



De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
MEVA/AEB/2618338			
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Doorontwikkeling eigen betalingen		1	

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag) en het wetsvoorstel Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zvw)

(Handelingen I, 2004/05, nr. 27, pag. 1183-1263) heb ik de Eerste Kamer toegezegd om de haalbaarheid te toetsen van een wijziging van no-claimteruggaveregeling.

Het gaat om twee varianten, te weten de omzetting van de no-claim in een verplicht eigen risico en de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen betalingen. Daarbij heb ik toegezegd te komen met een standpunt over een andere vormgeving van de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in de toekomst. Met deze brief voldoe ik graag aan deze toezegging.

Deze brief bestaat uit drie delen. In het eerste deel onderzoek ik de haalbaarheid van de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een **verplicht eigen risico** in de Zvw. In het tweede deel ga ik in op de haalbaarheidsstudie naar **een IZA-achtig systeem van eigen betalingen**. In het laatste deel kom ik met een standpunt over een mogelijk andere vormgeving van **eigen betalingen in de toekomst**.

Ik heb eerder dit jaar reeds analyses gezonden over de no-claim¹. Net als in de analyse van de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een *“gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie”* zal ik de twee varianten toetsen op de gevolgen voor (a) de solidariteit, (b) de prikkelwerking en (c) de technische haalbaarheid² ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling.

I. Verplicht eigen risico

Een verplicht eigen risico is op veel punten vergelijkbaar met de huidige no-claimteruggaveregeling. In beide gevallen gaat het om een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (tot een bepaald maximum) voor rekening van de verzekerde komen. Het grote verschil is dat bij een **verplicht eigen risico** de eerste zorgkosten direct of binnen afzienbare tijd moeten worden voldaan. Bij de **no-claimteruggaveregeling** wordt met de maandelijkse

¹ Op 28 april 2005 (Kamerstukken I, 2004/05, 29483 F; Kamerstukken II, 2004/05, 29800, nr. 161) en op 30 juni 2005 (Kamerstukken I, 2004/05 29483, G; Kamerstukken II, 2004/05, 29483, nr. 26)

² Onder de technische haalbaarheid worden de uitvoerbaarheid en de uitvoeringskosten verstaan.

Blad

2

Kenmerk

MEVA/AEB/2618338

nominale premie iedere maand $1/12^{\text{de}}$ deel van het no-claimbedrag geïnd. Indien een verzekerde in een jaar minder dan € 255 euro aan zorgkosten consumeert, krijgt de verzekerde in april van het daaropvolgende jaar € 255 minus de gemaakte zorgkosten terug van de verzekeraar.

Het voordeel van de no-claimteruggaveregeling is dat zorgconsumptie niet direct tot een financiële verplichting leidt. Anders gezegd: bij de no-claimteruggaveregeling is geen sprake van een liquiditeitsdrempel. De positieve prikkel van de no-claimteruggaaf (men krijgt geld terug) zal door de cliënt anders worden ervaren dan de negatieve prikkel van het eigen risico (men moet betalen).

Met de keuze voor de vormgeving van de eigen betaling heb ik een nieuw evenwicht gecreëerd tussen de eigen verantwoordelijkheid en de collectieve verantwoordelijkheid zonder dat dit een te zware last met zich meebrengt voor de verzekerden.

I. a. Solidariteit

Bij een verplicht eigen risico moet daadwerkelijk worden betaald bij het gebruik van een medische voorziening (tot de hoogte van het eigen risico). Dit betekent dat verzekerden die zorg gebruiken een rekening ontvangen die zij direct of kort daarop moeten voldoen. In deze situatie kunnen lage inkomensgroepen te maken krijgen met een liquiditeitsdrempel, waardoor zij zich moeten afvragen of en hoe zij de rekening kunnen voldoen.

Het liquiditeitsargument heeft nog een andere dimensie. Verzekerden met hoge zorgkosten (zoals chronisch zieken en ouderen) zullen al vroeg in het jaar een bedrag (ter waarde van maximaal het eigen risico) moeten opbrengen. Dit is een groter bedrag dan het bedrag dat verzekerden, ook verzekerden met hoge zorgkosten, maximaal per maand hoeven op te brengen in de no-claimteruggaveregeling.

Ik teken hierbij aan dat in veel Europese landen de liquiditeitsdrempel van het eigen risico niet als een zwaarwegend bezwaar wordt gezien. Immers, in veel (EU-)landen geldt het principe van het eigen risico, waarbij men ook voor lagere inkomens geen uitzondering maakt. In deze landen wordt het liquiditeitsvraagstuk derhalve anders gewogen. Ten overvloede wil ik nogmaals stellen dat Nederland, ook na de introductie van de no-claim, nog steeds behoort tot één van de landen met het laagste percentage aan eigen betalingen in de Europese Unie.

I. b. Prikkelwerking

Zowel de no-claimteruggaveregeling als een verplicht eigen risico remmen via financiële prikkels onnodige zorgconsumptie af. Door het verschil in techniek van de beide regelingen ontstaan echter zowel kwalitatief als kwantitatief verschillende uitkomsten.

Met de no-claimteruggave heb ik een eigen betaling geïntroduceerd waarin verzekerden een beroep op zorg kunnen doen zonder zich te bekommeren over de directe betaling. Dit betekent dat de prikkel om zuinig met zorg om te gaan (het remgeldeffect) minder sterk is dan in een eigen risicosysteem waarin de patiënt direct moet betalen. Volgens het Centraal Planbureau (CPB) zal ongeveer tweederde van het gedragseffect bij een verplicht eigen risico zich voordoen bij een no-claimteruggaveregeling³. Het verplicht eigen risico heeft dus een sterker consumptieremmend effect dan de no-claim.

³ CPB (2004) *Het effect van de invoering van eigen betalingen in de Zfw*

I.c. Technische haalbaarheid

Uitvoerbaarheid

Een eigen risico wordt nu ook door particulier verzekerden gehanteerd en is derhalve zonder meer uitvoerbaar. Speciale aandacht gaat uit naar de combinatie met het vrijwillig eigen risico. Ik zal daarbij ingaan op de samenloop van het vrijwillig eigen risico en enerzijds de no-claim en anderzijds het verplicht eigen risico.

(1) Stapeling no-claim en vrijwillig eigen risico

In de Zvw hebben verzekerden de mogelijkheid om een verzekering te kiezen met een vrijwillig eigen risico van € 0 tot € 500. Afhankelijk van het eigen risico kan de verzekeraar een korting aanbieden op de nominale premie. Het vrijwillig eigen risico is in de Zvw opgenomen om verzekerden meer keuzemogelijkheden te bieden.

Verzekerden die vrijwillig kiezen voor een eigen risico, krijgen te maken met een verzekering waarin zowel de no-claim als een vrijwillig eigen risico gelden. In artikel 23, derde lid, van de Zvw is geregeld dat zorgkosten eerst ten laste komen van de no-claimteruggave en pas als de zorgkosten uitgaan boven het maximumbedrag van de no-claimteruggave, voor het vrijwillig eigen risico meetellen. In de artikelen 2.17 en 2.19 van het Besluit zorgverzekering is geregeld welke zorgkosten meetellen voor het eigen risico en de no-claimteruggave. Zo wordt onder andere het consulttarief voor de huisarts niet meegenomen in de no-claim, maar komt dit tarief wel ten laste van het vrijwillig eigen risico. Hoewel deze zaken wettelijk helder zijn geregeld, erken ik dat zij in de praktijk tot minder transparantie kunnen leiden.

Tijdens de behandeling van de Invoerings- en Aanpassingswet Zvw in de Tweede Kamer heeft de heer Omtzigt (CDA) gevraagd of het uitvoerbaar is om de uitzonderingen van no-claim en vrijwillig eigen risico te laten samenvallen. (Kamerstukken II, 2004/05, nr. 97 pag. 5871-5896) Artikel 20 van de Zvw regelt dat bij AMvB wordt bepaald welke zorgvormen niet meetellen bij vrijwillig eigen risico. In principe is de suggestie van de heer Omtzigt uitvoerbaar. Indien de uitzonderingen van no-claim en vrijwillig eigen risico zouden worden samengetrokken, zou de transparantie van de regeling verbeteren, maar wordt de basis voor het eigen risico verkleind. Dit betekent dat verzekeraars een lagere korting op de nominale premie kunnen aanbieden. Het vrijwillig eigen risico wordt daardoor onaantrekkelijker voor verzekerden.

(2) Stapeling verplicht en vrijwillig eigen risico

Een van de voordelen van een verplicht eigen risico is de combinatie met het vrijwillig eigen risico. Het overeenkomen van de systematiek van het verplicht eigen risico met het vrijwillig eigen risico heeft, vanwege de overeenkomst in systematiek, een vergroting van de duidelijkheid voor de burger tot gevolg. Toch is ook bij deze combinatie het transparantieprobleem niet zonder meer opgelost.

Bij een verplicht eigen risico, zullen de zorgkosten eerst ten laste komen van het verplicht eigen risico en pas indien de kosten uitgaan boven het maximumbedrag van het verplicht eigen risico, voor het vrijwillig eigen risico meetellen. De eerder genoemde ongelijkheid in de stapeling zal zich dus ook voordoen bij het verplicht eigen risico. Het omzetten van de no-claimregeling in een verplicht eigen risico lost deze ongelijkheid dus niet op.

VWS

Uitvoeringskosten

Bij de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw is een bedrag geraamd voor de extra uitvoeringskosten (Kamerstukken II, 2003/04, 29 483, nr. 3). Deze kosten zijn vergeleken met de geraamde uitvoeringskosten van een eigen risicoregeling. In bijlage A zijn kort de resultaten van dit onderzoek weergegeven.

Tabel 1: raming uitvoeringskosten no-claim versus verplicht eigen risico

In € mln	Totaal
No-claim	€ 25 - € 28½
Verplicht eigen risico	€ 38½ - € 42

De no-claim scoort qua uitvoeringskosten dus beter dan het eigen risico.

1.d. Conclusie verplicht eigen risico

In het haalbaarheidsonderzoek naar het omzetten van de no-claimteruggaveregeling in een verplicht eigen risico is ingegaan op de effecten voor de solidariteit, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid.

Mijn voorlopige conclusie is dat de combinatie van een verplicht eigen risico en een vrijwillig eigen risico technisch haalbaar is en beter scoort op het vlak van prikkelwerking en transparantie. Daar staat tegenover dat de no-claimteruggaveregeling beter scoort op het vlak van solidariteit en uitvoeringskosten. De weging van deze voor- en nadelen is uiteindelijk een politieke afweging. Tevens stel ik vast dat in de praktijk nog zal moeten blijken hoe groot de transparantienadelen zijn die aan de huidige combinatie van no-claim en eigen risico zijn verbonden. Ik stel voor de transparantie van de huidige regeling nauwkeurig te evalueren opdat bij een eventuele nieuwe politieke afweging de voor- en nadelen van het huidige systeem ten opzichte van een verplicht eigen risico secuur kunnen worden gewogen.

II. IZA-achtig systeem van eigen bijdragen

In Nederland kennen we het IZA-systeem, zoals door zorgverzekeraar (VGZ-) IZA Groep wordt gehanteerd voor onder andere gemeenteambtenaren. Ik heb de Kamer toegezegd een haalbaarheidsstudie uit te voeren naar een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de Zvw. Ik heb dit onderzoek laten uitvoeren door Deloitte. Bijgevoegd bij deze brief vindt u het rapport. Ik zal hier kort de belangrijkste bevindingen presenteren.

Het onderzoek is gericht op de haalbaarheid van een mogelijke inpassing van een IZA-achtig systeem in de Zvw. In het onderzoek is niet uitgegaan van het element dat verzekerden via hun werkgever zijn verzekerd, zoals in de IZA-verzekering. Een dergelijke vormgeving is niet toepasbaar op mensen zonder werkgever, zoals uitkeringsgerechtigden of mensen met een (pre-)pensioen. Tegen deze achtergrond wordt in het onderzoek dan ook gesproken van een IZA-achtig systeem, een systeem met een aantal IZA-kenmerken. Het gaat hier vooral om de inkomensafhankelijke maximering.

Het onderzoek naar de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen is onderverdeeld in twee delen. In het eerste deel wordt (a) onderzocht of het mogelijk is een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen vorm te geven. In het tweede deel (b) wordt het IZA-achtige

systeem van eigen bijdragen vergeleken met de no-claimteruggaveregeling op de onderdelen solidariteit, prikkelwerking en technische haalbaarheid.

(a) Het vormgeven van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen

Als uitgangspunt wordt een eenvoudig IZA-achtig systeem van eigen bijdragen onderzocht waarin verzekerden per verstrekking een procentuele eigen bijdrage betalen (variant 1). Na afloop van het jaar krijgen verzekerden het verschil tussen de betaalde eigen bijdragen en het inkomensafhankelijke maximum aan eigen bijdragen (afgekort tot I-MAX) terug. Deze variant leidt onder meer tot betalingsproblemen, problemen met de privacy, inningsrisico's en hoge administratieve lasten.

Vanwege de beperkte haalbaarheid van variant 1 is een nieuwe variant bedacht die de grootste problemen van variant 1 probeert te omzeilen (variant 2). In deze variant krijgen de verzekeraars de beschikking over de I-MAX van verzekerden. Verzekeraars stoppen in variant 2 met het innen van de eigen bijdragen indien het totaal van deze bijdragen boven de I-MAX uitstijgt. Hierdoor hoeven verzekeraars geen teveel betaalde eigen bijdragen te restitueren. Deze variant lost een deel van de betalingsproblemen en administratieve lasten op, maar omzeilt niet de problematiek rondom de privacy van verzekerden in de privaatrechtelijke omgeving van de zorgverzekeraars met betrekking tot hun (inkomens-) gegevens.

Omdat zowel variant 1 en 2 niet haalbaar lijken, is bezien in hoeverre een IZA-achtig systeem kan worden ontwikkeld dat meer aansluit bij de uitgangspunten van de Zvw. In variant 3 betaalt iedereen een forfaitair bedrag aan eigen bijdragen. Vooraf te betalen in maandelijkse termijnen aan de zorgverzekeraar. Omdat dit bedrag vaak meer zal zijn dan de I-MAX, verstrekt de Belastingdienst/Toeslagen, in lijn met de systematiek van de zorgtoeslag, een tegemoetkoming in de eigen bijdrage, afhankelijk van het inkomen. Simpel gezegd wordt de huidige inkomensafhankelijke zorgtoeslag uitgebreid met een kopje. Dit kopje is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de eigen betaling. Afhankelijk van de feitelijke zorgconsumptie wordt achteraf door de Belastingdienst/Toeslagen vastgesteld of een verzekerde een teveel aan toeslag heeft ontvangen. De eventueel teveel ontvangen toeslag, wordt in het jaar daarop met de dan te ontvangen toeslag verrekend.

De verrekening van de teveel ontvangen toeslag leidt echter tot problemen. Een mogelijkheid is om die jaarlijkse verrekening achterwege te laten. In variant 4 is dit op twee manieren (4a + 4b) uitgewerkt:

- a) Door vooraf een inschatting te maken van het bedrag dat een bepaalde inkomensklasse gemiddeld te veel gerestitueerd zou krijgen, kan de door de Belastingdienst/Toeslagen te verstrekken toeslag met dat bedrag worden verminderd.
- b) Ook is het mogelijk de I-MAX te verhogen (tot minimaal 1,6%), waardoor een correctie vooraf niet hoeft plaats te vinden, noch een verrekening achteraf.

Uiteindelijk komt Deloitte tot de conclusie dat een IZA-achtige systematiek conform varianten 4a en 4b is in te voeren in de Zvw. Omdat de uitvoeringskosten van variant 4b lager zijn dan de uitvoeringskosten van variant 4a, lijkt variant 4b de best inpasbare variant van een IZA-achtig systeem.

(b) Haalbaarheidsonderzoek IZA-achtig systeem van eigen bijdragen

Variant 4b kent een forfaitair bedrag aan eigen betalingen van € 400 per jaar. Dit bedrag wordt in 12 maandelijkse termijnen geïnd met de nominale premie (vergelijkbaar met de huidige no-claim). De huidige zorgtoeslagregeling wordt uitgebreid met een extra zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de kosten van eigen bijdragen bovenop de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de kosten van de zorgverzekering.

In een budgettair neutrale uitwerking⁴ kent variant 4b:

- een forfaitair bedrag aan eigen betaling van € 400 (vergelijkbaar met de € 255 uit de no-claimteruggaveregeling).
- een kop op de zorgtoeslag ter waarde van €400 verminderd met de I-MAX. De I-MAX is gelijk aan 1,6% van het belastbaar inkomen.
- De I-MAX bedraagt minimaal € 160 en maximaal € 400.

Onderstaande tabel toont een samenvatting van de effecten van enerzijds de huidige no-claimregeling en anderzijds de IZA-achtige benadering van variant 4b. Voor de achtergrond van de uitkomsten verwijs ik naar bijlage B en –uitgebreider- naar het Deloitte-rapport.

Tabel 2: Samenvatting financiële effecten no-claim versus IZA-achtig systeem (variant 4b)

REGELING	INKOMEN ⁵	ZORGCONSUMPTIE ⁶ ?	Laag	Gematigd	Hoog
No-claim-regeling	Laag inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie ⁷	€424	€624	€679
	Hoog inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	€845	€1.045	€1.100
IZA-achtig systeem (variant 4b Deloitte)	Laag inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	€280	€480	€680
	Hoog inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	€845	€1.045	€1.245

Bron: Deloitte (2005) *Een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe Zorgverzekering*

De samenvattende tabel toont duidelijk het effect van de zorgtoeslag in de huidige Zvw. Het verschil tussen het hoge en het lage inkomen in de IZA-achtige variant is groter dan in de no-claimregeling. Dit wordt veroorzaakt doordat het systeem inkomensafhankelijker is dan de huidige zorgtoeslag.

II.a. Solidariteit

Aan de hand van tabel 2 is een analyse van de gevolgen van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling te geven. De analyse bestaat uit twee delen, de gevolgen voor de inkomenssolidariteit (rijk is solidair met arm) en de gevolgen voor de risicosolidariteit (gezond is solidair met ziek).

- de inkomenssolidariteit.

De onderzochte variant van een IZA-achtig systeem leidt tot een grotere mate van inkomenssolidariteit dan de no-claimteruggaveregeling. Hoge inkomens betalen in de IZA-achtige variant, afhankelijk van het zorggebruik, een vergelijkbare of hogere eigen betaling in vergelijking met de no-claimteruggaveregeling. Lagere inkomens betalen, afhankelijk van het zorggebruik, een mindere of vergelijkbare eigen betaling (-€144 tot +€1) ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling.

- de risicosolidariteit

De onderzochte variant van een IZA-achtig systeem leidt tot een daling van de risicosolidariteit. Deze daling wordt veroorzaakt doordat voor de lagere inkomens de

⁴ Er is gekozen voor een budgettair neutrale vergelijking omdat een niet-budgettair neutrale variant moeilijk vergelijkbaar is met de no-claimteruggaveregeling.

⁵ Er is voor de volgende indicatieve inkomens gekozen: laag = €16.000 per jaar (maximale zorgtoeslag) en hoog: €40.000 (geen zorgtoeslag)

⁶ Gekozen is voor de volgende categorieën zorgkosten: laag = € 0; gematigd = € 200; hoog = € 1500

⁷ Nominale premie minus (eventuele) zorgtoeslag, (eventuele) no-claimteruggave en (eventuele) inkomensafhankelijke bijdrage als gevolg van het IZA-achtige systeem.

verzekerden zonder zorg of met een gemiddelde zorg hun eigen betalingen zien dalen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling. Tegelijkertijd zien verzekerden met een hoog inkomen en hoge zorgkosten hun eigen betalingen stijgen, terwijl verzekerden met geen of een gemiddelde zorgconsumptie hun eigen betalingen niet zien veranderen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling.

Om kort te gaan: het IZA-achtige systeem kent een hogere inkomenssolidariteit en een lagere risicosolidariteit.

II.b. Prikkelwerking

Langere prikkelwerking

In variant 4b betaalt iedere verzekerde een forfaitair bedrag van € 400 ten opzichte van een no-claim ter waarde van € 255. In variant 4b loopt de prikkelwerking dus langer door. Een IZA-achtig systeem kent daarom een langere prikkelwerking dan de huidige no-claimteruggaveregeling.

Marginale druk

Inherent aan een meer inkomensafhankelijke regeling is de toename van de marginale druk. Verzekerden die hun inkomen zien stijgen, verliezen een gedeelte van hun tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie en de tegemoetkoming van de eigen betaling.

II.c. Technische haalbaarheid

Uitvoeringskosten

In de studie naar de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen is speciale aandacht besteed aan de uitvoeringskosten. In de studie van de uitvoeringskosten van een zijn verschillende kosten uitgesplitst: kosten voor verzekeraars en kosten voor de Belastingdienst.

- Kosten uitvoering no-claimteruggaveregeling
De kosten voor de no-claimteruggaveregeling voor verzekeraars worden geschat op € 25 tot € 28,5 mln. Deze kosten zijn opgebouwd uit de administratieve lasten, incidentele kosten en structurele kosten. Doordat voor de invoering van de no-claim in de Ziekenfondswet al eenmalige kosten zijn gemaakt, hoeven deze kosten niet opnieuw te worden gemaakt voor de introductie van de no-claim in de Zvw. Ook leidt de verwachting, dat de huidige particulier verzekerden in de Zvw minder vaak zullen kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan nu, ertoe dat de extra kosten van de invoering van de no-claimteruggaveregeling voor huidige particulier verzekerden in de Zvw beperkt blijven. Voor de Belastingdienst worden de kosten geschat op € 70 mln.
- Kosten uitvoering IZA-achtig systeem van eigen bijdragen
In de studie wordt verondersteld dat de kosten voor verzekeraars zullen toenemen als gevolg van de toename van het berichtenverkeer met verzekerden en Belastingdienst. De kosten voor de Belastingdienst worden € 10 mln hoger geschat ten opzichte van de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling als gevolg van het informeren van meer belastingplichtigen over hun voorlopige en definitieve I-MAX.

Als gevolg van de hogere uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars en de Belastingdienst liggen de uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek hoger dan de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling.

Uitvoerbaarheid

Belastingdienst

Ofschoon een IZA-achtig systeem inpasbaar en uitvoerbaar is, is invoering op de korte termijn niet realistisch. De Belastingdienst heeft aangegeven de komende twee jaren alle tijd en

capaciteit nodig te hebben voor de stelselwijzigingen. Er kan geen tijd en capaciteit worden vrijgemaakt voor een uitbreiding van de huidige zorgtoeslag.

Een invoering van een IZA-achtig systeem in de Zvw per 1 januari aanstaande wordt in de studie ook niet verstandig geacht, omdat dat de invoering van de Zvw onnodig complex zou maken.

Administratieve lasten

De invoering van een IZA-achtig systeem is haalbaar, maar zal leiden tot een toename van de administratieve lasten. Zoals ook bij eerdere voorstellen is geconcludeerd, bestaat er een continu spanningsveld tussen eenvoud van de regeling en de doeltreffendheid van de regeling.

II.d. Conclusie IZA-achtig systeem van eigen bijdragen

In het onderzoek naar een IZA-achtig systeem is allereerst geprobeerd een variant te bedenken die inpasbaar is in de Zvw. Verschillende varianten bleken moeilijk inpasbaar in de privaatrechtelijke omgeving van de nieuwe zorgverzekering. Ook het voorkomen van liquiditeitsproblemen bij verzekerden met lage inkomens bleek moeilijk. Uiteindelijk is een variant bedacht die de meeste problemen kon ontwijken. Deze variant is onderzocht op de gevolgen voor de solidariteit, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling.

Vergeleken met de no-claimteruggaveregeling leidt een IZA-achtig systeem niet tot een eenduidige verbetering van de solidariteit, prikkelwerking en praktische haalbaarheid. De grootste gevolgen van een mogelijke invoering van een IZA-achtige variant hebben betrekking op de solidariteit. Er is sprake van een toename van de inkomenssolidariteit ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling; hogere inkomens hebben hogere eigen betalingen dan lage inkomens. Hiertegenover staat een daling van de risicosolidariteit, verzekerden met (een hoog inkomen en) een hoge zorgconsumptie zien hun zorgkosten stijgen, terwijl verzekerden met (lage inkomens en) een lage zorgconsumptie hun zorgkosten zien dalen.

De toename van de prikkelwerking is een voordeel van een IZA-achtige variant, ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling, ondanks de toename van de marginale druk.

De IZA-achtige systeem is op de lange termijn technisch uitvoerbaar en inpasbaar in de Zvw, maar leidt tot grotere uitvoeringskosten en een verhoging van de administratieve lasten. Op de korte termijn is een dergelijke variant echter niet in te voeren.

III. De toekomst van de eigen betalingen in de Zvw

Systemen van eigen betalingen

In verschillende brieven aan de beide kamers ben ik ingegaan op een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie, de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een verplicht eigen risico en een IZA-achtig systeem (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483 nr. G; Kamerstukken II, 2004/05, 29 483 nr. 26). Voor de langere termijn wordt onderzoek gedaan naar een systeem van zorgsparen.

In vruchtbare discussies met beide kamers heb ik toegezegd de vormgeving van de eigen betalingen te bezien. Hierbij heb ik toegezegd de haalbaarheid te onderzoeken van het omzetten van de no-claimteruggaveregeling in een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie, in een verplicht eigen risico en in een IZA-achtige systeem. Uit deze studies blijkt mijns inziens dat geen van de drie stelsels leiden tot een eenduidige verbetering van de no-claimteruggaveregeling op het gebied van zowel solidariteit, als prikkelwerking en technische

haalbaarheid. Interessant hierbij is dat uit het onderzoek naar een IZA-achtig systeem blijkt dat een combinatie van no-claim en zorgtoeslag invulling geeft aan een inpasbaar en uitvoerbaar systeem van inkomensafhankelijke eigen betalingen in de Zvw.

Toekomst van eigen betalingen

Mijn standpunt over een mogelijke andere invulling van eigen betalingen in de toekomst kan niet los worden gezien van de discussie over de houdbaarheid van de solidariteit, waartoe de RVZ een aanzet heeft gegeven met het signalement "Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg".

Het instrument van eigen betalingen is, zoals ook de RVZ schrijft, van wezenlijk belang in het waarborgen van een houdbaar solidair stelsel. Daarbij is, onder de druk op de almaar stijgende risicosolidariteit in de zorg, een verdere vergroting van de eigen verantwoordelijkheid in de toekomst legitiem. Een toekomstige vormgeving van eigen betalingen moet deze vergroting van de eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen, zonder dat dit een te grote last voor verzekerden met zich meebrengt.

Met de introductie van de no-claim heb ik gekozen voor een regeling waarbij verzekerden een beroep op zorg kunnen doen zonder zich zorgen te maken over geld dat direct op tafel moet komen. Het publieke belang van een toegankelijke gezondheidszorg is daarmee goed gewaarborgd. Indien in de toekomst echter zou worden gekozen voor een uitbreiding van eigen betalingen, zou een keuze voor een inkomensafhankelijkheid kunnen worden gemaakt. Een verdere relatie met inkomen, in lijn met de filosofie van de IZA-systematiek, kan een overweging zijn om de (negatieve) effecten op de inkomenssolidariteit te mitigeren. In het onderzoek naar de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem is gebleken dat een andere invulling van de zorgtoeslag mogelijk is, waarbij de last voor verzekerden beperkt kan blijven.

In de door Deloitte ontwikkelde IZA-achtige variant lijkt op het eerste gezicht ook de balans niet in het voordeel van deze systematiek uit te vallen. Ik wil er echter voor waken om het kind met het badwater weg te gooien. Een van de voordelen van een IZA-achtig systeem is de mogelijkheid van een dergelijk systeem om invulling te geven aan een grotere rol van eigen betalingen, terwijl tegelijkertijd inhoud kan worden gegeven aan de publieke toegankelijkheid en het voorkomen van ongewenste inkomenseffecten. Daarnaast is de langere prikkelwerking een IZA-achtig systeem een voordeel.

Uiteindelijk blijft het zoeken van een balans tussen solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en uitvoeringskosten in essentie een politieke afweging. Ik hoop dat deze brief bouwstenen aandraagt om die politieke afweging in de toekomst te faciliteren.

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

In deze bijlage worden de uitvoeringskosten vergeleken tussen (a) de no-claim-regeling en (b) het verplicht eigen risico. Ook wordt aandacht besteed aan (c) de administratieve lasten en (d) de inningsrisico's.

(a) No-claimteruggaveregeling

De extra uitvoeringskosten als gevolg van de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw zijn geraamd op € 20 mln. Van deze € 20 mln heeft € 9 mln betrekking op de administratieve lasten van zorgverzekeraars (Kamerstukken II, 2003/04, 29 483, nr. 3). Daarnaast zijn er incidentele uitvoeringskosten die geschat zijn op circa € 8 mln en structurele uitvoeringskosten die geschat zijn op circa € 3 mln. Uitgaande van de huidige verhouding tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden (1:2) zullen de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling in de Zvw tussen de € 25 mln en € 28,5 mln bedragen.

Tabel A.1: Uitvoeringskosten no-claimteruggaveregeling

No-claim	Ziekenfonds en WTZ	Particulier
a) Administratieve lasten	€ 9 mln	€ 4,5 mln
b) Incidentele uitvoeringskosten	€ 8 mln	Tussen de € 0 tot € 3 mln
c) Structurele uitvoeringskosten	€ 3 mln	Tussen de € 0,5 tot € 1 mln
Uitvoeringskosten	€ 20 mln	Tussen de € 5 mln en € 8,5 mln

- Ad a) Verzekeraars registreren voor particuliere verzekerden nog niet alle zorgconsumptie op individueel niveau, dit zou tot hogere administratieve lasten kunnen leiden. Tegelijkertijd zullen onder de Zvw waarschijnlijk minder van de huidige particulier verzekerden kiezen voor een eigen risico bovenop hun no-claim waardoor de administratieve lasten voor particulier verzekerden zullen dalen. Verondersteld is dat beide effecten even groot zijn, waardoor per saldo geen effect optreedt.
- Ad b) De incidentele uitvoeringskosten worden onder andere veroorzaakt doordat nieuwe systemen moeten worden opgezet die benodigd zijn voor het registreren en betalen van de no-claim. Deze systemen zijn echter al in gebruik genomen bij de introductie van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw. Een even grote investering voor invoering van een no-claim in de Zvw lijkt daarmee niet nodig. Daarnaast bestaat er al een infrastructuur voor het verwerken van het eigen risico bij particulier verzekerden, deze infrastructuur vergemakkelijkt de invoering van een no-claim in de particuliere sector.
- Ad c) De structurele uitvoeringskosten zullen toenemen. Als gevolg van schaalvoordelen zullen de uitvoeringskosten met minder dan 50% toenemen.

(b) Verplicht eigen risico

In de memorie van toelichting van de 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, zijn ook de administratieve lasten van alternatieven berekend. Voor de berekening van de administratieve lasten van een verplicht eigen risico is gebruik gemaakt van een rapport van de Accountantsdienst van de toenmalige Ziekenfondsraad ten behoeve van de eigen-bijdrageregeling welke in 1997 en 1998 heeft bestaan (Kamerstukken II, 1997/98, 24 687, nr. 27). In de berekening van de administratieve lasten van een eigen risicoregeling is uitgegaan van één gemiddelde periodieke



Blad

11

Kenmerk

MEVA/AEB/2618338

berichtgeving per kwartaal. De administratieve lasten van de eigen-risicoregeling in de Zvw zullen tussen de € 38 mln en € 42 mln bedragen.

Tabel A.2: Uitvoeringskosten verplicht eigen risico

Verplicht eigen risico	<i>Ziekenfonds en WTZ</i>	<i>Particulier</i>
a) Administratieve lasten	€ 18 mln	€ 9 mln
b) Incidentele uitvoeringskosten	€ 8 mln	Tussen de € 0 tot € 3 mln
c) Structurele uitvoeringskosten	€ 3 mln	Tussen de € 0,5 tot € 1 mln
Uitvoeringskosten	€ 29 mln	Tussen de € 9,5 mln en € 13 mln

Ad a) Het grote verschil in uitvoeringskosten wordt gemaakt in de administratieve lasten. Dit wordt grotendeels veroorzaakt doordat in een eigen risico veel frequenter een bericht richting de verzekerde moet worden gestuurd. Daar waar in de no-claimteruggaveregeling slechts eenmalig een bericht hoeft te worden verstuurd, moet bij een eigen-risicoregeling gemiddeld drie berichten worden verstuurd. Hierdoor nemen ook het aantal informatievragen toe.

(c) Vergelijking administratieve lasten

Het adviescollege toetsing administratieve lasten heeft bij brief van 4 december 2003, RL/PL/2003/240, over de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw geadviseerd. Het College constateert dat er aandacht is besteed aan alternatieven om de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Het College stelt dat aannemelijk wordt gemaakt dat met de no-claimteruggaveregeling is gekozen voor het minst belastende alternatief inzake de administratieve lasten (Kamerstukken II, 2003/04, 29 483, nr. 3).

(d) Inningsrisico's

Een eigen risico betekent evenals een no-claimregeling dat verzekerden bij het gebruik van een medische voorziening moeten bijdragen aan de kosten van deze voorziening. Bij de analyse van de prikkelwerking zijn de twee mogelijkheden weergegeven van de inning van de rekeningen en het verplicht eigen risico. Daar waar de verzekerde de rekening direct aan de zorgaanbieder betaalt, wordt de zorgaanbieder belast met een inningsrisico. Hierbij geldt dat hoe hoger de rekening, hoe groter het inningsrisico. Het is de vraag of het gewenst is dat een zorgaanbieder dit risico moet dragen en de noodzakelijke administratie en uitvoeringskosten op zich moet nemen om dit risico te ondervangen.

Indien de zorgverzekeraar de inning op zich neemt, is het risico veel kleiner. De verzekeraar hoeft immers niet de hele rekening te innen, maar slechts het eigen risico. Daarnaast beschikt de zorgverzekeraar over meer mogelijkheden voor deze inning omdat de verzekeraar ook maandelijks de nominale premie int. Ook de extra uitvoeringskosten zullen dan beperkt kunnen blijven.

VWS

Tabel B.1: Gegevens no-claimteruggaveregeling (laag inkomen)⁸

Laag inkomen	Geen zorg	Gemiddelde zorg	Hoge zorg
Zorgconsumptie	€ 0	€ 200	€ 1500
Te betalen nominale premie	€ 1100	€ 1100	€ 1100
Eigen bijdrage	€ 0	€ 200	€ 255
No-claimteruggave /restitutie	€ 255	€ 55	€ 0
Zorgtoeslag (Z-P)	€ 421	€ 421	€ 421
Per saldo te betalen nominale premie (incl. zorgtoeslag)	€ 424 (€ 1100 - € 255 - € 421)	€ 624 (€ 1100 - € 55 - € 421)	€ 679 (€ 1100 - € 421)

Tabel B.2: Gegevens no-claimteruggaveregeling (hoog inkomen)⁹

Hoog inkomen	Geen zorg	Gemiddelde zorg	Hoge zorg
Zorgconsumptie	€0	€ 200	€1500
Te betalen nominale premie	€1100	€1100	€1100
Eigen bijdrage	€0	€ 200	€255
No-claimteruggave /restitutie	€255	€55	€0
Zorgtoeslag (Z-P)	€0	€0	€0
Per saldo te betalen nominale premie (incl. zorgtoeslag)	€845 (€1100-€255)	€1045 (€1100-€55)	€1100

Tabel B.3: Gegevens IZA-achtig systeem van eigen bijdragen (laag inkomen)¹⁰

Laag inkomen	Geen zorg	Gemiddelde zorg	Hoge zorg
Belastbaar inkomen	€ 16.000	€ 16.000	€ 16.000
I-MAX (1,6%)	€ 256	€ 256	€ 256
Zorgconsumptie	€ 0	€ 200	€ 1500
Te betalen nominale premie	€ 1245 ¹¹	€ 1245	€ 1245
Zorgtoeslag (Z-EB)	€ 144 (€400-€256)	€ 144 (€400-€256)	€ 144 (€ 400-€ 256)
Zorgtoeslag (Z-P)	€ 421	€ 421	€ 421
Restitutie zorgverzekeraar	€ 400	€ 200	€ 0
Per saldo te betalen nominale premie (incl. zorgtoeslag)	€ 280 (€ 1245 - € 144 - € 400 - € 421)	€ 480 (€ 1245 - € 144 - € 200 - € 421)	€ 680 (€ 1245 - € 144 - € 421)

Tabel B.4: Gegevens IZA-achtig systeem van eigen betalingen (hoog inkomen)¹²

Hoog inkomen	Geen zorg	Gemiddelde zorg	Hoge zorg
Belastbaar inkomen	€ 40.000	€ 40.000	€ 40.000
I-MAX (1,6%)	€ 400 (max)	€ 400 (max)	€ 400 (max)
Zorgconsumptie	€ 0	€ 200	€ 1500
Te betalen nominale premie	€ 1245	€ 1245	€ 1245
Zorgtoeslag (Z-EB)	€ 0	€ 0	€ 0
Zorgtoeslag (Z-P)	€ 0	€ 0	€ 0
Restitutie zorgverzekeraar	€ 400	€ 200	€ 0
Per saldo te betalen nominale premie (incl. zorgtoeslag)	€ 845 (€ 1245 - € 400)	€ 1045 (€ 1245 - € 200)	€ 1245

⁸ Indicatieve berekening op basis van een eenpersoonshuishouden.⁹ Indicatieve berekening op basis van een eenpersoonshuishouden.¹⁰ Indicatieve berekening op basis van een eenpersoonshuishouden.¹¹ Verhoging nominale premie als gevolg van verhoging forfaitair bedrag naar €400 (i.p.v. no-claim van €255)¹² Indicatieve berekening op basis van een eenpersoonshuishouden.