

Vergaderjaar 2004–2005

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. 25

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 april 2005

Bij de behandeling in de Eerste Kamer op 21 december 2004 van het wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met de invoering van de no-claimteruggaaf (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483) heb ik toegezegd een evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregelings aan beide Kamers der Staten-Generaal te doen toekomen.¹

Met deze brief geef ik uitvoering aan deze toezegging.

Tevens informeer ik uw Kamer met deze brief over de stand van zaken van een aantal andere toezeggingen die ik bij de behandeling van voornoemd wetsvoorstel in de Tweede en Eerste Kamer heb gedaan. Het gaat hier om het onderzoek naar de mogelijkheden tot integratie van de zorgtoeslag, de fiscale aftrek van buitengewone uitgaven en de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

Tenslotte ga ik in op mijn toezegging te bezien of een literatuurstudie kan worden uitgevoerd naar onderzoeken over gepast zorggebruik.

In een separate brief zal ik binnenkort terugkomen op mijn toezegging om na te gaan wat de voor- en nadelen zijn van een aantal suggesties voor doorontwikkeling van het systeem van de no-claimteruggaaf naar risicogroepen en naar inkomen. Dit betreft het VVD-voorstel respectievelijk de IZA-systematiek. Ik zal dit combineren met een reactie op het signalement over houdbare solidariteit dat de RVZ binnenkort uitbrengt, aangezien ook deze studie ingaat op de voors en tegens van verschillende vormen van eigen betalingen.

1. Evaluatiekader no-claimteruggaaf

1.1 Inleiding

Bij de behandeling in de Eerste Kamer van het wetsvoorstel waarmee de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet is ingevoerd, hebben verschillende leden gevraagd naar de evaluatie van deze regeling. De essentie van deze vragen was wat de effecten van de no-claimteruggaaf zijn.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

In reactie op deze inbreng heb ik de volgende aspecten en vragen genoemd waarop de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling zich zal richten:

- het effect op het aantal doorverwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten;
- het effect op het gebruik van de spoedeisende eerste hulp verleend door ziekenhuizen;
- het effect op het aantal second opinions;
- het effect op het gebruik van genees- en hulpmiddelen;
- leidt de regeling tot extra druk op de huisartsenzorg;
- leidt de regeling tot onbedoelde drempels voor het zorggebruik, en
- de financiële effecten van de regeling.

Ik heb daarbij toegezegd dat ik de eerste maanden na het debat op 21 december jl. zou gebruiken om een evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregeling te laten opstellen en dat uitgewerkte evaluatiekader aan beide Kamers der Staten-Generaal zou doen toekomen. Het uitgewerkte evaluatiekader dient bovengenoemde aspecten te betreffen en daarbij aan te geven op welke wijze, met gebruikmaking van welk soort gegevens, deze in de evaluatie worden meegenomen.

Hierbij zend ik u het uitgewerkte evaluatiekader voor de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet dat in mijn opdracht door het bureau Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE) is opgesteld (zie bijlage).

Hierna zal ik kort ingaan op de hoofdpunten van dit evaluatiekader. Overigens wijs ik erop dat het doel van het evaluatiekader is om een instrument aan te reiken voor de meting en beoordeling van de effecten van de no-claimteruggaaf. De beoordeling van de effecten en de weging van de resultaten vallen buiten het bestek van het evaluatiekader zelf, maar zijn onderwerp van beleidsmatige en politieke afwegingen.

1.2 Pragmatische aanpak

Bij de opstelling van het evaluatiekader is gekozen voor een pragmatische aanpak door zoveel mogelijk uit te gaan van bestaande gegevens die reeds op reguliere wijze beschikbaar komen. Hiertoe is besloten vanwege de wens van de Eerste Kamer om op zo kort mogelijke termijn inzicht te krijgen in een aantal effecten van de no-claimteruggaaf. Alleen met gebruikmaking van bestaande gegevensstromen is in het voorjaar van 2006 een evaluatie van de no-claimteruggaaf over 2005 haalbaar. Door deze keuze voor bestaande gegevens kan een nulmeting plaatsvinden van de situatie voorafgaande aan de invoering van de no-claimteruggaaf over 2004 en eerdere jaren en kunnen vervolgmetingen over 2005 en volgende jaren plaatsvinden. Indien geen gebruik zou worden gemaakt van regulier beschikbaar komende gegevens is een evaluatie met een nulmeting en vervolgmetingen niet mogelijk. Een evaluatie waarbij geen gebruik wordt gemaakt van reguliere gegevensstromen, zou een zwaardere administratieve belasting van de ziekenfondsen betekenen.

De opzet van het evaluatiekader gaat uit van een eerste analyse op macro-niveau van geaggregeerde gegevens. Deze eerste analyse geeft een eerste inzicht in de effecten van de no-claimteruggaaf zoals de gerealiseerde financieringsverschuiving en de eventuele daling van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten. Deze eerste analyse kan in het voorjaar van 2006 beschikbaar komen.

1.3 Verdiepingsslag

Na deze eerste analyse volgt een nadere analyse op verzekerdenniveau (verdiepingsslag). Met deze verdiepingsslag op micro-niveau kunnen

ondermeer de zogeheten remgeldeffecten van de no-claimteruggaaf beter in kaart worden gebracht. Daarnaast kan hiermee worden gezien bij welke categorie verzekerden en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggaaf de meeste invloed uitoefent op de zorgconsumptie en de zorgkosten.

Voor een goede verdiepingsslag en met name voor een goede analyse van de remgeldeffecten, dienen de daarvoor te gebruiken gegevens bij voorkeur afkomstig te zijn uit een bestaand gegevensbestand. Dan blijven in de praktijk vrijwel alleen de bestanden van de zorgverzekeraars over die ook voor de bepaling van het risicovereveningsmodel worden gebruikt. Deze gegevens komen doorgaans pas een jaar na afloop van het kalenderjaar beschikbaar, omdat een groot deel van de uitloop van de schade van het betreffende kalenderjaar in de gegevens wordt meegenomen. Daarom zal de verdiepingsslag eerst geruime tijd na de eerste analyse beschikbaar zijn.

1.4 Extra evaluatievragen

De centrale vraag bij het evaluatiekader is wat de effecten van de no-claimteruggaveregeling zijn. Daarbij gaat het erom of de beoogde effecten optreden en of de no-claimteruggaaf niet leidt tot niet-beoogde effecten zoals onbedoelde drempels voor het zorggebruik. Met de evaluatie van de regeling aan de hand van de hiervoor in de inleiding genoemde aspecten worden deze effecten in kaart gebracht. Kennis en informatie over de no-claimteruggaaf bij verzekeren en behandelaars zijn essentieel voor de werking van de regeling. Dit geldt ook voor de informatievervalsing door de ziekenfondsen. Als verzekeren en behandelaars niet of slecht op de hoogte zijn van de no-claimteruggaveregeling en de zorgvormen waarop deze betrekking heeft, kan dit als consequentie hebben dat de beoogde effecten niet of slechts beperkt optreden. Door onvoldoende of verkeerde informatie zouden ook niet-beoogde effecten kunnen optreden, bijvoorbeeld omdat verzekerden denken dat huisartsenzorg ook onder de no-claimteruggaveregeling valt.

Om de effecten van de regeling beter te kunnen beoordelen zijn de volgende drie vragen in het evaluatiekader opgenomen:

- Welke informatie over de no-claimteruggaveregeling verschaffen ziekenfondsen aan hun verzekerden en wat zijn de frequentie en de tijdigheid van de informatievervalsing?
- Hoe goed zijn verzekerden op de hoogte van de no-claimteruggaveregeling?
- Hoe goed zijn behandelaars op de hoogte van de no-claimteruggaveregeling en in hoeverre houden zij bij de zorgverlening en hun verwijzen voorschrijfgedrag rekening met de financiële gevolgen voor de verzekerden?

1.5 Second opinion

Bij de uitwerking van het evaluatiekader is gebleken dat op basis van de bestaande registraties geen betrouwbare informatie over het aantal second opinions bij medisch-specialistische hulp kan worden verkregen. Om toch gegevens over second opinions te verkrijgen zouden deze via een representatieve enquête onder de Nederlandse bevolking verzameld moeten worden. Aangezien vermoedelijk slechts een beperkt deel van de bevolking in een jaar gebruik heeft gemaakt van een second opinion bij een medisch specialist, zou zo'n enquête op een grote steekproefomvang (ongeveer 20 000 huishoudens) dienen te berusten. Bovendien zou die enquête volgend jaar herhaald moeten worden. Alleen in dat geval is het mogelijk om met een dergelijke methode redelijk betrouwbare uitspraken te doen over de ontwikkeling van het aantal second opinions in de tijd.

Een dergelijke aanpak heeft het belangrijke nadeel dat niet wordt aangesloten bij de gegevensbestanden die voor de overige onderdelen van de evaluatie worden gebruikt. Dit beperkt de vergelijkbaarheid van de uitkomsten inzake de second opinion met de overige evaluatie-uitkomsten.

In de meeste gevallen zal een second opinion overwogen worden in het geval van een ingrijpende behandeling. In dergelijke situaties kan er van worden uitgegaan dat een verzekerde gebruik maakt van zoveel zorg die ten laste van de verzekering komt, dat hij geen vooruitzicht meer heeft op een no-claimteruggaaf. De no-claimteruggaveregeling zal dan nauwelijks of geen effect hebben op het invoeren van een second opinion.

Dit alles afwegend heb ik besloten het effect op het aantal second opinions niet in de evaluatie van de no-claimteruggaaf te betrekken.

1.6 Conclusie

Ik ben van mening dat dit evaluatiekader een goede basis vormt voor de evaluatie van de no-claimteruggaaf. Een evaluatie die overeenkomstig dit kader wordt uitgevoerd heeft betrekking op aspecten en vragen die ik op 21 december jl. tijdens de behandeling in de Eerste Kamer van het wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet heb genoemd. Uitzondering hierbij is het effect op het aantal second opinions. Dit aspect zal niet in de evaluatie worden betrokken.

Behalve op bovenbedoelde aspecten zal de evaluatie ook ingaan op de informatieverzorging door de ziekenfondsen aan hun verzekerden alsmede de kennis en informatie over de no-claimteruggaaf bij verzekerden en zorgaanbieders. Deze informatie en kennis over de no-claimteruggaaf is essentieel voor het de beoogde effecten van de regeling. Gelet hierop zal ik de evaluatie van de no-claimteruggaaf met toepassing van dit evaluatiekader laten uitvoeren.

Met het oog op het uitvoeren van dit evaluatieonderzoek zal ik een aantal onderzoeksbureau's benaderen om een offerte uit te brengen.

2. Integratie zorgtoeslag en buitengewone uitgaven

In de memorie van toelichting bij de Wet op de zorgtoeslag is gesignaleerd dat voor de compensatie van zorgkosten vanaf 2006 verschillende regelingen van kracht zal zijn. Tegelijk met de Zorgverzekeringswet treedt de Wzt in werking. De zorgtoeslag biedt een compensatie voor huishoudens met een in verhouding tot hun inkomen relatief hoge nominale premie. Verder bestaat de fiscale aftrek van buitengewone uitgaven (BU). Onder de in de fiscale wetgeving gestelde voorwaarden zijn ziektegerelateerde uitgaven, waaronder de nominale premie voor een ziektekostenverzekering, aftrekbaar. Ten slotte geldt, voor wie over onvoldoende inkomen beschikt om de fiscale aftrek van buitengewone uitgaven te verzilveren, de (niet-fiscale) tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (TBU).

In de memorie van toelichting bij de Wzt en tijdens de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer is aangegeven dat deze regelingen in technische zin nader op hun onderlinge samenhang zullen worden gezien. De relatie tussen deze regelingen is wederom aan de orde gekomen tijdens de behandeling van de no-claimteruggaveregeling in de Eerste Kamer. In dat laatste debat heb ik toegezegd te bezien welke mogelijkheden tot integratie van de zorgtoeslag, de fiscale aftrek van buitengewone uitgaven en de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven bestaan.

Een eerste analyse van maatregelen om de diverse regelingen beter op elkaar af te stemmen en te stroomlijnen, levert een onderscheid op tussen

wat nog per 2006 mogelijk en wenselijk is en wat pas in latere jaren zou kunnen worden gerealiseerd.

Een tweetal aanpassingen in de regelgeving zal per 2006 worden doorgevoerd. Het gaat om technische aanpassingen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de regelingen vanaf 2006 correct werken en geen conflicterende bepalingen bevatten.

Daartoe zal de TBU, die is neergelegd in een tijdelijk besluit, wettelijk worden verankerd. Hiermee wordt gewaarborgd dat deze tegemoetkomingsregeling ook de komende jaren van kracht blijft.

Verder zal het probleem van de zogenoemde kringverwijzing tussen de zorgtoeslag en de buitengewone uitgavenregeling worden opgelost. Deze kringverwijzing ontstaat doordat de zorgtoeslag van invloed is op de hoogte van de buitengewone uitgaven, de buitengewone uitgaven van invloed zijn op het verzamelinkomen en het verzamelinkomen van invloed is op de hoogte van de zorgtoeslag. Bij de Invoerings- en aanpassingswet Zvw zal de nominale premie voor een ziektekostenverzekering vanaf 2006 van aftrek binnen de buitengewone-uitgavenregeling worden uitgesloten, onder gelijktijdige correctie van de drempel in de buitengewone-uitgavenregeling. De aftrekbeperking geldt uitsluitend voor de nominale premie voor de basisverzekering. Premies voor aanvullende verzekeringen blijven wel aftrekbaar. Ook een eventueel eigen risico, eigen bijdragen in geval van restitutie en de inkomensafhankelijke bijdragen zijn op te voeren binnen de buitengewone-uitgavenregeling. Compensatie voor de nominale premie voor de basisverzekering wordt dus geheel overgeheveld naar de zorgtoeslag.

Om het niet-gebruik van de zorgtoeslag zo klein mogelijk te laten zijn, zal de Belastingdienst/Toeslagen, die de zorgtoeslag gaat uitvoeren, zoveel mogelijk aanvraagformulieren op eigen initiatief aan de betrokkenen sturen. Op die manier verwacht de Belastingdienst/Toeslagen meer dan 90% van die doelgroep te bereiken. Bij 50%–70% van de doelgroep kan naar verwachting een formulier worden toegestuurd dat geheel is voorinvuld, inclusief een schatting van het inkomen. Een daartoe strekkend wetsvoorstel zal op korte termijn aan de Tweede Kamer worden aangeboden. De aanvrager hoeft dan slechts de gegevens te controleren en daarna het formulier te ondertekenen en terug te sturen.

De Belastingdienst onderzoekt momenteel of het mogelijk is om voor de doelgroep van de TBU een vergelijkbare procedure te volgen, zodat meer mensen die daar recht op hebben van de TBU gebruik zullen maken.

Overigens is het gebruik van de buitengewone uitgaven de afgelopen jaren al fors toegenomen. Hierbij speelt mee de aantrekkelijkheid van de regeling en de forse publicitaire inspanningen afgelopen jaren om via de Belastingdienst en betrokken organisaties en personen te wijzen op de mogelijkheden van de compensatie via buitengewone uitgaven. Onderstaande tabel laat het aantal belastingplichtigen met aftrek van buitengewone uitgaven en het totaal afgetrokken bedrag zien.

Tabel 1: Gebruik buitengewone uitgaven 1998–2003¹

	Aantal belastingplichtigen met buitengewone uitgaven	Afgetrokken bedrag in (€ mln)
1998	580 000	800
1999	655 000	950
2000	830 000	1 200
2001	1 120 000	1 665
2002	1 474 000	2 660
2003	1 600 000	2 900

¹ Stand december 2004; 2002 en 2003 betreft nog raming.

In het kader van eenvoud is het mogelijk samenvoegen van verschillende regelingen die zorggerelateerde uitgaven beogen te compenseren een

sympathieke gedachte. Vanwege de grote inhoudelijke verschillen tussen de betreffende regelingen is een dergelijke operatie echter zeer complex en vergt grondig nader onderzoek. Zowel materieel voor de burger als uitvoeringstechnisch zitten hier veel haken en ogen aan.

Een eerste indruk van de problemen die gezien moeten worden wil ik u niet onthouden. Een belangrijk punt is dat de zorgtoeslag en de buitengewone-uitgavenregeling niet op elkaar aansluiten:

- De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van genormeerde en niet van werkelijke kosten.
- De zorgtoeslag betreft alleen de nominale premie, de aftrek voor buitengewone uitgaven betreft een veel groter terrein van kosten.
- Het inkomensafhankelijk verloop van beide regelingen verschilt van elkaar.

Vanwege de eenvoud kan de toekenning van de zorgtoeslag verregaand geautomatiseerd plaatsvinden. De combinatie die bij de buitengewone uitgaven wordt toegepast tussen toets op werkelijke kosten en een inkomensafhankelijke drempel vergt een veelal handmatige toets door de Belastingdienst. Voorts is in de afgelopen jaren steeds aan de buitengewone-uitgavenaftrek gesleuteld, vooral om specifieke groepen tegemoet te komen met behulp van diverse ingrepen zoals specifieke uitgaven, forfaits en vermenigvuldigingsfactoren.

Door de ongelijksoortigheid van de verschillende regelingen, zal het niet eenvoudig zijn om alle belangen die in de loop der tijd in de buitengewone-uitgavenregeling een plaats hebben gevonden in een geïntegreerde regeling terug te laten komen.

Aandachtspunt bij het nader onderzoek is ook de uitvoering van een geïntegreerde regeling. Er zal moeten worden gezien hoe de uiteenlopende uitvoeringsprocessen, die samenhangen met het verschillende karakter van de bestaande regelingen, kunnen worden samengevoegd zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit. Daarbij moet ook in ogenschouw worden genomen dat de Belastingdienst niet is toegerust op het beoordelen van het medische nut en de noodzaak van bepaalde uitgaven. Aansluitend op de discussie rond de AWIR wordt ook de mogelijkheid gezien de relevante begrippen tussen de verschillende regelingen meer te harmoniseren.

Een ander aspect dat bij het nader onderzoek naar de integratie van de zorgtoeslag en de buitengewone-uitgavenregeling zal worden meegenomen is het streven naar een vermindering van de administratieve en uitvoeringslasten die thans samenhangen met de buitengewone-uitgavenregeling. Het afstemmen van de buitengewone-uitgavenregeling op tal van specifieke situaties heeft tot ingewikkelde wetgeving geleid, waarvan het de vraag is of deze de gewenste compensatie inderdaad biedt en of de compensatie die wordt gegeven niet eenvoudiger kan worden bereikt.

Het is de inzet van het kabinet om de buitengewone-uitgavenregeling tegen het licht te houden, bij voorkeur (fors) te vereenvoudigen voor zowel burger als Belastingdienst, en zeker ook doelmatiger te maken waar mogelijk. Uit onderzoek zal blijken of door middel van integratie van de buitengewone-uitgavenregeling met de zorgtoeslag tegemoet zou kunnen worden gekomen aan deze wensen. Gezien de complexiteit van deze materie kan realisatie hiervan niet op korte termijn gestalte krijgen. Ik zal dit onderwerp de komende periode samen met de Staatssecretaris van Financiën en de minister van SZW verder verkennen. Per 2006 wordt een aantal stappen gezet. Dat is voor de korte termijn het maximaal haalbare. In de uiteindelijke afweging spelen naast aspecten van vereenvoudiging

en doelmatigheid ook de uitwerking op de inkomens van huishoudens, de effecten op de uitvoeringslasten, en de effectiviteit van de regelingen een rol. De constructieve bijdrage van het parlement neemt het kabinet vanzelfsprekend mee bij deze analyse.

3. Literatuurstudie «gepast gebruik»

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet ontstond in de Eerste Kamer naar aanleiding van opmerkingen van mevrouw Dupuis een discussie over de term «gepast gebruik» en de literatuur daarover. Ik heb daarop aangeboden te bezien of mijn ambtenaren mogelijkheden hebben om daar een goede literatuurstudie naar te verrichten.

Gepast gebruik heeft veel raakvlakken met de vormgeving en de invulling van het verzekerde pakket. Gelet op de toekomstige taak van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op het gebied van het pakketbeheer heb ik het CVZ gevraagd deze literatuurstudie te laten uitvoeren.

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