

Vergaderjaar 2004–2005

**29 483**

## **Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat**

**F**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 april 2005

#### **1. Inleiding**

Op 28 april is het RVZ-signalement «Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg» aangeboden. In dit signalement, toegevoegd als bijlage 2<sup>1</sup>, onderzoekt de RVZ hoe de arrangementen voor solidariteit en de daarmee gemoeide overheidsoverdrachten zich hebben ontwikkeld en in hoeverre deze houdbaar zijn in de toekomst.

De RVZ zet in het signalement aan tot een debat over de mate en vormgeving van solidariteit om zo een breed gedragen en ook op de langere termijn houdbare solidariteit voor de gezondheidszorg te waarborgen. Ik ben, in navolging van de RVZ, van mening dat de solidariteit zoals die in de afgelopen decennia vorm heeft gekregen in ons stelsel van gezondheidszorg onder druk staat. Dit vraagt op termijn om een andere vormgeving van de arrangementen op dit terrein. Het is de vraag of er voldoende draagvlak blijft bestaan voor (financiële) overdrachten, als deze overdrachten blijven toenemen om het huidige niveau van solidariteit te handhaven. Om ook in de toekomst houdbare solidariteit te waarborgen is het wenselijk het debat aan te gaan over de wenselijke mate en vormgeving van solidariteit in de toekomst. De RVZ draagt, op basis van zijn analyse, bouwstenen aan als input voor deze discussie. De aanzet tot debat en de geleverde bouwstenen zijn mij zeer welkom. Ik zal deze dan ook bespreken in deze brief.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met de invoering van de no-claimteruggaaf, zijn vanuit de Staten Generaal suggesties gedaan voor een andere vormgeving van eigen betalingen in het tweede compartiment in de zorg. Ik heb toegezegd deze suggesties nader te bekijken. Het betreft een VVD-voorstel om de no-claimteruggaaf te variëren naar risico, respectievelijk de IZA-systematiek waarin eigen bijdragen op basis van inkomen zijn gemaximeerd. In deze brief geef ik uitvoering aan deze toezegging.

<sup>1</sup> De bijlage is neergelegd op het centraal informatiepunt onder griffie nr. 132531.3.

Daarnaast heb ik heb de Tweede Kamer toegezegd vóór 1 juli 2005 een haalbaarheidsonderzoek te doen naar het VVD-voorstel. De analyse van het VVD-voorstel in deze brief kan gezien worden als onderdeel van dit onderzoek. Ik voldoe met deze brief tevens aan het verzoek van de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede kamer van 01-04-2005 (VWS/05/41/LD) om de stand van zaken te melden aangaande het haalbaarheidsonderzoek naar het VVD-voorstel.

## 2. RVZ-rapportage

Solidariteit in de zorg is een groot goed, omdat het de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk helpt maken. De RVZ stelt dat, om de solidariteit de laatste decennia intact te houden, de financiële overdrachten sterk zijn toegenomen. Deze stijging is vooral het gevolg van een toename van de overdrachten tussen gezonde en zieke mensen en een reële toename van de zorgkosten. Zo legden in het tweede compartiment de duurste 10% van de verzekerden in 1999 beslag op 70% van de totale curatieve zorgkosten. Indien ook wordt gekeken naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten neemt dit percentage verder toe.

Uit het signalement blijkt dat de solidariteitsoverdrachten in de zorg nu vele malen groter zijn dan tijdens de beginfase van de verzorgingsstaat. Terwijl het overheidsbeleid zich vooral richtte op de financiële toegankelijkheid van de zorg, leidde de risicosolidariteit onder druk van de toenemende vergrijzing en technologische mogelijkheden tot aanzienlijke toename van de solidariteitsoverdrachten. Deze groei wordt feitelijk betaald door de groei van het bruto binnenlands product. Het RVZ-signalement toont dat de groei van zorguitgaven de ruimte voor andere uitgaven met een collectief karakter, zoals onderwijs, sociale zekerheid, maar ook voor reële koopkrachtverbetering, in de toekomst verder zal beperken.

### *Box 1: Enkele begrippen rondom solidariteit*

Er bestaat onderscheid tussen inkomens- en risicosolidariteit. **Inkomenssolidariteit** betreft de verzekeringszijde en houdt in dat mensen met een hoger inkomen meer bijdragen aan de zorgkosten dan mensen met een lager inkomen. **Risicosolidariteit** gaat vooral over de gebruikszijde en heeft betrekking op de verdeling van de zorgkosten: mensen met een lager gezondheidsrisico betalen mee aan zorg voor mensen met hogere risico's. Dit raakt aan **intergenerationele solidariteit**, waarbij gezonde jongeren solidair zijn met zorgbehoevende ouderen.

Solidariteitsoverdrachten zijn ook in de toekomst cruciaal om de zorg toegankelijk te houden, juist voor mensen met lage inkomens en voor mensen die (chronisch) ziek zijn. Op basis van demografische en epidemiologische trends is te verwachten dat de overdrachten verder zullen toenemen.

In het verleden werd volledige risicosolidariteit vaak als een gegeven beschouwd en ging de discussie veelal over de gewenste hoeveelheid inkomenssolidariteit. De impact van risicosolidariteit is echter vele malen groter dan van inkomenssolidariteit, omdat risicosolidariteit meer financiële overdrachten genereert.

Naast een toename van de overdrachten van gezonde naar zieke mensen in de afgelopen decennia, signaleert de RVZ een verschuiving in sociaal-culturele trends die duiden op een meer gedifferentieerde en geïndividualiseerde samenleving. Dit leidt ertoe dat het aantal burgers dat een bepaalde mate van keuzevrijheid in de zorg wenst, toeneemt.

Tegelijkertijd duiden sociaal-culturele trends steeds meer op een gedifferentieerde en geïndividualiseerde samenleving met andere waardeoriëntaties.

Zowel een toename van de solidariteitsoverdrachten als een meer geïndividualiseerde samenleving leiden tot meer druk op het draagvlak voor risicosolidariteit. Ik vind het belangrijk het draagvlak voor risicosolidariteit te bestendigen.

De RVZ stelt, op basis van zijn analyse, dat het onvermijdelijk is dat er op het terrein van solidariteit in het zorgstelsel en de wijze waarop deze worden gefinancierd belangrijke wijzigingen zullen plaatsvinden. Volgens de RVZ leven we tegenwoordig in een totaal andere context dan in de tijd dat onze belangrijkste instituties die de solidariteit regelden ontstonden. Een fundamentele heroverweging van de vraag of de huidige solidariteitsniveaus moeten worden geclausuleerd en zo ja, hoe en in welke mate, kan volgens de RVZ niet plaatsvinden zonder een brede discussie en een redelijke mate van maatschappelijk draagvlak.

Het expliciet formuleren van voorwaarden voor gebruik van de collectieve financiële solidariteit moet leiden tot een nieuw evenwicht in de mate van risicosolidariteit en de hieraan gelieerde intergenerationele solidariteit.

Om de discussie te voeden heeft de RVZ stellingen geformuleerd in de vorm van clausules op de solidariteit. Deze stellingen zijn daarna verdiept met beleidsmogelijkheden. Deze beleidsmogelijkheden kunnen worden gezien als bouwstenen voor een zorgstelsel dat houdbaar solidair is. De zes beleidsstrategieën uit het RVZ-signalement zijn:

1. (Gezond) gedrag
2. Eigen betalingen
3. Zorgsparen
4. Premiestijgingen en premiedifferentiatie
5. Pakketverkleining
6. Nieuwe aanbieders en maatschappelijk ondernemen.

Voor een verdieping van deze beleidsstrategieën verwijs ik graag naar het RVZ-signalement. Echter, een drietal van de aangegeven strategieën wil ik graag kort bespreken:

### *2.1 (gezond) gedrag*

De RVZ werpt de vraag op of, gezien het feit dat het overgrote deel van de solidariteit in de gezondheidszorg bestaat uit risicosolidariteit, het beheersen van gedrag met gezondheidsrisico's geen wenselijke strategie vormt voor duurzame solidariteit?

Het succes en de effectiviteit van de gezondheidszorg van de toekomst is, volgens de RVZ, steeds meer verbonden met gedrag. De discussie over gedrag beperkt zich dan ook niet meer tot de preventieve sfeer. Inmiddels, zo wordt gesteld in het RVZ-signalement, maken steeds meer onderzoeken duidelijk dat er aanzienlijke kosten voor het collectief zijn verbonden aan ongezond gedrag. De bereidheid van gezonden om mee te betalen aan de zorg voor minder gezonden komt onder druk te staan als mensen zich niet houden aan elementaire vormen van gezond gedrag. Bovenstaande leidt tot normatief-ethische discussies: wie moet betalen voor het ongezond gedrag? Op dit moment ontbreekt, op het heffen van accijnzen op tabak en alcohol na, een structuur met gedragsprikkel in het gezondheidszorgsysteem. Het inbouwen van prikkels in het systeem zou gezond gedrag kunnen stimuleren, aldus de RVZ. Een dergelijk systeem

draagt bovendien bij aan een gematigde kostenontwikkeling welke op termijn ook noodzakelijk is om de solidariteitsniveaus in stand te houden.

*Box 2: de gezondheidszorg in Nederland*

In de afgelopen anderhalve eeuw is de gezondheid en de gezondheidszorg in Nederland drastisch veranderd. Anderhalve eeuw geleden was ziekte vooral een gevolg van infecties, zoals longontsteking, kraamvrouwenkoorts en tbc. Deze ziekten hadden twee kenmerken: ten eerste ging de patiënt er vaak dood aan, ten tweede konden de patiënten er meestal niets aan doen. De laatste jaren ziet het ziektebeeld er heel anders uit. 57 procent van het jaarlijkse aantal nieuwe ziektegevallen is een chronische aandoening. Chronische aandoeningen hebben twee kenmerken: ten eerste gaan patiënten er meestal op de korte termijn niet dood aan, ten tweede heeft de patiënt in veel gevallen invloed gehad op het verloop van de ziekte.

Bron: gebaseerd op het RIVM (2002) *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*

## 2.2 Eigen betalingen

Met de no-claimteruggaveregeling, heb ik een eigen betaling geïntroduceerd die de eigen verantwoordelijkheid voor ziekenfondsverzekerden vergroot. De Raad acht «de no-claim op de korte termijn als een afdoende niveau van eigen betalingen in het licht van de omvangrijke veranderingsoperatie die deze verzekering is.» Tegelijkertijd stelt de RVZ echter dat op de langere termijn een viertal aanpassingen van de huidige vormgeving van eigen betalingen noodzakelijk zijn om op de lange termijn een houdbaar stelsel te garanderen.

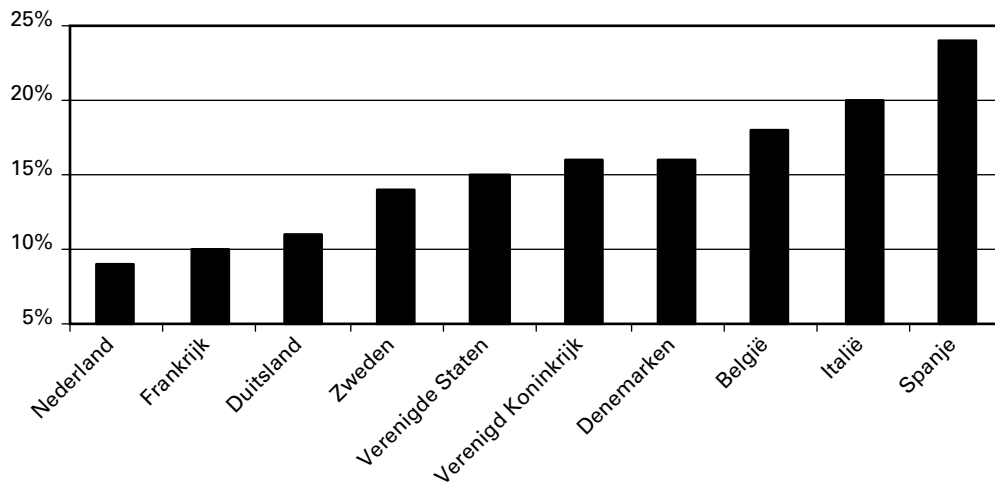
1. Op termijn moet de no-claimteruggaaf worden vervangen door een verplicht eigen risico dan wel moet de burger tussen beide mogelijkheden te laten kiezen.
2. De hoogte van de eigen betaling zou elk jaar moeten worden geïndexeerd met een percentage dat minimaal gelijk is aan de nominale stijging van de zorguitgaven
3. Een procentuele eigen bijdrage kan worden geïntroduceerd ter dekking van de directe hotelkosten. Deze kosten kunnen in redelijkheid ten laste van de gebruiker worden gebracht.
4. Zorg die niet «evidence-based» is moet worden geconfronteerd met een hoge eigen bijdrage.

### *Eigen betalingen in het buitenland*

Hogere eigen betalingen verminderen de overdrachten voor risico-solidariteit. Nederland kent een van de laagste percentages van eigen betalingen (eigen risico's en eigen bijdragen) van Europa (zie figuur 1). De eigen betalingen bedragen bijvoorbeeld in Zweden 14%, in het Verenigd Koninkrijk 16%, in Italië 20% en in Spanje 24%.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Er zijn nog steeds grote definitieverschillen tussen landen, de gegevens zijn daardoor niet altijd goed vergelijkbaar.

**Figuur 1: Eigen betalingen internationaal vergeleken (jaar 2001)<sup>1</sup>**



### 2.3 Zorgsparen

In het RVZ-signalement wordt uitgebreid ingegaan op het principe van zorgsparen. In een spaarsysteem reserveert de burger geld voor mogelijke zorguitgaven in de toekomst. Dit sparen kan vrijwillig of verplicht gebeuren. Afhankelijk van de spaarregeling kan dit een vast bedrag zijn, of een percentage van het inkomen.

Sparen voor toekomstig gebruik van zorg vormt naast de introductie van eigen betalingen een andere manier om de financiële verantwoordelijkheid van zorggebruikers te vergroten. Spaarsystemen hebben ook consequenties voor de verschillende vormen van solidariteit. Intergenerationele solidariteit is voor het spaardeel namelijk afwezig. Zorgsparen is nu beperkt in omvang en komt slechts in enkele landen voor. In bijlage I<sup>2</sup> beschrijf ik de Medical Savings Account zoals deze in Singapore van toepassing is op de zorg.

### 3. Het VVD-voorstel: Het variëren van de no-claimteruggaveregeling per risicogroep

De VVD-fractie in de Tweede Kamer heeft een voorstel gedaan voor premierestitutie in de zorg. In het voorstel krijgt iemand een deel van de ziektekostenpremie terug indien, ten opzichte van leeftijd- en seksegenoten, weinig zorg is gebruikt. Er wordt een onderverdeling gemaakt in leeftijdscohorten. Wie onder de mediaan van zijn cohort blijft, krijgt premie terug. Allen betalen dezelfde premie, maar uiteraard zullen de zorguitgaven per cohort drastisch verschillen. Jaarlijks wordt per cohort de zorgconsumptie berekend en ingedeeld in kwartielen. Het eerste (laagste) kwartiel van het cohort krijgt 25% van de betaalde premie teruggestort, het tweede kwartiel 12,5%, het derde en vierde (hoogste) kwartiel ontvangen geen premierestitutie. Omdat ouderen vergeleken worden met leeftijdsgenoten, is er een grotere kans dat zij geld terugkrijgen, ondanks hun gemiddeld hogere zorgconsumptie. Zo kan het voorkomen dat een oudere met bijvoorbeeld € 450 aan zorgkosten wel iets terugkrijgt en een jongere met € 150 niet.

<sup>1</sup> Figuur 1 is gebaseerd op de data in de VWS-begroting 2004.

<sup>2</sup> De bijlage is ter inzage gelegd op het centraal informatiepunt onder griffie nr. 132531.3.

Het gebruik van de gezondheidszorg wordt geregistreerd met een zorgpas. Met deze pas kan worden bijgehouden hoeveel geld aan zorg is besteed. De verzekerde kan dit bedrag vergelijken met de hoogte van het

gemiddelde zorggebruik van zijn cohort. Via internet kunnen mensen op elk gewenst moment zelf bijhouden hoeveel zorg ze al hebben gebruikt. Mensen die geen internet hebben, krijgen per post een overzicht.

Volgens de VVD heeft dit systeem voor iedere individuele verzekerde een prikkel om zorgvuldig met de zorgvoorzieningen om te gaan. Zowel de 19-jarige, de 46-jarige als de 82-jarige, heeft immers uitzicht op een jaarlijkse teruggave van een substantieel bedrag aan zorgpremie indien minder zorg wordt gebruikt ten opzichte van leeftijd- en seksegenoten. Ook aan de cohorten waarin de oudste verzekerden gegroepeerd worden, wordt namelijk jaarlijks aan de helft van de verzekerden een premie-restitutie verleend.

#### *Voordelen van het variëren van de no-claimteruggaveregeling per risicogroep*

##### *1. grotere gedragseffecten*

Een no-claimteruggaveregeling per risicogroep leidt mogelijk tot grotere gedragseffecten dan de huidige ongedifferentieerde regeling. Vooral verzekerden die zich onder of niet al te ver boven de no-claimteruggavegrens bevinden, zullen zich in hun gedrag sterker laten leiden door de no-claimteruggaveregeling dan degenen die zich ver boven de grens bevinden. Door de restitiegrens afhankelijk te maken van het zorggebruik van cohortgenoten, bevinden meer verzekerden zich niet al te ver boven de restitiegrens. Bij deze verzekerden kan een groter gedragseffect worden verwacht dan in de huidige no-claimteruggaveregeling.

De extra voorzichtigheid die het gevolg is van de onzekerheid over de precieze hoogte van de restitiegrens deze is immers afhankelijk van het daadwerkelijke zorggebruik in zijn/haar groep en pas achteraf bekend- kan het gedragseffect verder versterken.

Door deze systematiek is het mogelijk om ook groepen met relatief hoge zorgkosten bewuster te laten omgaan met hun zorgkosten. Het remgeld-effect zou hierdoor groter uit kunnen vallen dan in de huidige no-claimteruggaveregeling, terwijl de totale hoogte van de restitutie bij benadering vergelijkbaar is met het huidige stelsel.

##### *2. toename van de intergenerationele solidariteit*

Door de restitiegrens af te laten hangen van het zorggebruik per risicogroep, krijgt de helft van alle ouderen premie gerestitueerd. Deze restitutie aan relatief gezonde ouderen, gaat ten koste van jongeren, die veel zorg gebruiken in verhouding met het zorggebruik in hun cohort.

##### *3. zorgpas*

Met het gebruik van een zorgpas, waarmee verzekerden elk moment kunnen bijhouden hoeveel zorg ze al hebben gebruikt, wordt er een directere relatie gelegd tussen zorggebruik en kosten. Dit kan een groter bewustzijn van de zorgconsumptie van een verzekerde betekenen, wat positieve remgeldeffecten kan hebben. De VVD is van mening dat deze functie van de zorgpas kan worden toegevoegd aan de zorgpas zoals deze in 2006 zal worden ingevoerd. Overigens is een dergelijk gebruik van de zorgpas niet specifiek gebonden aan een no-claimteruggaveregeling per risicogroep. Ook in de huidige regeling zou de zorgpas in beginsel voor dit doel kunnen worden gebruikt.

In de ontwikkeling van de no-claimteruggaveregeling is sprake geweest van een continu spanningsveld tussen eenvoud van de regeling en doeltreffendheid van de regeling.

### *1. gedragseffecten*

De doeltreffendheid van het VVD-voorstel is op het eerste gezicht groter dan de huidige no-claimteruggaveregeling. Immers, een grotere groep verzekerden zal worden geprikkeld om zijn zorgconsumptie aan te passen, terwijl de financieringsverschuiving bij benadering even groot zal zijn<sup>1</sup>. Dit positieve effect wordt afgezwakt doordat de restitutie in het VVD-voorstel afhankelijk is van het relatieve zorggebruik in plaats van het absolute zorggebruik. In de huidige regeling bestaat een prikkel om € 0,- aan zorg te consumeren. Een hogere consumptie betekent immers een lagere teruggave. In het VVD-voorstel bestaat enkel een prikkel om tot het goedkoopste cohort te behoren. Een beperkte consumptie kan hiervoor voldoende zijn, er is geen prikkel om (nog) minder zorg te gebruiken.

### *2. uitvoerbaarheid*

In het kader van uitvoerbaarheid lijkt het VVD-voorstel, in ieder geval op de korte termijn, beperkt bruikbaar. Hierbij zijn drie elementen van belang:

#### a) Hoogte van de premierestitutiegrens

Omdat de verzekerdenbestanden van verzekeraars verschillen, zou de situatie zich kunnen voordoen dat bij twee identieke zorggebruikers (in leeftijd, sekse en zorgconsumptie) de één wel premierestitutie en de andere geen premierestitutie krijgt, omdat het betreffende cohort van verzekeraar A een ander patroon heeft dan eenzelfde cohort bij verzekeraar B. Dit is ongewenst.

Deze ongewenste situatie zou wellicht kunnen worden voorkomen door uit te gaan van een landelijk gemiddelde premierestitutiegrens. Hierdoor worden verzekerden niet benadeeld of bevoordeeld door de verzekerdenportefeuille van hun verzekeraar.

#### b) Zorgpas

In het voorstel van de VVD worden alle zorgbetalingen onder de algemene verzekering geregistreerd door middel van een zorgpas. Dit is onontbeerlijk om het systeem te laten werken, de verzekerde moet immers inzicht hebben in het eigen zorggebruik ten opzichte van het (nationale) cohort. Op dit moment is de ontwikkeling van een zorgpas in volle gang. Voor een toepassing, zoals de VVD die voor staat, zijn het Zorg Identificatie Nummer (ZIN) en het landelijk elektronisch patiëntendossier van belang.

Het Zorg Identificatie Nummer (ZIN) is gebaseerd op het nieuwe burgerservicenummer. Het ministerie van Binnenlandse Zaken werkt aan dit nieuwe persoonsnummer, dat het sofi-nummer gaat vervangen. Het burgerservicenummer (BSN) is een uniek identificerend nummer voor iedere burger waarmee deze bij elk (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan. Met dit nummer kunnen persoonsgebonden gegevens betrouwbaar uitgewisseld worden. Het BSN is op zich betekenisloos: het krijgt pas betekenis als het in een sector wordt gebruikt volgens de regels die de betreffende sector aan het gebruik ervan stelt. Normaal gesproken gebeurt dit door wetgeving. Zo is het BSN in de zorgsector als Zorg Identificatie Nummer (ZIN) te gebruiken.

In mijn brief van 2 maart 2005 (Kamerstukken II, 2004/05, 27 529 en 29 800 XVI, nr. 7) heb ik de Kamer bericht over de voortgang van de

---

<sup>1</sup> In de huidige no-claim wordt uitgegaan van een no-claimteruggave voor 50% van de verzekerden van gemiddeld € 93. In het VVD-voorstel krijgt 50% van de verzekerden gemiddeld € 97 euro terug. (€ 388/4)

implementatie van het landelijk elektronisch medicatiedossier (LEMD) en het e-waarneemdossier huisartsen (WDH). Vanaf 1 januari 2006 zullen het landelijk elektronisch medicatiedossier en het e-waarneemdossier huisartseninformatie ingevoerd worden. Het uiteindelijke doel is de realisatie van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit bevat niet alleen gegevens over medicatiegebruik, maar bevat alle relevante medische gegevens van een patiënt. Het medicatiedossier is als het ware een onderdeel, of een hoofdstuk, uit het EPD.

Een landelijk elektronisch patiëntendossier zou in de toekomst mogelijk gebruikt kunnen worden op de manier die de VVD voorstaat. Op korte termijn is deze toepassing echter niet uitvoerbaar.

c) **Complexiteit en transparantie**

Zoals eerder gesteld, is er een natuurlijke spanning tussen enerzijds eenvoud en anderzijds doeltreffendheid. Het feit dat verzekerden gedurende het jaar geen zicht hebben op een mogelijke restitutie, alsmede dat er verschillende cohorten komen met verschillende grensbedragen is een duidelijke complicerende factor. Dat geldt evenzo voor verzekeraars, die niet goed weten in welke mate zij moeten terugbetalen.

Als laatste wil ik graag nog wijzen op een verschil tussen de huidige no-claimteruggave-regeling en het VVD-voorstel. In het VVD-voorstel is de restitutie afhankelijk van de hoogte van de premie. Bij een stijging van de premie betekent dit ook een stijging van de restitutie. In de huidige no-claimteruggaveregeling wordt de hoogte van de teruggave geïndexeerd met de loonontwikkeling. Hierdoor zal de restitutie, en daarmee de eigen betalingen, in het VVD-voorstel naar verwachting sneller stijgen dan in de huidige no-claimteruggaveregeling. Daartegenover staat dat in het VVD-voorstel per definitie 50% van de verzekerden restitutie van zijn premie tegemoet kan zien, waar dit percentage in de huidige no-claimteruggaveregeling afhankelijk is van de hoogte van de no-claim. Dit zijn vraagstukken die goed moeten worden bezien bij een eventuele aanpassing van de no-claimsysteem. Anders gezegd: het VVD-plan zorgt voor een complexere regeling met bijbehorende administratieve lasten.

#### **4. De IZA-systematiek**

Binnen de IZA-regeling (Instituut Zorgverzekering Ambtenaren) zijn werkgevers en werknemers samen bestuurlijk verantwoordelijk voor de inhoud en uitvoering maar ook voor de premiestelling en hierbinnen de verdeling van de lasten. Drie elementen zijn kenmerkend voor de IZA-systematiek: de inkomensafhankelijke maximering van de eigen bijdragen, de eigen verantwoordelijkheid in de vorm van eigen betalingen en de rol van de werkgevers.

Een inkomensafhankelijke maximering van eigen bijdragen, zoals geldt in het IZA-systeem, leidt ertoe dat lage inkomens tot op zekere hoogte worden ontzien. In het IZA-systeem zijn de in een jaar te betalen eigen bijdragen gemaximeerd met de zogeheten 1%-regeling. Ongewenste cumulatie van eigen betalingen wordt in het IZA-systeem voorkomen door toepassing van de 1%-regeling. Deze regeling houdt in dat de verschuldigde eigen betalingen zijn gemaximeerd tot een maximum van 1% van het bruto inkomen; het meerdere wordt in beginsel door de werkgever vergoed.



Aan de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden wordt in de IZA inhoud gegeven zowel via het restitutiestelsel als via een kleine eigen bijdrage voor de meeste verstrekkingen.

Bij een aantal vergoedingen is het uit te keren bedrag gemaximeerd (door het toepassen van een vergoedingspercentage of een maximum vergoedingsbedrag) of blijft een vast bedrag voor eigen rekening. Daarnaast geldt voor alle vergoedingen tezamen naast de eventuele eigen bijdrage een eigen risico aan de voet van € 45,- per kalenderjaar voor medewerkers die alleen verzekerd zijn en € 90,- voor medewerkers die samen met één of meer gezinsleden verzekerd zijn.

Als een ambtenaar binnen 12 maanden meer dan 1% van het gezinsinkomen moet besteden aan ziektekosten, heeft hij recht op een vergoeding volgens de 1%-regeling. De werkgever beoordeelt welke kosten in aanmerking komen voor vergoeding. Dit zijn in ieder geval de kostensoorten die gedeeltelijk door het IZA worden vergoed. Overige kosten komen in principe niet in aanmerking voor vergoeding tenzij de werkgever anders beslist. Sommige werkgevers stellen in een nadere regeling een maximum aan de vergoeding die voor bepaalde ziektekosten wordt gegeven.

### *Voordelen van de IZA-systematiek*

#### *1. Inkomenssolidariteit*

Een inkomensafhankelijk plafond van eigen betalingen leidt tot meer solidariteit doordat hogere inkomens absoluut hogere eigen betalingen kennen. Het deel van de totale zorgkosten dat wordt gefinancierd door hogere inkomens neemt toe ten opzichte van een inkomensafhankelijk plafond. Bij een noodzakelijke stijging van de eigen betalingen kunnen als gevolg van een inkomensafhankelijk plafond de inkomenseffecten voor de lage inkomens beperkt blijven.

De IZA-systematiek is overigens goed verenigbaar met een veel hoger niveau van eigen betalingen. In België is dit de facto het geval. Daar bestaat voor de laagste inkomens een jaarlijks plafond van € 450 aan eigen betalingen. Dit plafond loopt voor hogere inkomens op tot € 2500, wat voor een huishouden met een inkomen van € 54 000 overeenkomt met 4,6% van het inkomen. Bijlage I bevat een nadere analyse van het Belgische systeem.

#### *2. prudent gebruik zorg*

Voor de meeste verstrekkingen bestaat in de IZA-systematiek een kleine eigen bijdrage. De directe financiële prikkel die bestaat bij een eigen bijdrage leidt tot een bewuster gebruik van zorg. Prudent gebruik van zorg is een van de voorwaarden voor houdbare solidariteit in de toekomst.

### *Nadelen van de IZA-systematiek*

#### *1. Ontbreken prikkel boven plafond*

Huishoudens met een laag inkomen bereiken als gevolg van een inkomensafhankelijk plafond al relatief snel het plafond. Zo bereikt in de IZA-systematiek een huishouden met een inkomen van € 15 000 al bij het betalen van € 150 aan eigen bijdragen zijn plafond. Boven dit bedrag ontbreekt de financiële prikkel tot een prudent gebruik van zorg.

#### *2. Administratieve lasten*

Zoals eerder vermeld, is in de ontwikkeling van de no-claimteruggave-regeling sprake geweest van een continu spanningsveld tussen eenvoud van de regeling en doeltreffendheid van de regeling. De introductie van een inkomensafhankelijk plafond is hierop geen uitzondering. Een inkomensafhankelijke regeling brengt grote administratieve lasten met

zich mee. De toename van de administratieve lasten moet in verhouding staan met de meerwaarde van een inkomensafhankelijke regeling. Het is ook de vraag of het wenselijk is zorgverzekeraars een gedetailleerd inzicht in de inkomens van hun verzekerden te geven.

### *3. Rol werkgevers*

Indien een werknemer binnen 12 maanden meer dan 1% van het gezinsinkomen moet besteden aan ziektekosten, heeft hij volgens de IZA-systematiek recht op een vergoeding volgens de 1%-regeling. De kosten die uitkomen boven deze 1% worden in principe vergoed door de werkgever, waarbij werkgevers wel de mogelijkheid hebben een maximum te stellen aan deze vergoeding. Een werkgeversbijdrage is wel gerechtvaardigd, gebaseerd op de burgerrechtelijke verantwoordelijkheid die werkgevers jegens hun werknemers dragen voor, onder meer, de kosten van medische zorg die nodig is als gevolg van omstandigheden die voortvloeien uit hun dienstbetrekking.

Werkgevers die de kosten moeten vergoeden die uitkomen boven de 1% van het gezinsinkomen hebben daarmee een prikkel tot het niet aannemen van werknemers met een verhoogde kans op het maken van ziektekosten. Daartegenover staat wel dat er ook een prikkel bestaat voor werkgevers om de zorgkosten voor werknemers beperkt te houden, bijvoorbeeld door middel van preventie.

### *4. Marginale druk*

Een inkomensafhankelijke regeling heeft als gevolg dat de marginale druk toeneemt. Bij een inkomensstijging gaan voor mensen met een laag inkomen veel aanspraken op inkomensafhankelijke regelingen verloren. Een stijging van het bruto-inkomen leidt in dat geval niet tot een substantiële toename – of zelfs tot een afname – van het besteedbaar inkomen.

## **5. Slot**

In deze brief ben ik ingegaan op de aanzet die in het RVZ-signalement «Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg» is gedaan tot een discussie over de vormgeving van de solidariteit in de toekomst. Daarbij heb ik onder andere gekeken naar suggesties voor een andere vormgeving van eigen betalingen in het tweede compartiment in de zorg zoals die zijn gedaan in de beide kamers. Deze analyse had ik toegezegd aan de kamers.

Het RVZ-signalement geeft mijns inziens goed weer welke ontwikkelingen ten grondslag liggen aan de toegenomen druk op de houdbaarheid van het stelsel. Om ook in de toekomst een houdbaar stelsel te garanderen kunnen verdere aanpassingen noodzakelijk zijn. De RVZ is van mening dat een beleidsstrategie van meer «geclausuleerde solidariteitsoverdrachten» de toenemende druk op de houdbaarheid kan verminderen.

De laatste jaren heeft dit kabinet al veel prikkels geïntroduceerd die de eigen verantwoordelijkheid van burgers moeten vergroten. Het verzekerde pakket is verkleind, de no-claim is ingevoerd en de eigen bijdrage in de AWBZ is verhoogd. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel voeren we de nominale premie in en patiënten die kiezen voor de restitutiepolis krijgen meer inzicht in de kosten van de gezondheidszorg. Ik voorzie in deze kabinetsperiode geen grote nieuwe stappen op dit punt, al is het alleen maar omdat het veld de handen vol heeft aan alle stelselwijzigingen. Ik ben acht het echter wel zinvol om, zoals ook de RVZ stelt, de discussie over de vormgeving van eigen betalingen voort te zetten.

De beleidsstrategieën die de RVZ aandraagt om de betaalbaarheid van de zorg in stand te houden en tegelijkertijd het draagvlak voor solidariteit herijken bevatten onder andere de volgende concrete suggesties: premie(stijgingen), doorlichting van het verzekerd pakket op medisch zinvol handelen, eigen betalingen, (gezond) gedrag en zorgsparen. De RVZ draagt in zijn signalement goede bouwstenen aan voor een intelligente vormgeving van eigen betalingen in de toekomst. Effectiviteit, administratieve lasten en solidariteit zijn daarbij belangrijke elementen. Ik ben voornemens nadere studie naar deze suggesties te verrichten om aldus bouwstenen voor toekomstig beleid te kunnen ontwikkelen.

Het aandeel van eigen betalingen in de financiering van het Nederlandse zorgstelsel is internationaal gezien nog altijd gematigd. Ook bij toekomstige ontwikkelingen inzake eigen betalingen zal de spanning met inkomenssolidariteit altijd een rol blijven spelen. Bij een grotere rol van eigen betalingen kan op de langere termijn een verdere relatie met inkomen, in lijn met de filosofie van de IZA-systematiek, een overweging zijn om de effecten op de inkomenssolidariteit te mitigeren. Daarbij is overigens van belang dat in de AWBZ de relatie met inkomen al wel bestaat. Tevens zullen we vanaf 2006 beschikken over een nieuw instrument van inkomenssolidariteit, te weten de zorgtoeslag. Bij nadere beschouwingen over eigen betalingen zal de interactie tussen deze instrumenten nader moeten worden bezien. Los daarvan zal ik nog komen met een nadere studie naar de mogelijkheden voor het samenvoegen van de zorgtoeslag met de buitengewone lasten (zoals toegezegd in mijn brieven aan de beide kamers (Kamerstukken I, 2004/2005, 29 483, E en Kamerstukken II, 2004/05, 29 483 nr. 25).

Het VVD-plan tot doorontwikkeling van de no-claim wordt op dit moment aan een haalbaarheidsstudie onderworpen. Dit onderzoek ontvangt u op korte termijn.

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