantwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie is het fundament van het wetsvoorstel de eigen verantwoordelijkheid. In de considerans is dit tot uitdrukking gebracht. Daarin staat dat het wenselijk is te bevorderen dat de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet voor de kosten van ingevolge die wet aan hen verstrekte zorg, wordt vergroot.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen waar de bovenmatige zorgconsumptie plaatsvindt en welk beleid de regering hanteert ten aanzien van de eerste en tweedelijnszorg. Ten aanzien van de vragen over bovenmatige zorgconsumptie verwijst de regering naar haar antwoord op eerdere vragen van onder meer de leden van de CDA-fractie en de leden van de SP-fractie. Daarbij is het zo dat bovenmatige zorgconsumptie niet alleen plaatsvindt bij de huisarts, maar in ieder zorgsegment, dus zowel in de eerste- als tweedelijnszorg. De regering maakt derhalve geen onderscheid tussen de eerste en de tweede lijn bij de no-claimteruggaveregeling. De no-claimteruggaaf zal aan het terugdringen van een bovenmatige zorgconsumptie ongetwijfeld bijdragen, maar ook van verzekeraars wordt in dezen een actief beleid verwacht.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen naar de koopkrachtgevolgen van de no-claimteruggaaf.

In het algemene koopkrachtbeeld voor 2005 heeft de no-claimteruggaveregeling een licht positief effect op de koopkracht. Omdat de zorgconsumptie vermindert, daalt de premie (na verrekening met de ontvangen no-claimteruggaaf) per volwassene met € 21. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat volwassen ZFW-verzekerden een gemiddelde no-claimteruggaaf van € 83 ontvangen, omdat zij gemiddeld € 167 aan kosten zullen maken.

De gemiddelde koopkrachteffecten kennen uiteraard een spreiding. Sommige burgers zullen geen teruggaaf ontvangen. In onderstaande tabel is voor hen die geen teruggaaf ontvangen en tevens behoren tot de

laagste inkomens, berekend wat het maximale koopkrachteffect kan zijn. Hierbij is – in de vierde kolom – ook rekening gehouden met fiscale compensatie via de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkomingsregeling voor buitengewone uitgaven.

Uiteraard zullen er ook burgers zijn die de volledige no-claimteruggaaf van € 250 zullen ontvangen. Dit betekent voor de alleenstaanden onder hen een koopkrachtverbetering van € 167. Deze komt bovenop het koopkrachtvoordeel van € 21 als gevolg van de premiedaling. Het totale voordeel komt daarmee op € 188 per volwassen ZFW-verzekerde. Voor samenwonenden is dit bedrag € 376. Ook is weergegeven wat de maximale koopkrachteffecten voor sociale minima zullen zijn, die de maximale no-claimteruggaaf ontvangen. Hierbij is ook rekening gehouden met de afnemende fiscale compensatie via de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkomingsregeling voor buitengewone uitgaven.

Maximale koopkrachteffecten 2005 voor sommige sociale minima¹

	Effect a.g.v. ziektekosten	koopkrachteffect voor compensatie	koopkrachteffect na compensatie
65-min			
alleenstaand	- 62 à +188	- 0,7% à +2,0%	- 0,5% à +2,0%
samenwonend	- 124 à +376	- 0,9% à +2,9%	- 0,8% à +2,5%
65-plus			
alleenstaand	- 62 à +188	- 0,6% à +1,9%	- 0,5% à +1,6%
samenwonend	- 124 à +376	- 0,9% à +2,7%	- 0,8% à +2,5%

¹ De koopkrachteffecten zijn weergegeven op transactiebasis. Dit wil zeggen dat de no-claimteruggaaf die ontvangen wordt in 2006, meegenomen is in het beeld 2005.

Voor verzekerden met een hoger inkomen zijn zowel de negatieve als de positieve koopkrachteffecten minder groot, omdat het maximale bedrag aan extra kosten en het maximale bedrag dat aan no-claimteruggaaf ontvangen kan worden (€ 250) gelijk blijft, terwijl het inkomen waaraan dit wordt gerelateerd hoger is.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen of de regering wil aangeven waar de financiële prikkel voor de burger het meest effectief en gewenst is.

De regering is de mening toegedaan dat het financieel prikkelen van burgers daar dient te gebeuren waar burgers een keuzemogelijkheid hebben. De no-claimteruggaaf is echter niet alleen bedoeld om financieel te prikkelen, maar ook om burgers een eigen verantwoordelijkheid te geven die ze kunnen dragen.

De leden van de fractie van GroenLinks spraken van een interessant VVD-voorstel ten aanzien van de no-claimteruggaveregeling en spreken zelfs van een wijzigingsvoorstel, waarvan ze graag de koopkrachtgevolgen in kaart willen zien. Bedoeld wordt hier het VVD perspectief op de no-claimteruggaaf, waarin een differentiatie plaatsvindt naar leeftijd en geslacht om zodoende burgers te stimuleren bewust om te gaan met zorg. Anders dan de leden van de fractie van GroenLinks zeggen is dit perspectief door de VVD niet als een wijzigingsvoorstel ingediend. De regering heeft de gevraagde informatie dan ook niet tot haar beschikking. Voor de koopkrachtgevolgen van het voorliggende wetsvoorstel verwijs ik naar het antwoord dat hiervoor op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks is gegeven.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen naar de begrotingsregels. De begrotingsregels (Miljoenennota 2004) schrijven voor dat overschrijdingen specifiek gecompenseerd moeten worden. Op pagina 244 staat: «Specifieke compensatie voor () de zorgsector betekent compensatie binnen de betrokken regeling/voorziening of elders in de betreffende budgetdisciplinesector». Eventuele meevallers die bij de no-claimteruggaaf optreden, mogen dus ingezet worden voor compensatie van tegenvallers binnen het BKZ.

De leden van de ChristenUnie-fractie gaven aan dat de aanduiding no-claim bij velen wrevel heeft opgeroepen. Deze leden vroegen daarom of het niet wenselijk is een andere term dan no-claimteruggaveregeling te gebruiken en zij deden de suggestie «teruggaaf voorschot eigen risico» en wilden een reactie op hun voorstel.

In het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de PvdA over de term no-claimteruggaaf heb ik uitgebreid aangegeven waarom de regering hecht aan de gekozen naamgeving. In de suggestie die de leden van de ChristenUnie-fractie doen voor een andere naam, mis ik het element dat de verzekerde geen of beperkte kosten ten laste van zijn verzekering brengt dan wel laat brengen. Dat wordt nu juist aangeduid met het deel «no-claim» in de door de regering gekozen naamgeving. Ik neem de suggestie van deze leden niet over.

Op de vraag daartoe van de leden van de ChristenUnie-fractie bevestigt de regering dat zij voornemens is om een no-claimteruggaveregeling ook in de komende zorgverzekeringswet op te nemen in plaats van een verplicht eigen risico.

Voor het antwoord op de vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie over het eigen risico voor Wtz-verzekerden verwijs ik naar het antwoord op de vragen daarover van de leden van de fractie van de PvdA en van de SP-fractie.

De regering is verheugd met de steun van de leden van de SGP-fractie om de eigen verantwoordelijkheid van burgers te vergroten. De leden van de SGP-fractie stelden de vraag of de no-claimteruggaaf een effectieve bijdrage zal leveren aan de vermindering van de zorgvraag. Hoewel het geraamde volume-effect beperkt is, betreft het nog altijd een bedrag van € 190 miljoen. De leden van de SGP-fractie vroegen tevens naar een nadere onderbouwing van dit effect.

Het volume-effect, ook wel het gedragseffect genoemd, is mede gebaseerd op berekeningen gedaan door het CPB. Het CPB maakt hiervoor gebruik van zijn Zorgmodel, dat wordt gevoed met internationale en nationale (onderzoeks)data. In het CEP 2004 maakt het CPB melding van een gedragseffect van € 0,2 miljard ten gevolge van de invoering van een eigen risico.

In de navolgende tabel is op verzoek van de leden van de SGP-fractie voor de volwassen ziekenfondsverzekerden aangegeven hoeveel zorgkosten zij ongeveer hadden in het afgelopen kalender jaar. Hiervoor zijn kostencijfers uit 2001 gebruikt die zijn opgehoogd met geraamde kostenstijgingen. Navolgende cijfers zijn op verzoek van de leden van de SGP-fractie exclusief huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige hulp.

Zorgkosten	aantal volwassen ziekenfondsverzekerden
0	0,5 mln
0 – €100	2,3 mln
€ 100 – € 150	0,5 mln
€ 150 – € 250	0,7 mln
€ 250 – € 300	0,3 mln
meer dan € 300	4,1 mln
Totaal aantal verzekerden	8,3 mln

De leden van de CDA-fractie vroegen een nadere motivering waarom de huisarts moet worden opgenomen in de no-claimteruggaveregeling. De regering heeft hiervoor verschillende redenen. Ten eerste blijken patiënten onnodig gebruik te maken van de huisarts, waardoor deze te maken heeft met een oneigenlijke werkdruk. De no-claimteruggaaf kan hier iets aan veranderen, omdat verzekerden verantwoordelijkheid krijgen over een deel van de kosten, waardoor ze minder vaak onnodig naar de huisarts zullen gaan. Uit eerder aangehaald onderzoek blijkt dat Nederlanders in 4% van de gevallen zich bewust zijn van het onnodig bezoeken van de huisarts. Dit is gelijk aan 3 miljoen contacten met de huisarts op jaarbasis. Met de no-claimteruggaaf zullen naar verwachting deze onnodige contacten sterk afnemen. Overigens hebben huisartsen aangegeven dat 14% van de zorgvraag waar zij mee te maken krijgen onnodig is. Een no-claimteruggaaf verlicht zodoende naar de mening van de regering de oneigenlijke werkdruk voor huisartsen, waardoor huisartsen zich meer kunnen concentreren op de noodzakelijke zorgvraag.

Ten tweede bezoekt iedere burger wel eens de huisarts ongeacht gezondheid, inkomen of leeftijd. De eerste lijn is één van de medische voorzieningen waarvan het gebruik het meest evenwichtig over de verschillende bevolkingsgroepen is gespreid. Het uitzonderen van de huisarts van de no-claimteruggaaf leidt derhalve tot een zwaardere belasting van de veelgebruikers van zorg. Immers, door het uitzonderen van de huisarts zal de no-claimteruggaaf van de relatief gezonden toenemen omdat de huisarts «gratis» is geworden. Echter, doordat verzekeraars meer no-claimteruggaaf moeten uitkeren aan gezonde burgers (€ 60 miljoen, financieringseffect) en doordat relatief gezonde burgers meer gebruik blijven maken van zorg doordat de meest gebruikte toegang tot de zorg, de huisarts, «gratis» is (eveneens € 60 miljoen, uitgaande van een contacttarief bij de huisarts), hebben ziekenfondsen meer middelen nodig. Het uitzonderen van de huisarts leidt zodoende tot een stijging van de nominale ZFW-premie. De veelgebruikers van zorg zien zodoende hun premie stijgen, zonder dat zij profiteren van een hogere no-claimteruggaaf.

Ten derde leidt het uitzonderen van de huisarts tot een budgettaire derving, zoals hiervoor is aangegeven, die vooral het geraamde volume-effect van de no-claimteruggaveregeling zwaar onder druk zet. Het totale verwachte volume-effect is geraamd op € 190 miljoen. Door het uitzonderen van de huisartsenzorg op de no-claimteruggaaf zal het volume-effect sterk afnemen. Die budgettaire derving die optreedt, zal gedekt moeten worden door ombuigingen elders in de gezondheidszorg. Dit alles afwegend heeft de regering besloten om de kosten van de huisartsenzorg mee te nemen in de no-claimteruggaveregeling. Uiteraard heeft de regering daarbij, net als de leden van de CDA-fractie, oog gehad voor de toegankelijkheid van deze zorgvorm en het belang van de huisarts daarbij. Om die reden tellen de kosten van huisartsenzorg niet volledig mee bij de no-claimteruggaaf maar voor maximaal 25%. Zoals ik hiervoor heb aangegeven in antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie gaat hiervan een stimulans uit voor de verzekerden om gebruik te blijven maken van de huisartsenzorg en zich niet onnodig te laten verwijzen naar de tweedelijnszorg.

De leden van de CDA-fractie wilden weten of de gewenste verandering van de structuur van de huisartsenhonorering op een zodanig tijdstip kan plaatsvinden dat, mede gelet op de noodzakelijke aanpassing van de Wet tarieven gezondheidszorg, invoering per 1 januari 2005 mogelijk is. Zij vroegen of de regering hier nader op in kan gaan en meer inzicht kan geven in de nu voorgestane honoreringsstructuur huisartsen-geneeskunde. Ook vroegen zij of de regering de zorg van Zorg-

verzekeraars Nederland (ZN) in de brief van 8 april 2004 deelt over de elektronische aanlevering bij een nieuwe honoreringsstructuur door huisartsen en als die regering die zorg deelt, wat dat betekent voor de administratieve lasten.

In antwoord hierop deel ik mede dat de besluitvorming rondom het nieuwe bekostigingssysteem huisartsen nog niet definitief is, maar dat invoering van een (gedeeltelijk) consultsysteem huisartsenzorg per 1 januari 2005 mogelijk is. De regering is voornemens in de maand juni het College tarieven gezondheidszorg (CTG) een verzoek om een uitvoeringstoets hieromtrent te doen toekomen.

De ICT-leveranciers hebben te kennen gegeven een half jaar aan voorbereidingstijd nodig te hebben, inclusief de implementatie bij de huisartsen. Inmiddels zijn de relevante ICT-leveranciers op de hoogte gesteld van de noodzakelijke werkzaamheden, waardoor een digitale aanlevering en registratie van consulten per 1 januari 2005 kan worden gegarandeerd. De regering is voornemens per 1 januari 2005 het huisartsenbekostigingssysteem te wijzigen. De wijziging zal alleen plaatsvinden in het ziekenfondsdeel, waarbij wordt gekozen voor een gemengd systeem. Dit houdt in dat naast het abonnement een deel van de bekostiging wordt gekoppeld aan het bezoek in de vorm van een consulttarief. Tevens zal, overeenkomstig het gezamenlijk plan van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en ZN, de invoering van het praktijkplan een feit zijn. Dit zal in de vorm van een experiment gaan plaatsvinden en zal slechts een «oefening» zijn voor een latere definitieve invoering.

Het gemengde systeem zal op korte termijn leiden tot een verzwaring van administratieve lasten/beheerskosten, aangezien twee systemen naast elkaar worden gehanteerd. Een reden waarom vooralsnog voor een gemengd systeem per 2005 wordt gekozen, is dat er zodoende een geleidelijke overgang ontstaat naar de nieuwe zorgverzekeringswet. Het is een degelijke tussenstap in de juiste richting naar een toekomstbestendige bekostiging van de eerste lijn. Het is tevens in lijn met het gezamenlijke voorstel van ZN en de LHV, waarin tevens gepleit wordt voor het «gemengde systeem».

De leden van de CDA-fractie gaven aan dat volgens hen het besparingsverlies van het uitzonderen van de huisarts kan worden gedekt uit een meevaller. De leden van de CDA-fractie noemen hiervoor de meevaller van € 200 miljoen die de no-claimteruggaveregeling meer opbrengt, dan de € 1 460 miljoen die de resultante is van de afspraken gemaakt bij Strategisch Akkoord, Hoofdlijnenakkoord en het niet doorgaan van de eigen bijdrage geneesmiddelen. Gezien de kostenstijging in de zorg heeft de regering zich genoodzaakt gezien de no-claimteruggaaf te stellen op € 250. De € 200 miljoen hogere opbrengst dan de eerder afgesproken € 1 460 miljoen zal worden ingezet ter dekking van de structurele tegenvallers in de zorg zoals gemeld in de Voorjaarsnota 2004. Ook deze compensatie vloeit voort uit de budgettaire afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord.

Een mogelijke dekking voor het besparingsverlies van € 120 miljoen, die ontstaat als de huisarts wordt uitgezonderd, is een verhoging van de no-claimteruggaaf en het eigen risico ingevolge de Wtz 1998 van € 250 naar € 270.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de vaststelling van de nominale premie. De nominale rekenpremie wordt door de minister van VWS vastgesteld. Bij de vaststelling wordt rekening gehouden met de effecten van de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Deze effecten zijn mede door het CPB geraamd. De zorgverzekeraar stelt uiteindelijk de nominale premie vast. Daarbij houdt de zorgverzekeraar met verschillende effecten rekening, zoals de verwachte schadelast per verzekerde. Dat is overigens elk jaar het geval.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de regering het criterium «geen te zware last met zich meebrengen» net als de Europese Code stelt op 25%.

Door het sui-generis karakter van de no-claimteruggaveregeling ziet de regering het 25%-criterium vooral als een toetsingscriterium voor de last die de Nederlandse overheid op de burger legt. Aangezien het budgettaire beslag van een no-claimteruggaaf van € 250 een beperkte 9% is, is hier ruimschoots aan voldaan.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de betekenis van gemiddeld en de betekenis hiervan voor de inkomensgroepen. Gemiddeld wil zeggen dat voor de verzekerden tezamen het gemiddelde 25% is. Er zijn daarmee individuele verzekerden die mogelijkterwijls op een hoger van wel lager percentage. Dit is overigens niet afhankelijk van het inkomen van de verzekerde, maar van de zorgkosten. Indien bijvoorbeeld iemand voor precies € 250 aan zorgkosten maakt, dan verliest deze persoon een no-claimteruggaaf van € 250. Er zou zodoende gesteld kunnen worden dat de individuele bijdrage van deze verzekerde 100% bedraagt van de gemaakte zorgkosten – dit los van de betaalde premie. Indien iemand voor € 10 000 aan zorgkosten maakt, dan ontvangt deze persoon geen no-claimteruggaaf van € 250. Er zou dan gesteld kunnen worden dat de individuele bijdrage 2,5% is. Het percentage van 25 heeft zodoende geen enkele relatie met de inkomensgroepen.

De leden van de PvdA vroegen of, en zo ja waarom, de vormgeving van de no-claimteruggaveregeling zo is gekozen dat het criterium van 25% niet van toepassing hoeft te zijn, gezien vanuit internationaal oogpunt. De belangrijkste redenen om voor de no-claimteruggaveregeling te kiezen en niet voor een alternatief waren, zoals ook is verwoord in de memorie van toelichting, het voorkomen van het liquiditeitseffect en lagere administratieve lasten.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen op basis van welke parameters de no-claimteruggaaf jaarlijks zal worden geïndexeerd. Ook vroegen zij of daarbij rekening zal worden gehouden met andere uitgaven voor de zorg, met de omvang van het verzekerde pakket en met de eigen bijdrage voor verschillende vormen van zorg.

Het indexcijfer dat zal worden gehanteerd is hetzelfde indexcijfer waarmee ook het wettelijk minimumloon en de daaraan gekoppelde uitkeringen worden aangepast. Daarbij wordt geen rekening gehouden met andere uitgaven voor zorg, zorg die niet in het pakket zit dan wel eigen bijdragen. Deze kosten vallen immers buiten de no-claimteruggaaf.

De leden van de SP-fractie vinden het onwenselijk dat een drempel wordt opgeworpen voor de huisartsenzorg, juist omdat deze zorg duurdere zorg kan voorkomen. Zij wilden graag een reactie op deze stellingname. Op deze kwestie is de regering al in een hiervoor gegeven antwoord op een vraag de leden van de CDA-fractie ingegaan. De kosten die verbonden zijn aan een telefonisch consult vallen ook onder de kosten van huisartsenzorg die voor maximaal 25% zullen meetellen voor de no-claimteruggaaf.

In antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie deel ik mede dat, zoals in de memorie van toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel is aangegeven, de berekening van de verhoging van de nominale premie uitsluitend betrekking heeft op de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Andere ontwikkelingen die mogelijk invloed hebben op de hoogte van nominale premie zijn daarbij buiten beschouwing gelaten. De leden van de SP-fractie zien het juist dat het niet vaststaat dat de verhoging van de nominale (reken-)premie per 1 januari 2005 € 63 zal bedragen. Bovendien stellen de ziekenfondsen zelf de hoogte van hun nominale premie vast. Zij kunnen zelfstandig besluiten hun nominale

premie met een ander bedrag aan te passen dan deze berekende verhoging vanwege de no-claimteruggaaf. (NB vraag 69) De leden van de fractie van GroenLinks wilden weten of de regering heeft overwogen om de eigen bijdragen die binnen de ZFW bestaan eveneens in de no-claim op te nemen. Dit zou naar de mening van deze leden kunnen gebeuren met als randvoorwaarde dat het budgettair neutraal zou moeten plaatsvinden. Naar aanleiding van deze vraag merk ik op dat de regering inderdaad heeft nagegaan wat de betekenis van de invoering van de onderhavige regeling zou moeten zijn voor de bestaande eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering. De regering heeft besloten de bestaande eigen bijdragen te handhaven. Daarbij was vooral de overweging bepalend dat deze eigen bijdragen hun bestaansgrond vinden in het besparingsmotief en het motief van medefinanciering. Bij geneesmiddelen geldt dat het gaat om een vermijdbare eigen bijdrage. De aanleiding voor de invoering van deze eigen bijdragen is daarom een andere dan die voor de invoering van een no-claimteruggaaf. Hierbij is immers vooral de vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden de aanleiding. Gelet hierop is besloten de bestaande eigen bijdragen niet in de no-claim op te nemen.

De leden van de ChristenUnie-fractie gaven aan geen voorstander te zijn van het meenemen van de huisarts in de no-claimteruggaaf. Zoals de regering al heeft gemotiveerd wil zij de huisarts meenemen in de no-claimteruggaaf. Dit omdat een uitzondering van de huisarts slechts voordelig is voor de relatief gezonden, terwijl de chronische zieken te maken krijgen met een premiestijging.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateerden dat eigen bijdragen voor ZFW-verstrekingen niet meetellen in de no-claimkorting. Zij hadden hier om verschillende redenen bezwaar tegen. Zij vroegen of er uit onderzoek aanwijzingen zijn die erop wijzen dat een dubbele prikkel een dubbel volume-effect oplevert. Ook richtte het bezwaar van deze leden zich op de inkomenseffecten als gevolg van de stapeling van eigen betalingen. Zij vroegen de regering te 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 voor zover het chronisch gebruik betreft.

Naar aanleiding van deze vragen merk ik op dat de regering bewust gekozen heeft voor een no-claimteruggaveregeling. Dit systeem ondervangt de nadelen waar de leden van de ChristenUnie-fractie op doelen. Immers, de no-claimteruggaveregeling gaat er vanuit dat verzekerden een hogere nominale premie betalen die zij, indien zij geen gebruik maken van medische voorzieningen, terug kunnen krijgen. Bij een eigen risico betalen verzekerden niet alleen een nominale premie maar indien zij gebruik maken van medische voorzieningen, ook het totale eigen risicobedrag. Verzekerden krijgen daardoor voordat zij een hulpverlener raadplegen te maken met een liquiditeitsdrempel. In het antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie die vroegen of de regering had overwogen de bestaande eigen bijdragen te betrekken bij de no-claimteruggaveregeling heb ik al uiteengezet dat deze eigen betalingen vooral een ander doel hebben. Ik verwacht niet dat deze eigen bijdragen en de no-claimteruggaveregeling een dubbel volume-effect zullen opleveren. In het licht hiervan is er ook geen reden om de eigen betalingen voor de door deze leden genoemde verstrekingen buiten de no-claimteruggave te houden voor zover het chronisch gebruik betreft. Uiteraard blijft daarbij het bedrag dat de verzekerde voor deze verstrekingen aan eigen bijdrage betaalt, buiten beschouwing.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen een reactie op het voorstel van de KNMP over de zelfzorgmiddelen voor chronische gebruikers.

Hierover kan ik mededelen dat er momenteel overleg plaatsvindt met onder meer de KNMP over mogelijkheden tot aanpassing van de zelfzorgmaatregel om de negatieve effecten voor chronische patiënten te verminderen. Er is echter nog geen sprake van een concreet voorstel en een eventuele operationalisering van het «chronische gebruik» is daarom niet aan de orde.

De leden van de ChristenUnie-fractie stelden dat indien de huisarts niet meetelt in de no-claimteruggaaf de prikkel groter zal zijn om allereerst de huisarts te raadplegen, dan in het voorstel van de regering. Indien iets «gratis» is, dan is het inderdaad aantrekkelijker dan indien er een bescheiden bijdrage in de kosten wordt gevraagd. De kans is echter reëel dat burgers ook meer «gratis» goederen halen, dan zij nodig hebben. Door de huisarts te betrekken bij de no-claimteruggaaf kan dit worden voorkomen.

In antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie heeft de regering aangegeven dat het uitzonderen van de huisarts leidt tot een besparingsverlies van € 120 miljoen. Deze zal elders binnen de zorg gedekt moeten worden.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de SGP-fractie hoe de regering is gekomen tot de keuze om de kosten van de huisartsenzorg voor 25% mee te laten tellen, verwijs ik naar het hiervoor gegeven antwoord op de desbetreffende vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SGP fractie vroegen naar het percentage van 25%, de totstandkoming daarvan en of de huisarts niet beter buiten beschouwing kan blijven. De regering heeft in antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie en de leden van de fractie van de PvdA gemotiveerd waarom zij geen voorstander is van het uitzonderen van de huisarts en is daarbij ook ingegaan op de achtergrond van het genoemde percentage.

De leden van de SGP-fractie vroegen of het feit dat in de wettekst gesproken wordt van een percentage van maximaal 25% voor huisartsenbezoek betekent dat ook een lager percentage wordt gekozen en wie dat bepaalt.

In antwoord hierop deel ik mede dat naar verwachting er per 1 januari 2005 deels een consult- en deels een abonnementstarief zal worden ingevoerd. Het wetsvoorstel regelt dat maximaal 25% van het gebruik van de kosten van huisartsenzorg in aanmerking wordt genomen. Dit betekent dat slechts 25% van de kosten van het consulttarief meetelt voor de vaststelling van de no-claimteruggaaf. Het abonnementsdeel staat immers los van het gebruik. Omdat nog niet precies bekend is hoe de berekening van de 25% in de amvb vorm gegeven zal worden en of dit exact 25% is, is in het wetsvoorstel voor de zekerheid het woord «maximaal» gebruikt. Bovendien biedt dat de mogelijkheid om een lager percentage te hanteren voor bijvoorbeeld de weekend- en avondhulp, waarvoor een hoog tarief geldt.

Alternatieven

De leden van de SGP-fractie vroegen naar een alternatief met een bijdrage van 50%.

In de ogen van de regering is een dergelijk alternatief niet aan de orde, omdat voor een gelijke budgettaire opbrengst dan een hoger maximum noodzakelijk is. Dit zou met name ten koste gaan van de veelgebruikers van zorg, omdat zij ook een hoger maximum veelal vol zullen maken. De relatief gezonden zouden juist beter af zijn, omdat van de kosten die ze maken, slechts de helft in mindering wordt gebracht op de no-claimteruggaaf.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar het bestaan van een no-claimteruggaveregelingsregeling in Duitsland. Voor zover bekend, is in de Duitse sociale verzekeringen niet een specifieke no-claimteruggaveregelingsregeling werkzaam. Wel is het zo dat er voor verzekerden mogelijkheden zijn om een financieel voordeel te krijgen. Bijvoorbeeld als iemand actief voorzorgsmaatregelen neemt door deel te nemen aan erkende preventieprogramma's, of als voor het raadplegen van een specialist eerst de huisarts wordt geraadpleegd. Veel van dergelijke bonusregelingen schijnen op dit moment echter nog in ontwikkeling te zijn.

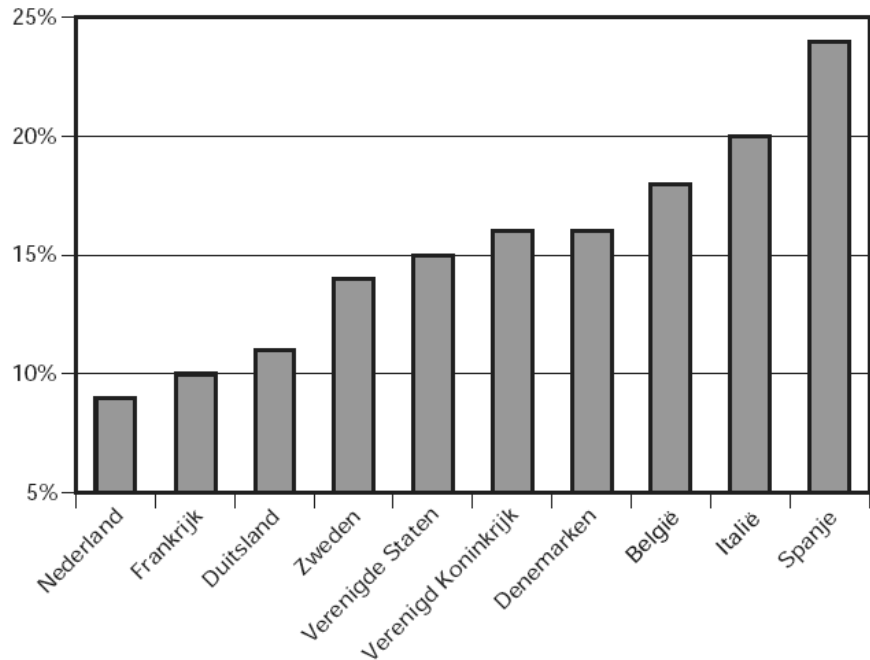
De leden van de VVD-fractie vinden een zin uit de memorie van toelichting niet helder en vragen om een toelichting. Het betreft de volgende zin: «De betekenis dat bij de vaststelling van de no-claimteruggaaf slechts maximaal 25% van de zorgkosten van de huisarts wordt meegenomen». Deze zin is inderdaad niet helder. Allereerst niet omdat een zin ontbreekt die aan die zin vooraf had moeten gaan. De zin die ontbreekt luidt: Bovendien wordt het budgettaire beslag van de no-claimteruggaveregelingsregeling bij de huisarts beperkt tot gemiddeld genomen 25%. Deze zin staat wel in het nader rapport. Ten tweede omdat het eerste woord van de zin niet juist is. Het woord «De» had moeten zijn: Dit.

De leden van de SP-fractie vroegen waar de overtuiging van de regering vandaan komt dat de no-claimteruggaveregelingsregeling spoort met de IAO-verdragen en de Europese Code en of er een toetsing van de regeling heeft plaatsgevonden. Deze leden vroegen voorts wat de reden is dat het criterium van 25% op deze alternatieve vorm van eigen risico niet van toepassing zou zijn, en of dan de kans bestaat dat dit criterium wordt losgelaten. De IAO-verdragen en de Europese Code stellen uitsluitend normen ten aanzien van de «klassieke» eigen betalingen. Met deze normen worden de grenzen aangegeven waarbinnen eigen betalingen voor medische zorg zijn toegestaan. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven is de no-claimteruggaaf in relatie tot de desbetreffende verdragen een onbekend fenomeen. Feitelijke toetsing aan de verdragen door de toezichthoudende deskundigencomité's is eerst mogelijk nadat het voorliggende wetsvoorstel tot wet is verheven. Voordien is toetsing alleen op informele basis met vertegenwoordigers van de Raad van Europa en de IAO mogelijk. Een dergelijke informele toets heeft recent plaatsgevonden. Deze vertegenwoordigers menen dat de no-claimteruggaveregelingsregeling niet is aan te merken als een eigen bijdrage in de zin van de normverdragen en aldus spoort met de betreffende normverdragen. Hoewel het hierbij dus gaat om een informeel, niet verbindend oordeel, speelt een dergelijk oordeel in het algemeen een grote, zo niet doorslaggevende rol bij de latere formele beoordeling van de betreffende deskundigencomité's. De regering ziet geen reden om het criterium van 25% los te laten.

In antwoord op de desbetreffende vraag van de leden van de fractie van Groen Links deel ik mede dat de 25% geen betrekking heeft op de premie.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen naar een relatieve vergelijking van de eigen betalingen met de ons omringende landen. De hieronder staande figuur is afkomstig uit de Rijksbegroting 2004 Volksgezondheid, Welzijn en Sport, figuur 4.

Figuur: Eigen betalingen als aandeel in de zorgkosten



Naast de relatieve vergelijking vragen de fractieleden van Groen Links of de regering bekend is met de maxima die in de verschillende landen gelden. De regering is slechts in beperkte mate op de hoogte van de details.

In Duitsland gelden inkomensafhankelijke maxima. Zij die voldoen aan de criteria voor een chronische zieke, betalen 1% van het inkomen op jaarbasis, voor de anderen geldt een percentage van 2%.

In België kent men de «Maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging» (MAF). Dit is een federale overheidsmaatregel die garandeert dat de financiële last van gezondheidszorg voor een gezin tot een bepaald bedrag beperkt wordt. Voor de MAF komen in aanmerking de remgelden voor curatieve zorg. Voor patiënten met een chronische ziekte en voor minder draagkrachtige gezinnen kan de MAF de garantie op zorg geven zonder tot te grote financiële aderslatingen te leiden. Bovendien gelden aangepaste eigen bijdragen in hotelkosten voor de kwetsbare groepen. De plafonhoogten van de MAF per inkomensgroep zijn in onderstaande tabel weergegeven (in euro's):

Inkomensgrenzen (in €'s)	Plafonhoogte in België (in €'s)
Tot 14 178,07	450
14 178,08 – 21 796,13	650
21 796,14 – 29 414,21	1 000
29 414,22 – 36 714,86	1 400
36 714,87 – 52 480,02	1 800
Vanaf 52 480,03	2 500

In Frankrijk is geen maximum. Wel zijn 30 ziekten uitgezonderd van eigen betalingen. Verder heeft de overheid in 2000 de Couverture Maladie Universelle (CMU) ingevoerd. Verzekerden met een inkomen onder de € 9 876 krijgen een gratis herverzekering van de eigen betalingen aangeboden. In 2002 maakte 8% van de Franse bevolking aanspraak op deze regeling. De OECD schrijft in een recent verschenen rapport *Towards*

High-Performing Health Systems (OECD, 2004) dat het gebruik aan zorg sinds de invoering van de regeling sterk gestegen is en dat de totale kosten van de CMU in 2002 € 1,2 miljard bedroegen. De gemiddelde uitgaven voor CMU-gerechtigden liggen ongeveer 20% hoger dan voor personen zonder deze gratis aanvullende verzekering.

Ierland heeft de bevolking in categorieën ingedeeld. Categorie 1 – ca 35% van de bevolking – betaalt geen eigen bijdrage voor huisarts, specialist, ziekenhuis of medicijnen. Categorie 2 heeft wel eigen bijdragen tot een bepaald maximum.

In Zweden is de eigen bijdrage afhankelijk van het inkomen. Voor medische zorg (artsen in de eerste lijn en specialisten) bedraagt de eigen bijdrage respectievelijk € 17 en € 28.

Het systeem van eigen bijdragen verschilt in Spanje van regio tot regio. Over het algemeen worden gepensioneerden en chronisch zieken groten-deels ontzien van eigen bijdragen.

Tot slot heeft ook Italië een inkomensgerelateerde uitzondering van de betaling van eigen bijdragen.

Voor een nadere beschrijving van de regelingen in België en Frankrijk wordt verwezen naar een eerdere publicatie van het ministerie van VWS, *Eigen betalingen in perspectief* (2001).

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen hoe het uitgangspunt van de IAO-verdragen en de Europese Code, namelijk dat eigen bijdragen nadrukkelijk dienen te worden onderscheiden van premiebetalingen zich verhoudt tot de voorgestelde no-claimteruggaveregeling. Ten aanzien van eigen bijdragen enerzijds en premiebetalingen anderzijds stellen de normverdragen afzonderlijke normen. Voor eigen bijdragen geldt in het algemeen dat zij een niet te zware last dienen te vormen voor mensen met een smalle beurs en wat betreft de premiestelling dient rekening te worden gehouden met de betalingscapaciteit van de beschermde personen. Met de no-claimteruggaveregeling is aangesloten bij de normen die zijn gesteld voor eigen bijdragen.

Deze leden vroegen voorts of de regeling is voorgelegd aan de instanties binnen de IAO en de Raad van Europa die bevoegd zijn nationale regelingen te toetsen aan de verdragen en of de kans aanwezig is dat een toezichthoudende instantie de regeling alsnog als strijdig met de verdragen en de Europese Code beoordeelt. Voor een antwoord hierop verwijs ik naar mijn antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen naar de wijze waarop de regering het percentage van 25% hanteert.

De regering hanteert het percentage macro. Het budgettaire beslag van de no-claimteruggaveregeling is beperkt tot 9% van de zorguitgaven in het kader van de ziekenfondsverzekering.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen terecht om een passage die op pagina 4 van de memorie van toelichting is weggefallen. Het gaat om een zin die voor de laatste zin op die pagina had moeten staan. Deze zin luidt: Bovendien wordt het budgettaire beslag van de no-claimteruggaveregeling bij de huisarts beperkt tot gemiddeld genomen 25%. Het gaat om dezelfde zin die staat in het nader rapport (Kamerstukken II 2003/04 29 483 nr. 5, pagina 6).

De laatste zin op pagina 4 van de memorie van toelichting hoort bovendien te beginnen met het woord «Dit» en niet met «De». Deze laatste fout is ook in het nader rapport gemaakt.

Verder verwijs ik ook naar het antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie over deze passage.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen voorts of zij het goed begrijpen dat de internationale verdragen uitsluiten dat verloskundige zorg en kraamzorg worden betrokken in een eigen bijdrageregeling. De regering merkt op dat op grond van internationale verdragen voor verloskundige hulp en kraamzorg waarbij sprake is van een medische indicatie voor ziekenhuisopname, een eigen bijdrage niet is toegestaan.

De SGP-fractie vragen of de verwachting van de regering dat de no-claim regeling naar letter en geest spoort met de internationale verplichtingen is gebaseerd op raadpleging van de toezichthoudende organen, of dat zij enkel het oordeel is van de Nederlandse regering.

Recent heeft informeel overleg plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de IAO en de Raad van Europa. Deze vertegenwoordigers menen dat de no-claimteruggaveregeling niet is aan te merken als een eigen bijdrage in de zin van de normverdragen en aldus spoort met de betreffende normverdragen. Hoewel het hierbij dus gaat om een informeel, niet verbindend oordeel, speelt een dergelijk oordeel in het algemeen een grote, zo niet doorslaggevende rol bij de latere formele beoordeling van de betreffende toezichthoudende deskundigencomité's. Feitelijke toetsing aan de verdragen door de deskundigencomité's is eerst mogelijk nadat het voorliggende wetsvoorstel tot wet is verheven.

Wijze van uitvoering

De leden van de SGP-fractie vroegen of het niet meer in de lijn met de wijze van betaling van de premie zou zijn als ook de betaling van de no-claimteruggaaf aan de hoofdverzekerde zou geschieden en niet aan de medeverzekerde. Vanwege de persoonlijke levenssfeer heeft de regering daar niet voor gekozen. Bovendien meent de regering dat het de verzekerde zelf moet zijn die beslist over het wel of niet ontvangen van zorg en dat de prikkel daartoe bij de verzekerde en niet bij een ander moet liggen.

Uitvoerbaarheid

De leden van de fractie van GroenLinks wilden de laatste stand van zaken weten met betrekking tot de wijziging van de bekostiging van de huisarts. Tevens vroegen deze leden naar de samenhang met de no-claimteruggaveregeling mede in het licht van een eventuele wens van een meerderheid van de Kamer om de huisartsenzorg buiten de no-claim te laten vallen.

De invoering van een bekostigingssysteem huisartsen per 1 januari 2005 is niet onlosmakelijk verbonden met de no-claim. Los van de no-claim uitvoering zal het bekostigingssysteem huisartsen gewijzigd moeten worden in verband met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en het belang de beleidsvisie eerstelijnszorg te ondersteunen door middel van een geschikt bekostigingssysteem. Hierbij wordt primair uitgegaan van zorginhoudelijke overwegingen.

De huidige financieringswijze van de huisartsenzorg is ingewikkeld en voor een belangrijk deel gericht op het contracteren en financieren van zorgverleners als solist. Het bekostigingssysteem zal betere prikkels moeten bevatten en meer ruimte moeten laten voor lokale differentiatie. Uiteindelijk is het doel een flexibel en prestatiegericht bekostigingssysteem te ontwikkelen dat aansluit bij de gehele eerste lijn. Uiteraard is een voorwaarde voor het bekostigingssysteem in 2006 dat het aansluit bij de nieuwe zorgverzekeringswet.

Aangezien de gevolgen voor de betrokken partijen redelijk groot zijn en een forse inspanning geleverd moet worden, zal deze zojuist genoemde doelstelling stapsgewijs nagestreefd worden.

De totstandkoming van het nieuwe bekostigingssysteem van huisartsen wordt in de vorm van aanvraag voor een uitvoeringstoets aan het CTG

voor de zomer in gang gezet. Voor de start van het reces ontvangen de leden van de Tweede Kamer de plannen voor de aanpassingen van bekostiging van huisartsen, vergezeld van dit verzoek om een uitvoeringstoets. Voor een korte inhoudelijke beschrijving verwijs ik naar het hiervoor gegeven antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie hierover.

Persoonlijke levenssfeer

Anders dan de leden van de fractie van GroenLinks is de regering van mening dat de no-claimteruggaveregeling niet een wezenlijke financiële rem betekent voor de zorgconsumptie. In de memorie van toelichting is deze opvatting duidelijk uiteengezet. Wel is de constatering van deze leden dat de no-claimteruggaveregeling niet geldt voor verzekerden jonger dan 18 jaar correct. Dit komt omdat er een directe koppeling is tussen het verschuldigd zijn van de nominale ziekenfondspremie en het recht op no-claimteruggaaf. De reden voor deze koppeling is dat de onderhavige teruggaveregeling er van uit gaat dat verzekerden een deel van nominale premie kunnen terug ontvangen. Verzekerden voor wie geen nominale premie verschuldigd is, kunnen daarom ook geen deel van die premie uitgekeerd krijgen en zijn daarom uitgesloten van de no-claimteruggaaf.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen zich af of het voor burgers niet interessant is om over te stappen naar een ander ziekenfonds net voordat er zorgconsumptie wordt gepleegd.

Verzekerden kunnen in gevolge artikel 17, tweede juncto eerste lid, van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering overstappen met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar. Daarnaast kan de verzekerde overstappen indien het ziekenfonds de hoogte van de nominale premie wijzigt en de verzekerde niet langer mede-, maar hoofdverzekerde is geworden. Verzekerden kunnen dus niet overstappen naar een ander ziekenfonds alleen maar omdat zij zorgconsumptie verwachten. De regering heeft juist voor de huidige vormgeving gekozen om zo min mogelijke administratieve lasten te veroorzaken.

In antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie 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 merk ik op dat de no-claimteruggaaf niet geldt voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Zij betalen immers ook geen nominale premie. Meeverzekerde kinderen boven de 18 jaar betalen wel een nominale premie. Voor hen geldt dus de no-claimteruggaaf. Voor deze medeverzekerden is de kwestie van de persoonlijke levenssfeer dus relevant. De regering sluit niet uit dat opvattingen over bepaalde zaken kunnen verschillen. De regering heeft er daarom voor gekozen de regeling zo in te richten dat deze daarop geen inbreuk maakt. Eenzelfde situatie kan zich voordoen bij echtgenoten of partners die medeverzekerde zijn. Het onderscheid «hoofdverzekerde» en «medeverzekerde» is dus bij deze regeling niet aan de orde. De leden van de SGP-fractie gaan er vanuit dat het feit dat de hoofdverzekerde de premie betaalt ook met zich brengt dat de medeverzekerde er geen bezwaar tegen heeft dat inzicht bestaat in de genoten zorg.

De regering heeft zich op het standpunt gesteld dat betrokkenen zelf dienen uit te maken of en in hoeverre een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer aanvaardbaar wordt geacht.

In antwoord op de vraag daarover van de leden van de ChristenUnie-fractie merk ik op dat ziekenfondsverzekerden niet vanwege behoud van no-claimgelden kunnen overstappen naar een ander ziekenfonds. Zoals ik

hiervoor heb aangegeven, kunnen verzekerden in gevolge artikel 17, tweede juncto eerste lid, van het Inschrijvingsbesluit ziekenfonds-verzekering met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar overstappen naar een ander ziekenfonds. Daarnaast kan de verzekerde overstappen indien het ziekenfonds de hoogte van de nominale premie wijzigt en de verzekerde niet langer mede-, maar hoofdverzekerde is geworden. Een vluchtgedrag wordt dan ook niet door de regering verwacht.

Bezwaar en Beroep

De leden van de SP-fractie vroegen of het niet voorbarig is 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. Ze vroegen ook of er een grens is wat de toename wel mag zijn. De regering acht het gewenst om bij een maatregel ook de gevolgen met betrekking tot bezwaar en beroep in oogen-schouw te nemen en de ingeschatte gevolgen mee te laten wegen bij de beslissing om een maatregel te nemen. Alles afwegende is de regering tot de conclusie gekomen zoals hiervoor is aangegeven. De regering heeft daarbij niet een grens van toelaatbaarheid gedefinieerd.

Administratieve lasten

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de relatie tussen de no-claimteruggaaf, de zorgtoeslag, de lastenmaximalisatie en de fiscale administratie. Aangezien de invoering van de no-claimteruggaveregelings is voorzien per 1 januari 2005 en de introductie van de zorgtoeslag per 1 januari 2006, is er uit een oogpunt van lastenmaximalisatie in 2005 geen relatie tussen deze beide instrumenten. De no-claimteruggaveregelings wordt vanzelfsprekend betrokken bij het bepalen van het inkomens- en koopkrachtbeeld over 2005.

Bij het vaststellen van de zorgtoeslag in 2006 ligt het in de rede om rekening te houden met de dan inmiddels geldende no-claimteruggaaf. De no-claimteruggaveregelings sluit overigens aan op fiscale regelingen als de buitengewone uitgavenregeling op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001 en in het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgavenregeling (Tbu).

De leden van de SP-fractie vroegen wat het nut en noodzaak is om een regeling in te voeren waarvan al bij voorbaat vaststaat dat de administratieve lasten zullen gaan stijgen.

Met de no-claimteruggaveregelings beoogt de regeling de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden te vergroten. Daarnaast wordt bereikt dat verzekerden meer afgewogen gebruik gaan maken van medische zorg wat zal leiden tot gemiddeld lagere kosten.

Op het punt van de administratieve lasten houdt het beleid van de regering niet in dat elke regeling die dergelijke lasten met zich meebrengt op voorhand wordt afgewezen, maar dat bij maatregelen wordt gezien hoe deze met zo min mogelijk administratieve lasten gepaard kunnen gaan. Voorts wordt ook goed gekeken naar alternatieven waarmee dezelfde doelstelling kan worden bereikt met de geringste administratieve lasten. Dit proces is ook bij de totstandkoming van de no-claimteruggaaf gevolgd. Zoals in de memorie van toelichting is vermeld, zijn ook de administratieve lasten van de diverse alternatieven daarbij uitvoerig afgewogen en zijn deze het laagst bij de no-claimteruggaaf.

De leden van de SP-fractie vroegen of er onderzoeken bekend zijn waaruit blijkt dat mensen bewust niet zuinig omgaan met zorg. Een antwoord op deze vraag is reeds gegeven op een vraag van de leden van de CDA-fractie. De regering volstaat hier met een verwijzing naar deze

antwoorden. De no-claimteruggaveregeling draagt wel bij aan een zorgvuldige afweging of de verzekerde daadwerkelijk op de zorg is aange-wezen.

De leden van de SP-fractie vroegen zich af of de no-claimteruggaaf wel de onnodige zorgconsumptie afremt. De regering heeft eerder aangegeven dat dit het geval zal zijn, maar dat dit niet alleen de intentie is van de rege-ling. Het gaat om een nieuw evenwicht tussen de eigen verantwoordelijk-heid en de collectieve verantwoordelijkheid, zoals ook hiervoor is verwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie en de leden van de fractie van de PvdA omtrent dit thema.

De leden van de fractie van GroenLinks spraken hun verbazing uit over de toelichting op de administratieve lasten en menen dat dit ten koste is gegaan van de toelichting op de koopkrachttoelichting. De regering deelt deze stelling niet. Daarnaast wil de regering erop wijzen dat reeds in het begin van de memorie van toelichting is verwoord dat een van de redenen om voor de no-claimteruggaaf te kiezen de lage administratieve lasten zijn. Een toelichting hierop lijkt, afgezien van de verplichting en de Actaltoets, dan ook op zijn plaats. Een toelichting op de koopkracht-gevolgen is eveneens gegeven.

Financiële aspecten

De leden van de CDA-fractie vroegen naar aanvullende maatregelen ten aanzien van de koopkracht. Wanneer het algemene koopkrachtbeeld 2005 bekend is, zal het kabinet beslissen of er aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

De leden van de fractie van de PvdA maakten uit de zinsnede dat bij de invoering van de no-claimteruggaveregeling de toegankelijkheid daarmee voor de gehele breedte van het ziekenfondspakket wel gewaarborgd blijft, op dat de regering hecht aan een breed verzekerd pakket. In dit verband vroegen zij of dit betekent dat verschuivingen van vormen van zorg naar de aanvullende verzekeringen niet meer aan de orde zijn.

Met de door deze leden bedoelde zinsnede is niet beoogd aan te geven dat er geen pakketbeperkingen meer zullen worden doorgevoerd. Om een doelmatige aanwending van middelen te bereiken is gezien de krappe financiële ruimte een doorlopende afweging van het verzekerde pakket noodzakelijk.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen om een nadere onderbouwing van de € 20 miljoen die genoemd is als schatting van de uitvoeringskosten. Van deze € 20 miljoen heeft € 9 miljoen betrekking op de admini-stratieve lasten, zoals uitgewerkt in de memorie van toelichting. Daarnaast zijn er incidentele uitvoeringskosten die geschat zijn op circa € 8 miljoen en structurele uitvoeringskosten die geschat zijn op circa € 3 miljoen. Dit heeft betrekking op het bouwen en testen van de nodige infrastructuur en het onderhoud van de programma's en het geven van voorlichting aan de verzekerden en extra controles van ziekenfondsen op de verwerking van de nota's.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen om een nadere onderbouwing van de financieringsverschuiving van € 1,49 miljard en de plaats daarin van de € 100 miljoen voor het particuliere gedeelte. Als gevolg van de invoering van de no-claimteruggaaf zal de collectieve verantwoordelijk-heid in de ZFW afnemen met € 1 390 miljoen, de zogenoemde financieringsverschuiving. Tevens zal het eigen risico ingevolge de Wtz 1998 worden verhoogd naar een bedrag van € 250. Dit betekent een financieringsverschuiving in de Wtz 1998 van € 100 miljoen.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen uitleg over de zin: «het deel van de nominale premie dat samenhangt met de no-claimteruggaaf, behoort niet tot de collectieve lasten.» Een collectieve last is een in Nederland door de overheid opgelegde verplichte betaling aan een overheid waar geen concrete, individuele en met de betaling samenhangende tegenprestatie tegenover staat of waarbij het gaat om een eigen bijdrage voor een voorziening waarvan het gebruik verplicht is. Aangezien tegenover de no-claimteruggaaf wel een aanwijsbare tegenprestatie staat, namelijk een no-claimteruggaaf of zorg ter hoogte van maximaal € 250 is er geen sprake van een collectieve last. Daarom valt € 250 van de nominale premie niet onder de collectieve lasten.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de stijging van de nominale premie met € 63 en over de zichtbaarheid daarvan. Het is inderdaad zoals de leden van de fractie van de PvdA stelde dat de nominale premie met dit bedrag premie stijgt als de verwachting zoals verwoord in de memorie van toelichting uitkomt. Mochten er tegenvallers zijn bij de no-claimteruggaaf of in de zorg in het algemeen dan zal dit doorwerken in de premie. Dit kan zowel leiden tot een verdere stijging van de premie.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen of er gedacht wordt over een maximumpremie. Hierover denkt de regering niet. Een te hoge premie zal er immers toe leiden dat verzekerden van dat ziekenfonds naar een ander ziekenfonds met een lagere premie zullen gaan uitwijken.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de relatie tussen de premiestelling en de populatie verzekerden bij een ziekenfonds. Bij de uitkering uit de Algemene Kas in het kader van de verstrekkingenbudgettering zal rekening worden gehouden met de effecten van de no-claimteruggaaf.

Als dit niet zou gebeuren zou juist een ziekenfonds met veel jonge, gezonde verzekerden (die in verwachting veel no-claim moet terug betalen) een hogere nominale premie moeten vragen vanwege de no-claimteruggaaf. Dergelijke concurrentieverstorende effecten zullen via de verstrekkingenbudgettering worden afgevangen.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de gevolgen voor de koopkracht. De regering heeft hiervoor op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks een overzicht gegeven van de meest positieve en de meest negatieve koopkrachtgevolgen. Op de vraag van de leden van de fractie van de PvdA naar de relatie met de zorgtoeslag, wil de regering in herinnering roepen dat de zorgtoeslag samenhangt met de invoering van de Zorgverzekeringswet. De beoogde inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is 1 januari 2006.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de fractie van de PvdA merk ik op dat in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat per 1 januari 2005 een eigen risico in de ZFW wordt ingevoerd. De regering heeft besloten om in plaats van dit eigen risico in de ZFW de no-claimteruggaaf in te voeren. Om eenzelfde financieringsverschuiving te bereiken als met het eigen risico was beoogd, is invoering van de no-claimteruggaveregeling per 1 januari 2005 noodzakelijk.

De leden van de fractie van de PvdA stelden dat zij ervan uitgaan dat de no-claimteruggaaf betrokken zal worden in de zorgtoeslag. Op een eerdere vraag, gesteld door leden van de CDA-fractie, heeft de regering geantwoord dat de invoering van de no-claimteruggaveregeling voorzien is per 1 januari 2005 en de introductie van de zorgtoeslag per 1 januari 2006 en dat er vanuit oogpunt van lastenmaximalisatie in 2005 geen relatie tussen deze beide instrumenten is. Wel ligt het in de rede dat bij

het vaststellen van de zorgtoeslag in 2006 rekening wordt gehouden met de dan inmiddels geldende no-claimteruggaaf.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen welke criteria er gehanteerd worden bij de beslissing of aanvullende koopkrachtmaatregelen nodig zijn. Het belangrijkste uitgangspunt is dat naar de koopkrachtgevolgen wordt gekeken Rijksbreed en niet alleen naar de koopkrachtgevolgen als gevolg van de no-claimteruggaveregeling. Mochten zich in het algemene beeld grote verschillen voordoen, dan zal het kabinet kunnen overwegen over te gaan tot aanvullende maatregelen.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar een inkomensverdeling van hen die geen koopkrachtvoordeel hebben. De regering wijst erop dat koopkrachteffecten van de reguliere jaarlijkse mutatie van de nominale premie los staan van de koopkrachteffecten van het onderhavige wetsvoorstel. Ook zonder invoering daarvan kan de nominale premie voor koopkrachteffecten zorgen. Op basis van het beschikbare cijfermateriaal constateert de regering dat er geen significante verschillen zijn van de no-claimteruggaaf over de verschillende inkomensgroepen. Wel zal het zo zijn dat zij die gepensioneerd zijn en zij die een wao-uitkering ontvangen verhoudingsgewijs een gemiddeld lagere no-claimteruggaaf zullen ontvangen.

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

Deze zin heeft betrekking op het afsluiten van een aanvullende verzekering waarmee het risico voor het niet of niet volledig ontvangen van de no-claimteruggaaf wordt gedekt. De inschatting is dat weinig verzekerden dit risico van het niet of niet volledig ontvangen van de no-claimteruggaaf zullen willen verzekeren door middel van het afsluiten van een aanvullende verzekering. Dit ligt anders bij een eigen risico omdat daar sprake is van een negatieve financiële prikkel in de vorm van een betaling in het geval dat gebruik van zorg wordt gemaakt.

Economisch-psychologisch onderzoek geeft ondersteuning voor deze inschatting. Uit dergelijk onderzoek blijkt namelijk dat mensen veel sterker reageren op mogelijke verliezen (het betalen van een eigen risico) dan op mogelijke winsten (het ontvangen van een no-claimteruggaaf).

De leden van de PvdA fractie stelden geen voorstander te zijn van het meenemen van de huisarts in de no-claimteruggaaf. Zij vroegen naar de gevolgen van een dergelijke uitzondering. In antwoord op vragen van onder meer de leden van de fracties van het CDA, de ChristenUnie en de SGP is hier reeds op geantwoord. In het kort komt het erop neer dat het uitzonderen van de huisarts gepaard gaat met een besparingsverlies van € 120 miljoen, zoals hiervoor is toegelicht, dat binnen de zorg gedekt dient te worden. Zowel het uitzonderen van de huisarts als een alternatieve dekking zal er vrijwel zeker toe leiden dat de chronische zieken de rekening gepresenteerd krijgen en de (relatief) gezonden een presentje ontvangen.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de gevolgen van het nieuwe bekostigingssysteem voor de huisarts.

De besluitvorming rondom het nieuwe bekostigingssysteem huisartsen is nog niet definitief. Vooralsnog is de regering voornemens een gedeelte van het abonnementstarief om te zetten in een consulttarief. Het omzetten van het abonnementstarief naar een consulttarief zal budgettair neutraal geschieden. De ICT-kosten zijn reeds verwerkt in het tarief van de huisarts. Het jaarlijkse budget van de huisarts voor ICT-kosten laat voldoende ruimte voor dergelijke aanpassingen. Voor de onderbouwing van de post

uitvoeringskosten verwijst ik naar het eerder gegeven antwoord op een vraag van de leden van deze fractie.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen een reactie op het voorstel van de heer Schildkamp ten aanzien van het uitzonderen van de 65-plussers. In het eerste antwoord is reeds weergegeven dat de regeling een nieuw evenwicht beoogt tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid. Ook in een eerder antwoord op een vraag van deze leden is reeds uitgelegd dat dit een herijking van de solidariteit inhoudt. De regering is van mening dat hier geen uitzondering voor 65-plussers in past. Daarnaast is het zo dat het uitzonderen van deze groep al snel zal leiden tot een besparingsverlies van € 300 à 400 miljoen. Hiervoor is geen alternatieve dekking beschikbaar. Weliswaar klopt de stelling van de heer Schildkamp dat de gedragsprikkel kleiner is bij deze groep. Zoals de regering al heeft verwoord is dit niet uitsluitend de doelstelling van de maatregel. Het is wel een effect waarvan de regering hoopt dat deze in de toekomst zal toenemen. De VVD heeft reeds in een eerder stadium aangegeven hoe dit mogelijkerwijs bereikt kan worden.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar het calculerende gedrag van burgers op het moment dat zij de no-claimteruggaaf hebben overschreden. Het is weliswaar mogelijk dat burgers gedurende een bepaalde periode meer zorg willen gebruiken. Dit zal echter niet meer zijn dan het geval zal zijn geweest toen er nog geen no-claimteruggaaf was.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar een uitgebreide reactie op de door de CSO en de Consumentenbond aangegeven bezwaren tegen de no-claimteruggaveregeling.

De CSO heeft zijn bezwaren bekend gemaakt door een reactie te geven op vragen en antwoorden over de no-claimteruggaaf die op de www.min.vws.nl zijn te vinden. De bezwaren van de CSO betreffen:

- dat ouderen veelal geen keuze hebben in gebruik van zorg;
reactie: ouderen zijn niet per definitie aangewezen op zorg en kunnen evengoed een afweging maken of zij zorg inroepen;
- dat er al pakketbeperkingen hebben plaatsgevonden;
reactie: pakketbeperkingen zijn zo getroffen dat die zowel op ouderen als op jongeren betrekking hebben;
- dat ouderen zwaar worden getroffen;
reactie: de no-claimteruggaaf is zo ingericht dat ook ouderen niet in liquiditeitsproblemen kunnen komen;
- dat de maatregel niet mag leiden tot afzien van nodige zorg;
reactie: het systeem leidt er niet toe dat ouderen van zorg moeten afzien;
- gezonde mensen beloond worden, terwijl gezondheid niet altijd een keuze is en chronisch zieken/gehandicapten meestal niets aan hun ziekte kunnen doen;
reactie: inderdaad, gezondheid is niet altijd een keuze, maar door de no-claimteruggaaf juist breed in te zetten, kan het bedrag beperkt blijven;
- er een risico van zorgmijden kan optreden; bij ouderen is eerder sprake van onder consumptie;
reactie: de regeling als zodanig geeft daartoe geen aanleiding;
- dat het betrekken van de kosten van huisartsenzorg in strijd is met de poortwachtersfunctie van de huisarts.
reactie: de voorwaarde op grond van de Ziekenfondswet is dat verzekerden alleen via de huisarts naar de tweede lijn kunnen. De no-claimteruggaaf doet daar niets aan af;

Op de vraag van de CSO of de regeling niet omslachtig is; eerst mensen laten betalen en daarna weer teruggeven, antwoordt de CSO dat hij

verheugd is dat het eigen risico van de baan is, maar dat het principiële bezwaar van kracht blijft.

De Consumentenbond zet vier vraagtekens bij het invoeren van een no-claimkorting in de zorg. Deze zijn:

- het is niet te verkopen dat alle ziekenfondsverzekerden meer moeten betalen om een deel van de verzekerden te belonen;
reactie: de regering is van mening dat iedereen een stuk eigen verantwoordelijkheid kan dragen;
- het wetsvoorstel is gebaseerd op de aanname dat er veel onnodig gebruik wordt gemaakt van zorg;
reactie: het wetsvoorstel is daar niet op gebaseerd. Wel laat onderzoek zien dat er onnodige consumptie is;
- het verhogen van het kostenbewustzijn kan ook op een andere manier, namelijk door het periodiek versturen van overzichten van gemaakte zorgkosten;
reactie: het versturen van overzichten leidt niet tot de beoogde besparing;
- door de no-claimkorting wordt de risicosolidariteit ondermijnd.
reactie: met de no-claimteruggaaf wordt de eigen verantwoordelijkheid benadrukt. Ook na invoering van de no-claim blijft er in de ziekenfondsverzekering een zeer sterke solidariteit tussen gezonden en zieken en tussen jongeren en ouderen.

De leden van de VVD-fractie vroegen wanneer de regering haar toezegging inlost om met voorstellen over de aanpassing van de honoreringsstructuur van de huisarts te komen.

In antwoord hierop deel ik u mede dat de Tweede Kamer voor de aanvang van het zomerreces de plannen voor de aanpassingen van bekostiging van huisartsen, vergezeld van een afschrift van het verzoek om een uitvoeringstoets aan het CTG, zal ontvangen. Voor een korte inhoudelijke beschrijving van deze plannen verwijs ik naar de hiervoor gegeven antwoorden op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen om een onderverdeling van het volume-effect van de no-claimteruggaaf en afstemming daarvan met het CPB. Ambtelijk is met het CPB gesproken over de neerslag van het volume-effect van de no-claimteruggaaf over de verschillende verstrekkingen. In het wetsvoorstel is een volume-effect gemeld van € 190 miljoen. Door het maken van vereenvoudigende veronderstelling kan een verdeling van dit bedrag over verschillende zorgtypen worden berekend. De verdeling van het geraamde volume-effect over de verschillende verstrekkingen is als volgt: circa € 25 miljoen bij de medische specialistische zorg (zo'n 2,5% van de uitgaven), circa € 80 miljoen bij ziekenhuiszorg (zo'n 1% van de uitgaven), circa € 5 miljoen bij paramedische zorg (zo'n 4% van de uitgaven), circa € 10 miljoen bij hulpmiddelen (zo'n 1% van de uitgaven), circa € 40 miljoen bij geneesmiddelen (zo'n 1% van de uitgaven) en € 30 miljoen bij de huisartsenzorg (zo'n 3% van de uitgaven). Uit deze verdeling kan niet worden afgeleid dat het schrappen van de no-claim bij één van de genoemde onderdelen, tot een beperking van het gemelde volume-effect leidt, omdat er sprake is van doorverwijzingen. Zo leidt het schrappen van de huisartsen uit de no-claim regeling tot een beperking van het volume-effect met € 60 mln, omdat naast het vervallen van het volume-effect bij huisartsen zelf ook de volume-effecten bij de andere verstrekkingen met € 30 mln dalen.

Zoals de leden van de fractie van Groen Links stelden, zal het niet eenvoudig zijn om op basis van realisaties vast te stellen wat het volume-effect is geweest.

De fractieleden van Groen Links vroegen om een toelichting op de uitvoeringskosten. De regering verwijst hiervoor naar haar eerdere antwoord op een vraag van de PvdA-fractie.

De fractieleden van Groen Links vroegen om nadrukkelijke aandacht voor de koopkrachtgevolgen en de betrokkenheid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) daarbij. De regering zal evenals in voorgaande jaren in de Begroting van SZW een overzicht geven van koopkrachtmutaties voor specifieke groepen. Ten aanzien van de no-claimteruggaaf betreft het dan het beeld dat in een eerder antwoord op uw vraag is geschetst. Bij de beoordeling van het inkomensbeeld 2005 wordt met deze effecten rekening gehouden.

De leden van de fractie van Groenlinks vroegen op welke wijze de no-claimteruggaaf wordt meegenomen in de buitengewone uitgavenregeling op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001 en in het Tbu. De no-claimteruggaaf maakt onderdeel uit van de nominale premie. De burgers krijgen de no-claimteruggaaf voor zover geen of weinig gebruik is gemaakt van zorg waarop op grond van de Ziekenfondswet aanspraak bestaat. Burgers die geen of slechts een gedeeltelijke no-claimteruggaaf ontvangen, kunnen het bedrag aan niet-ontvangen no-claimteruggaaf in aftrek brengen. Voor de Tbu geldt het volgende. De Tbu regelt een tegemoetkoming voor burgers die in de fiscaliteit door de combinatie van de hoogte van hun inkomen en de totale hoogte van hun aftrekposten en heffingskortingen de waarde van hun aftrek van buitengewone uitgaven niet of niet volledig kunnen effectueren. Aangezien het niet ontvangen bedrag aan no-claimteruggaaf aftrekbaar is onder de buitengewone uitgavenregeling loopt dit bedrag automatisch ook mee in de Tbu.

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat de invulling van de huisartsenkosten binnen de no-claimteruggaveregeling volstrekt onhelder is. Zoals hiervoor al is opgemerkt, zullen de kosten van het gebruik van de huisartsenzorg voor maximaal 25% meetellen. De precieze invulling zal afhangen van de honoreringsstructuur van de huisartsenzorg per 1 januari 2005.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen naar het indexatiecijfer dat wordt gehanteerd.

Het indexcijfer dat zal worden gehanteerd is hetzelfde indexcijfer waarmee ook het wettelijk minimumloon en de daaraan gekoppelde uitkeringen worden aangepast. Inderdaad is het zo dat het uiterlijk in december geïndexeerde bedrag geldt voor de no-claimteruggaaf over het eerstvolgende jaar.

Het is niet de bedoeling om de uitkering van de no-claimteruggaaf uit te smeren over alle maanden van het jaar. Aan het verzoek daartoe van de leden van de ChristenUnie-fractie wordt tegemoet gekomen doordat bevorderd zal worden dat in de algemene maatregel van bestuur zal worden geregeld dat de no-claimteruggaaf uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, wordt uitgekeerd. Het ziekenfonds mag zelf bepalen of het die uitkering verrekenet met één of meer maandbedragen aan nominale premie gedurende de eerste drie maanden van het kalenderjaar of met nog andere openstaande rekeningen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen om een onderbouwing van het volume-effect. De regering verwijst hiervoor naar het antwoord dat is gegeven op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen om een toelichting op de uitvoeringskosten. De regering verwijst hiervoor naar haar eerdere antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de PvdA.

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen aandacht voor de rol van de bestaande eigen bijdragen in de Ziekenfondswet. De regering is van mening dat de eigen verantwoordelijkheid voor de kosten van de zorg sterker moet worden benadrukt dan momenteel het geval is. In 2004 is daartoe een reeks van maatregelen genomen. Deze betroffen in het tweede compartiment een beperking van de omvang van het verzekerde pakket. In 2005 wordt de no-claimteruggaveregeling daaraan toegevoegd. Deze maatregel versterkt de verantwoordelijkheid van de burger voor het gebruik van voorzieningen in het verzekerde pakket. Bovendien heeft de regering door te kiezen voor de no-claimteruggaaf voorkomen dat verzekerden met hoge kosten al direct aan het begin van het jaar de volle € 250 moeten financieren. Hierdoor is er geen noodzaak om de bestaande eigen bijdragen in de ZFW terug te draaien, zoals deze leden voorstelde. Eén en ander is conform de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord, met dien verstande dat de eigen bijdrage per receptregel niet is ingevoerd en dat in plaats daarvan het bedrag voor de no-claimteruggaaf is verhoogd.

De leden van de SGP-fractie vroegen om een toelichting op de 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 per jaar. Daarvoor komt € 100 miljoen ten laste van het particuliere gedeelte». In antwoord op vragen van de leden van de fractie van de PvdA is aangegeven dat de no-claimteruggaaf een individueel recht is, waardoor het niet onder de definitie van collectieve lasten valt. De € 100 miljoen heeft betrekking op de verhoging van het eigen risico ingevolge de Wtz 1998, het overige deel hangt samen met de invoering van de no-claimteruggaaf in de ZFW.

De leden van de SGP-fractie vroegen om een nadere toelichting op de koopkrachtgevolgen van de no-claimteruggaaf. De gemiddelde no-claimteruggave zal vermoedelijk € 83 bedragen.

Hiermee zal het uiteindelijke resultaat voor de verzekerde licht positief zijn (€ 21). In een eerder antwoord op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks is het koopkrachtbeeld geschetst. In antwoord op een eerdere vraag van de leden van de CDA-fractie heeft de regering geantwoord dat de toedeling van de no-claimteruggaaf niet significant verschilt per inkomensgroep.

De leden van de SGP-fractie vroegen op welke wijze de no-claimteruggaaf wordt meegenomen in de buitengewone uitgavenregeling op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001 en in het Tbu. Ik verwijs hiervoor naar het eerder gegeven antwoord op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks. De leden van de SGP-fractie vroegen verder naar de macro doorwerking van de no-claimteruggaaf naar de buitengewone uitgaven. In het Hoofdlijnenakkoord is aangegeven dat als gevolg van de maatregelen in de zorg de aftrek van buitengewone uitgaven zal toenemen. Voor 2004 bedraagt de stijging van de aftrek van buitengewone uitgaven € 80 miljoen en loopt op naar € 130 miljoen in 2007. De no-claimteruggaaf is hierin meegenomen.

ARTIKELSGEWIJS

Algemeen

Wat de inhoud van de amvb zal zijn, blijkt uit de wettekst en uit de memorie van toelichting, met name de toelichting op artikel 18a. Op enkele punten die in de amvb zullen worden geregeld, is in deze nota naar aanleiding van het verslag nader ingegaan. Het is de bedoeling dat in de amvb het volgende wordt geregeld.

1. Het maximale no-claimteruggaafbedrag van € 250.
2. Het indexcijfer. Zoals hiervoor is aangegeven, is dat hetzelfde cijfer als waarmee ook het wettelijke minimumloon en de daaraan gekoppelde uitkeringen worden aangepast. Het geïndexeerde getal zal vervolgens worden afgerond op een veelvoud van € 5 naar beneden. Bij de jaarlijkse toepassing van het indexcijfer wordt de afronding buiten beschouwing gelaten.
3. De no-claimteruggaaf wordt uitbetaald uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, door overmaking op de door de verzekerde aangegeven bankrekening. Het gaat daarbij om een voorlopige vaststelling (zie punt 5).
4. De kosten van de genoten zorg die in aanmerking worden genomen bij de vaststelling van de uit te keren no-claimteruggaaf. Dat zal in beginsel het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief zijn. Op het aan het ziekenfonds in rekening gebrachte tarief zijn de eventueel verschuldigde eigen bijdragen reeds door de aanbieder in mindering gebracht. De verzekerde betaalt immers de eigen bijdrage aan de zorgaanbieder.
Voor de huisartsenzorg zal aangegeven worden welk deel van de kosten meetellen.
5. Als na de termijn die het ziekenfonds hanteert om uiterlijk 31 maart de no-claimteruggaaf te kunnen uitbetalen, nog rekeningen voor in het desbetreffende jaar genoten zorg bij het ziekenfonds binnenkomen, waarmee dus bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, zullen deze kosten anders dan in de memorie van toelichting is aangegeven, alsnog gevolgen hebben voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggaaf. Hierop zal ik hierna in antwoord op een vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie nader ingaan.
6. Als de verzekerde slechts gedurende een deel van het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, bij een ziekenfonds was ingeschreven, wordt het bedrag van € 250 gedeeld door het aantal dagen van dat kalenderjaar en vermenigvuldigd met het aantal dagen dat de verzekerde bij dat ziekenfonds was ingeschreven.
7. Als voor de verzekerde slechts gedurende een deel van het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, nominale premie werd betaald, wordt het bedrag van € 250 gedeeld door het aantal dagen van dat kalenderjaar en vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover nominale premie werd betaald.
8. Als punt 6 of 7 van toepassing is, worden voor berekening van de no-claimteruggaaf slechts in aanmerking genomen de kosten van zorg waarvan de verzekerde gebruik heeft gemaakt in het desbetreffende deel van het kalenderjaar
9. Als de verzekerde gedurende het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, bij meer dan een ziekenfonds was ingeschreven, bepaalt en betaalt elk ziekenfonds zijn deel van de no-claimteruggaaf.

Ik hoop dat de voorgaande beschrijving van de inhoud van de nog op te stellen algemene maatregel van bestuur de Kamer voldoende inzicht geeft in de beoogde verdere uitwerking van de no-claimteruggaaf. Bij de vormgeving van de amvb zal ik graag rekening houden met hetgeen dienaan-

gaande tijdens de mondelinge behandeling van het onderhavige wetsvoorstel aan de orde zal komen.

Overigens zal met de amvb het Vergoedingenbesluit particulier verzekeren worden gewijzigd in verband met het verhogen van het eigenrisicobedrag voor Wtz-verzekerden. De materiële inhoud daarvan is reeds op 28 mei 2004 op grond van artikel 33, derde lid, van de Wtz 1998 aan de Kamer overgelegd.

Artikel 18a, tweede lid

De leden van de fractie van de PvdA vroegen naar de criteria die gelden bij de vaststelling van het bedrag van de uitkering. Het bedrag van de maximale no-claimteruggaaf wordt voor 2005 vastgesteld op € 250 vanwege de beoogde financiële opbrengst. In artikel 18a, vijfde lid, onderdeel f, is geregeld dat het bedrag van de no-claimteruggaaf jaarlijks wordt geïndexeerd. Hierbij zal hetzelfde indexcijfer worden gebruikt waarmee ook het wettelijke minimumloon en de daaraan gekoppelde uitkeringen worden aangepast. Er is dus geen grond voor de vrees van deze leden dat verzekeraars de rekening voor inefficiënte zorginkoop bij de verzekerden neer zouden leggen in de vorm van een lagere no-claimteruggaaf.

Artikel 18a, vierde lid

De leden van de SGP-fractie vroegen of de formulering van het vierde lid niet zo moet worden aangescherpt dat mensen die weigeren hun premie te betalen, uitgezonderd worden van de mogelijkheid van teruggaaf. In antwoord hierop merk ik op dat het ziekenfonds de no-claimteruggaaf kan verrekenen met openstaande schulden bij het ziekenfonds. Het is dus niet nodig om het vierde lid aan te scherpen.

Artikel 18a vijfde lid

In antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie over de toelichting «onder a» deel ik mede dat de regering de daarin gedane suggestie om te komen tot een eenmalige uitkering op een vast moment deelt. Het gaat hier echter om een beslissingsbevoegdheid van het ziekenfonds. Het ziekenfonds kan zelf bezien hoe en wanneer vóór 1 april de no-claimteruggaaf wordt uitbetaald en of wordt verrekend.

De leden van de ChristenUnie-fractie stelden vragen over hetgeen de regering stelt op pagina 13, onder c, van de memorie van toelichting over de naar-ratoregeling bij wisseling van ziekenfonds.

Zoals hiervoor al op een vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie is aangegeven, kunnen ziekenfondsen niet zomaar gedurende het kalenderjaar van ziekenfonds wisselen. Een overstap omdat er veel zorgkosten zijn gemaakt, is niet mogelijk. De regering is dan ook naar mening dat een regeling naar-ratoregeling, wat dat betreft, niet bezwaarlijk is.

Uit de rapportage van het Nivel van juni 2003 die door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op 28 augustus 2003, V&U/23062493, aan mij is aangeboden, blijkt dat tot nu toe slechts een gering deel van de ziekenfondsverzekerden (3,1% van de ziekenfondsrespondenten op de onderzoeksvragen) overstapt naar een ander ziekenfonds. Het CVZ stelt vast dat van de ruim tien jaar geleden ingevoerde keuzemogelijkheid door verzekerden nog slechts op beperkte schaal gebruik wordt gemaakt. Om de regeling zo min mogelijk administratief belastend te laten zijn, heeft de regering niet gekozen voor een uitwisseling van gegevens tussen ziekenfondsen maar er de voorkeur aan gegeven om elk ziekenfonds alleen met zijn deel te belasten.

De leden van de ChristenUnie-fractie stelden de peildatum aan de orde die op pagina 13, onder d, van de memorie van toelichting aan de orde wordt gesteld. In antwoord op de daarbij gestelde vragen merk ik op dat de regering bij nader inzien afziet van het hanteren van die peildatum voor te late rekeningen. In de eerste plaats is de datum van 1 april niet altijd te hanteren bij de DBC's die per 1 januari 2005 worden ingevoerd. Een DBC wordt pas gedeclareerd op het moment dat de behandeling waarop de DBC betrekking heeft, is afgerond. Eerder dan bij afsluiting van de DBC zijn de kosten niet bekend. De looptijd van een DBC kan vele maanden beslaan en gaat vaak over de jaargrens heen. Het zou onwenselijk zijn als deze kosten niet zouden meetellen bij de vaststelling van de hoogte van de no-claimteruggaaf. In de tweede plaats zijn vanuit ZN grote bezwaren gekomen tegen het niet meetellen van «te late» rekeningen. ZN heeft aangegeven dat een grote hoeveelheid rekeningen pas na de peildatum binnenkomt. Daarom heeft de regering besloten (op basis van artikel 18a, vierde lid, onder d, bij amvb te regelen dat die rekeningen, voor zover zij uiterlijk binnen een jaar na de peildatum worden ontvangen, alsnog gevolgen hebben voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggaaf. Stel het ziekenfonds hanteert in 2006 een deadline van 1 maart 2006. Rekeningen die tot die datum binnenkomen, tellen mee voor de no-claimteruggaaf 2005 die uiterlijk 31 maart 2006 wordt uitbetaald. De rekeningen over 2005 die nog binnenkomen in de periode van 1 maart 2006 tot 1 maart 2007, kunnen ertoe leiden dat de vastgestelde no-claimteruggaaf over 2005 alsnog lager wordt vastgesteld; daardoor ontstaat er een vordering van het ziekenfonds op de verzekerde aan wie de no-claimteruggaaf is uitbetaald. Voor zover de betrokken verzekerde op dat latere tijdstip nog is ingeschreven bij hetzelfde ziekenfonds, kan de terugbetaling – voor zover dat mogelijk is – eventueel worden verrekend met de no-claimteruggaaf over 2006. Als de verzekerde over 2006 geen no-claimteruggaaf van dat ziekenfonds ontvangt, omdat hij in 2006 veel zorg heeft geconsumeerd of omdat hij inmiddels is ingeschreven bij een ander ziekenfonds, zal het ziekenfonds op andere wijze tot verrekening met de verzekerde moeten komen. Rekeningen met betrekking tot zorg in 2005 die na 1 maart 2007 binnenkomen, tellen niet meer mee. Voor een DBC geldt als tijdstip van genoten zorg de datum waarop de DBC wordt afgesloten.

De leden van de SGP-fractie hadden twijfels, sprekend over sub 2, ten aanzien van het standpunt van de regering over het betrekken van kosten die later dan het einde van een kalenderjaar worden gemaakt. De regering gaat er vanuit dat ook deze leden de hiervoor genoemde peildatum bedoelen. Deze bezwaren van de leden van de SGP-fractie zijn vermoedelijk weggenomen nu de regering besloten heeft de rekeningen die later binnenkomen, mee te laten tellen voor de no-claimteruggaaf.

Artikel III

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen op welke wijze de precieze verhoging van de nominale premie wordt vastgesteld en wanneer hiertoe een besluit wordt genomen. Het antwoord op deze vraag luidt dat de hoogte van de nominale premie door het ziekenfonds wordt bepaald. Het ziekenfonds stelt de nominale premie vast en vordert deze in. In de regel besluit het ziekenfonds daarover in de maand oktober/november.

In antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie kan ik meedelen dat uit overleg met Zorgverzekeraars Nederland is gebleken dat de zorgverzekeraars in staat zullen zijn de no-claimteruggaveregeling per 1 januari 2005 uit te voeren. Daarom zie ik ook geen reden om de

suggestie van deze leden te volgen om het concrete jaartal van de eerste uitkering te vervangen door een jaar na inwerkingtreding van deze wet.

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