

Vergaderjaar 2006–2007

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

30 800

Nota over de toestand van 's Rijks Financiën

Nr. 29

BRIEF VAN MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2006

1. Inleiding

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen 2007 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2006–2007, nr. 6, blz. 272–354) en in de periode daarvoor heeft discussie plaatsgevonden over de no-claimteruggave-regeling in de Zorgverzekeringswet. Van verschillende kanten werden kanttekeningen geplaatst bij de werking van de no-claim. De Tweede Kamer heeft de motie-Van der Laan (Kamerstukken II, 2006/07, 30 800, nr. 30) aangenomen. In deze motie vraagt de Kamer om een brief met daarin werkbare alternatieven voor de no-claim die per 1 januari 2008 ingevoerd zouden kunnen worden. Met deze brief geef ik uitvoering aan de toezegging die de minister-president naar aanleiding van de motie-Van der Laan heeft gedaan.

Al in een eerder stadium heb ik de haalbaarheid van andere varianten van eigen betalingen onderzocht (onder andere Kamerstukken I, 29 483 F, G, H; Kamerstukken II, 29 483 nr. 25, 26, 27). Het ging hierbij om een verplicht eigen risico, een IZA-achtig (inkomensafhankelijk) systeem van eigen betalingen en een leeftijdgedifferentieerde premieruggave. Ik stuur de geactualiseerde uitkomsten van deze studies als bijlage mee.¹

2. Varianten van eigen betalingen

In navolging van de discussies in de Kamer onderscheid ik vier varianten van eigen betalingen.

Alternatief	Toelichting
1. Verplicht eigen risico	Betaling vindt plaats bij zorggebruik (tot een nominaal maximum);

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Alternatief	Toelichting
2. Vrijwillig eigen risico	Keuze of men een eigen risico wil nemen in ruil voor bepaalde premiekorting (bestaat nu reeds in de Zvw naast de no-claimteruggaveregeling).
3. Eigen bijdrage	Bepaalde aanspraken worden gefinancierd (via vast bedrag of percentage) door de verzekerde.
4. Inkomensafhankelijk systeem	Een van bovenstaande systemen inkomensafhankelijk maximaliseren.

Hieronder zal ik deze varianten kort beschrijven. Ik zal hierbij ingaan op de hoogte van de prikkelwerking, de liquiditeitsdrempel, het gedragseffect, de financieringsverschuiving, de uitvoeringslast en de begrijpelijkheid voor de burger.

2.1 Verplicht eigen risico

Een verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (tot een bepaald maximum) voor rekening van de verzekerde komen. Bij een verplicht eigen risico moeten de eerste zorgkosten direct of binnen afzienbare tijd na het gebruik van zorg worden voldaan. Het verplicht eigen risico kan op twee manieren worden vormgegeven

- (i) Het «klassieke» verplichte eigen risico zoals dat in de pure restitutieverzekering werkt: de verzekerde ontvangt de rekening van de zorgaanbieder, betaalt de zorgaanbieder en krijgt van zijn verzekeraar het bedrag van de declaratie terug minus het eigen risico.
- (ii) Het verplichte eigen risico waarbij de zorgverzekeraar het eigen risico achteraf int. Dit is in de jaren voor 2006 in de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt een veel voorkomende uitvoeringsvariant geworden omdat bijna altijd de kosten van de apotheker (farmacie) en van het ziekenhuis rechtstreeks werden afgerekend tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

Liquiditeitsdrempel en prikkelwerking

Bij een verplicht eigen risico is er sprake van een zekere liquiditeitsdrempel. Dit betekent dat verzekerden die zorg gebruiken een rekening ontvangen die zij direct of kort daarop moeten voldoen. In deze situatie kunnen lage inkomensgroepen te maken krijgen met een liquiditeitsdrempel, waardoor zij zich moeten afvragen of en hoe zij de rekening kunnen voldoen. De grootte van de drempel is afhankelijk van de hoogte en het bereik van de eigen betaling. Zo heeft een eigen betaling op het huisartsbezoek een groter gedragseffect tot gevolg dan een eigen betaling op het bezoek aan een specialist.

Het liquiditeitsargument heeft nog een andere dimensie. Verzekerden met hoge zorgkosten (zoals mensen met een chronische aandoening en ouderen) zullen al vroeg in het jaar een bedrag (ter waarde van maximaal het eigen risico) moeten opbrengen.

Er is een directe relatie tussen een hogere liquiditeitsdrempel en een hogere prikkelwerking. Voor de hoogte van de prikkelwerking is de hoogte en het bereik van het verplicht eigen risico van belang, daarnaast is de prikkelwerking afhankelijk van de tijd tussen de zorgconsumptie en het moment waarop de verzekerde wordt geconfronteerd met de rekening. Hierbij heeft een «klassiek» verplicht eigen risico waarbij meteen aan de zorgaanbieder moet worden betaald een grotere drempel en prikkelwerking.

Financieringsverschuiving

Bij een verplicht eigen risico van ongeveer € 250 kan € 2.0 mld. privaat

worden gefinancierd, een gelijk bedrag als met de no-claimteruggaveregeling.

Uitvoeringslast

Het eigen risico is een variant van eigen betalingen waar verzekeraars ervaring mee hebben. De uitvoeringslast wordt vooral bepaald door het aantal keer dat met verzekerden moet worden gecommuniceerd over rekeningen van zorgconsumptie en de vulling van het eigen risico. Ook de inning en de inningsrisico's leveren uitvoeringslast op. Ten tijde van de invoering van de no-claimteruggaveregeling zijn door het Adviescollege toetsing administratieve lasten, bij brief van 4 december 2003, RL/PL/2003/240, de uitvoeringslast van het verplicht eigen risico en de no-claimteruggave vergeleken. Het College constateerde dat het aanneemelijk is dat een verplicht eigen risico hogere administratieve lasten heeft dan de no-claimteruggaveregeling.

Begrijpelijkheid voor de burger

Het verplicht eigen risico is een simpel en duidelijk systeem van eigen betalingen. Een mogelijke onduidelijkheid kan echter bestaan indien het consulttarief van de huisarts wordt uitgezonderd van het verplicht eigen risico, zoals nu geldt bij de no-claimteruggaveregeling.

2.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico werkt tot op zekere hoogte hetzelfde als het verplicht eigen risico.

Bij een vrijwillig eigen risico kiest de verzekerde echter zelf een eigen risico. Tegenover het accepteren van een vrijwillig eigen risico staat een premiekorting.

Net als bij het verplicht eigen risico, moeten bij een vrijwillig eigen risico de eerste zorgkosten direct of binnen afzienbare tijd worden voldaan. Ook het vrijwillig eigen risico kan op twee manieren worden vormgegeven, zie § 2.1.

Liquiditeitsdrempel en prikkelwerking

Het is onduidelijk hoe groot de prikkelwerking van het vrijwillig eigen risico zal zijn. Het vrijwillig eigen risico zal vooral worden gekozen (bij voldoende premiekorting) door relatief gezonde verzekerden die inschatten dat zij minder zorgkosten maken dan de omvang van het eigen risico minus de premiekorting. De verzekerden die inschatten dat hun zorgkosten groter zijn dan de opbrengst, zullen naar verwachting afzien van een vrijwillig eigen risico op de premie. Door deze afweging bij het vrijwillig eigen risico zal het volume-effect naar verwachting beperkt zijn. Door het hiervoor genoemde keuzeprocess ondervinden de verzekerden die geen vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, ook geen enkel effect van een eigen betaling; dit leidt tot hogere zorgkosten die via een hogere (basis)premie moet worden opgebracht. In dit opzicht draagt uitsluitend een vrijwillig eigen risico in het geheel niet bij aan een grotere solidariteit van gezond met ziek; integendeel het werkt eerder averechts.

Financieringsverschuiving

Het grootste probleem van een vrijwillig eigen risico is de beperkte financieringsverschuiving die een vrijwillig eigen risico met zich mee brengt. Bij de andere varianten en de no-claim wordt ongeveer € 2.0 mld. privaat gefinancierd. Het is niet mogelijk met het vrijwillig eigen risico een vergelijkbare verschuiving te realiseren. Dit wordt veroorzaakt doordat de mensen die een vrijwillig eigen risico kiezen hoogstwaarschijnlijk weinig zorgkosten hebben. De financieringsverschuiving is dan (zeer) beperkt. Een vergelijkbare verschuiving wordt alleen gerealiseerd indien *iedereen*

een vrijwillig eigen risico kiest van ongeveer € 250. Dit is geen realistisch scenario. Op dit moment heeft slechts 5% van alle verzekerden gekozen voor een vrijwillig eigen risico bovenop de no-claimregeling. Door al deze factoren doet zich slechts een zeer beperkt premieverlagend effect voor door een vrijwillig eigen risico.

Uitvoeringslast

De uitvoeringslast van een vrijwillig eigen risico zal beperkt zijn. Enerzijds doordat het de verwachting is dat maar een beperkte groep verzekerden een vrijwillig eigen risico zal kiezen. Anderzijds doordat dit hoogstwaarschijnlijk een groep zal zijn met beperkte zorgkosten. Er zal bij een vrijwillig eigen risico dus slechts beperkt communicatie plaatsvinden met verzekerden, wat de totale uitvoeringslast laag houdt. Per verzekerde zal de uitvoeringslast bij een vrijwillig eigen risico echter relatief hoog zijn.

Begrijpelijkheid voor de burger

De begrijpelijkheid voor de burger zal bij een vrijwillig eigen risico hoog zijn. Het systeem is bekend, met name voor voormalige particulier verzekerden. Verzekerden moeten daarnaast bewust kiezen voor een dergelijk systeem.

2.3 Eigen bijdrage

Een eigen bijdrage kan op twee manieren worden vormgegeven.

1. een procentuele eigen bijdrage, bij zorgconsumptie moet een procentueel deel van de rekening door de verzekerde worden betaald.
2. nominale eigen bijdrage, bij zorgconsumptie moet een nominaal deel van de rekening door de verzekerde worden betaald.

Ook bij deze varianten is het mogelijk om een «klassieke» variant te kiezen, of een variant waarbij de verzekeraar na afloop de eigen bijdrage int (zie hiervoor ook de uitleg in § 2.1).

Bij beide varianten is het denkbaar dat een eigen bijdrage alleen geldt voor bepaalde type zorg, bijvoorbeeld een eigen bijdrage op medicijnen, huisartsbezoek en/of de hotelkosten van een ziekenhuisopname. Tevens is het denkbaar dat de eigen bijdrage jaarlijks wordt gemaximeerd.

Liquiditeitsdrempel en prikkelwerking

De prikkelwerking van een eigen bijdrage wordt bepaald door de hoogte en het bereik van de eigen bijdrage en de snelheid waarmee de verzekeraar de eigen bijdrage int. Daarnaast kent een eigen bijdrage een langdurige remmende werking, omdat het maximum minder snel bereikt wordt (langere remweg). Omdat het om veel kleinere eigen betalingen gaat is de remweg wel langer, maar de werking minder krachtig. De remmende werking van een eigen risico is kort en krachtig maar door het eerder bereiken van het maximum dan bij eigen bijdragen, sneller uitgewerkt. Een uitvoeringsmodaliteit van een eigen bijdrage is een variant waarbij verzekeraars verzekerden een gedifferentieerd aanbod bieden, waarbij betere zorg via een neerwaartse bijstelling van de eigen bijdrage aantrekkelijker kan worden gemaakt.

Financieringsverschuiving

Afhankelijk van de hoogte van de eigen betaling kan met een eigen bijdrage-regeling eenzelfde financieringsverschuiving worden gerealiseerd als met de no-claimteruggaveregeling.

Uitvoeringslast

De uitvoeringslast van een eigen bijdrage is hoog, doordat veelvuldig moet worden gecommuniceerd met de verzekerde over de eigen betaling.

De uiteindelijke uitvoeringslast is onder andere afhankelijk van de specifieke invulling van een dergelijke regeling. Zo zal een eigen bijdrage-regeling met een inkomensafhankelijk maximum een hogere uitvoeringslast kennen dan een regeling met een nominaal maximum.

Begrijpelijkheid voor de burger

De begrijpelijkheid voor de burger is afhankelijk van de gekozen invulling. Hierbij is het onder andere van belang voor welke zorg de eigen bijdrage geldt. Indien voor alle zorg een gelijke eigen bijdrage geldt, is de begrijpelijkheid groter dan als niet voor alle zorg een eigen bijdrage geldt en de hoogte van de eigen bijdrage wisselt.

2.4 Inkomensafhankelijk systeem

Al in een eerder stadium heb ik onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van een (IZA-achtig) inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen (Kamerstukken I, 2004–05, 29 483, H). Een inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen maakt het mogelijk bij een grotere rol van eigen betalingen de inkomenseffecten voor lage inkomens te mitigeren.

De ontwikkeling van een inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen is op dit moment onderwerp van onderzoek. Wel is er een aantal elementen waar in ieder geval rekening mee moet worden gehouden:

1. Voor een inkomensafhankelijk systeem van eigen betalingen zijn inkomensgegevens nodig. Vanwege privacy overwegingen zijn deze gegevens niet toegankelijk voor de zorgverzekeraars.
2. Dit betekent dat een gedeelte van de werking van een inkomensafhankelijk systeem buiten de invloedssfeer van de verzekeraars plaatsvindt, dit heeft gevolgen voor de uitvoeringslast.
3. Een inkomensafhankelijk systeem is van invloed op de marginale druk. Een dergelijk systeem moet daarom in samenhang met andere inkomensafhankelijke systemen worden gezien.

Liquiditeitsdrempel en prikkelwerking

Een inkomensafhankelijke variant van eigen betalingen kent een liquiditeitsdrempel voor zover wordt aangesloten bij een eigen risico of een eigen bijdrageregeling.

De prikkelwerking van een inkomensafhankelijke variant is langer dan bij een eigen risico of eigen bijdrageregeling, doordat aan hogere inkomens een hogere eigen betaling wordt gevraagd. Tegelijkertijd is inherent aan een meer inkomensafhankelijke regeling de toename van de marginale druk. Van verzekerden die hun inkomen zien stijgen, wordt een grotere eigen betaling gevraagd.

Financieringsverschuiving

Met een inkomensafhankelijk systeem kan, afhankelijk van de gekozen vormgeving, een financieringsverschuiving worden gerealiseerd vergelijkbaar met de huidige financiële verschuiving.

Uitvoeringslast

Een inkomensafhankelijk systeem leidt tot grote uitvoeringslasten doordat naast de kosten een individuele inkomensbeoordeling moet worden gemaakt.

Begrijpelijkheid voor de burger

Een inkomensafhankelijk systeem leidt ertoe dat verschillende verzekerden te maken hebben met verschillende hoogte van eigen betalingen. Daarnaast neemt de complexiteit van het systeem toe doordat de uitvoe-

ring niet binnen het verzekeringssysteem plaatsvindt. Dat komt de begrijpelijkheid niet ten goede.

3. Slot

Met deze brief ben ik tegemoet gekomen aan de toezegging om te komen met realistische varianten van eigen betalingen. Ik heb daartoe verschillende varianten van eigen betalingen besproken. Het is aan een nieuw kabinet om een definitieve keuze te maken voor een mogelijk andere vormgeving van de eigen betalingen. Hierbij kan deze brief mogelijk als input dienen.

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