

Vergaderjaar 2005–2006

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

I

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juni 2006

1. Inleiding

Eigen betalingen vergroten de eigen verantwoordelijkheid en beperken de collectieve last. Met het oog op de toenemende druk op de solidariteit is een solidair stelsel niet houdbaar zonder het vragen van eigen verantwoordelijkheid, ook in de vorm van eigen betalingen. In het Hoofdlijnenakkoord 2003 is hiertoe de invoering van een eigen risico afgesproken. Doel was de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde te vergroten in verhouding tot de collectieve verantwoordelijkheid. Tevens werd hiermee beoogd via financiële prikkels onnodige zorgconsumptie terug te dringen. Na uitgebreide discussies met beide Kamers der Staten-Generaal en marktpartijen heb ik uiteindelijk besloten tot de invoering van een no-claimteruggaveregeling.

Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer op 21 december 2004 van het wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483) heb ik toegezegd de no-claimteruggaveregeling te evalueren en daarvoor een evaluatiekader op te (doen) stellen. Bij brief van 12 april 2005 heb ik dit evaluatiekader naar beide Kamers gezonden (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483, E; Kamerstukken II, 2004/05, 29 483, nr. 25).

In aanvulling op het evaluatiekader wordt ook de onderzoeksvraag naar de samenloop van de no-claimteruggave met het vrijwillig eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) meegenomen. Bovendien zal in een volgende fase van de evaluatie worden nagegaan bij hoeveel verzekerden sprake is van nagekomen rekeningen die tot een herziening van al uitgekeerde no-claimteruggaven leiden en wat dit betekent voor de uitvoering van de regeling.

Met deze brief en de bijgaande evaluatie uitgevoerd door het onderzoeksbureau APE geef ik uitvoering aan deze toezegging.

2. Samenvatting

De door de invoering van de no-claimteruggaveregeling beoogde verschuiving van collectieve naar private financiering is behaald. Door de no-claim daalden de collectieve lasten in 2005 met € 1,4 mld¹. De uitkomsten van de evaluatie tonen aan dat verzekerden kostenbewuster omgaan met zorg. Hier zou een relatie kunnen liggen met de invoering van de no-claimteruggaaf. Benadrukt moet worden dat dit zich niet zozeer uit in een afnemend gebruik van zorg maar vooral in een gebruik van goedkopere medicijnen en hulpmiddelen.

Tegelijkertijd heeft de invoering van de no-claimteruggaveregeling niet geleid tot zwaarwegende uitvoeringstechnische problemen en problemen als gevolg van onduidelijkheid. Ik kom dan ook tot de conclusie dat de no-claimteruggaaf waarschijnlijk heeft geleid tot de beoogde effecten: een financieringsverschuiving van collectief naar privaat en een prudenter gebruik van zorg.

Alles afwegend komt het kabinet tot de conclusie dat de no-claimteruggaveregeling voor het grootste deel uitpakt zoals beoogd. Er is dan ook geen reden om per 1 januari 2007 de no-claimteruggaveregeling in de Zvw te vervangen door een verplicht eigen risico.

3. Uitkomsten evaluatie: kostenbewustzijn

Naast een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogt de no-claimteruggaveregeling een prudenter gebruik van zorg. Door de financiële verantwoordelijkheid van zorggebruik voor een klein deel bij verzekerden te leggen, is de verwachting dat onnodig zorggebruik tot op zekere hoogte wordt geremd. De verwachting is dat vooral verzekerden die zorgkosten maken rondom en onder de teruggavegrens zich in hun gedrag zullen laten beïnvloeden. De prikkelwerking die uitgaat van de no-claimteruggave zal dan ook hoogstwaarschijnlijk vooral effect hebben bij de groep gezonde verzekerden, die rond de €255 of minder aan zorgkosten maken. Het gaat hierbij in de Zfw om een groep die potentieel bestaat uit 3,5 tot 4 mln. verzekerden.

De bijgevoegde evaluatie van de no-claim bevat de eerste fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling over het jaar 2005. De eerste fase van de evaluatie heeft primair betrekking op de eerste, globale effecten van de no-claimteruggaaf bij de (voormalige) ziekenfondsverzekerden.

Komend jaar volgt een verdiepingsslag op verzekerdeniveau waarin onder meer wordt geprobeerd de «remgeldeffecten» van de no-claimteruggaveregeling in beeld te krijgen. Zoals al in het evaluatiekader is geschreven, zal in de verdiepingsslag worden geprobeerd na te gaan bij welke categorie verzekerden en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggaaf de meeste invloed uitoefent op het zorggebruik en de zorgkosten.

Het is niet goed mogelijk exacte uitspraken te doen over «remgeldeffecten». Dit wordt veroorzaakt doordat zowel voor de eerste fase van de evaluatie als voor de verdiepingsslag geldt dat er sprake is van een methodologisch probleem; vanwege het ontbreken van een betrouwbare controlegroep is het afzonderlijke gedragseffect van de no-claimteruggaaf niet nauwkeurig te bepalen. De ontwikkeling van de zorgkosten is immers het resultaat van meer factoren dan enkel de prikkelwerking die uitgaat van de no-claimteruggaveregeling. Onder de gegeven omstandigheden is in de evaluatie gepoogd hiermee zo veel mogelijk rekening te houden.

¹ Voor 2006 wordt in de Zvw uitgegaan van een financieringsverschuiving van € 2 mld. (€ 0,6 mld. hoger dan in 2005).

De verwachting was dat zich in 2005 een gedragseffect van € 170 mln. zou voordoen bij met name de ziekenhuizen en de genees- en hulpmiddelen. Dit is een bescheiden effect (circa 1%) afgezet tegen de relevante kosten van de Zfw in 2005.

Uit de uitkomsten van de evaluatie valt af te leiden dat de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen en het aantal doorverwijzingen inderdaad zijn gedaald. In afwachting van de verdiepingsslag kan op basis van de huidige beperkte gegevens de conclusie worden getrokken dat het beoogde gedragseffect mogelijk is gerealiseerd. Dit is in lijn met het jaarverslag van VWS over 2005, waarin is vastgesteld dat zich bij genees- en hulpmiddelen meevallers hebben voorgedaan.

In de paragrafen 3 en 4 geef ik een samenvattende beschouwing van het rapport van APE; dit rapport¹ is bijgevoegd.

Ziekenhuizen en huisartsen

Bij de ziekenhuizen lijkt zich in 2005 ten opzichte van de voorgaande jaren een groeivertraging te hebben voorgedaan. Daarbij speelt echter ook het effect van het convenant ziekenhuizen een rol. Het neerslaan van een no-claim-effect bij de ziekenhuizen blijkt mogelijk uit het doorverwijsgedrag van huisartsen. Uit de evaluatie blijkt dat het aantal verwijzingen naar medisch specialisten licht is gedaald ten opzichte van 2004. Het gerealiseerde aantal verwijzingen in 2005 ligt op basis van voorlopige cijfers voor deze groep bovendien iets onder het trendmatig verwachte aantal verwijzingen, dat jaarlijks met 2,6% toeneemt.

Uit een enquête van het onderzoeksbureau Nivel bij een steekproef onder 500 huisartsen blijkt dat huisartsen in meerderheid niet verwachten dat de no-claimregeling effect zal hebben op het zorggebruik van hun patiënten en op hun eigen werkzaamheden. Ongeveer een derde deel van de huisartsen geeft aan wel rekening te houden met de no-claim in hun werkzaamheden. Dit gebeurt in de meeste gevallen op verzoek van hun patiënten.

Onder invloed van de no-claimteruggaveregeling doen deze huisartsen meer «specialistische» behandelingen zelf. Ook zeggen zij minder snel naar een paramedicus te verwijzen. De no-claimteruggaaf en het eigen risico oefenen nauwelijks invloed uit op het voorschrijven van medicijnen, hoewel een klein deel van de huisartsen ook aangeeft te proberen om goedkopere medicijnen voor te schrijven. Dit laatste wordt ondersteund door de ontwikkeling van het gebruik en de gemiddelde kosten van geneesmiddelen.

Overigens is de vrees van de Kamer dat de no-claimteruggaaf zou leiden tot meer druk op de huisartsenzorg, ongegrond gebleken. Uit de evaluatie blijkt dat het aantal dossiercontacten van ziekenfondsverzekerden in 2005 ten opzichte van 2004 achterblijft bij de verwachting.

Geneesmiddelen

Uit de evaluatie blijkt dat de gerealiseerde geneesmiddelenkosten per ziekenfondsverzekerde in 2005 achterblijven bij het op grond van de (gecorrigeerde) trendmatige ontwikkeling verwachte niveau. Uit een verdere analyse (zie het bijgevoegde achtergrondrapport¹ blijkt dat verzekerden niet minder medicijnen zijn gaan gebruiken als gevolg van de no-claim, maar wel goedkopere medicijnen zijn gaan gebruiken. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de aanscherping van het convenant geneesmiddelen in 2005. Het is echter mogelijk dat hier sprake is van een no-claim-effect: bij particulier verzekerden (die in 2005 niet met de no-claimteruggaaf werden geconfronteerd) is het verschil tussen trend en realisatie minder groot.

¹ Dit rapport ligt ter inzage op de afdeling inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 135416.

Hulpmiddelen

Voorlopige realisatiecijfers voor 2005 geven aan dat de kosten per ziekenfondsverzekerde iets onder het niveau van 2004 liggen en duidelijk lager zijn dan de verwachte kosten per ziekenfondsverzekerde. Uit de informatie in het achtergrondrapport kan worden opgemaakt dat de kosten per gebruiker in 2005 zijn gedaald en sterk achterblijven bij de trendmatige ontwikkeling. Het aantal gebruikers van hulpmiddelen ontwikkelt zich in 2005 als verwacht. De daling van de kosten per gebruiker vloeit voor een belangrijk deel voort uit het feit dat zorgverzekeraars de hulpmiddelen doelmatiger zijn gaan inkopen. Dit effect wordt versterkt doordat ziekenfondsverzekerden kiezen voor het gebruik van goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen. Het is niet uitgesloten dat de no-claimteruggaveregeling hierbij een rol heeft gespeeld.

Conclusie gedragseffecten

Het is erg moeilijk om een goede indicatie te geven van het precieze gedragseffect als gevolg van de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het niet mogelijk is het gedragseffect van de no-claim afzonderlijk te bezien. In de verdiepingsslag van de evaluatie in 2007 wordt geprobeerd een duidelijker beeld te krijgen van de gedragseffecten van de no-claim. Desalniettemin geven de uitkomsten van de evaluatie wel een aanwijzing dat de gedragseffecten van de no-claimteruggaaf zich hebben voorgedaan.

De no-claimteruggaaf draagt er ook aan bij dat verzekerden zich beter bewust worden van de kosten van zorg. Indien er geen enkele vorm van eigen betaling zou zijn, zouden verzekerden veel minder zicht hebben op de kosten van zorg die zij genoten hebben. Dat is een effect van de no-claimteruggaveregeling waar ik zeer aan hecht. Samen met het gedragseffect draagt dit bij aan het toegenomen besef van de kosten van zorg en daarmee aan een bewuster gebruik van zorg.

4. Uitkomsten evaluatie: uitvoering

Uitvoering

De uitkomsten van de uitgevoerde evaluatie van de no-claimteruggaaf in de Ziekenfondswet geven aan dat de ziekenfondsen de no-claimteruggaaf over het algemeen goed hebben uitgevoerd. De voormalige ziekenfondsverzekerden die recht hebben op een no-claimteruggaaf over 2005, hebben deze voor de voorgeschreven datum van 1 april 2006 van hun zorgverzekeraar uitgekeerd gekregen.

Uit de evaluatie is eveneens gebleken dat de uitvoering van de regeling niet tot zwaarwegende uitvoeringsproblemen bij de verzekeraars heeft geleid. Dit ondanks dat de periode waarin de teruggaven aan de verzekerden moesten worden uitgekeerd, samenviel met de tijdspanne dat zorgverzekeraars nog de handen vol hadden aan de invoering van de Zvw.

De evaluatie van APE meldt dat de voormalige ziekenfondsen zijn geconfronteerd met vragen van hun verzekerden over de no-claimteruggaveregeling. Dat is gezien de populatie ook niet verwonderlijk omdat de ziekenfondsverzekerden geen algemeen geldend systeem van eigen betalingen kenden, maar uitsluitend eigen bijdragen voor specifieke verstrekkingen. In een dergelijke uitgangssituatie zal introductie van algemeen geldende eigen betalingen altijd vragen oproepen, ongeacht hoe die eigen betalingen worden vormgegeven. Het is logisch dat dergelijke vragen van verzekerden – zeker over de uitvoering van deze regeling – voor een groot deel bij de verzekeraars terecht komen. Dat is inherent aan de taak die de verzekeraars hebben, ook in het contact richting hun verzekerden. Na het eerste invoeringsjaar zullen verzekerden gewend zijn aan de no-claim-

teruggaaf en kennis hebben opgedaan over deze regeling. Dat zal leiden tot een afname van het aantal vragen om informatie en toelichting. Ik heb overigens de stellige indruk dat een algemene eigen betaling in de vorm van een verplicht eigen risico in plaats van de thans ingevoerde no-claimteruggaaf, niet tot wezenlijk minder vragen en informatieverzoeken van voormalige ziekenfondsverzekerden aan hun verzekeraars zou hebben geleid.

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II, 2003/04, 29 483, nr. 8) heb meegedeeld, zijn de uitvoeringskosten voor de ziekenfondsen geschat op € 20 mln. In het najaar van 2004 heb ik met Zorgverzekeraars Nederland overeenstemming bereikt over dit bedrag voor de uitvoeringskosten. Uit de evaluatie blijkt dat de uitvoeringskosten binnen het beschikbare kader van € 20 mln. zijn gebleven.

Correcties en terugvorderingen

Uit de evaluatie blijkt dat de (voormalige) ziekenfondsen in het algemeen niet zo optimistisch aankijken tegen de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005. De combinatie van de DBC-bekostiging bij de ziekenhuizen en de no-claimteruggaaf vinden de zorgverzekeraars weinig gelukkig. Verzekeraars geven aan zich zorgen te maken over mogelijke correcties en terugvorderingen van reeds uitgekeerde no-claimteruggaven over 2005. Gegevens over de omvang van het aantal correcties en terugvorderingen kunnen niet eerder dan het voorjaar van 2007 beschikbaar komen, dit vanwege de termijn die geldt voor deze correctiemogelijkheid. Deze gegevens komen uit de tweede fase van de evaluatie waarover in juni 2007 wordt gerapporteerd.

De problematiek van de correctie en terugvordering is deels incidenteel. Het aantal correcties en terugvorderingen vermindert in belangrijke mate indien er minder uitvoeringsproblemen zijn met DBC's en deze sneller bij de verzekeraars worden gedeclareerd en verwerkt. Tegelijkertijd zal er altijd een bepaalde mate van terugvordering blijven bestaan; dat hangt samen met de maximale looptijd van een DBC van een jaar. Hierdoor kan in een aantal gevallen een DBC pas gesloten worden nadat de no-claimteruggaaf is uitbetaald.

Het is op dit moment onduidelijk in welke mate er sprake zal zijn van correctie en terugvordering; ten tijde van de tweede fase van de evaluatie zal er meer duidelijkheid zijn over de grootte van deze problematiek. Op dat moment zal worden bezien of wijziging van deze correctiemogelijkheid wenselijk en noodzakelijk is. De signalen van verzekeraars hierover zullen daarbij dan ook worden betrokken.

Samenloop met vrijwillig eigen risico

Ten aanzien van de samenloop in de Zvw van de no-claimteruggaaf met het vrijwillig eigen risico, merk ik op dat slechts 5% van de Zvw-verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Dit is een klein deel vergeleken met het aantal particulier verzekerden dat in 2005 vrijwillig voor een eigen risico had gekozen.

Er kan van worden uitgegaan dat in de Zvw de verzekerden welbewust hebben gekozen voor een eigen risico en voor de premiekorting die verzekeraars bieden bij een eigen risico. Dan ligt het in de rede dat deze verzekerden op de hoogte zijn van de consequenties van het eigen risico, ook op het punt van de verhouding met de no-claimteruggaaf.

De samenloop van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico in de Zvw leidt volgens deze evaluatie niet tot problemen.

5. Eigen betalingen in perspectief

No-claim en solidariteit

De discussie rondom eigen betalingen kan niet los worden gezien van de ontwikkelingen rondom (houdbare) solidariteit in de zorg. De solidariteit in Nederland is onderhevig aan technologische ontwikkelingen met bijkomende kostenstijgingen en de extra druk op de gezondheidszorg als gevolg van onder andere de vergrijzing. Deze ontwikkelingen leiden tot een autonome druk op de solidariteit. Onder druk van de bovengenoemde ontwikkelingen nemen de financiële solidariteitsoverdrachten steeds verder toe. In het RVZ-signalement «Houdbare solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg» is het een en ander uitgebreid beschreven. Op 28 april 2005 heb ik dit signalement naar beide Kamers gestuurd (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483, F en Kamerstukken II, 2004/05, 29 800 XVI, nr. 208). Solidariteitsoverdrachten zijn ook in de toekomst cruciaal om de zorg toegankelijk te houden, juist voor mensen met lage inkomens en voor mensen die (chronisch) ziek zijn. Het is daarom van groot belang dat in de samenleving draagvlak blijft voor deze overdrachten. De RVZ stelt terecht dat – om het draagvlak voor solidariteit ook in de toekomst te bestendigen – het noodzakelijk is dat zorg doelmatig wordt geleverd en dat voldoende wordt gevraagd van de eigen verantwoordelijkheid om de kosten indien mogelijk te beperken. Eigen betalingen vergroten de eigen verantwoordelijkheid en beperken de collectieve last. In navolging van de RVZ en met het oog op de toenemende druk op de solidariteit is het dan ook mijn stellige overtuiging dat een houdbaar solidair stelsel niet kan bestaan zonder het vragen van eigen verantwoordelijkheid, ook in de vorm van eigen betalingen. In het Hoofdlijnenakkoord 2003 is hiertoe de invoering van een eigen risico afgesproken. Doel hiervan was de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde te vergroten in verhouding tot de collectieve verantwoordelijkheid. Tevens werd hiermee beoogd via financiële prikkels onnodige zorgconsumptie terug te dringen. Na uitgebreide discussies met beide Kamers en marktpartijen heb ik uiteindelijk besloten tot de invoering van een no-claimteruggaveregeling. De no-claimteruggaveregeling is een relatief bescheiden eigen betaling die wel leidt tot meer eigen verantwoordelijkheid, zonder dat verzekerden zich zorgen hoeven te maken over geld dat direct op tafel moet komen. Hierdoor is een stap gezet om de betaalbaarheid van de zorg en het draagvlak voor de gewenste solidariteitsoverdrachten te bestendigen.

Solidariteit is een groot goed. Bij benadering wordt in 2006 ruim € 16 miljard in financiële zin overgedragen van netto-betalers aan de netto-ontvangers. De gemiddelde zorgkosten van de 10% veelgebruikers is ongeveer € 15 500; zij betalen, geabstraheerd van inkomen, € 2 200 aan premie, inclusief de no-claim. Per saldo ontvangt deze groep derhalve € 13 300 aan solidariteitsoverdrachten.

Niet-gebruikers betalen gemiddeld ook € 2 200 en ontvangen het jaar erop € 255 no-claim terug. Per saldo betaalt een niet-gebruiker € 1 945 aan solidariteitsoverdrachten.

Het aandeel van de eigen betalingen in Nederland is met de invoering van de no-claim internationaal gezien echter nog steeds zeer bescheiden. Al op een eerder moment is een internationale vergelijking van eigen betalingen gestuurd naar de beide Kamers (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483, F; Kamerstukken II, 2004/05, 29 800 XVI, nr. 208). Uit deze vergelijking blijkt dat in Nederland de eigen betalingen na invoering van de no-claimteruggaveregeling ongeveer 11% van de totale zorguitgaven bedragen, terwijl dit percentage in de Scandinavische landen gemiddeld zo'n 15% en in België zelfs bijna 25% bedraagt¹. Inherent aan een eigen betaling is dat chronisch zieken en veelgebruikers worden geconfronteerd met hogere uitgaven dan verzekerden die geen zorgkosten maken. Voor zover deze

¹ Op basis van de meest recente OECD-cijfers (OECD Health Data 2005).

uitgaven de draagkracht te boven gaan, kan aanspraak worden gemaakt op de buitengewone uitgavenregeling.

Op dit moment voert mijn departement onderzoek uit naar de verschillen in de hoogte van eigen betalingen in verscheidene Europese landen. Dit onderzoek richt zich op patiëntenprofielen en in welke mate men, naast de premie, moet bijdragen aan de zorgkosten en op welke wijze.

No-claimteruggaaf versus eigen risico

Gelet op de uitkomsten van de evaluatie concludeer ik dat de no-claimteruggaveregeling waarschijnlijk heeft gewerkt zoals is beoogd. De redenen die voor de regering in 2004 de doorslag gaven om in de Zfw de no-claimteruggaaf in te voeren in plaats van een eigen risico zoals in het Hoofdlijnenakkoord was afgesproken, zijn nog steeds van toepassing, ook in de Zvw. Het alternatief voor de no-claimteruggaaf is de invoering van een verplicht eigen risico. In de onderstaande tabel zijn kort de verschillen weergegeven tussen de no-claim en een verplicht eigen risico waarop in 2004 de beslissing is genomen voor een no-claimteruggaaf.

Tabel 1: verschillen tussen de no-claim en het verplicht eigen risico

	No-claim	Verplicht Eigen Risico
Gevolgen voor lage inkomens en chronisch zieken		
- Drempel voor gebruik zorg	Beperkte drempel, bij zorggebruik hoeft niet direct geld op tafel te worden gelegd.	Hogere drempel, verzekerde zouden zich af kunnen vragen of zij de risicobetaling wel kunnen voldoen.
- Liquiditeitsprobleem	Beperkt liquiditeitsprobleem, door maandelijkse voorfinanciering van de eigen betaling.	Groter probleem, de rekening van zorggebruik kan oplopen tot € 255 in één keer.
Prikkelwerking		
- Prikkel om minder of geen zorg te gebruiken.	Beperkte prikkelwerking, doordat er geen directe relatie is tussen zorggebruik en eigen betaling.	Grotere prikkelwerking, doordat de financiële gevolgen van zorggebruik directer worden gevoeld.
- Positieve vs. negatieve prikkel	Positieve prikkel, je krijgt geld uitgekeerd bij beperkt zorggebruik.	Negatieve prikkel, je moet geld op tafel leggen bij zorggebruik.
Technische Haalbaarheid		
- samenloop met vrijwillig eigen risico ¹	Verskil in systematiek tussen no-claim en vrijwillig eigen risico leidt tot (beperkte) onduidelijkheid.	Geen verschil in systematiek tussen verplicht en vrijwillig eigen risico.
- administratieve lasten	Lagere administratieve lasten door minder contacten met verzekerden.	Hogere administratieve lasten, doordat vaker wordt gecommuniceerd met verzekerden.

¹ De uitzonderingen voor de no-claim (huisarts, kraamhulp en verloskunde) zullen ook gelden bij een verplicht eigen risico. Deze uitzonderingen gelden overigens niet voor het vrijwillig eigen risico.

De regering heeft gekozen voor de no-claimteruggaveregeling in plaats van een eigen risico, omdat zij de vriendelijker vormgeving vond opwegen tegen de hogere gedragseffecten van het eigen risico. Daarnaast leidde een eigen risicoregeling tot meer administratieve lasten dan de no-claimteruggaveregeling. Dat laatste was zeker in de Zfw het geval. Naar verwachting zal dat ook in de Zvw zo zijn omdat de meeste polissen uitgaan van overeenkomsten met zorgaanbieders.

6. Conclusie

De resultaten van deze eerste fase van de evaluatie overziend, kom ik tot de conclusie dat de no-claimteruggaveregeling in grote lijnen heeft gewerkt zoals de regering in 2004 verwachtte bij de behandeling van het wetsvoorstel gericht op invoering van de no-claimteruggaaf in de Zfw:

- Als gevolg van de invoering van de no-claimteruggaaf is er in 2005 sprake van een financieringsverschuiving van collectief naar privaat van ca. € 1,4 mld. (€ 2 mld. in 2006).
- Uit de evaluatie blijkt dat het bescheiden gedragseffect van € 170 mln. mogelijk is gerealiseerd. Wellicht zal in de micro-analyse, zoals deze is toegezegd voor 2007, een beter onderbouwde uitspraak kunnen worden gedaan over de gedragseffecten van de no-claim en bij welke zorgvormen deze zijn neergeslagen.
- De gedragseffecten lijken niet zozeer te leiden tot een afnemend gebruik van zorg maar vooral tot een gebruik van goedkopere zorg.
- De evaluatie geeft het beeld dat de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling door verzekeraars in het algemeen soepel verloopt. Ook de combinatie van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico heeft niet geleid tot onduidelijkheden. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat het percentage verzekerden dat in de Zvw een vrijwillig eigen risico heeft afgesloten beperkt is gebleven tot nog geen 5%.

Wel kan er nog sprake zijn van een incidenteel uitvoeringsprobleem in verband met verlate ziekenhuisrekeningen. Hierdoor kan bij sommige verzekerden over reeds uitbetaalde no-claimteruggaven 2005 nog tot 1 april 2007 een correctie met terugvordering plaatsvinden. Deze verlate declaraties kunnen er mede toe geleid hebben dat aan meer verzekerden dan in 2004 werd verwacht, een no-claimteruggaaf is gedaan en dat de uitgekeerde bedragen gemiddeld iets hoger zijn dan geraamd.

Gelet op de uitkomsten van de evaluatie kom ik tot de conclusie dat de no-claimteruggaveregeling heeft gefunctioneerd zoals beoogd. De twijfels in beide Kamers over de werking van de no-claimteruggaveregeling worden niet bevestigd door de uitkomsten van de evaluatie. Er is dan ook geen aanleiding om deze regeling te vervangen door een andere vormgeving van eigen betalingen.

In dit verband hecht ik ook aan het belang van continuïteit en consistentie van regeringsbeleid. Het is natuurlijk nooit te laat om een maatregel die slechter uitpakt dan voorzien, te wijzigen. Zoals ik hiervoor heb gemeld komt het kabinet op basis van deze evaluatie over het eerste jaar dat de no-claimteruggaveregeling gold, tot de conclusie dat deze regeling voor het grootste deel uitpakt op de manier die was voorzien. Dat is dus geen reden om de regeling door een ander systeem te vervangen. Bovendien is de invoering van de no-claimteruggaaf het resultaat geweest van uitgebreide discussie tussen regering en parlement, zowel in de Tweede Kamer als in de Eerste Kamer. De invoering van de no-claimteruggaaf heeft weloverwogen plaatsgevonden.

Zeker in de gezondheidszorg is overheidsbeleid sterk afhankelijk van de bereidheid van partijen om dat beleid uit te voeren. Dat geldt temeer voor maatregelen die op korte termijn moeten worden uitgevoerd, zoals bij de no-claimteruggaaf het geval was. Naarmate beleidsmaatregelen op korte termijn worden ingevoerd en vervolgens ook weer kort daarna worden ingetrokken of vervangen, neemt de bereidheid mee te werken aan snelle uitvoering van die maatregelen af. Dat zal zeker het geval zijn indien blijkt dat de ingevoerde maatregel voor het grootste deel overeenkomstig de verwachtingen uitwerkt. In zo'n situatie draagt een snelle intrekking van een net ingevoerde maatregel niet bij aan het vertrouwen in het overheidsbeleid en de continuïteit en consistentie daarvan. Vanuit die optiek

bezien hebben maatregelen op het in Nederland beladen terrein van eigen betalingen in de zorg in het verleden niet gezorgd voor een positief «track record». Ik wil daar zelf geen bijdrage aan leveren door de no-claimteruggaveregeling al twee jaar na haar invoering te vervangen door een verplicht eigen risico.

Dit alles afwegende blijft de no-claimteruggaveregeling in de Zvw op 1 januari 2007 gehandhaafd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst