

Vergaderjaar 2000–2001

27 400 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001

Nr. 91

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2001

1 Inleiding

Eind december 1999 en begin juli 2000 zijn brieven aan de Kamer verzonden over het stappenplan voor de eventuele invoering van het belastbaar inkomen als grondslag voor de bepaling van de eigen bijdragen AWBZ (TK 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 66 en nr. 112). Deze brief geeft een toelichting op de huidige stand van zaken. Daarbij zal expliciet worden ingegaan op de opbouw van de centrale database bij het CAK (paragraaf 2), het CVZ-rapport over de uitvoering¹ (paragraaf 3), het CVZ-rapport over de informatieverwerking² (paragraaf 4) en de vervolgfase (paragraaf 5).

2 Centrale database bij het CAK

In het kader van het stappenplan wordt bij het CAK een centrale database en een rekenmodel gebouwd ten behoeve van het doorrekenen van varianten voor de nieuwe eigenbijdrageregeling. In mijn vorige brief heb ik in hoofdlijnen aangegeven hoe een nieuwe bijdrageregeling gebaseerd op het belastbaar inkomen vorm kan krijgen (TK 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 112). De concrete invulling van de varianten vindt plaats als het databestand van de zorgkantoren beschikbaar is en het model is afgerond. De database bevat (inkomens)gegevens over het jaar 1999 van een steekproef van bijdrageplichtigen (inclusief belastbare inkomens). Het aanleveren en checken van de gegevens duurde langer dan verwacht. Het databestand is nu echter definitief bepaald en bevat informatie van ruim 36 000 bijdrageplichtigen. Er zijn checks uitgevoerd op het gegevensbestand waaruit blijkt dat de criteria die een rol hebben gespeeld bij het bepalen van de steekproef voldoende uit de verf komen. Verder spoort een aantal relatieve aandelen met relatieve aandelen die kunnen worden afgeleid uit de jaarverslagen van het CAK en het EIM-onderzoek «De invoering van het belastbaar inkomen in het Bijdrage-besluit Zorg» (1999). Voorbeelden hiervan zijn de verhoudingen tussen de volgende aantallen:

¹ «Doelmatige uitvoering van de eigen bijdrageregeling Bijdragebesluit Zorg bij invoering van het belastbaar inkomen als basis»; College voor zorgverzekeringen, Amstelveen 23 november 2000 (zie bijlage 1), ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² «Informatieverwerking zorgkantoren en CAK met het belastbaar inkomen als basis voor de eigen bijdrage regeling»; College voor zorgverzekeringen, Amstelveen 23 november 2000 (zie bijlage 2), ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

65-plussers en 65-minners, gehuwden en alleenstaanden, lage en hoge bijdrageplichtigen, en verzorgingshuizen en AWBZ-instellingen. Al met al is sprake van een voldoende representatieve steekproef om de volgende fase in te gaan.

Op dit moment wordt het rekenmodel verder ontwikkeld en getest bij het CAK. De eerste demo-sessies met VWS zijn gestart.

3 Uitvoering van de eigenbijdrageregeling AWBZ

De vraag is aan de orde of de nieuwe intramurale eigenbijdrageregeling decentraal moet worden uitgevoerd door de zorgkantoren (zoals dat nu ook het geval is), of op centraal niveau (zoals nu bij de thuiszorg het geval is), dan wel een combinatie daarvan (gemengde uitvoering). Om hierover een goed oordeel te geven is het CVZ gevraagd een onderzoek in te stellen naar de voor- en nadelen van de verschillende uitvoeringsvormen. Het CVZ heeft een onderzoeksoopdracht gegeven aan het EIM. Bij de onderzoeksvraag is het EIM verzocht aandacht te besteden aan de volgende elementen: de doelmatigheid, de uitvoeringskosten, de belasting van de bijdrageplichtigen en de gewenste informatievoorziening aan bijdrageplichtigen, het CVZ en VWS.

Het onderzoek naar de uitvoering in de *decentrale variant* door zorgkantoren leidde tot een goede onderbouwing van de uitvoeringskosten. Bij deze uitvoeringsvariant bestaat een aantal uitvoeringsproblemen. Aan het verstrekken van het belastbaar inkomen door de Belastingdienst aan de zorgkantoren dient een politiek en bestuurlijk besluitvormingsproces vooraf te gaan. Daarnaast moet elk zorgkantoor afzonderlijk met de Belastingdienst afspraken maken voor het verkrijgen van het belastbaar inkomen van de verzekerde.

Voor de functie van uitvoerder van de *centrale variant* zijn drie kandidaten in het onderzoek betrokken, de Belastingdienst, de Sociale Verzekeringsbank en het Centraal Administratie Kantoor BZ (CAK). Een vergelijking van de activiteiten en berichten – zoals bij de zorgkantoren – bleek bij de Belastingdienst en SVB niet één op één mogelijk. De hoofdreden hiervan was het inpassen van de eigen bijdrageregeling in de grotere eigen bedrijfsprocessen. Verder gaan deze kandidaten uit van een eigen ambitie- en kwaliteitsniveau; de zorgkantoren zetten een vraagteken bij het beoogde kwaliteitsniveau van de centrale uitvoerders. Het CAK geeft de voorkeur aan een loketfunctie naar de cliënt via de zorgkantoren. Het CAK wenst daarvoor een on-line verbinding met de huidige zorgkantoren (*CAK-variant*).

De onderzoeksresultaten kunnen jammer genoeg niet worden samengebracht in een systematisch overzicht van voor- en nadelen. Mede daarom was het voor het EIM niet mogelijk om op basis van de beschikbare informatie een verantwoorde kostenvergelijking op te stellen. De resultaten van het EIM-rapport geven dus geen direct uitsluitsel over wat de meest doelmatige variant is. Wel geeft het EIM een kwalitatieve beschrijving van een *gemengde variant*. De individuele zaken worden met het oog op kwaliteit en zorgvuldigheid individueel afgehandeld. Daar waar het proces geautomatiseerd is of kan worden, is een centrale uitvoering op haar plaats. In de voorgestelde variant blijft de rol van het zorgkantoor beperkt tot het geven van voorlichting.

Voordelen van de gemengde variant ten opzichte van de decentrale variant zijn een grotere uniformiteit in het proces, schaalvoordelen en lagere automatiseringskosten. Mogelijke knelpunt is dat een decentrale instantie uitleg moet geven over de activiteiten van de centrale instantie. Een ander gevaar is dat de centrale uitvoerder minder direct contact met cliënten heeft en de doorlooptijd van het administratieve proces toeneemt; daardoor wordt de schuld bij cliënten groter en neemt het

risico van oninbare eigen bijdragen toe. Tot slot zullen bij overgang van de decentrale naar een centrale of gemengde variant basisinformatie en cliëntendossiers moeten worden overgedragen. Verwacht wordt dat hier (onbekende maar) aanzienlijke kosten en de nodige doorlooptijd aan verbonden zullen zijn.

Het CVZ constateert dat het EIM-rapport laat zien dat de problematiek zeer complex is. Op basis van doelmatigheid ligt bij invoering van het belastbaar inkomen een in hoofdzaak centrale uitvoering voor de hand. Het CVZ wijst er echter op dat bij voorgaande ervaringen met uitbesteding van werkzaamheden aan een centrale uitvoerder de kosten steeds aanmerkelijk hoger uitvielen dan in eerste aanleg begroot. Verder zijn naast kosten- en doelmatigheidsargumenten ook beleidsmatige afwegingen van belang. Het CVZ heeft uit de door het EIM in het rapport beschreven gemengde variant afgeleid dat deze praktisch gelijk is aan het CAK-model en dat deze variant als de meest doelmatige wordt beschouwd.

Het CVZ is van opvatting dat verzekerden niet moeten worden geconfronteerd met abrupte overgangen waarbij de bijdrage niet tijdig bekend is of de inning problematisch is georganiseerd en pleit voor een meer gefaseerde overgang: eerst verder gaan met een decentrale uitvoering waarbij het belastbaar inkomen door de zorgkantoren verkregen wordt via het CAK. Vervolgens kan worden overwogen een richting in te slaan die er op afzienbare termijn toe kan leiden dat een in hoofdzaak centrale uitvoeringsvariant tot stand komt.

4 Informatieverwerking bij de eigenbijdrageregeling AWBZ

Op dit moment administreren de zorgkantoren die gegevens die voor zorgkantoren noodzakelijk zijn bij het opleggen van de eigen bijdragen AWBZ. Een aanzienlijk deel van de gegevens die door de bewoners van intramurale instellingen en verzorgingshuizen worden ingevuld op het zogenaamde inkomensformulier, wordt zodoende niet in een databestand vastgelegd. Een belangrijke aanbeveling in het EIM-onderzoek «De invoering van het belastbaar inkomen in het Bijdrage-besluit Zorg» (1999) is de noodzaak tot het inrichten van een goed geautomatiseerd administratief systeem, dat tevens periodiek en ad hoc voorziet in beleidsrelevante gegevens.

Het CVZ voerde ook een uitvoeringstoets uit over de vraag of de zorgkantoren gegevens over de eigen bijdragen en de determinanten daarvan op geautomatiseerde wijze aan kunnen leveren aan het CAK. Onderzoeksbureau Vektis heeft bij de zorgkantoren een en ander in kaart gebracht en het CAK is afzonderlijk gevraagd te verwachten kosten te inventariseren. Vektis wijst er op dat de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek niet erg betrouwbaar zijn. Zowel bij de kosten als bij de doorlooptijden is de spreiding in de antwoorden van de zorgkantoren groot, bovendien waarschuwen de onderzoekers voor te lage schattingen. Ook de kostenramingen van het CAK zijn (volgens het CAK) voorlopige, waarschijnlijk te lage schattingen. Bovendien plaatsen Vektis en CAK de kanttekening dat bij een geautomatiseerd systeem ook aandacht moet bestaan voor de kwaliteit van de gegevens.

Op dit moment kunnen de zorgkantoren de totale gegevensset niet geautomatiseerd aanleveren. Daarnaast verschilt de uitvoeringspraktijk sterk per zorgkantoor, waardoor het moeilijk is om een beperktere gegevensset te destilleren die nu door alle zorgkantoren geautomatiseerd kan worden geleverd. Op langere termijn en technisch gezien kunnen zorgkantoren wel alle gegevens geautomatiseerd aanleveren.

Er zijn in het Vektis-onderzoek drie varianten bekeken:

- Variant 1: Alle zorgkantoren leveren alle benodigde gegevens geautomatiseerd aan.

- Variant 2: Per zorgkantoor wordt een keuze gemaakt alles geautomatiseerd of alles op papier aan te leveren.
- Variant 3: Zorgkantoren leveren de benodigde gegevens deels geautomatiseerd aan. Overige informatievragen van VWS op ad hoc basis worden vanuit de papieren registraties bij de zorgkantoren beantwoord.

Variant 2 bleek geen interessante optie omdat slechts 10% van de zorgkantoren deze voorkeur heeft. De netto doorlooptijd van het systeemontwikkelingsproject voor variant 1 wordt geschat op gemiddeld 18 weken. De periode tussen het nemen van de beslissing en het feitelijk invoeren van variant 1 moet minimaal een jaar zijn; daarbij is bovendien gebleken dat de zorgkantoren de voorkeur hebben voor een aanpassing van hun eigen basissysteem en geen aparte (mogelijk uniforme) applicatie willen. De doorlooptijd bij het beantwoorden van ad hoc vragen die een beroep doen op de papieren registraties in variant 3 bedraagt gemiddeld 15 dagen, maar rondom dit gemiddelde is sprake van een enorme spreiding. Ter illustratie: het minimum is 1 dag, het maximum 4 maanden.

Het CVZ heeft de voorkeur voor variant 1. Daarbij spelen de volgende argumenten een rol:

- De uniformiteit, consistentie en beschikbaarheid van de gegevens is groter dan in variant 3.
- De kosten zijn lager dan in variant 3.
- De belasting van de zorgkantoren zal waarschijnlijk niet veel groter zijn in variant 1 (hierover is wel aanvullend onderzoek nodig).
- Ook het vaststellen van een deelset van gegevens leidt tot systeemontwikkelingsinspanningen.

Wel plaatst het CVZ kanttekeningen bij de haalbaarheid van het verzamelen van een grote set gegevens, omdat dit weerstand kan oproepen bij de zorgkantoren die de waarde van een deel van de gegevens niet inzien.

5 Vervolgfase

De resultaten van het EIM-onderzoek brengen mij tot de volgende overweging. De onderzoeksresultaten vormen, ondanks de welwillende inspanningen van de deelnemers, geen direct antwoord op de vraag of een centrale dan wel een decentrale uitvoering in alle omstandigheden de voorkeur verdient. Conclusie is dan ook dat het moeilijk zal zijn om op basis van onderzoek tot een verantwoorde beleidskeuze te komen over de meest gewenste uitvoeringsmodaliteit. Ook ontbreken duidelijke concrete antwoorden op de deelvragen over de doelmatigheid, de uitvoeringskosten, de belasting van de bijdrageplichtigen en de gewenste informatievoorziening aan bijdrageplichtigen, het CVZ en VWS. Het EIM lijkt terecht voorzichtig om te gaan met de geleverde kostengegevens.

De theoretische discussies over de gewenste uitvoeringsmodaliteit zijn met dit onderzoek afgerond. Aanvullend onderzoek levert naar verwachting geen nieuwe informatie op. Een logische vervolgstap is nu te bezien hoe de vormgeving van de bijdrageregeling er uit gaat zien en welke eisen dat stelt aan de uitvoering:

- Bij een regeling waarin veel elementen zijn opgenomen die afhangen van de persoonlijke situatie ligt de huidige uitvoeringspraktijk voor de hand.
- Bij een regeling waarin nauwelijks elementen zijn opgenomen die afhangen van de persoonlijke situatie kan (meer) worden gecentraliseerd.

Indien wordt gekozen voor decentrale uitvoering moet worden gestreefd naar grotere uniformiteit bij de processen. De EIM-discussies, de steekproefervaringen en het Vektis-onderzoek leiden tot de conclusie dat de diversiteit in de uitvoeringspraktijk op dit moment groot is als gevolg van de complexiteit van en de vrijheidsgraden in de regelgeving. Dit kan

in specifieke situaties leiden tot een niet uniforme vaststelling van de bijdragen en beperkt de mogelijkheden tot snelle, eenduidige informatievoorziening. Een doelmatiger uitvoering lijkt noodzakelijk. Indien wordt gekozen voor centrale uitvoering door het CAK is het van belang dat uit de steekproefactiviteiten blijkt dat het CAK tot nog toe, conform de huidige vereisten, bij de intramurale bijdragen vooral opereert als registrerend orgaan. Het is echter ook van belang om met een meer analytische blik te kijken naar de geregistreerde gegevens en de resulterende bijdragen. Daarom is het nodig deze taak formeel vast te leggen en een instelling (bijvoorbeeld het CAK) aan te wijzen om deze taak uit te voeren. Het is voorts van belang om (als de nieuwe bijdrageregeling bekend is) een gegevensset te definiëren die volledig geautomatiseerd wordt uitgewisseld.

Invoeringsdatum

Het project blijkt een enorme klus die de nodige inspanning en loyaliteit vraagt van alle betrokkenen. Het afgelopen jaar is weliswaar voortgang gemaakt, maar het bleek niet mogelijk om het belastbaar inkomen per 1 juli 2001 in te voeren als grondslag voor de intramurale bijdragen AWBZ. Mijn streven is er thans op gericht om de systeemwijziging per 1 juli 2002 in te laten gaan. De eerste verkenning van het implementatietraject in de ambtelijke werkgroep die dit project ondersteunt (zorgkantoren, CAK, CVZ, ZN en VWS) laat evenwel zien dat een zorgvuldige invoering wellicht zoveel voorbereidingstijd zal kosten dat invoering op zijn vroegst per 1 januari 2003 mogelijk is.

Allereerst zullen de komende maanden worden benut om met behulp van het inmiddels opgebouwde databestand de contouren van een nieuwe eigenbijdragesystematiek vast te stellen. Vervolgens kan gelijktijdig worden gestart met het interdepartementaal afstemmen van deze systematiek, de juridische vormgeving van de nieuwe regeling en het traject bij de uitvoeringsorganen (zorgkantoren en CAK). Onderdelen van laatstgenoemd traject zijn, indien wordt gekozen voor decentraal uitvoeren, het vaststellen van een gegevensset en externe integratiestandaarden, het bouwen van software bij de zorgkantoren, het proefdraaien met de nieuwe systematiek en tot slot het vaststellen van bijdragen en beschikkingen op basis van de nieuwe regeling.

Verder staat de mogelijke invoering van het belastbaar inkomen niet op zichzelf. De samenhang met andere beleidsontwikkelingen moet ook worden gezien en in de ontwikkeling van het vervolgtraject worden meegenomen. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan het verband tussen het verbeteren van de informatievoorziening bij de intramurale bijdragen AWBZ en de AWBZ-brede zorgregistratie. Daarnaast dienen de gevolgen van de belastingherziening 2001 op consistente wijze in de nieuwe systematiek te worden verwerkt.

Komend najaar informeer ik de Kamer opnieuw over de voortgang van dit project.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart