

## **Bijlage 1: Verplicht eigen risico**

Uit: Kamerstukken I, 2004/05, 29483 nr. H

Een verplicht eigen risico is op veel punten vergelijkbaar met de huidige no-claimteruggaveregeling. In beide gevallen gaat het om een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (tot een bepaald maximum) voor rekening van de verzekerde komen. Het grote verschil is dat bij een **verplicht eigen risico** de eerste zorgkosten direct of binnen afzienbare tijd moeten worden voldaan. Bij de **no-claimteruggaveregeling** wordt met de maandelijkse nominale premie iedere maand 1/12<sup>de</sup> deel van het no-claimbedrag geïnd. Indien een verzekerde in een jaar minder dan € 255 euro aan zorgkosten consumeert, krijgt de verzekerde in april van het daaropvolgende jaar € 255 minus de gemaakte zorgkosten terug van de verzekeraar.

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

### *1.a. Solidariteit*

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

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

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

### *1. b. Prikkelwerking*

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

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

zich voordoen bij een no-claimteruggaveregeling<sup>1</sup>. Het verplicht eigen risico heeft dus een sterker consumptieremmend effect dan de no-claim.

### I.c. Technische haalbaarheid

#### Uitvoerbaarheid

Een eigen risico werd ook door particulier verzekerden gehanteerd en is derhalve zonder meer uitvoerbaar. Speciale aandacht gaat uit naar de combinatie met het vrijwillig eigen risico.

#### (1) Stapeling no-claim en vrijwillig eigen risico

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

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

#### (2) Stapeling verplicht en vrijwillig eigen risico

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

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

#### Uitvoeringskosten

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

---

<sup>1</sup> CPB (2004) *Het effect van de invoering van eigen betalingen in de Zfw*

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

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

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

## **Bijlage 2: IZA-achtig systeem van eigen bijdragen**

Uit: Kamerstukken I, 2004/05, 29483 nr. H

In Nederland kenden we het IZA-systeem, zoals door zorgverzekeraar (VGZ-) IZA Groep werd gehanteerd voor onder andere gemeenteambtenaren. Door Deloitte is onderzocht of een mogelijke inpassing van een IZA-achtig systeem in de Zvw mogelijk was. In het onderzoek is niet uitgegaan van het element dat verzekerden via hun werkgever zijn verzekerd, zoals in de IZA-verzekering. Een dergelijke vormgeving is niet toepasbaar op mensen zonder werkgever, zoals uitkeringsgerechtigden of mensen met een (pre-)pensioen. Tegen deze achtergrond wordt in het onderzoek dan ook gesproken van een IZA-achtig systeem, een systeem met een aantal IZA-kenmerken. Het gaat hier vooral om de inkomensafhankelijke maximering.

Het onderzoek naar de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen is onderverdeeld in twee delen. In het eerste deel wordt (a) onderzocht of het mogelijk is een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen vorm te geven. In het tweede deel (b) wordt het IZA-achtige systeem van eigen bijdragen vergeleken met de no-claimteruggaveregeling op de onderdelen solidariteit, prikkelwerking en technische haalbaarheid.

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

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

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

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

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

a) Door vooraf een inschatting te maken van het bedrag dat een bepaalde inkomensklasse gemiddeld te veel gerestitueerd zou krijgen, kan de door de Belastingdienst/Toeslagen te verstrekken toeslag met dat bedrag worden vermindert.

b) Ook is het mogelijk de I-MAX te verhogen (tot minimaal 1,6%), waardoor een correctie vooraf niet hoeft plaats te vinden, noch een verrekening achteraf.

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

#### (b) Haalbaarheidsonderzoek IZA-achtig systeem van eigen bijdragen

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

In een budgettair neutrale uitwerking<sup>2</sup> kent variant 4b:

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

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

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

REGELING	INKOMEN <sup>3</sup>	ZORGCONSUMPTIE <sup>4</sup> →	Laag	Gematigd	Hoog
No-claim-regeling	Laag inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie <sup>5</sup>	<b>€424</b>	<b>€624</b>	<b>€679</b>
	Hoog inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	<b>€845</b>	<b>€1.045</b>	<b>€1.100</b>
IZA-achtig systeem (variant 4b Deloitte)	Laag inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	<b>€280</b>	<b>€480</b>	<b>€680</b>
	Hoog inkomen	Betaalt men uiteindelijk per saldo deze jaarpremie	<b>€845</b>	<b>€1.045</b>	<b>€1.245</b>

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

<sup>2</sup> Er is gekozen voor een budgettair neutrale vergelijking omdat een niet-budgettair neutrale variant moeilijk vergelijkbaar is met de no-claimteruggaveregeling.

<sup>3</sup> Er is voor de volgende indicatieve inkomens gekozen: laag = €16.000 per jaar (maximale zorgtoeslag) en hoog: €40.000 (geen zorgtoeslag)

<sup>4</sup> Gekozen is voor de volgende categorieën zorgkosten: laag = € 0; gematigd = € 200; hoog = € 1500

<sup>5</sup> Nominale premie minus (eventuele) zorgtoeslag, (eventuele) no-claimteruggave en (eventuele) inkomensafhankelijke bijdrage als gevolg van het IZA-achtige systeem.

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

### *II.a. Solidariteit*

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

- *de inkomenssolidariteit.*

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

- *de risicosolidariteit*

De onderzochte variant van een IZA-achtig systeem leidt tot een daling van de risicosolidariteit. Deze daling wordt veroorzaakt doordat voor de lagere inkomens de verzekerden zonder zorg of met een gemiddelde zorg hun eigen betalingen zien dalen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling. Tegelijkertijd zien verzekerden met een hoog inkomen en hoge zorgkosten hun eigen betalingen stijgen, terwijl verzekerden met geen of een gemiddelde zorgconsumptie hun eigen betalingen niet zien veranderen ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling.

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

### *II.b. Prikkelwerking*

#### Langere prikkelwerking

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

#### Marginale druk

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

### *II.c. Technische haalbaarheid*

#### Uitvoeringskosten

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

- Kosten uitvoering no-claimteruggaveregeling

De kosten voor de no-claimteruggaveregeling voor verzekeraars worden geschat op € 25 tot € 28,5 mln. Deze kosten zijn opgebouwd uit de administratieve lasten, incidentele kosten en structurele kosten. Doordat voor de invoering van de no-claim in de Ziekenfondswet al eenmalige kosten zijn gemaakt, hoeven deze kosten niet opnieuw te worden gemaakt voor de introductie van de no-claim in de Zvw. Ook leidt de verwachting, dat de huidige particulier verzekerden in de Zvw minder vaak zullen kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan nu, ertoe dat de extra kosten van de invoering van de no-claimteruggaveregeling voor huidige particulier verzekerden in de Zvw beperkt blijven. Voor de Belastingdienst worden de kosten geschat op € 70 mln.

- Kosten uitvoering IZA-achtig systeem van eigen bijdragen  
In de studie wordt verondersteld dat de kosten voor verzekeraars zullen toenemen als gevolg van de toename van het berichtenverkeer met verzekerden en Belastingdienst. De kosten voor de Belastingdienst worden € 10 mln hoger geschat ten opzichte van de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling als gevolg van het informeren van meer belastingplichtigen over hun voorlopige en definitieve I-MAX.

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

#### Uitvoerbaarheid

##### *Belastingdienst*

Ofschoon een IZA-achtig systeem inpasbaar en uitvoerbaar is, is invoering op de korte termijn niet realistisch. De Belastingdienst heeft aangegeven de komende twee jaren alle tijd en capaciteit nodig te hebben voor de stelselwijzigingen. Er kan geen tijd en capaciteit worden vrijgemaakt voor een uitbreiding van de huidige zorgtoeslag.

##### *Administratieve lasten*

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

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

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

Vergeleken met de no-claimteruggaveregeling leidt een IZA-achtig systeem niet tot een eenduidige verbetering van de solidariteit, prikkelwerking en praktische haalbaarheid. De grootste gevolgen van een mogelijke invoering van een IZA-achtige variant hebben betrekking op de solidariteit. Er is sprake van een toename van de inkomenssolidariteit ten

opzichte van de no-claimteruggaveregeling; hogere inkomens hebben hogere eigen betalingen dan lage inkomens. Hiertegenover staat een daling van de risicosolidariteit, verzekerden met (een hoog inkomen en) een hoge zorgconsumptie zien hun zorgkosten stijgen, terwijl verzekerden met (lage inkomens en) een lage zorgconsumptie hun zorgkosten zien dalen.

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

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

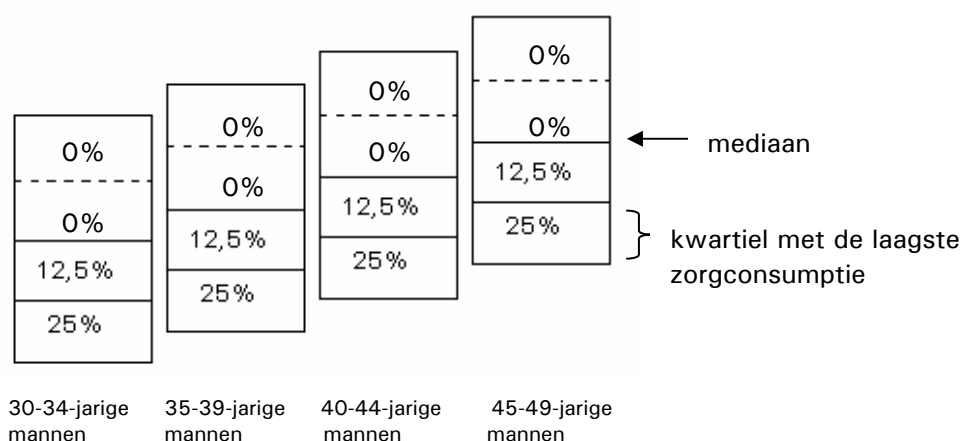


### Bijlage 3: Een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie

Uit: Kamerstukken I, 2004/05, 29483 nr. G

Vanuit de VVD-fractie is destijds de suggestie gedaan om in plaats van de no-claimteruggaveregeling een gedifferentieerde premieruggave bij een bescheiden zorgconsumptie te introduceren. In het voorstel krijgt iemand een deel van de ziektekostenpremie terug indien weinig zorg is gebruikt ten opzichte van leeftijd- en seksegenoten.<sup>6</sup> Er wordt een onderverdeling gemaakt in cohorten. Wie onder de mediaan van zijn cohort blijft, krijgt premie terug. Jaarlijks wordt per cohort de zorgconsumptie berekend en ingedeeld in kwartielen. Personen in het eerste (laagste) kwartiel van het cohort krijgen 25% van de betaalde premie teruggestort, het tweede kwartiel 12,5%, het derde en vierde kwartiel ontvangen geen premierestitutie. In onderstaande figuur is een en ander schematisch weergegeven. In de onderste twee kwartielen is de hoogte van de premieruggave weergegeven.

**Figuur 1: een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie (voorbeeld)**



Er bestaat in het systeem van gedifferentieerde premieruggave nog onduidelijkheid omtrent de vaststelling van de premierestitutiegrens. Het is nog onduidelijk of deze wordt vastgesteld aan de hand van de zorgconsumptie van het landelijke cohort of dat per verzekeraar de mediane zorgconsumptie wordt berekend. Bij de discussie van de technische haalbaarheid worden beide opties uitgewerkt.

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.

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. Dit betekent dat, ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling, de solidariteit tussen jong en oud toeneemt.

<sup>6</sup> Een premieruggave indien ten opzichte van leeftijd- en seksegenoten beperkt zorg is geconsumeerd noem ik vanaf hier een gedifferentieerde premieruggave.

Volgens dit systeem zal voor iedere individuele verzekerde een prikkel ontstaan 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 premierestitutie verleend.

### Solidariteit, rechtvaardigheid, prikkelwerking en technische haalbaarheid

#### - Solidariteit en rechtvaardigheid

Een gedifferentieerde premierteruggave leidt tot een andere invulling van de solidariteit tussen jong en oud (intergenerationele solidariteit) en van de solidariteit tussen ziek en gezond (risico-solidariteit).

#### *Intergenerationele solidariteit*

Een gedifferentieerde premierteruggave leidt tot een toename van de intergenerationele solidariteit. Door de restitutiegrens af te laten hangen van het zorggebruik per risicogroep, krijgt de helft van alle ouderen premie gerestitueerd. Deze restitutie aan ouderen, gaat ten koste van jongeren. De overdrachten van jong naar oud nemen toe.

#### *Risico-solidariteit*

Door de restitutie afhankelijk te maken van het relatieve zorggebruik per cohort zullen relatief ongezonde jongere geen restitutie ontvangen en relatief gezonde ouderen wel. In Tabel 2 is in een cijfervoorbeeld dit effect weergegeven.

**Tabel 2: Overdrachten van relatief ongezonde jongeren naar relatief gezonde ouderen**

#### *Huidige no-claimteruggaveregeling*

Verzekerde	A. jong	B. oud
Zorgconsumptie	€200	€500
No-claimteruggavegrens	€255	€255
Teruggave in €	€55	€0

#### *Gedifferentieerde premierteruggave*

Verzekerde	A. jong en relatief <b>on gezond</b> t.o.v. cohort	B. oud en relatief <b>gezond</b> t.o.v. cohort
Zorgconsumptie	€200	€500
Premierestitutiegrens (per cohort verschillend)	€100	€1000
Premierestitutie (in % betaalde premie)	0	25%

In de huidige no-claimregeling krijgt verzekerde A een no-claimteruggaaf, verzekerde B niet. In het systeem van een gedifferentieerde premierteruggave krijgt verzekerde B premie terugbetaald, ook al is zijn zorgconsumptie hoger dan die van verzekerde A. De overdrachten tussen verzekerden met lagere naar verzekerden met hogere zorgkosten nemen in het systeem van gedifferentieerde premierteruggave toe, wat een toename van de

risico-solidariteit betekent. Tegelijkertijd nemen in het premierestitutiesysteem de overdrachten toe van relatief ongezonde (jongere) verzekerden naar relatief gezonde (oudere) verzekerden, wat als een afname van de risico-solidariteit kan worden gezien.

Of het systeem van gedifferentieerde premieruggave, als gevolg van bovenstaande tegengestelde effecten per saldo leidt tot een toename van de risico-solidariteit is niet eenduidig te bepalen. Daarbij komt dat uit de risicoverevening is gebleken dat de kenmerken leeftijd en geslacht slechts 5% van de variatie van de individuele ziektekosten voorspellen. Evenals in de risicoverevening dringt de vraag zich op of de cohorten alleen moeten worden vastgesteld op basis van leeftijd en geslacht. Mogelijk zouden meer persoonskenmerken moeten worden opgenomen zoals gezondheidskenmerken. Daarbij moet wel direct worden opgemerkt dat iedere toevoeging leidt tot een complexere uitvoering.

#### - Prikkelwerking

Door de restitiegrens afhankelijk te maken van het zorggebruik van cohortgenoten, zullen ook verzekerden met hogere kosten, bijvoorbeeld in de oudere cohorten, zich rondom de restitiegrens bevinden. Bij deze verzekerden kan een groter gedragseffect worden verwacht dan in de huidige no-claimteruggaveregeling.

#### - Technische Haalbaarheid

Zowel de technische haalbaarheid van een gedifferentieerde premieruggave op de korte termijn als op de lange termijn is van belang. Op de korte termijn speelt de technische haalbaarheid van de zorgpas een grote rol. Op de korte en lange termijn speelt complexiteit rond de restitutie en complexiteit rond de restitiegrens een rol voor zowel de verzekerden als de verzekeraars.

#### *Complexiteit restitutie per cohort*

Bij de ontwikkeling van de huidige no-claimteruggaveregeling is sprake geweest van een continu spanningsveld tussen eenvoud van de regeling en doeltreffendheid van de regeling. Dit spanningsveld is ook duidelijk aanwezig bij het systeem van gedifferentieerde premieruggave.

De jaarlijkse gedifferentieerde premieruggave leidt tot enige complexiteit en vermindering van transparantie voor verzekerden.

Verzekerden hebben gedurende het jaar geen goed zicht op een mogelijke restitutie. Daarnaast bestaat er de complicerende factor voor verzekerden dat er verschillende cohorten komen met verschillende grensbedragen. Een verzekerde doorloopt gedurende zijn leven verscheidene cohorten. Dit kan tot meer ondoorzichtigheid leiden.

De complexiteit van het voorstel neemt nog verder toe als zou blijken dat in een cohort meer dan 25% van de verzekerden geen kosten maakt. Het is onduidelijk hoeveel restitutie deze verzekerden in dat geval in het systeem van gedifferentieerde premieruggave zouden ontvangen.

#### **Conclusie**

Om alle effecten van het systeem van gedifferentieerde premieruggave ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling inzichtelijk te maken zijn in onderstaande tabel kort de gevolgen van het systeem van gedifferentieerde premieruggave voor de solidariteit en

rechtvaardigheid, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid geschetst. De tabel geeft eerst het totaaleffect voor solidariteit en rechtvaardigheid, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid weer en vervolgens geeft de tabel de onderdelen weer die aan dit totaaleffect bijdragen. Een + betekent een toename, een – staat voor een afname, een +/- staat voor een onbepaald effect en een 0 staat voor geen effect ten opzichte van de huidige regeling.

**Tabel 3: Effecten systeem van gedifferentieerde premieruggave t.o.v huidige no-claimteruggaveregeling**

	<b>Effect</b>
<b>Solidariteit en rechtvaardigheid</b>	<b>+/-</b>
a) Inter-generationale solidariteit: de solidariteit tussen jongeren en ouderen	+
b) Risico-solidariteit: de solidariteit tussen gezonde en zieke verzekerden	+/-
Het effect op de risico-solidariteit is de optelsom tussen de volgende zaken:	
▪ Risico-solidariteit tussen verzekerde met lage zorgkosten en verzekerde met hoge zorgkosten	+
▪ Risico-solidariteit tussen relatief ongezonde (jongere) verzekerden en relatief gezonde (oudere) verzekerden	-
<b>Prikkelwerking</b>	<b>+/-</b>
a) Prikkelwerking voor verzekerden:	0
Het effect op de prikkelwerking voor verzekerden is de optelsom van de volgende zaken:	
▪ Prikkelwerking voor verzekerden rond restitutiegrens van hun cohort	0
▪ Prikkelwerking voor verzekerden ver onder de restitutiegrens van hun cohort	0
▪ Prikkelwerking voor verzekerden ver boven de restitutiegrens van hun cohort	0
b) Prikkelwerking om €0 aan zorg te consumeren	+/-
c) Prikkelwerking door introductie zorgpas	+/-
<b>Technische Haalbaarheid</b>	<b>-</b>
a) Eenvoud en transparantie restitutie per cohort	-
Eenvoud restitutie per cohort is de optelsom van de volgende zaken:	
▪ Transparantie mogelijke restitutie	-
▪ Eenvoud voor verzekerde en begrip van verzekerde wat betreft de premierestitutie gedurende zijn/haar leven met het doorlopen van verschillende cohorten	-
b) Eenvoud premierestitutiegrens	-
Bij vaststellen van premierestitutiegrens zijn er twee mogelijkheden: of vaststelling per verzekeraar of landelijke vaststelling:	
Indien premierestitutiegrens per verzekeraar wordt vastgesteld:	
▪ Transparantie en rechtvaardigheid voor verzekerde wat betreft vaststellen premierestitutiegrens	-
Indien premierestitutiegrens landelijk wordt vastgesteld	
▪ Eenvoud en administratieve lastenverlichting voor verzekeraar wat betreft vaststellen premierestitutiegrens	-

Uit tabel 3 blijkt dat met de invoering van een systeem van gedifferentieerde premieruggave er geen grote verbetering plaats zal vinden op de terreinen van solidariteit, rechtvaardigheid en prikkelwerking. Terwijl op deze terreinen geen duidelijke verbetering plaats zal vinden, is er wel sprake van een daling van de eenvoud en transparantie ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling.