

Een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekering

*Haalbaarheidsonderzoek
15 september 2005*

Uitgebracht aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. de Directie Macro-Economische Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid
Parnassusplein 5
2511 VX 'S-GRAVENHAGE

Auteurs: Drs. P. van den Broek MBA
H. Voorzee CMC
Mr. Drs. R.W.C.M. Streng

Reviewer: G.J. Lokerse RA

Kenmerk: 75218/SB/PvdB/hk

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Systeemgrenzen	9
1.4 Verantwoording en werkwijze	11
1.5 Leeswijzer	12
2. IZA-achtige systematiek	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Uitgangspunten van een IZA-achtig systeem	14
2.2.1 Inkomensafhankelijke maximering	15
2.2.2 Inning en registratie van eigen bijdragen	16
2.2.3 Restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen	16
2.3 Rollen	16
3. IZA-achtige varianten	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Variant 1	18
3.3 Variant 2	19
3.4 Intermezzo	20
3.5 Variant 3	22
3.6 Variant 4	24
3.7 Conclusie	25
4. Haalbaarheid van een IZA-achtig systeem	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Solidariteit	26
4.3 Technische uitvoerbaarheid	27
4.4 Prikkelwerking	28
4.5 Conclusie	28

3/41

15 september 2005

75218/SB/PvdB/hk

5. Uitvoeringskosten van beide varianten 4	29
5.1 Inleiding	29
5.2 Kosten uitvoering no-claimteruggaveregeling	29
5.3 Kosten uitvoering IZA-achtige systematiek varianten 4	29
5.4 Conclusie	31
6. Conclusies en aanbevelingen	33
6.1 Conclusies	33
6.2 Aanbevelingen	34
Bijlage 1: Schematische weergave IZA-achtige varianten	35
Bijlage 2: Rekenvoorbeeld werking van variant 3	37
Bijlage 3: Rekenvoorbeelden inkomens- en risicosolidariteit variant 4a+4b	39

Samenvatting

In Nederland kennen we het IZA systeem, zoals door zorgverzekeraar (VGZ -) IZA Groep wordt gehanteerd voor gemeenteamttenaren e.a. Dit onderzoek is gericht op de haalbaarheid van een mogelijke inpassing van een *IZA-achtig systeem* in de nieuwe Zorgverzekeringswet, zoals deze voor alle ingezetenen per 1 januari 2006 wordt ingevoerd.

In het onderzoek wordt uitgegaan van een IZA-achtig systeem, waarbij niet is uitgegaan van het element dat verzekerden via hun werkgever zijn verzekerd, zoals in de IZA-verzekering. Een dergelijke vormgeving is namelijk niet toepasbaar op mensen zonder werkgever, zoals uitkeringsgerechtigden of gepensioneerden. Tegen deze achtergrond wordt in het onderzoek dan ook gesproken van een IZA-achtig systeem: een systeem dat een aantal IZA kenmerkende eigenschappen heeft. Te noemen zijn de inkomensafhankelijke maximering (verder te noemen: IMAX), de (gedeeltelijke) bijdragen in de zorgconsumptie en de registratie van zorgconsumptie door de zorgverzekeraars.

In het haalbaarheidsonderzoek is een viertal varianten van inpassing van een IZA-achtig systeem in de nieuwe zorgverzekering onderzocht.

Allereerst is gekeken naar het IZA-achtige systeem zoals dat in eerdere (haalbaarheids)onderzoeken onderwerp van studie is geweest (**variant 1**). De Belastingdienst informeert iedere verzekerde over de hoogte van zijn IMAX. Kenmerkend in deze variant is de percentuele eigen bijdrage per verstrekking. Per verstrekking is een eigen bijdrage verschuldigd die in het restitutiestelsel via de te ontvangen vergoeding wordt verrekend, of die in het naturastelsel via de zorgverzekeraar bij de verzekerde wordt geïnd. Indien in één jaar in totaal meer dan (bijvoorbeeld) 1% van het inkomen aan eigen bijdragen is betaald, wordt het teveel betaalde gerestitueerd. Om te voorkomen, dat een verzekerde teveel aan eigen bijdragen betaalt en te lang moet wachten op restitutie zou de mogelijkheid tot tussentijdse restitutie moeten worden ingebouwd. Deze variant, gezien in het kader van de nieuwe Zorgverzekeringswet, geeft nog steeds dezelfde bezwaren als destijds en vraagt veel administratieve handelingen en leidt tot bureaucratie. Zo is het probleem van restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen niet eenvoudig op te lossen. Restitutie zou via de Belastingdienst kunnen verlopen, maar feitelijk is die dienst geen 'clearing house'. Een gehele nieuwe organisatie voor de invoering van een IZA-achtig systeem op te zetten lijkt nog steeds een brug te ver.

Daarbij komen nog de problemen voor de zorgverzekeraars bij de incasso van de verschuldigde eigen bijdragen (in het bijzonder in het naturastelsel) en is de kans op liquiditeitsproblemen bij de verzekerden (die te veel moeten betalen en te lang op restitutie moeten wachten) groot. De haalbaarheid van een dergelijke variant 1 achten wij dan ook niet groot.

Een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering is eenvoudiger uit te voeren in een variant waarbij de zorgverzekeraars de beschikking krijgen over de IMAX per verzekerde (**variant 2**). De verzekerde is per verstrekking een eigen bijdrage verschuldigd, die door de zorgverzekeraar achteraf wordt geïnd, tot de IMAX is bereikt. Weliswaar speelt hierbij nog de incasso-problematiek voor de zorgverzekeraars, maar de verzekerde betaalt nooit meer dan zijn IMAX. Ook hoeft er dan geen systeem van restitutie te worden opgezet, omdat restitutie niet zal voorkomen. Het grote nadeel van deze variant is evenwel, dat de zorgverzekeraars de beschikking krijgen over inkomensgegevens van de verzekerden. Uit oogpunt van privacy is dit ongewenst. Ook als de IMAX niet op het feitelijk inkomen zou worden gebaseerd, maar op te onderscheiden inkomensklassen, blijft het privacyprobleem, zij het minder groot, bestaan. Ook deze variant lijkt daarom niet haalbaar.

Vervolgens is bezien, in hoeverre een IZA-achtig systeem kan worden ontwikkeld, dat meer aansluit bij de uitgangspunten van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Waarbij dan rekening wordt gehouden met de veranderende rol van zorgverzekeraars (registreren en uitvoeren van de no-claimteruggaveregeling), met de veranderende rol van de Belastingdienst (waar het de uitvoering van zorgtoeslag betreft) en met het systeem van normpremies, waarop de hoogte van de zorgtoeslag, als tegemoetkoming in de nominale premie, is gebaseerd. Varianten zijn verkend, waarin net als de huidige no-claimteruggaveregeling, uit wordt gegaan van het vooraf betalen van verschuldigde eigen bijdragen en het achteraf verrekenen en restitueren van teveel betaalde eigen bijdragen.

In **variant 3** hebben wij een eerste proeve gegeven van een dergelijk systeem. Iedere verzekerde betaalt een *forfaitair bedrag* aan eigen bijdragen. Vooraf te betalen in maandelijkse termijnen aan de zorgverzekeraar.

Omdat dit bedrag vaak meer zal zijn dan 1% van het inkomen, verstrekt de Belastingdienst/Toeslagen een toeslag¹ op dit forfaitair bedrag, afhankelijk van het inkomen. Stel de forfaitair te betalen eigen bijdragen bedragen per jaar € 400,--.

¹ In het rapport te noemen een *zorgtoeslag eigen bijdragen (Z-EB)*, die naast de zorgtoeslag premie (Z-P) bestaat.

Iemand met een inkomen van € 16.000,-- zou niet meer dan 1% van zijn inkomen aan eigen bijdragen moeten betalen, dus de (Z-B) toeslag bedraagt € 400,-- minus € 160,-- is € 240,--. 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. Echter, de Belastingdienst voorziet veel problemen bij het jaarlijks achteraf verrekenen van teveel ontvangen toeslag. Een mogelijkheid is om die jaarlijkse verrekening achterwege te laten. In **variant 4** wordt dit verder 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 (Z-B) met dat bedrag worden verminderd.
- b) Ook is het mogelijk de IMAX te verhogen (tot minimaal 1,6%), waardoor een correctie vooraf niet hoeft plaats te vinden, noch een verrekening achteraf.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem in de nieuwe zorgverzekering, is de omvang van de te realiseren financieringsverschuiving. Deze zou evenveel moeten bedragen als de no-claim teruggaveregelings (ruim € 2 miljard). Teneinde die verschuiving in een IZA-achtige systematiek te kunnen realiseren is uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- Forfaitair te betalen eigen bijdragen € 400,--;
- IMAX 1,2% van het belastbaar inkomen
- Minimale IMAX aan de voet € 160,--
- Eigen bijdragen 100%

Op basis van bovenstaande uitgangspunten kan een voorbeeld de werking van **variant 4a** verduidelijken².

Voor iedere volwassen verzekerde geldt het forfaitair bedrag aan eigen bijdragen van € 400,--. De IMAX is gesteld op 1,2% van het inkomen van (in dit geval) € 16.000,-- = € 192,--. De door Belastingdienst/Toeslagen te verstrekken zorgtoeslag eigen bijdragen (Z-EB) bedraagt dan in feite € 208,-- (400 – 192). Deze toeslag wordt voor de inkomensklasse van € 16.000,-- gecorrigeerd met € 64,--. Berekend op basis van de gemiddeld teveel terugontvangen eigen bijdragen. Per saldo ontvangt de desbetreffende verzekerde van de Belastingdienst/Toeslagen een Z-EB van € 144,-- (208-64).

² In de bijlagen van het rapport zijn verschillende rekenvoorbeelden neergelegd om de werking van het IZA-achtige systeem volgens variant 4 a + 4b te verduidelijken.

Wanneer nu deze verzekerde in enig jaar géén zorg consumeert, ontvangt hij het gehele bedrag aan forfaitaire eigen bijdragen (€ 400,--) van de zorgverzekeraar terug. Hij had in dat geval de ontvangen Z-EB van de Belastingdienst/Toeslagen niet echt nodig, en ontvangt dus teveel. Als deze verzekerde in enig jaar $\geq$ € 400,-- aan zorg consumeert, ontvangt hij niets terug. Hij heeft dan zelf € 256,-- (400-144) betaald.

Nadeel van variant 4a is de correctie/rekenslag voor de hoogte van de eventueel te ontvangen Z-EB. In **variant 4b** kan dit worden voorkomen door de IMAX te verhogen naar tenminste 1,6% . Dat maakt deze variant nog meer inkomensafhankelijk dan de huidige situatie van de no-claimteruggaveregeling in combinatie met de zorgtoeslagregeling . Dat is ook de betekenis van variant 4b. Met deze variant is een variant geconstrueerd, die het mogelijk maakt een inkomensafhankelijk systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekering te introduceren. Met variant 4b wordt als het ware de

no-claimteruggaveregeling in combinatie met de zorgtoeslagregeling *meer* inkomensafhankelijk gemaakt. De IZA-achtige systematiek presteert dan ook beter op het aspect inkomenssolidariteit dan de huidige no-claimteruggaveregeling. De risico-solidariteit daarentegen komt meer onder druk te staan, vooral bij hoge inkomens met hoge zorgconsumptie.

Het effect op prikkelwerking van de IZA-achtige varianten 4a en 4b zal ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling groter zijn. Immers, daar waar de prikkel in de no-claimregeling stopt bij € 255,-- loopt deze bij de IZA-achtige varianten 4 door tot € 400,--.

Voorts is een IZA-achtig systeem van eigen betalingen volgens varianten 4a en 4b technisch haalbaar door aan te sluiten bij de huidige wijze van uitvoering van de no-claimteruggaveregeling. De uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek conform beide varianten 4 zullen voor de Belastingdienst en zorgverzekeraars daarentegen hoger uitvallen dan bij de no-claimteruggaveregeling.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De Eerste Kamer heeft op 14 juni jl. ingestemd met de Zorgverzekeringswet. Het voornemen is deze wet op 1 januari aanstaande te laten ingaan. De nieuwe zorgverzekering vervangt het ziekenfonds, de particuliere ziektenkostenverzekeringen en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren. De nieuwe zorgverzekering is van toepassing op de curatieve zorg. Het wettelijke verzekerde pakket is nagenoeg gelijk aan het huidige ziekenfondspakket. De kortdurende geestelijke gezondheidszorg, die nu nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ, zal 1 januari 2007 worden overgeheveld naar de nieuwe zorgverzekering.

De in 2005 in de Ziekenfondswet ingevoerde no-claimteruggaveregeling, met een maximale teruggave van € 255,-- per ziekenfondsverzekerde, wanneer géén gebruik is gemaakt van zorg (m.u.v. huisartsenzorg, kraamzorg en/of verloskundige zorg) maakt ook onderdeel uit van de beoogde Zorgverzekeringswet. Tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Eerste Kamer heeft de minister op verzoek van de Kamer toegezegd om voor de behandeling van de Invoerings- & Aanpassingswet (I&A) in de Eerste Kamer te komen met een analyse van de mogelijkheid tot het omzetten van de no-claimteruggaveregeling naar een *IZA-achtig systeem*.

Het Ministerie van VWS heeft, bij monde van de directeur van Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid, Deloitte gevraagd een haalbaarheidsonderzoek uit te voeren naar invoering van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekering. Dit rapport doet verslag van het haalbaarheidsonderzoek.

1.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van het haalbaarheidsonderzoek is als volgt geformuleerd:

Onderzoek de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekering.

Aspecten die bij de beantwoording van de vraag aan de orde komen:

- Een mogelijk budgettair neutrale vormgeving van een dergelijk systeem.
- Een kwalitatieve analyse van de voor- en nadelen ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling, onder andere in termen van solidariteit', 'prikkelwerking' en 'technische haalbaarheid'.

- Een schatting van de uitvoeringskosten van een IZA-achtig systeem ten opzichte van alternatieven als de huidige no-claimteruggaveregeling en een systeem van gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie.

1.3 Systeemgrenzen

Haalbaarheid

Dit onderzoek richt zich op de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem in de nieuwe zorgverzekering. Onder 'haalbaar' wordt verstaan praktisch realiseerbaar en technisch uitvoerbaar in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Hierbij vormt het draagvlak in het veld géén expliciet criterium voor 'haalbaarheid'.

Nieuwe zorgverzekering³

Het haalbaarheidsonderzoek richt zich op inpassing in de nieuwe zorgverzekering, zoals deze vanaf 1 januari 2006 (verplicht) voor alle ingezetenen in Nederland geldt. Met als overige voor dit onderzoek relevante kenmerken:

- Een standaardpakket van noodzakelijke curatieve zorg.
- Kinderen onder 18 jaar zijn gratis verzekerd.
- Jaarlijkse nominale premie van naar schatting € 1.100,-- per verzekerde (inclusief de no-claim).
- Keuzemogelijkheid van eigen risico tussen de € 100,-- - € 500,--.
- Inkomensafhankelijke bijdrage via de werkgever of uitkeringsinstantie: 6,25 % van het inkomen tot € 30.000,--.
- Mogelijkheid van een *naturapolis*: zorgverzekeraar heeft tegenover de verzekerde de verplichting tot het verstrekken van zorg of een *restitutiepolis*: zorgverzekeraar heeft tegenover de verzekerde de verplichting tot het vergoeden van zorg.
- Recht op no-claimteruggave voor de volwassen verzekerde (≥ 18 jaar), tot een maximum bedrag van € 255,--.
- Tegemoetkoming voor nominale ziektekostenpremie voor lage inkomensgroepen, in de vorm van een *zorgtoeslag* tot maximaal € 420,-- voor eenpersoonshuishouden en € 1.190,-- voor meerpersoonshuishoudens (Wet op de Zorgtoeslag).
- De uitvoering van de zorgtoeslag ligt bij de Belastingdienst/*Toeslagen*.

³ Bron: www.denieuwezorgverzekering.nl.

IZA-achtig systeem

IZA staat voor 'Instituut Ziektekostenvoorziening voor Ambtenaren'. Het betreft een publiekrechtelijke regeling voor ziektekosten, waarin alle gemeente-ambtenaren uit hoofde van hun werkring en hun gezinsleden zijn opgenomen. Kenmerkend voor dit systeem is, dat het totaal aan eigen bijdragen op basis van inkomen is gemaximeerd.

In de huidige IZA-systematiek zijn de verschuldigde betalingen gemaximeerd tot een maximum van 1% van het bruto-gezinsinkomen; zogenoemde 1%-regeling. De eigen bijdragen blijven verschuldigd, ook als het maximum is overschreden. Verzekerden moeten zelf bij hun werkgever een aanvraag indienen voor de restitutie van de teveel betaalde eigen bijdragen (zogenoemd '*piep-systeem*'). Met uitzondering van ziekenhuiszorg en farmacie, is de IZA-systematiek gebaseerd op het restitutiestelsel.

In dit onderzoek wordt de mogelijkheid van invoering van een IZA-systematiek in de nieuwe zorgverzekering onderzocht. Daarom spreken we van '*IZA-achtig*', dat wil zeggen, *dat een deel van de zorgconsumptie door de verzekerde zelf wordt betaald. De som van deze te betalen (verschuldigde) eigen bijdragen is jaarlijks inkomensafhankelijk procentueel of nominaal gemaximeerd.*

Dit onderzoek doet géén uitspraken over het heffen van een procentuele dan wel een nominale eigen bijdrage per verstrekking, uit het basispakket van de nieuwe zorgverzekering.

Budgettair neutraal

De invoering van de huidige no-claimteruggaveregeling levert een financiële verschuiving op van collectieve naar individuele financiering van ruim € 2 miljard. Een eventuele invoering van een IZA-achtig systeem moet tenminste hetzelfde financieringseffect opleveren en daarmee budgettair neutraal zijn.

No-claimteruggaveregeling

De no-claimteruggaveregeling houdt in dat een verzekerde maximaal € 255,-- na afloop van het 'no-claimjaar' van zijn zorgverzekeraar terug kan krijgen wanneer hij/zij geen beroep op vergoeding van de zorgkosten in dat verzekeringsjaar bij zijn zorgverzekeraar heeft gedaan. Doet de verzekerde wel een beroep op vergoeding van de zorgkosten, maar minder dan € 255,--, dan krijgt hij het overgebleven no-claim bedrag na afloop van het verzekeringsjaar terug. De no-claimteruggaveregeling geldt voor alle zorg die is opgenomen in het basispakket, met uitzondering van de huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg. Zorg die wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering telt niet mee voor de no-claimteruggaveregeling. Voor iedere individuele verzekerde vanaf 18 jaar voor wie een nominale premie is verschuldigd bestaat aanspraak op de no-claimteruggaaf.

Solidariteit

Kenmerkend voor het Nederlandse zorgstelsel is de ‘solidariteitsgedachte’. Dit wordt noodzakelijk geacht, om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden.

In het algemeen worden in de zorg drie vormen van solidariteitsoverdrachten onderscheiden⁴:

- a) *Inkomenssolidariteit*: mensen met een hoger inkomen dragen meer bij aan de zorgkosten dan mensen met een laag inkomen. Deze vorm van solidariteit betreft vooral de verzekeringszijde.
- b) *Risicosolidariteit*: mensen met een lager gezondheidsrisico betalen mee aan de zorg voor mensen met hogere risico's. Deze vorm van solidariteit betreft vooral de gebruikerszijde.
- c) *Intergenerationele solidariteit*: (gezonde) jongeren zijn solidair met (zorg-behoevende) ouderen.

In dit onderzoek worden kwalitatieve uitspraken gedaan over het effect van een IZA-achtig systeem van eigen betalingen op de solidariteit.

Prikkelwerking

De prikkelwerking geeft de mate weer waarin gedragseffecten worden bewerkstelligd. Bijvoorbeeld het stimuleren van gezond gedrag of het prudente gebruik van zorg. In dit onderzoek worden alleen kwalitatieve uitspraken gedaan over het effect van een IZA-achtig systeem van eigen betalingen op de mate van prikkelwerking.

1.4 Verantwoording en werkwijze

Voor de beantwoording van de vraagstelling is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van eerdere uitgevoerde onderzoeken naar introductie van een IZA-achtig systeem in het Nederlandse ziektekostenstelsel; ‘*Betalen voor zorg*’ (VB Advies, 1993); ‘*Gepast betalen voor zorg*’ (VB Advies, 1995) en ‘*Bijdragen naar draagkracht*’ (Deloitte & Touche, 1998). De gegevens uit deze onderzoeken zijn daar waar relevant en nodig geactualiseerd naar de situatie anno juli 2005.

De gegevens, om in te kunnen schatten wat het financieringseffect is van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering, zijn langs vier sporen verkregen:

1. CBS-cijfers (2003), uitgesplitst naar samenstelling huishoudens en vervolgens gecorrigeerd voor definitie ‘huishouden’ conform de Wet op de Zorgtoeslag, daarom exclusief thuiswonende meerderjarige kinderen (≥ 18 jaar).

⁴ Brief Eerste Kamer, vergaderjaar 2004 – 2005, 29 483, F.

2. VEKTIS-cijfers (2003) aangaande zorgconsumptiegegevens ziekenfonds- en particulier verzekerden, gecorrigeerd voor huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg.
3. IZA-gegevens (2003); zorgconsumptiegegevens van IZA-verzekerden, gecorrigeerd voor huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg.
4. Zorgconsumptie- / inkomensgegevens uit VB-rapport 'Betalen voor zorg' (1993) ten behoeve van gemiddelde zorgkosten per huishouden per inkomensklasse. Deze gegevens zijn op basis van CBS-cijfers gecorrigeerd naar welvaartsontwikkeling en samenstelling huishoudens in 2003.

Deze gegevens zijn verwerkt tot een financieel model op basis waarvan het financiële effect van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering is geschat.

Vervolgens is getracht met een mogelijke invoering van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de nieuwe rollen en taken van zorgverzekeraars (uitvoering no-claimteruggaveregeling) en de Belastingdienst (uitvoering zorgtoeslageregeling) in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Daarbij is ook rekening gehouden met privacy gevoelige aspecten, zoals het inkomensgegeven van verzekerden. Dit heeft geleid tot een beschrijving van een viertal varianten van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering. De keuze voor een vergelijking van één van deze varianten met de no-claimteruggaveregeling is gemaakt op basis van de grootste kans op inpasbaarheid. De uitvoeringskosten verbonden aan deze variant zijn geschat op basis van gesprekken met de Belastingdienst en kwantitatieve gegevens uit de eerder verrichte IZA-achtige onderzoeken.

Omdat draagvlak in het veld in het kader van dit onderzoek géén expliciet criterium voor haalbaarheid vormde, zijn geen gesprekken met zorgverzekeraars gevoerd.

Met de opdrachtgever hebben tussentijdse voortgangsbesprekingen plaatsgevonden (13 juli en 11 augustus 2005). Op 1 september is het onderzoeksrapport in concept besproken. Op 7 september 2005 is het concept-eindrapport opgeleverd. Op 15 september is het eindrapport opgeleverd.

1.5 Leeswijzer

Na in dit inleidende *hoofdstuk 1* de systeemgrenzen en uitgangspunten van het haalbaarheidsonderzoek te hebben aangegeven, worden in *hoofdstuk 2* de uitgangspunten van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering beschreven. Deze leiden vervolgens in *hoofdstuk 3* tot een beschrijving van de mogelijk vorm te geven IZA-achtige varianten.

13/41

15 september 2005

75218/SB/PvdB/hk

Nadat duidelijk is geworden welke IZA-achtige variant het meest inpasbaar lijkt, wordt deze in *hoofdstuk 4* afgezet tegenover de huidige no-claimteruggaveregeling. Beide eigen betalingenregelingen worden beschouwd op de mate van solidariteit, prikkelwerking en technische uitvoerbaarheid.

Hoofdstuk 5 gaat in op de uitvoeringskosten van de IZA-achtige variant in de nieuwe zorgverzekering.

Vervolgens wordt in *hoofdstuk 6* het rapport afgesloten met conclusies en aanbevelingen aangaande de haalbaarheid van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering.

Een samenvatting en bijlagen maken onderdeel uit van deze rapportage.

2. IZA-achtige systematiek

2.1 Inleiding

Een IZA-achtig systeem moet geplaatst worden tegen de achtergrond van de introductie van meer eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg en het leggen van meer verantwoordelijkheid bij de burger.

Het IZA-systeem, zoals thans door zorgverzekeraar (VGZ)-IZA Groep wordt uitgevoerd, is voor geheel Nederland niet uit te voeren. Immers, er is geen systeem denkbaar waarbij alle ingezetenen van Nederland, net als de ambtenaren, verzekerd zijn via hun werkgever. En met diezelfde werkgever de afspraak hebben, dat zij niet meer dan 1% van hun inkomen aan zorgconsumptie besteden. Zorgconsumptie boven de 1% wordt via diezelfde werkgever gerestitueerd. Op de schaal van Nederland is zoiets niet eenvoudig te realiseren. Daarom spreken wij in dit haalbaarheidsonderzoek van een *IZA-achtig systeem*. Een systeem dat een aantal IZA-kenmerkende uitgangspunten heeft. Deze worden in dit hoofdstuk beschreven.

2.2 Uitgangspunten van een IZA-achtig systeem

Het IZA-achtige systeem is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1. Inkomensafhankelijke maximering (nader te noemen: de IMAX)
De som van de te betalen eigen bijdragen per kalenderjaar⁵ wordt inkomensafhankelijk gemaximeerd. Doel van de maximering is, om de som van de eigen betalingen niet onevenredig hoog te laten worden, vooral bij hoge ziektekosten en lage inkomens.
2. Inning & registratie van eigen bijdragen
Bij zorgconsumptie draagt de verzekerde een percentage (0 – 100%) van de kosten zelf. Deze eigen betalingen worden door de zorgverzekeraar geïnd en geregistreerd.
3. Restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen
Wanneer door de verzekerde meer eigen bijdragen is betaald dan hij/zij op grond van zijn/haar IMAX verschuldigd was, wordt aanspraak gemaakt op restitutie van de teveel betaalde eigen bijdragen.

⁵ Aangezien het inkomensbegrip ‘belastbaar inkomen’ alleen over een kalenderjaar eenduidig verkrijgbaar is, geldt dit als periode-grootheid waarover de eigen bijdragen inkomensafhankelijk worden gemaximeerd.

Hierna worden deze uitgangspunten nader toegelicht.

2.2.1 Inkomensafhankelijke maximering

In het IZA-achtige systeem in de nieuwe zorgverzekering is aan het totaal te betalen bedrag aan eigen bijdragen een inkomensafhankelijk maximum verbonden (IMAX). Dit maximum kan een procentueel percentage dan wel een nominaal bedrag zijn. Voor de berekening van de financiële effecten (zie hoofdstuk 4) is uitgegaan van een percentage van het inkomensbegrip ‘belastbaar inkomen’.

Belastbaar inkomen

In het oorspronkelijke IZA-systeem geldt het inkomen van de ambtenaar als eenheid voor de inkomensafhankelijke maximering. Daarvoor tellen mee zowel de door de ambtenaar zelf betaalde eigen bijdragen als de eigen bijdragen van de medeverzekerden.

Voor het IZA-achtige systeem is er een aantal mogelijkheden voor keuze van eenheid van de inkomensafhankelijke maximering:

- a) Verzekerde en zijn medeverzekerden (= verzekerde eenheid), analoog aan het IZA-systeem.
- b) Verzekerde individu, analoog aan de huidige no-claimteruggaveregeling.
- c) ‘Huishouden’, analoog aan het in de Wet op de Zorgtoeslag gehanteerde inkomensbegrip en de basis waarop iemand in aanmerking komt voor een zorgtoeslag⁶.

Indien het draagkrachtbeginsel als basis voor de inkomensafhankelijke maximering gekozen wordt, dan ligt het voor de hand te kiezen voor de economische eenheid waar de draagkracht zich manifesteert: het ‘huishouden’ (c).

Echter, de IMAX zal, net als de no-claimteruggaveregeling op individueel niveau moeten gelden. Enerzijds, omdat de zorgverzekeraar in het nieuwe ziektekostenstelsel géén inzicht heeft in de samenstelling van het huishouden. Anderzijds, omdat partners bij verschillende zorgverzekeraars verzekerd kunnen zijn, moet de IMAX geïndividualiseerd worden per verzekerde. Een correctie is derhalve nodig.

⁶ Brief Eerste Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 762, A

Tot slot geldt, dat het om privacy redenen niet gewenst is dat zorgverzekeraars de beschikking krijgen over de inkomensgegevens van hun verzekerden. In de nader te beschrijven varianten dient met dit privacy-aspect rekening te worden gehouden.

2.2.2 Inning en registratie van eigen bijdragen

De *verschuldigde*⁷ eigen bijdragen worden per zorgconsumptie geïnd en geregistreerd. Per kalenderjaar wordt de som van de eigen bijdragen vastgesteld. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de *inning*, *registratie* en *vaststelling* van de som van de betaalde eigen bijdragen.

2.2.3 Restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen

In het *huidige* IZA-systeem blijven verzekerden eigen bijdragen verschuldigd. Ook wanneer het maximum al bereikt is. Consequentie van het doorlopen van de door de verzekerde te betalen eigen bijdragen is, dat in sommige gevallen restitutie van de teveel betaalde eigen bijdragen moet plaatsvinden. De aanvraag voor restitutie kan door de verzekerde zelf (piepen) gedaan worden dan wel restitutie kan automatisch plaatsvinden. Dit zal afhankelijk zijn van de nader te beschrijven varianten.

2.3 Rollen

In de in hoofdstuk 3 te beschrijven IZA-achtige varianten in de nieuwe zorgverzekering staan drie actoren, met elk verschillende rollen, centraal; de verzekerde; de zorgverzekeraar en de Belastingdienst.

De verzekerde

Wanneer de verzekerde van ≥ 18 jaar zorg consumeert betaalt hij/zij een deel van deze kosten zelf.

De verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een bewijs van de verschuldigde eigen bijdragen. Dit bewijs kan in een later stadium noodzakelijk zijn om aan te tonen dat teveel eigen bijdrage is betaald en dat aanspraak gemaakt wordt op restitutie. In de *huidige* IZA-systematiek moeten verzekerden zelf bij hun werkgever een aanvraag indienen voor restitutie van de teveel betaalde eigen bijdragen; het zogenoemde '*piepsysteem*'.

⁷ Wij hanteren het onderscheid tussen 'verschuldigde' en 'betaalde' eigen bijdragen. Voor 'verschuldigd' geldt het moment van zorgconsumptie; voor 'betaalde' het moment van betaling.

17/41

15 september 2005

75218/SB/PvdB/hk

Afhankelijk van de nader te beschrijven varianten kan ook sprake zijn van een dergelijk piepsysteem.

De zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar int en registreert de verschuldigde eigen bijdrage per volwassen verzekerde. Periodiek zal de zorgverzekeraar zijn verzekerden informeren over de genoten zorgconsumptie en de som van de eigen bijdragen. De zorgverzekeraar zorgt ook voor de inning van de eigen bijdragen.

Lopende het kalenderjaar registreert de zorgverzekeraar de eigen bijdragen van de verzekerden, zodat de verzekerden aan het begin van het nieuwe jaar geïnformeerd kunnen worden over hun zorgconsumptie, de betaalde eigen bijdragen en de eventuele teruggaaf/restitutie van de teveel betaalde eigen bijdragen.

De Belastingdienst

De Belastingdienst bepaalt op basis van het belastbaar inkomen 'T' de '*IMAX T+1*'⁸ van de verzekerde en informeert hierover. Als basis voor de inkomensbepaling wordt de periode 'T' gekozen. Dit betekent dat met voorlopige inkomens gewerkt zal worden en achteraf een correctie mogelijk is. Hiermee wordt aangesloten bij de huidige systematiek van de Belastingdienst, waarin gewerkt wordt met geschatte actuele inkomens.

Op basis van bovengenoemde uitgangspunten en rollen worden in hoofdstuk 3 de mogelijke varianten van een IZA-achtig systeem in de nieuwe zorgverzekering beschreven.

⁸ *IMAX T+1* betekent dat een verzekerde op basis van zijn inkomen in 2005 zijn IMAX voor 2006 krijgt.

3. IZA-achtige varianten

3.1 Inleiding

Op basis van de in voorgaand hoofdstuk genoemde uitgangspunten en rollen van actoren worden in dit hoofdstuk verschillende varianten van een IZA-achtig systeem in de nieuwe zorgverzekering beschreven. De eerste twee varianten (1 en 2) proberen dicht aan te sluiten bij de huidige IZA-systematiek. De laatste twee varianten (3 en 4) sluiten meer aan bij de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet. In bijlage 1 zijn alle hierna beschreven varianten schematisch weergegeven.

3.2 Variant 1

In deze variant is gekeken naar invoering van een IZA-achtige systeem in de nieuwe zorgverzekering, zoals dat in eerdere haalbaarheidsonderzoeken onderwerp van studie is geweest (*'Gepast betalen voor zorg'*, VB Advies, 1995):

- De Belastingdienst stelt einde jaar de inkomensafhankelijke maximale eigen bijdragen ($IMAX T + 1$) per volwassen verzekerde vast.
- De Belastingdienst informeert de volwassen verzekerden over hun IMAX.
- Lopende het verzekeringsjaar int en registreert de zorgverzekeraar de verschuldigde eigen bijdragen per zorgconsumptie.
- De zorgverzekeraar informeert zijn verzekerden maandelijks/periodiek over de genoten zorgconsumptie en de som van de te betalen eigen bijdragen⁹. Dit overzicht is nodig om eventueel aanspraak te kunnen maken op restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen.
- De betaling van de eigen bijdragen loopt door, ook na behalen van de IMAX.
- Afhankelijk van totaal betaalde eigen bijdragen en hoogte IMAX maakt verzekerde bij de Belastingdienst aanspraak op restitutie (piept).
- Om te voorkomen dat een verzekerde teveel aan eigen bijdragen betaalt en te lang moet wachten op restitutie, moet tussentijdse restitutie mogelijk zijn (vooral voor de lage inkomensgroepen).

⁹ Voorstelbaar is dat zorgverzekeraar als service-verlening de verzekerden on-line de mogelijkheid geven de stand van hun verschuldigde eigen bijdragen te bekijken (www.mijneigenbijdragen.nl).

- Optioneel: de zorgverzekeraar kan van al zijn verzekerden op basis van sofi-nummers¹⁰ jaarlijks de hoogte van de betaalde eigen bijdragen aan de Belastingdienst doorgeven. Op deze wijze kan de restitutie automatisch door de Belastingdienst worden uitgevoerd en hoeft de verzekerde aan het einde van het jaar niet te ‘piepen’.
- De geïnde eigen bijdragen door de zorgverzekeraars worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Nadelen

De grootste nadelen van deze variant 1 liggen enerzijds bij de consequenties voor de lage inkomens; als gevolg van het doorbetalen van de verschuldigde eigen bijdragen kunnen zij in de betalingsproblemen komen. Anderzijds, bij de zorgverzekeraars, omdat zij als gevolg van het *achteraf* (na zorgconsumptie) innen van de eigen bijdragen een verhoogd incasso-risico hebben. In de praktijk zou dit kunnen leiden tot hogere nominale premies, omdat zorgverzekeraars dit verhoogde incasso-risico zullen compenseren door het heffen van een hogere nominale premie. Voorts is het probleem van restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen niet eenvoudig op te lossen. Restitutie zou, zoals voorgesteld door de Belastingdienst kunnen plaatsvinden, maar feitelijk is die dienst geen ‘*clearing house*’. Tot slot kan de verrekening van de, door de zorgverzekeraars, teveel geïnde eigen bijdragen tussen het Zorgverzekeringsfonds en de Belastingdienst complicerend werken. Tegen deze achtergrond achten wij de haalbaarheid van invoering van IZA-achtig systeem conform variant 1 gering.

3.3 Variant 2

In deze variant worden de nadelen uit variant 1 geëlimineerd:

- De Belastingdienst stelt einde jaar de inkomensafhankelijke maximale eigen bijdragen (IMAX T + 1) vast.
- De Belastingdienst informeert de verzekerden en de zorgverzekeraar, op basis van sofinummers van de verzekerden, over de IMAX.
- De zorgverzekeraar voert per verzekerde de hoogte van de IMAX in zijn administratieve systeem in.
- Lopende het verzekeringsjaar int en registreert de zorgverzekeraar de verschuldigde eigen bijdragen per zorgconsumptie.

¹⁰ Dit is een unieke identificatie die zorgverzekeraars verplicht zijn te registreren (artikel 4 Zorgverzekeringswet). In de artikelen 85, 87 en 88 van de Zvw worden de randvoorwaarden genoemd waaronder op sofi-nummer persoonsgegevens mogen worden uitgewisseld. Uitwisseling van persoonsgegevens tussen zorgverzekeraars en Belastingdienst wordt in deze artikelen niet uitgesloten.

- De zorgverzekeraar informeert zijn verzekerden maandelijks/periodiek over de genoten zorgconsumptie en de som van de te betalen eigen bijdragen.
- De betaling van de eigen bijdragen stopt automatisch na behalen van de IMAX.
- In deze variant hoeft géén restitutie van teveel betaalde eigen bijdragen plaats te vinden, omdat na behalen van de IMAX wordt gestopt met innen. Hierdoor is ook minder snel sprake van betalingsproblematiek bij lage inkomens, omdat de verzekerden nooit meer betalen dan hun IMAX.

Nadelen

Het grootste nadeel van deze variant is dat zorgverzekeraars de beschikking krijgen over de IMAX van hun verzekerden en daarmee inzicht in de inkomens van hun verzekerden. Uit oogpunt van privacy is dit ongewenst. Ook als de IMAX niet op basis van het feitelijk inkomen wordt gebaseerd, maar op onderscheiden inkomensklassen¹¹, blijft het privacy-aspect, zij het minder groot, bestaan. Voorts blijft de incasso-problematiek voor de zorgverzekeraars aanwezig, als gevolg van het achteraf innen van de eigen bijdragen. Ook deze variant 2 lijkt derhalve niet haalbaar voor invoering van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering.

3.4 Intermezzo

We constateren, dat een IZA-achtige systeem, zoals in eerdere haalbaarheids-onderzoeken onderzocht (1993, 1995 en 1998), anno augustus 2005 nog steeds moeilijk inpasbaar lijkt in het Nederlandse ziektekostenverzekeringstelsel. De privacy-aspecten rondom het inkomensgegeven zijn hiervoor een belangrijke oorzaak. Echter, de nieuwe Zorgverzekeringswet, zoals deze per 1 januari 2006 ingaat, heeft een aantal kenmerken en veranderende rollen in zich, die leiden tot nieuwe mogelijkheden voor inpassing van een IZA-achtige systematiek.

¹¹ In de volkshuisvestingssector wordt gewerkt met inkomensklassen voor het uitkeren van huursubsidie. In de praktijk wordt 80% van de huursubsidie rechtstreeks overgemaakt aan woningcorporaties, waarmee corporaties indirect inzicht hebben in de inkomens van hun huurders (bron: gesprek met de Belastingdienst d.d. 22-08-2005).

Namelijk:

- De no-claimteruggaveregeling (uitvoerder zorgverzekeraar)
In de huidige no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet (en ‘straks’ in de nieuwe zorgverzekering) heeft de zorgverzekeraar een informatieplicht richting zijn/haar verzekerden.

Deze informatieplicht betekent dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden voorziet in een zorg(teruggaaf)overzicht en betaalt al/niet € 255,-- *minus* zorgconsumptie uit. De zorgverzekeraar registreert derhalve op volwassen verzekerdeniveau de genoten zorgconsumptie en verrekent en restitueert achteraf.

- De zorgtoeslagregeling (uitvoerder de Belastingdienst)

De Belastingdienst/Toeslagen is verantwoordelijk voor de vaststelling en informatie over het recht op en de hoogte van de zorgtoeslag in het kader van de Wet op de Zorgtoeslag. Deze toeslag is bedoeld als tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. De toeslag is gebaseerd op *normpremies* en niet de *feitelijke nominale premie* die aan de desbetreffende zorgverzekeraar moet worden betaald.

Daarnaast voert de Belastingdienst toeslagenregelingen uit voor de huursubsidie en kinderopvang. De inschatting van de Belastingdienst is, dat circa 8 miljoen mensen (i.c. circa 6 miljoen huishoudens, waarvan circa 4 miljoen éénpersoons- en circa 2 miljoen meerpersoonshuishoudens)¹² in aanmerking komen voor huurtoeslag, zorgtoeslag of kinderopvangtoeslag. Dat zou betekenen, dat de Belastingdienst nog 4 miljoen mensen extra¹³ moet informeren over hun IMAX. Het genoemde aantal van 8 miljoen ontvangt ‘straks’ (september 2005) een ‘rode envelop’ van de Belastingdienst. De mededeling van de IMAX aan de verzekerde kan met dit bestaande informatiekanaal ‘meeliften’.

Omdat wij in de navolgende varianten 3 en 4 aansluiten bij de Wet op de Zorgtoeslag verwachten wij geen problemen met betrekking tot gegevens over de samenstelling van het huishouden en de openbaarheid van inkomensgegevens voor de partners onderling.

¹² Naar schatting van de Belastingdienst komen circa 6,1 miljoen huishoudens in aanmerking voor een toeslagregeling; verdeeld over 4,9 miljoen huishoudens zorgtoeslagregeling; 1,2 miljoen huishoudens huurtoeslag en 0,2 miljoen kinderopvangtoeslag (bron: gesprek met de Belastingdienst d.d. 22 augustus 2005).

¹³ Juli 2005 bedraagt het totaal aantal volwassenen van 18 jaar en ouder 12,7 miljoen (bron: CBS).

Bij het aanvragen van de zorgtoeslag moeten namelijk de gegevens worden ingevuld met welke partner eventueel een huishouden wordt gevormd. En wordt door het zetten van een handtekening tevens toestemming gegeven voor het vermelden van de inkomensgegevens op formulieren.

Voor tussentijdse wijzigingen in het inkomen wordt aansluiting gezocht bij de huidige regeling van de zorgtoeslag. Te allen tijde kunnen deze worden doorgegeven aan de Belastingdienst.

In de navolgende varianten 3 en 4 wordt bij bovenstaande nieuwe systematiek en rollen van zorgverzekeraars en de Belastingdienst in de nieuwe Zorgverzekeringswet aangesloten.

3.5 Variant 3

Om te voldoen aan de randvoorwaarde van budgettair neutraal (minimale financieringsverschuiving van ruim € 2 miljard) wordt in deze en navolgende varianten uitgegaan van de onderstaande uitgangspunten¹⁴ :

- ✓ Forfaitair bedrag te betalen eigen bijdragen € 400,--.
- ✓ IMAX van 1,2% van het belastbaar inkomen.
- ✓ Minimale nominale IMAX van € 160,-- aan de voet.
- ✓ Te betalen eigen bijdragen van 100%.

Nadere uitgangspunten in deze variant 3 zijn:

- a. Iedere volwassen verzekerde betaalt een forfaitair bedrag aan eigen bijdragen van (bijvoorbeeld) € 400,-- per jaar. In maandelijkse termijnen, tegelijk met de nominale premie, door de zorgverzekeraar vooraf te innen.
- b. Dit forfaitaire bedrag zal voor de meeste verzekerden hoger zijn dan hun feitelijke IMAX op basis van het belastbaar inkomen. De Belastingdienst corrigeert dit verschil bij de uit te voeren zorgtoeslagregeling (zie rol Belastingdienst).
- c. De zorgtoeslag bestaat in deze variant uit¹⁵:

¹⁴ Deze uitgangspunten zijn in overleg met de opdrachtgever opgesteld (overleg d.d. 11 augustus 2005). Aangesloten is bij de inkomensgrenzen van de zorgtoeslagregeling.

¹⁵ In deze variant zullen naar verwachting meer huishoudens in aanmerking komen voor een zorgtoeslag. Voorstelbaar is namelijk, dat verzekerden die momenteel niet in aanmerking komen voor de Z-P, wel in aanmerking kunnen komen voor de extra Z-EB.

- *Zorgtoeslag Premie* (verder te noemen: Z-P): de huidige tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie (Wet op de Zorgtoeslag).
- *Zorgtoeslag Eigen Bijdragen* (verder te noemen: Z-EB): een extra zorgtoeslag als tegemoetkoming in de hogere maximale eigen bijdragen (forfaitair bedrag), die vooraf aan de zorgverzekeraar moet worden betaald.

In bijlage 2 is een rekenvoorbeeld van de werking van deze variant gegeven.

Hieronder worden de processtappen in deze variant beschreven:

- De zorgverzekeraar int tegelijk met de nominale premie, in maandelijkse termijnen het forfaitair bedrag aan eigen bijdragen, welke voor alle verzekerden gelijk is (in dit geval € 400,-- / 12 = € 33,--).
- De Belastingdienst stelt de zorgtoeslag vast. De zorgtoeslag kan dus bestaan uit de huidige tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie (Z-P) en een *extra* zorgtoeslag als tegemoetkoming in de hogere maximale eigen bijdragen (Z-EB).
- Analooq aan de zorgtoeslagregeling worden de Z-P en/of Z-EB, voordat de premie aan de zorgverzekeraar moet worden betaald, iedere maand op de bankrekening van de verzekerde gestort. Dit voorkomt dat de verzekerde betalingsproblemen krijgt met betrekking tot de door de zorgverzekeraar te innen bedragen.
- Lopende het verzekeringsjaar registreert de zorgverzekeraar de verschuldigde eigen bijdragen.
- Begin van het nieuwe verzekeringsjaar *informeert* de zorgverzekeraar de verzekerde over zijn zorgconsumptie in jaar T-1 en de verschuldigde eigen bijdragen.

Indien de som van de verschuldigde eigen bijdragen lager is dan het forfaitaire bedrag van € 400,-- restitueert de zorgverzekeraar het verschil. De zorgverzekeraar restitueert derhalve een bedrag van € 400,-- *minus* de verschuldigde eigen bijdragen.

- Aan de hand van het sofi-nummer geeft de zorgverzekeraar het gerestitueerde bedrag aan eigen bijdragen per verzekerde door aan de Belastingdienst.
- De Belastingdienst zal aan het einde van het jaar de definitieve zorgtoeslag, Z-P en/of Z-EB, vaststellen wanneer alle inkomensgegevens bekend¹⁶ zijn, zoals dit ook bij de uitvoering van de Wet op de Zorgtoeslag zal gaan gebeuren. Tevens zal de Belastingdienst, op basis van de van de zorgverzekeraars ontvangen overzichten van verschuldigde eigen bijdragen, vaststellen *of* en zo ja hoeveel de verzekerde teveel aan eigen bijdragen heeft teruggekregen van zijn zorgverzekeraar.

¹⁶ Naar schatting van de Belastingdienst zijn op 1 juli van jaar 'T' de inkomensgegevens van jaar t-1 van circa 90% van de belastingplichtigen vastgesteld.

De teveel ontvangen bedragen worden verrekend met de zorgtoeslag van het *volgende* jaar ('T+1')¹⁷.

Nadelen

Nadelen van deze variant zijn, behalve het rondpompen van geld, de extra werkzaamheden die de Belastingdienst/Toeslagen zal moeten verrichten. Enerzijds, omdat naar verwachting het aantal verzoeken om een zorgtoeslag zal toenemen. Anderzijds het extra rekenwerk, dat de Belastingdienst zal moeten verrichten om het eventueel door de zorgverzekeraar teveel uitgekeerde restitutiegeld te verrekenen dan wel terug te vorderen. Behalve het verhoogde incasso-risico dat de Belastingdienst hierdoor loopt, kan het ook tot grote betalingsproblemen bij verzekerden leiden. Evenals bij de andere toeslagen blijft het risico bestaan dat verzekerden de ontvangen gelden aanwenden voor andere doelen dan de beoogde (ziektekostenpremies en/of de te betalen eigen bijdragen bij zorgconsumptie). Tot slot is deze variant waarschijnlijk 'moeilijk' uit te leggen aan de burger. In variant 4 proberen we dergelijke risico's en de complexiteit van (achteraf) verrekenen te voorkomen.

3.6 Variant 4

Deze variant is een modificatie op variant 3 van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering.

- Ten opzichte van variant 3 wordt in deze variant het door de Belastingdienst achteraf jaarlijks verrekenen van teveel ontvangen toeslag (Z-EB) voorkomen.
- Het voorkomen van een verrekening/correctie van de zorgtoeslag achteraf kan op twee manieren:
 - a) Door vooraf een inschatting te maken van het bedrag dat een bepaalde inkomensklasse gemiddeld teveel gerestitueerd zou krijgen, kan de Z-EB *vooraf* met dat bedrag worden verminderd¹⁸.
 - b) Door de IMAX te verhogen tot 1,6% van het belastbaar inkomen.

Tegen deze achtergrond spreken we in het vervolg van twee varianten 4: *4a en 4b*.

¹⁷ De huidige zorgtoeslag (Z-P) is op huishoudenniveau en is daarmee veelal een gezamenlijke aanvraag met één rekeningnummer waarop de zorgtoeslag wordt overgemaakt. De Z-EB is daarentegen op individueel niveau. Dit vergt voor de Belastingdienst een extra bewerkingslag, omdat de gegevens gescheiden verstuurd zullen moeten worden (zie uitvoeringskosten hoofdstuk 5).

¹⁸ Daar waar in de zorgtoeslag (Z-P) uitgegaan wordt van een *normpremie* in plaats van de feitelijke nominale premie die een verzekerde aan de zorgverzekeraar betaald, zou bij de zogeheten zorgtoeslag eigen bijdragen (Z-EB) ook uitgegaan moeten worden van een *normbedrag aan teveel ontvangen restitutiegeden van de zorgverzekeraar*.

Naar analogie van de hoogte zorgtoeslag premie (Z-P) naar inkomen is deze in onderstaande tabel voor de zorgtoeslag eigen bijdragen *per persoon* (Z-EB) weergegeven. Hierbij wordt bij *variant 4a* de Z-EB berekend met een IMAX van 1,2% en een aftrek van de gemiddeld teveel betaalde restitutie. In *variant 4b* vindt door de IMAX te verhogen naar 1,6% géén aftrek/correctie van de gemiddeld teveel betaalde restitutie plaats.

Tabel Hoogte zorgtoeslag eigen bijdragen (Z-EB) per persoon

	Variant 4a (IMAX 1,2%)		Variant 4b (IMAX 1,6% zonder teruggaaf)	
	AS ¹⁹	MPH	AS	MPH
Drempel inkomen	€ 30.000	€ 43.250	€ 25.000	€ 37.500
Inkomen (per jaar)				
€ 10.000	€ 187 ²⁰	€ 187	€ 240	€ 240
15.000	€ 156	€ 187	€ 160	€ 240
20.000	€ 84	€ 184	€ 80	€ 187
25.000	€ 60	€ 124	€ 0	€ 133
30.000	€ 0	€ 106	€ 0	€ 80
35.000	€ 0	€ 66	€ 0	€ 27
40.000	€ 0	€ 26	€ 0	€ 0
45.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
50.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0

3.7 Conclusie

De varianten 3 en 4a en 4b van een IZA-achtig systeem zijn allen inpasbaar in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Variant 3 is te complex en kent teveel nadelen. De twee varianten 4a en 4b lijken het best inpasbaar en de minste nadelen te hebben. In de navolgende hoofdstukken zullen we deze twee varianten 4a en 4b afzetten ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling.

¹⁹ AS = alleenstaande en MPH = meerpersoonshuishouden.

²⁰ Dit normbedrag wordt berekend door de gemiddeld teveel van de zorgverzekeraar te ontvangen restitutiegeden per inkomensklasse, per huishouden te bepalen. Dit bedrag wordt uiteindelijk in mindering gebracht op de eventueel door de Belastingdienst uit te betalen Z-EB.

4. Haalbaarheid van een IZA-achtig systeem

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zetten we de twee *varianten 4a + 4b* af tegen de bestaande no-claimteruggaveregeling. Voor beide systemen geldt, dat een volwassen verzekerde (een gedeelte van) de kosten van de onder de basisverzekering vallende zorg zelf moet betalen (eigen betaling)²¹. De wijze waarop dat gebeurt en de effecten van beide systemen van eigen betalingen op de aspecten solidariteit, technische haalbaarheid en prikkelwerking worden hierna aangegeven.

4.2 Solidariteit

Voor de vergelijking met de no-claimteruggaveregeling is gekeken naar twee vormen van solidariteitsoverdracht: enerzijds de gevolgen voor inkomens-solidariteit (*rijk is solidair met arm*) en anderzijds risico-solidariteit (*gezond is solidair met ziek*).

In bijlage 3 zijn op basis van de in paragraaf 4.3.2. genoemde uitgangspunten rekenvoorbeelden gegeven, waarin de no-claimteruggaveregeling voor lage en hoge inkomensgroepen is afgezet ten opzichte van de IZA-systematiek volgens varianten 4a en 4b.

Inkomens-solidariteit

In de IZA-achtige varianten neemt de *inkomenssolidariteit* toe, dat wil zeggen mensen met een hoger inkomen dragen meer bij aan de zorgkosten dan mensen met een laag inkomen. Dit effect wordt bereikt, omdat de maximering van de feitelijk te betalen eigen bijdragen afhankelijk is van een bruto inkomen van de verzekerde.

- Hoge inkomens betalen in de IZA-achtige varianten 4a+b, afhankelijk van het zorggebruik, even hoge of hogere eigen betalingen in vergelijking met de no-claimteruggaveregeling.
- Lage inkomens betalen in de IZA-achtige varianten 4a+b, afhankelijk van het zorggebruik, minder of evenveel eigen betalingen in vergelijking met de no-claimteruggaveregeling.

²¹ Met uitzondering van huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg.

Risico-solidariteit

In de IZA-achtige varianten 4a+b daalt de *risicosolidariteit*:

- Lage inkomensgroepen met weinig tot geen zorgconsumptie betalen minder eigen betalingen dan in de no-claimteruggaveregeling.
- Hoge inkomensgroepen met hoge zorgconsumptie betalen meer eigen betalingen dan in de no-claimteruggaveregeling.
- Voor hoge inkomensgroepen met weinig tot geen zorgconsumptie verandert de hoogte van de eigen betalingen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling niet.

4.3 Technische uitvoerbaarheid

Als gesteld is in beide varianten 4 zoveel mogelijk aangesloten bij de huidige no-claimteruggaveregeling. De overeenkomsten tussen beide eigen betalingenssystematieken liggen dan ook vooral op het gebied van de uitvoering (*proces*).

Proces	No-claimteruggaveregeling	IZA-achtige systematiek varianten 4a en 4b	Opmerking
Innen van de eigen betalingen	Zorgverzekeraar int maandelijks de nominale premie, waar in feite het door de verzekerde vooraf betaalde no-claim bedrag in is verdisconteerd	Zorgverzekeraar int maandelijks de nominale premie, waar ook de maximale door de verzekerde te betalen eigen bijdragen in is verdisconteerd	
Registratie van de zorgconsumptie	Zorgverzekeraar registreert de geconsumeerde zorg(kosten)	Zorgverzekeraar registreert de geconsumeerde zorg en de verschuldigde eigen bijdragen	De hoogte van de eigen bijdragen kan zowel procentueel zijn (0-100%) als een nominaal bedrag per verstrekking
Verzekerde voorzien van een zorg (teruggaaf)-overzicht	Begin van het kalenderjaar volgend op het <i>no-claimjaar</i> voorziet de zorgverzekeraar de verzekerde van een zorg(teruggaaf)overzicht	Begin van het kalenderjaar volgend op het <i>'IMAX-jaar'</i> voorziet de zorgverzekeraar de verzekerde van een zorgconsumptieoverzicht inclusief de verschuldigde eigen bijdragen	
Restitutie van teveel betaalde eigen betalingen	Begin van het kalenderjaar volgend op het no-claimjaar betaalt de zorgverzekeraar no-claimbedrag (€ 255,-) <i>minus</i>	Begin van het kalenderjaar volgend op het IMAX- jaar betaalt de zorgverzekeraar de vooraf betaalde EB <i>minus</i>	Zorgverzekeraar rekent <u>niet</u> met de feitelijke IMAX van een verzekerde,

Proces	No-claimteruggaveregeling	IZA-achtige systematiek varianten 4a en 4b	Opmerking
	zorgconsumptie uit (restitutie)	zorgconsumptie uit (restitutie)	maar met een nominaal/forfaitair EB-bedrag ²²

Door aan te sluiten bij de huidige wijze van uitvoering van de no-claimteruggaveregeling is een IZA-achtig systeem van eigen betalingen volgens varianten 4a en 4b technisch haalbaar. De uitvoeringskosten worden in hoofdstuk 5 behandeld.

4.4 Prikkelwerking

Alle systemen van eigen betalingen bewerkstelligen op een eigen wijze een mate van prudent gebruik van zorg. Welk systeem de meeste prikkelwerking heeft is lastig aan te geven. Bij de no-claimteruggaveregeling is er een prikkel voor verzekerden om € 0,-- aan zorgconsumptie te besteden, maar wanneer er meer dan € 255,-- aan zorg is geconsumeerd bestaat er geen prikkel meer.

Voor de IZA-achtige systematiek volgens beide varianten 4 is zoveel mogelijk aangesloten bij de werking van de no-claimteruggaveregeling. Tegen deze achtergrond verwachten wij dat van de beschreven IZA-achtige systematiek een grotere prikkelwerking uitgaat dan in de huidige no-claimteruggaveregeling. Immers, daar waar de prikkel in de no-claimregeling stopt bij € 255,-- loopt deze bij de IZA-achtige varianten 4 door tot € 400,--. Keerzijde van deze langer doorlopende prikkelwerking is evenwel het ontstaan van een grotere druk op lage inkomensgroepen en daarmee de kans op armoedeval.

4.5 Conclusie

Door aan te sluiten bij de huidige wijze van uitvoering van de no-claimteruggaveregeling is een IZA-achtig systeem van eigen betalingen volgens varianten 4a en 4b technisch haalbaar. Voorts presteert de IZA-achtige systematiek op het aspect inkomenssolidariteit beter dan de huidige no-claimteruggaveregeling. De risico-solidariteit daarentegen komt meer onder druk te staan, vooral bij hoge inkomens met hoge zorgconsumptie. Tot slot is het effect op prikkelwerking van de IZA-achtige varianten 4 ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling naar verwachting groter.

²² Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar inzicht krijgt in de inkomensgegevens van zijn verzekerden.

5. Uitvoeringskosten van beide varianten 4

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een schatting gemaakt van de uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek volgens beide varianten 4 in de nieuwe zorgverzekering. Deze kosten worden indicatief vergeleken met de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling. Van een vergelijking met het 'VVD-voorstel', waarin sprake is van leeftijdsgebonden premieruggave bij relatief bescheiden zorgconsumptie, is afgezien. De complexiteit van dit systeem en de algemene twijfel die bestaat over de meerwaarde van dit systeem ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling liggen aan dit besluit ten grondslag²³.

5.2 Kosten uitvoering no-claimteruggaveregeling

De kosten van de huidige no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet zijn geschat op € 20 miljoen. Dit bedrag is opgebouwd uit administratieve lasten zorgverzekeraars à € 9 miljoen, incidentele kosten à € 8 miljoen en structurele kosten à € 3 miljoen²⁴.

In de nieuwe Zorgverzekeringswet neemt het aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor de no-claimteruggaveregeling toe. Op basis van de huidige verhouding tussen het aantal ziekenfondsverzekerden en particulierverzekerden (2:1) schatten wij de uitvoeringskosten voor de no-claimteruggaveregeling in de Zorgverzekeringswet op circa € 25 – 29 miljoen, als gevolg van hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars. Immers, de registratie van zorgconsumptie van de huidige particulierverzekerden komt erbij. De totale uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars zullen naar schatting toenemen met € 5 – 9 miljoen.

5.3 Kosten uitvoering IZA-achtige systematiek varianten 4

De kosten van de IZA-systematiek ontleen wij aan hetgeen in hoofdstuk 4 is beschreven bij variant 4. De kostendragers bij de invoering van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe zorgverzekering zijn voor beide varianten 4: zorgverzekeraars en de Belastingdienst/Toeslagen.

²³ Bron: Concept-haalbaarheidsstudie VVD-voorstel no-claim, Ministerie van VWS, juni 2005.

²⁴ Brief Tweede Kamer, vergaderjaar 2003 – 2004, 29 483, nr.8.

Kosten voor zorgverzekeraars

Voor de zorgverzekeraars hebben wij aangenomen dat de *extra* kosten die zij maken in vergelijking met de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling voornamelijk bepaald zullen worden door:

- Extra voorlichting als gevolg van invoering van een nieuwe systematiek (toenemende druk op call centers van zorgverzekeraars).
- Aanpassing automatiseringsorganisatie.
- Toename van het aantal (volume) terug te storten restitutiebedragen.

Een totaalschatting van de uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek bij zorgverzekeraars kunnen wij niet geven, omdat veldonderzoek onder zorgverzekeraars géén deel uitmaakte van dit haalbaarheidsonderzoek. Maar gelet op de aangegeven uitvoeringsovereenkomsten tussen de no-claimteruggaveregeling en de IZA-achtige systematiek in paragraaf 4.2. verwachten wij géén grotere toename van de uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars dan bij de no-claimteruggaveregeling in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Wel zullen in beide varianten 4, de stortingskosten voor de te restitueren bedragen kunnen toenemen, omdat uitgegaan wordt van een relatief hoog forfaitair bedrag aan vooraf te betalen eigen bijdragen. Per storting worden de kosten nu geschat op € 0,10²⁵.

Kosten voor de Belastingdienst

De kosten voor de Belastingdienst zullen in beide varianten 4 hoger worden, omdat in deze varianten gewerkt wordt met een extra zorgtoeslag in de vorm van Z-EB. Deze extra kosten zullen bestaan uit:

- Bepalen hoogte feitelijke IMAX van alle volwassen verzekerden en berichtgeving²⁶.
- Berichtgeving zorgtoeslagen (Z-P en/of Z-EB)²⁷.
- Herziening voorlopige inkomens en daarmee Z-EB.

²⁵ Brief Tweede Kamer, vergaderjaar 2003 – 2004, 29 483, nr.3.

²⁶ In het VB-advies onderzoek ‘Gepast betalen voor zorg’ van 1995 werden de kosten van de Belastingdienst aangaande jaarlijkse berichtgeving van de IMAX aan alle belastingplichtigen geschat op € 12 miljoen. Geëxtrapoleerd naar de situatie in 2006 schatten wij deze kosten op € 15 miljoen.

²⁷ Waarbij ingeval van berichtgeving zorgtoeslag-premie (Z-P) en zorgtoeslag-eigen bijdragen (Z-EB) deze bij meerpersoonshuishoudens gesplitst moet worden, omdat eerstgenoemde zorgtoeslag een gezamenlijke aanvraag betreft en de Z-EB een individuele aanvraag is.

Een totaalschatting van de uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek bij de Belastingdienst kunnen wij niet geven. De Belastingdienst achtte zich, gelet op het korte tijdsbestek, de aanstaande berichtgevingen in het kader van de Wet op de Zorgtoeslag en de daarmee samenhangende start van de *afdeling Toeslagen*, op dit moment niet in staat om een indicatieve schatting te geven voor hun kosten voor de uitvoering van IZA-achtige systematiek volgens variant 4.

Echter, tegen de achtergrond dat we met beide varianten 4 zoveel mogelijk aansluiten bij de systematiek van de uitvoering van de Wet op de Zorgtoeslag, schatten wij in dat de kosten voor de Belastingdienst niet heel veel hoger zullen uitvallen dan nu het geval is. Op dit moment worden de uitvoeringskosten van de Wet op de Zorgtoeslag voor 6 miljoen huishoudens door de Belastingdienst geschat op € 70 miljoen²⁸. Dit bedrag zal toenemen als gevolg van het te verwachten groter aantal aanvragen voor een zorgtoeslag (Z-EB) in beide varianten 4. Per saldo verwachten wij dat de incidentele kosten voor de Belastingdienst vooral zitten in aanpassing van automatiseringssystemen en de structurele kosten vooral in toename van berichtenverkeer (informerende over hoogte van IMAX).

5.4 Conclusie

De uitvoeringskosten van een IZA-achtige systematiek conform beide varianten 4 zullen voor de Belastingdienst en zorgverzekeraars hoger uitvallen dan in de no-claimteruggave-regeling. In beide varianten 4 heeft de Belastingdienst namelijk een extra taak aangaande het bepalen van de zorgtoeslag eigen bijdragen (Z-EB), alsook het informeren van de volwassen verzekerden over hun feitelijke IMAX. Voor de zorgverzekeraars zullen de uitvoeringskosten als gevolg van een te verwachten hoger aantal te restitueren bedragen, hoger uitvallen.

In onderstaande tabel is voor zover mogelijk in orde van grootte een schatting van de uitvoeringskosten per variant weergegeven. Hieruit mogen we concluderen dat van beide varianten 4, variant 4a hogere uitvoeringskosten zal hebben dan variant 4b, omdat in variant 4a een correctieslag nodig is van de gemiddeld teveel betaalde restitutie.

²⁸ In het gesprek met de Belastingdienst d.d. 22 augustus 2005 is aangegeven dat de werkelijke uitvoeringskosten van de Wet op de Zorgtoeslag op zijn vroegst in 2007 berekend worden, nadat een jaar is 'gedraaid' met de zorgtoeslagregeling.

32/41

15 september 2005

75218/SB/PvdB/hk

	Zorgverzekering per 1-1-2006	IZA-achtige variant 4a	IZA-achtige variant 4b
Zorgverzekeraars			
Uitvoeringskosten no- claimregeling	€ 25-29 miljoen	€ 25-29 miljoen	€ 25-29 miljoen
Extra uitvoeringskosten	PM	PM	PM
Belastingdienst			
Uitvoeringskosten Zorgtoeslagregeling	€ 70 miljoen	€ 80 miljoen*	€ 80 miljoen*
Extra uitvoeringskosten	--	PM	PM
Bepalen Z-EB	--	PM	PM
Verwerking Z-EB aanvragen	--	PM	PM
Correctieslag	--	PM	--

* Deze bedragen zijn circa € 10 miljoen hoger geschat als gevolg van het meerdere belastingplichtigen informeren over hun voorlopige en definitieve IMAX. Het grootste deel van deze berichtgeving kan meeliften met het informatiekanaal aangaande de toeslagen (zorg-, huur- en of kinderopvangtoeslag).

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk geven wij puntsgewijs antwoord op de vraagstelling van dit onderzoek en sluiten wij af met enkele aanbevelingen.

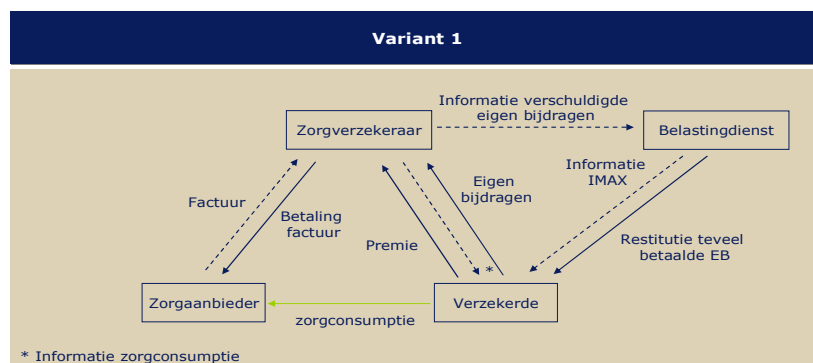
6.1 Conclusies

1. Het is mogelijk om een IZA-achtige systematiek conform beide varianten 4 (a+b) in de nieuwe Zorgverzekeringswet in te voeren. Door aan te sluiten bij bestaande systematieken als de no-claimteruggaveregeling en de zorgtoeslagregeling zijn beide beschreven varianten 4 van een IZA-achtige systematiek technisch realiseerbaar en uitvoerbaar.
2. Met beide varianten 4 wordt als het ware de no-claimteruggaveregeling in combinatie met de zorgtoeslagregeling *meer* inkomensafhankelijk gemaakt dan nu het geval is.
3. Wanneer uitgegaan wordt van een inkomensafhankelijk maximum van eigen bijdragen van 1,2% van het belastbaar inkomen, met een nominaal maximum van € 400,-- en een minimum van € 160,-- aan de voet, wordt bij een IZA-achtige systematiek eenzelfde financieringsverschuiving van circa € 2 miljard gerealiseerd als bij de no-claimteruggaveregeling.
4. De invoering van een IZA-achtige systematiek conform zowel variant 4a als variant 4b zal naar verwachting leiden tot een toename van de kosten bij zorgverzekeraars en de Belastingdienst. De Belastingdienst, omdat zij een centrale rol vervult als leverancier van de IMAX en mogelijke uitvoerder van de extra zorgtoeslag-eigen bijdragen (Z-EB). Zorgverzekeraars, omdat het aantal restituties naar verwachting toe zal nemen.
5. Op het aspect inkomenssolidariteit presteren beide varianten 4 in de nieuwe zorgverzekering beter dan de no-claimteruggaveregeling.
6. De risico-solidariteit daarentegen komt in de IZA-achtige varianten 4 meer onder druk te staan, vooral bij hoge inkomens met hoge zorgconsumptie.
7. Op het aspect prikkelwerking presteren de IZA-achtige varianten 4 naar verwachting beter dan de huidige no-claimteruggaveregeling.

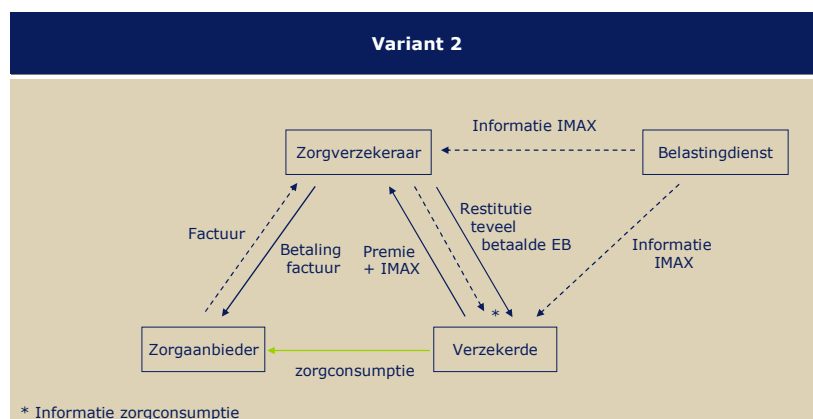
6.2 Aanbevelingen

1. Ofschoon een IZA-achtige systematiek conform beide varianten 4 inpasbaar en uitvoerbaar is, wordt invoering op korte termijn niet realistisch geacht. De Belastingdienst die een centrale rol in een dergelijke systematiek vervult, heeft aangegeven de komende 2 jaar géén tijd en capaciteit te hebben voor een nieuw systeem. De invoering van de Wet op de Zorgtoeslag, het opzetten van de daarmee samenhangende afdeling Toeslagen, alsook het op termijn overnemen van taken van de UWV zijn hier debet aan.
2. Een invoering van een IZA-achtig systeem conform varianten 4 in de nieuwe zorgverzekering op de korte termijn wordt ook niet verstandig geacht, om de toch al ervaren korte doorlooptijd voor invoering van de Zorgverzekeringswet (1 januari 2006) niet nog meer onnodig complex te maken.
3. In het licht van verschuiving van collectieve lasten naar private lasten in de zorg, in combinatie met inkomensafhankelijkheid, zou voorliggende rapportage gebruikt kunnen worden als opmaat voor een verder diepgaand uitvoeringsonderzoek naar de introductie van een IZA-achtige systematiek in de nieuwe Zorgverzekeringswet.

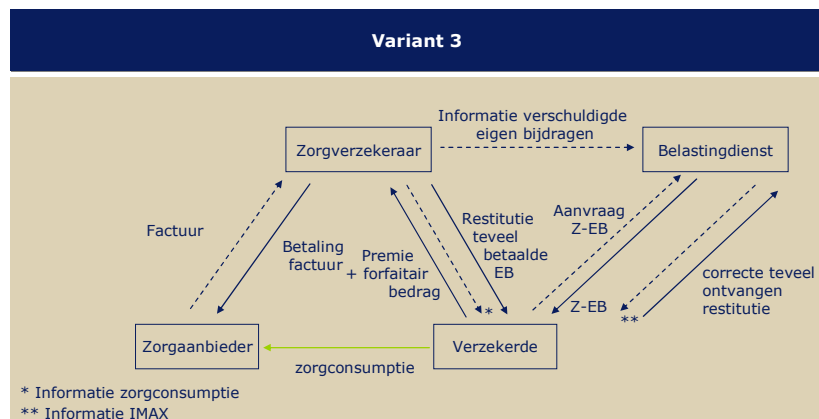
Bijlage 1: Schematische weergave IZA-achtige varianten



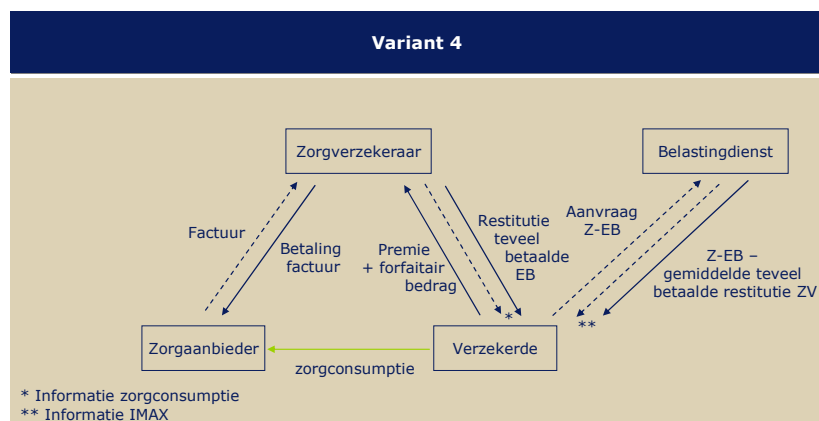
©2005 Deloitte. All rights reserved



©2005 Deloitte. All rights reserved



©2005 Deloitte. All rights reserved



©2005 Deloitte. All rights reserved

Bijlage 2: Rekenvoorbeeld werking van variant 3

Rekenvoorbeeld variant 3

Persoon A verdient per jaar € 30.000,--. Volgens de 1%-regeling heeft deze persoon een *feitelijke* IMAX van € 300,--. In het afgelopen kalenderjaar heeft hij zorg geconsumeerd, waarvoor hij voor € 200,-- aan eigen bijdragen is verschuldigd. Het *forfaitaire bedrag aan eigen bijdragen* is door de overheid vastgesteld op € 400,-- per kalenderjaar.

De financiële systematiek is dan als volgt:

- 1) Persoon A betaalt naast zijn jaarlijkse nominale premie (€ 1.100,--) een forfaitair bedrag aan eigen bijdragen (€ 400,--) aan zijn zorgverzekeraar. Per maand wordt door de zorgverzekeraar € 125,-- ($1.100 + 400 = 1.500/12$) van zijn bankrekening geïncasseerd (= nominale premie + forfaitaire EB).

Gegeven het feit dat persoon A per jaar € 30.000,-- verdient, komt deze op basis van de Wet op de Zorgtoeslag niet in aanmerking voor een Z-P²⁹. Op basis van zijn feitelijke IMAX (i.c. € 300,--) komt hij wel in aanmerking voor een Z-EB van € 100,--. Namelijk het voor iedere ingezetene ≥ 18 jaar geldende forfaitaire bedrag van € 400,-- *minus* de feitelijke IMAX van € 300,-- leidt tot een Z-EB van € 100,--.

- 2) Persoon A ontvangt een Z-EB van € 100,-- . Per maand wordt door de Belastingdienst € 8,-- overgemaakt op zijn bankrekening, voordat de nominale premie + opslag eigen bijdragen aan de zorgverzekeraar moet worden betaald.

Analoog aan de no-claimteruggaveregeling informeert de zorgverzekeraar, vóór 31 maart van het kalenderjaar volgend op het IMAX-jaar, de verzekerde over zijn zorgconsumptie en de daarbij behorende verschuldigde eigen bijdragen.

- 3) Persoon A ontvangt van zijn zorgverzekeraar een zorgconsumptie-overzicht waaruit blijkt dat hij € 200,-- aan eigen bijdragen is verschuldigd.

²⁹ De inkomensgrens voor een zorgtoeslag voor alleenstaanden is € 25.320,-- (zorgtoeslag is maximaal € 420,-- per jaar). Voor meerpersoonshuishoudens is deze inkomensgrens € 40.700,-- (zorgtoeslag is maximaal € 1.190,-- per jaar). De uiteindelijke hoogte van de te ontvangen zorgtoeslag is afhankelijk van genormeerde niet van werkelijk premiekosten (bron: memorie van toelichting Wet op de Zorgtoeslag).

De zorgverzekeraar restitueert de teveel geïnde eigen bijdragen, te weten € 200,-- (forfaitaire bedrag van € 400,-- - € 200,--).

De Belastingdienst stelt lopende het jaar de definitieve Z-P en/of Z-EB vast. Daarnaast stelt de Belastingdienst, aan de hand van de ontvangen informatie-overzichten van zorgverzekeraars vast of en zo ja hoeveel de verzekerde teveel aan betaalde eigen bijdragen heeft teruggekregen van zijn zorgverzekeraar.

- 4) Persoon A heeft een feitelijke IMAX van € 300,-- in jaar x moeten betalen in plaats van het forfaitaire bedrag van € 400,--. Dat jaar is hij op basis van zijn zorgconsumptiegedrag € 200,-- aan eigen bijdragen verschuldigd. Dat betekent dat hij € 100,-- aan teveel betaalde eigen bijdragen terug zou moeten krijgen.

Echter, persoon A heeft € 200,-- ($400 - 200$) teruggekregen van zijn zorgverzekeraar. De € 200,-- die hij teveel ontvangen heeft van zijn zorgverzekeraar zal het *volgende jaar* worden verrekend met de Z-P en/of Z-EB.

Bijlage 3: Rekenvoorbeelden inkomens- en risicosolidariteit variant 4a+4b

1) Laag inkomen / géén zorgconsumptie	No-claim-teruggave regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 16.000,--	€ 16.000,--	€ 16.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 192,--	€ 256,--
Kosten zorgconsumptie	€ 0,--	€ 0,--	€ 0,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 144,-- *	€ 144,-- (400-256)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 255,-- (teveel betaalde no-claim)	€ 400,-- (teveel betaalde EB)	€ 400,-- (teveel betaalde EB)
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 845,-- (1.100 – 255)	€ 701,-- (1.245 – 144 – 400)	€ 701,-- (1.245 – 144 – 400)

* Een Zorgtoeslag-Eigen Bijdragen van € 144,-- komt als volgt tot stand: feitelijke Z-EB = verschil forfaitair bedrag EB (= € 400) minus feitelijke IMAX (=€ 192) minus de genormeerde teveel ontvangen restitutie van de zorgverzekeraar (= € 64,-- bij deze inkomensklasse): 400 – 192 – 64 = 144.

2) Laag inkomen / gemiddelde zorgconsumptie	No-claim-teruggave regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 16.000,--	€ 16.000,--	€ 16.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 192,--	€ 256,--
Kosten zorgconsumptie	€ 200,--	€ 200,--	€ 200,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 144,-- *	€ 144,-- (400-256)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 55,-- (teveel betaalde no-claim: 255 – 200)	€ 200,-- (teveel betaalde EB: 400 – 200)	€ 200,-- (teveel betaalde EB: 400 – 200)
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 1.045,--	€ 901,-- (1.245 – 144 – 200)	€ 901,-- (1.245 – 144 – 200)

* Een Zorgtoeslag-Eigen Bijdragen van € 144,-- komt als volgt tot stand: feitelijke Z-EB = verschil forfaitair bedrag EB (= € 400) minus feitelijke IMAX (=€ 192) minus de genormeerde teveel ontvangen restitutie van de zorgverzekeraar (= € 64,-- bij deze inkomensklasse): 400 – 192 – 64 = 144.

40/41

15 september 2005

75218/SB/PvdB/hk

3) Laag inkomen / hoge zorgconsumptie	No-claim-teruggave-regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 16.000,--	€ 16.000,--	€ 16.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 192,--	€ 256,--
Kosten zorgconsumptie	€ 1.500,--	€ 1.500,--	€ 1.500,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 144,-- *	€ 144,-- (400-256)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 0,--	€ 0,--	€ 0,--
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 1.100,--	€ 1.101,-- (1.245 – 144-0)	€ 1.101,-- (1.245 – 144-0)

* Een Zorgtoeslag-Eigen Bijdragen van € 144,-- komt als volgt tot stand: feitelijke Z-EB = verschil forfaitair bedrag EB (= € 400) minus feitelijke IMAX (=€ 192) minus de genormeerde teveel ontvangen restitutie van de zorgverzekeraar (= € 64,-- bij deze inkomensklasse): 400 – 192 – 64 = 144.

** Uitgangspunt: maximale eigen bijdragen grens € 400,--.

Rekenvoorbeelden hoge inkomens:

4) Hoog inkomen / géén zorgconsumptie	No-claim-teruggave-regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 40.000,--	€ 40.000,--	€ 40.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 400,-- (max.)	€ 400,-- (max.)
Kosten zorgconsumptie	€ 0,--	€ 0,--	€ 0,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 0,--	€ 0,-- (400-400 = 0)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 255,-- (teveel betaalde no-claim)	€ 400,-- (teveel betaalde EB)	€ 400,-- (teveel betaalde EB)
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 845,--	€ 845,-- (1.245 – 400)	€ 845,-- (1.245 – 400)

5) Hoog inkomen / gemiddelde zorgconsumptie	No-claim-teruggave-regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 40.000,--	€ 40.000,--	€ 40.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 400,-- (max.)	€ 400,-- (max.)
Kosten zorgconsumptie	€ 200,--	€ 200,--	€ 200,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 0,--	€ 0,-- (400-400 = 0)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 55,-- (teveel betaalde no-claim)	€ 200,-- (teveel betaalde EB)	€ 200,-- (teveel betaalde EB)
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 1.045,-- (1.100 – 55)	€ 1.045,-- (1.245 – 200)	€ 1.045,-- (1.245 – 200)

6) Hoog inkomen / hoge zorgconsumptie	No-claim-teruggave-regeling	IZA-achtige variant 4a (IMAX 1,2%)	IZA-achtige variant 4b (IMAX 1,6%) zonder teruggaaf
Bruto inkomen volwassen verzekerde	€ 40.000,--	€ 40.000,--	€ 40.000,--
Inkomensafhankelijk maximum	NVT	€ 400,-- (max.)	€ 400,-- (max.)
Kosten zorgconsumptie	€ 1.500,--	€ 1.500,--	€ 1.500,--
Te betalen nominale premiebedrag	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (845 + 400)	€ 1.245,-- (845 + 400)
Toeslag Belastingdienst (Z-EB)	NVT	€ 0,--	€ 0,-- (400-400 = 0)
Restitutie zorgverzekeraar	€ 0,--	€ 0,--	€ 0,--
Verrekening belastingdienst	NVT	NVT	NVT
Per saldo jaarlijks te betalen nominale premie	€ 1.100,--	€ 1.245,-- (1.245 – 0)	€ 1.245,-- (1.245 – 0)

* Uitgangspunt: maximale eigen bijdragen grens € 400,-.