

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**

**G**

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

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2005

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf (Kamerstukken II, 2004/05, 29 483) heb ik de kamer toegezegd de haalbaarheid van het VVD-voorstel van leeftijdsgebonden premieruggave bij relatief bescheiden zorgconsumptie te onderzoeken. Met deze brief voldoe ik aan deze toezegging.

In de brief aan de beide kamers van 28 april (Kamerstukken I, 2004/05, 29 483, F; Kamerstukken II, 2004/05, 29 483 nr. 26) is de stand van zaken aangaande de analyse van een gedifferentieerde premieruggave weergegeven. De brief van 28 april dient als uitgangspunt voor deze brief.

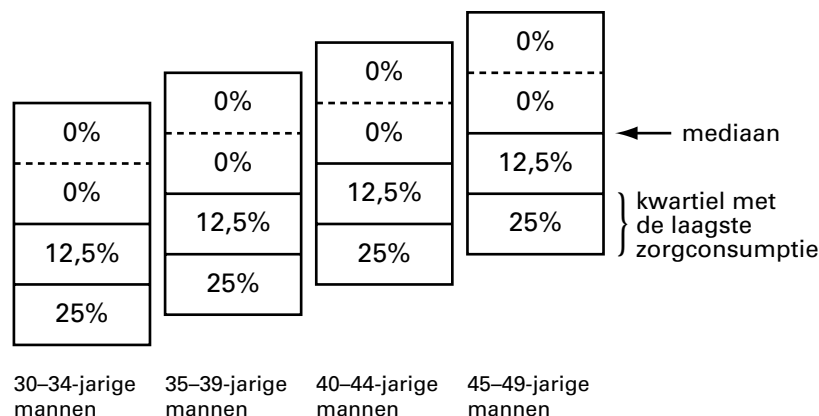
In de studie in deze brief ligt de nadruk, in navolging van het voorstel van de VVD-fractie, op de gevolgen van het voorstel voor de solidariteit, de rechtvaardigheid, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid van het VVD-voorstel ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling. Hierbij is de visie op het VVD-voorstel en de genoemde aspecten van drie relevante betrokken partijen meegenomen: Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ). De analyse in deze brief zal samen met een analyse van de haalbaarheid van de IZA-systematiek en een onderzoek naar de omzetting van de huidige no-claimteruggaveregeling in een verplicht eigen risico uiteindelijk moeten leiden tot een standpunt over een mogelijke andere vormgeving van de eigen betalingen in de zorgverzekeringwet in de toekomst.

### **Het VVD-voorstel: Een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie**

De VVD-fractie in de Tweede Kamer is van mening dat de no-claimteruggaaf een stap in de goede richting is als het gaat om het kostenbewustzijn in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is de VVD-fractie van mening dat een

systeem van premierestitutie bij bescheiden zorgconsumptie in de toekomst een verbetering kan zijn op de onderdelen solidariteit, rechtvaardigheid en prikkelwerking om zodoende verantwoord om te gaan met het gebruik van zorg. De VVD heeft daartoe een voorstel 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>1</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 mogelijke invulling van het VVD-voorstel 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.

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

<sup>1</sup> Een premieruggave indien ten opzichte van leeftijd- en seksegenoten beperkt zorg is geconsumeerd noem ik vanaf hier een gedifferentieerde premieruggave.

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.

Het VVD-plan is overigens niet budget-neutraal ten opzichte van de huidige no-claimregeling, wat blijkt uit tabel 1. Het systeem van een gedifferentieerde premieruggave zou ongeveer budgetneutraal uitpakken indien de gedifferentieerde premieruggave voor het goedkoopste kwartiel geen 25%, maar 20% bedraagt en het tweede kwartiel geen 12,5% maar 10%.

**Tabel 1: Gemiddelde restitutie in beide regelingen**

Uitgaande van een premie van € 1030 per persoon per jaar:

No-claimregeling	Gemiddelde no-claimteruggave: € 78,= per persoon per jaar
Gedifferentieerde premieruggave (niet-budgetneutraal)	Gemiddelde premieruggave: € 97,= per persoon per jaar <sup>1</sup>
Gedifferentieerde premieruggave (budgetneutraal)	Gemiddelde premieruggave: € 77,= per persoon per jaar <sup>2</sup>

<sup>1</sup> De € 97 is als volgt berekend: van elke 4 mensen krijgt 1 persoon (goedkoopste cohort) een premierestitutie van 25% ter waarde van € 257,5 (25% \* € 1 030). 1 persoon krijgt een restitutie van 12,5% ter waarde van € 128,75 (12,5% \* € 1 030) en 2 personen krijgen geen restitutie. Gemiddelde restitutie = € 97 ((€ 257,5 + € 128,75)/4)

<sup>2</sup> De € 77 is als volgt berekend: van elke 4 mensen krijgt 1 persoon (goedkoopste cohort) een premierestitutie van 20% ter waarde van € 206 (20% \* € 1 030). 1 persoon krijgt een restitutie van 10% ter waarde van € 103 (10% \* € 1 030) en 2 personen krijgen geen restitutie. Gemiddelde restitutie = € 77.25 ((€ 206 + € 103)/4)

## **2. Solidariteit, rechtvaardigheid, prikkelwerking en technische haalbaarheid**

De VVD is van mening dat een gedifferentieerde premieruggave beter presteert dan de huidige no-claimteruggaveregeling op het gebied van solidariteit, rechtvaardigheid en prikkelwerking. Hieronder worden deze aspecten van een gedifferentieerde premieruggave behandeld, daarnaast wordt bekeken of het plan technisch haalbaar is.

### *2.1 Solidariteit en rechtvaardigheid*

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

Een zekere mate van solidariteit (zowel risico-, inkomens- als intergenerationele solidariteit) wordt in Nederland over het algemeen als gewenst en rechtvaardig beschouwd. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) stelt in zijn signalement: «Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg» echter dat de financiële overdrachten als gevolg van risico-solidariteit onder druk van onder andere de vergrijzing en technologische ontwikkelingen almaar toenemen en ook in de toekomst verder zullen toenemen. Daarbij stellen zij zich de vraag; welke mate van risico-solidariteit nog als rechtvaardig kan worden beschouwd.

#### *Intergenerationele solidariteit*

Een gedifferentieerde premieruggave 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, van wie in het VVD-voorstel ook maar 50% premie krijgt gerestitueerd. 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	€ 1 000
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 VVD-voorstel 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 premierteruggave, 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. Gezien ook de opmerkingen van de NVZ, ZN en de NPCF later in deze paragraaf zouden mogelijk meer persoonskenmerken moeten worden opgenomen zoals gezondheidskenmerken. Daarbij moet wel direct worden opgemerkt dat iedere toevoeging leidt tot een complexere uitvoering.

Bij dit punt wil ik tot slot wel opmerken dat ik in de Zorgverzekeringswet juist als uitgangspunt heb genomen dat voor iedereen dezelfde nominale premie geldt, ongeacht de leeftijd, het geslacht en de gezondheidsrisico's. Een gedifferentieerde premierestitutie is niet in lijn met die gedachte. Men zou kunnen stellen dat ouderen in het VVD-voorstel langs twee wegen worden ontzien: zij hoeven geen hogere nominale premie te betalen, die als gevolg van hun hogere zorgconsumptie tot op zekere hoogte wel gerechtvaardigd zou zijn, maar zij kunnen, ondanks hun absoluut hoge

zorgconsumptie, mogelijk wel een restitutie tegemoet zien vanwege een gedifferentieerde premieruggave.

#### *Marktpartijen over solidariteit en rechtvaardigheid*

##### **Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)**

De NPCF geeft aan dat het principieel tegen een systeem van eigen betalingen is, aangezien zij van mening is dat eigen betalingen, met name voor minder draagkrachtigen, een financiële drempel opwerpt waardoor het risico van het mijden van zorg ontstaat. Juist (chronisch) zieken behoren over het algemeen tot deze groep met lage inkomens.

Daarnaast vinden zij het niet rechtvaardig om een eigen bijdrage te vragen aan mensen die nauwelijks invloed hebben op hun eigen zorgconsumptie. De NPCF is van mening dat het vooral de aanbieders zijn die het zorggebruik bepalen. In de ogen van de NPCF moet eerst de verspilling en de inefficiëntie in de zorg worden aangepakt alvorens aan patiënten een eigen betaling kan worden gevraagd.

De NPCF vindt het no-claim voorstel van de VVD rechtvaardiger dan de huidige no-claim regeling omdat het VVD voorstel rekening houdt met de leeftijd. Daarnaast is de NPCF positief over de gedachte dat niet het absolute, maar het relatieve zorggebruik ten opzichte van de leeftijds-groep waartoe men behoort, bepalend is of iemand wel/geen teruggave krijgt. Dit leidt er immers toe dat ouderen in aanmerking komen voor een terugbetaling.

Echter, het feit dat bij het vaststellen van de categorieën, naast leeftijd, geen rekening wordt gehouden met de gezondheidstoestand, maakt dat de NPCF niet echt enthousiast kan zijn over het voorstel. Dit betekent immers dat chronisch zieken nooit kans maken op een teruggave, hoe ze hun best ook zouden doen. De rechtvaardigheidstoename van het stelsel blijft daardoor beperkt en is niet van toepassing op de chronisch zieken. De NPCF vindt dus dat de groep met hoogste zorggebruikers, zoals de chronische zieken, nog steeds ernstig benadeeld worden.

##### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

Door de zorgverzekeraars wordt onderkend dat de risico-solidariteit tussen jongeren en ouderen wordt versterkt ten opzichte van de huidige regeling. Daartegenover staat echter dat door het voorstel de gelijke behandeling binnen de groep van de ongezondere verzekerden wordt doorbroken. Door het voorstel kan het immers zo zijn dat een ongezonde verzekerde van bijvoorbeeld 18 jaar oud al bij een schade boven bijvoorbeeld € 100 per jaar zijn recht op restitutie verliest en een ongezonde verzekerde van bijvoorbeeld 75 jaar oud pas bij een schade van bijvoorbeeld € 2500 dit recht kwijtraakt. Kortom, op grond van meer principiële overwegingen is het in de ogen van de zorgverzekeraars maar zeer de vraag of de effecten van het voorstel gewenst zijn.

##### *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is van mening dat de financiering van de zorg op de eerste plaats een relatie tussen verzekerden en verzekeraar impliceert. De NVZ vindt dan ook dat het zich afzijdig moet houden van een discussie over de financiering van de zorg zolang de arts-patiënt relatie niet wordt verstoord. De NVZ is vooralsnog niet van mening dat de arts-patiënt relatie door de gekozen financiering verandert ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling. Wel spreekt de NVZ zijn bezorgdheid uit over een mogelijke tweedeling tussen jonge en oudere (chronisch) zieken. Zolang cohorten niet mede

worden bepaald op basis van de ziektegeschiedenis, kunnen oudere zieken wel een teruggave in het vooruitzicht zien, maar jonge zieken niet.

## *2.2 Prikkelwerking*

Volgens de VVD-fractie leidt een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie mogelijk tot grotere gedragseffecten dan de huidige ongedifferentieerde regeling. De gedachte hierachter is dat vooral verzekerden die zich rondom de no-claimteruggavegrens bevinden, zich in hun gedrag zullen laten leiden door een restitutie. Door de restitutiegrens afhankelijk te maken van het zorggebruik van cohortgenoten, zullen ook verzekerden met hogere kosten, bijvoorbeeld in de oudere cohorten, zich rondom de restitutiegrens bevinden. Bij deze verzekerden kan een groter gedragseffect worden verwacht dan in de huidige no-claimteruggaveregeling.

Daarnaast is de VVD-fractie van mening dat de introductie van de zorgpas kan bijdragen aan de prikkelwerking. Met het gebruik van een zorgpas, waarmee verzekerden elk moment kunnen bijhouden hoeveel zorg ze al hebben gebruikt, wordt er namelijk 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 het elektronisch patiëntendossier (epd) zoals deze in 2006 zal worden ingevoerd. Overigens is een dergelijk gebruik van het epd niet specifiek gebonden aan het systeem van gedifferentieerde premieruggave. Ook in de huidige regeling zou het epd in beginsel voor dit doel kunnen worden gebruikt.

### *Premie-restitutie t.o.v. no-claimteruggaaf*

Volgens de VVD-fractie zou de doeltreffendheid van het voorstel groter kunnen zijn dan de huidige regeling indien in het systeem van gedifferentieerde premieruggave meer verzekerden zich laten prikkelen door de (mogelijke) teruggave. Dit is echter de vraag. In de huidige regeling zal naar verwachting 50% van de verzekerden een no-claimteruggave tegemoet kunnen zien. Iedereen die onder de € 255 aan zorg consumeert zal worden geprikkeld om minder zorg te gebruiken, daarnaast zullen verzekerden die net te ver boven de € 255 aan zorg consumeren zich met enige waarschijnlijkheid ook laten prikkelen om minder zorg te consumeren. In het systeem van gedifferentieerde premieruggave zal per definitie 50% van de verzekerden een restitutie ontvangen. Ook in het systeem van gedifferentieerde premieruggave zullen verzekerden die zich net boven de teruggavegrens bevinden zich laten prikkelen. Het is echter de vraag of gezonde verzekerden in een «on gezond» cohort zich laten prikkelen. Zeker aan het eind van het jaar zal een verzekerde met lage zorgkosten zich niet meer laten prikkelen om terughoudend zorg te consumeren, als hij zeker weet dat hij zich in het kwartiel bevindt met de laagste zorgconsumptie. De hoogte van de premierestitutie staat immers al (vrijwel) vast.

Daarnaast bestaat in de huidige no-claimteruggaveregeling een prikkel om € 0,= aan zorg te consumeren. Een hogere consumptie betekent immers een lagere teruggave. In het systeem van gedifferentieerde premieruggave 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.

Concluderend kan gesteld worden: hoe ongezonder het cohort, hoe lager de prikkelwerking voor de gezonde verzekerden. Er bestaat immers geen

directe relatie tussen de eigen zorgconsumptie en de hoogte van de teruggave.

De prikkelwerking van het VVD-plan zou overigens wel kunnen worden verbeterd indien niet van de twee discrete premierestitutiepercentages van 12,5% en 25% zou worden uitgegaan, maar meerdere percentages of zelfs een geleidende schaal zou worden opgenomen. Dit vermindert in ieder geval de negatieve prikkelwerking om geen € 0,- te consumeren.

#### *Zorgpas*

De invoering van een zorgpas, zoals bedoeld door de VVD kan mijns inziens leiden tot een toename van de prikkelwerking. Indien verzekerden op elk moment kunnen beschikken over informatie over de hoogte van hun zorgconsumptie, kan dat het prudente gebruik van zorg stimuleren. Aan een dergelijke informatie kleven echter ook nadelen. Zo zou een zorgpas negatieve prikkels kunnen introduceren wanneer een verzekerde de kritische grens passeert en het direct duidelijk wordt dat de overige zorg in dat jaar gratis zal zijn.

Voor de informatievoorziening is een zorgpas zoals de VVD die voorstaat overigens niet onmisbaar. Zo bieden veel verzekeraars op dit moment al inzicht in de vulling van de no-claim per verzekerden. Een verbeterde informatievoorziening van verzekeraars aan verzekerden zal mijns inziens overigens steeds meer gemeengoed worden.

#### *Marktpartijen over prikkelwerking*

##### *Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)*

Omdat in het systeem van gedifferentieerde premieruggave geen prikkel om € 0,- aan zorg te consumeren, een hogere consumptie betekent immers pas een lagere teruggave indien men in het hogere kwartiel valt, betekent dit dat de consumptie van zorg niet het direct tot het verlies van de (maximale) restitutie betekent.

De NPCF is daarnaast van mening dat chronisch zieken met erg hoge kosten, die ook bij een gedifferentieerde premieruggave geen restitutie zullen ontvangen, nooit een teruggave tegemoet kunnen zien, ook niet als ze heel erg hun best doen om hun zorggebruik omlaag te brengen. De hoogste zorggebruikers, zoals de chronische zieken, worden in het systeem van gedifferentieerde premieruggave dus nog steeds ernstig benadeeld.

##### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

De VVD-fractie verwacht een hoger remgeldeffect van een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie dan van de huidige no-claimregeling. De zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de grote van het remgeldeffect voor een groot deel afhankelijk is van de mate waarin het huisartsbezoek ten laste komt van de eigen betaling. Zolang in het systeem van gedifferentieerde premieruggave het huisartsbezoek niet ten laste komt van de eigen betaling, verwachten de verzekeraars geen extra remgeldeffecten ten opzichte van de huidige no-claimteruggaveregeling.

##### *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen vindt het niet opportuun om zich uit te spreken over de prikkelwerking van het systeem van gedifferentieerde premieruggave. Desgevraagd geeft de NVZ wel aan dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat de prikkelwerking van het systeem van gedifferentieerde premieruggave groter of kleiner zal zijn dan van de huidige no-claimteruggaveregeling.

### *2.3 Technische Haalbaarheid*

Zowel de technische haalbaarheid van een gedifferentieerde premierug-gave 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 restitutiegrens een rol voor zowel de verzekerden als de verzekeraars.

#### *Zorgpas*

In het voorstel van de VVD worden alle zorgbetalingen onder de algemene verzekering geregistreerd door middel van een zorgpas. Dit verstrekt de verzekerde het nodige inzicht 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 voorstaat, 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. Het Wetsvoorstel voor het burgerservicenummer ligt op dit moment voor spoedadvies bij de Raad van State. Het is de bedoeling van het Kabinet om het burgerservice-nummer per 1 januari 2006 in te voeren.

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 implementatie van het landelijk elektronisch medicatiedossier (LEMD) en het e-waarneemdossier huisartsen (WDH). Als vervolg op deze brief heb ik de Kamer in mijn brief van 3 juni 2005 (Kamerstuk 2004/05, 27 529, nr. 15) een implementatieplan toegezonden. Dit implementatieplan gaat over de realisatie van de landelijke infrastructuur en de eerste fase van de invoering van het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH).

De planning is dat in het eerste kwartaal van 2006 vijf tot tien procent van de ziekenhuizen, apotheken en centrale huisartsenposten het elektronisch medicatiedossier of het elektronisch waarneemdossier huisartsen gaan gebruiken. 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 EPD zou in de toekomst mogelijk worden uitgebreid tot een zorgpas op de manier die de VVD voorstaat. Op korte termijn is deze toepassing echter technisch niet haalbaar. Zo worden op dit moment niet de kosten van zorg bijgehouden in het EPD.

#### *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.

Daarnaast is het nog onduidelijk of in het systeem van gedifferentieerde premieruggave de premierestitutiegrens per cohort op landelijk niveau of per verzekeraar wordt vastgesteld. De modaliteiten hebben de volgende implicaties:

#### *Per verzekeraar*

Indien in het systeem van gedifferentieerde premieruggave de premierestitutiegrens per verzekeraar wordt vastgesteld, 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 leidt tot ondoorzichtigheid en levert een gevoel van onrechtvaardigheid op bij de zorggebruikers. Daarnaast zullen ongezonde verzekerden op zoek gaan naar een verzekeraar met een ongezonde populatie en daarmee met een hoge restitutiegrens.

#### *Landelijk*

Deze situatie kan worden voorkomen door uit te gaan van een landelijk gemiddelde premierestitutiegrens. Hierdoor worden verzekerden niet benadeeld of bevoordeeld door de verzekerdenportefeuille van hun verzekeraar. Om de complexiteit van een dergelijk landelijk systeem te beperken kan mogelijk gebruik worden gemaakt van de reeds beschikbare data in het vereveningsmodel. Aan de hand van de data in het vereveningsmodel kan een landelijke premierestitutiegrens worden vastgesteld. Als gevolg van een landelijke premierestitutiegrens moeten verzekeraars met een relatief gezonde verzekerdenpopulatie meer premie gaan terugbetalen dan verzekeraars met een ongezonde populatie. Dit kan door middel van het vereveningssysteem worden vereffend. Een en ander leidt wel tot een vergroting van de administratieve lasten en de complexiteit van het systeem.

#### *Marktpartijen over technische haalbaarheid*

##### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

De zorgverzekeraars vinden het VVD-voorstel uitvoeringstechnisch erg complicerend en denken dat het ook kan leiden tot ongewenste effecten. Bij het systeem van gedifferentieerde premieruggave bestaat nog enige onduidelijkheid omtrent de manier van restitutie. Het is nog onduidelijk of er per verzekeraar en per cohort wordt gerestitueerd of dat de restitutie wordt gebaseerd op een landelijk cohort.

Indien wordt beoogd restitutie per verzekeraar en per cohort te doen, ontstaat er volgens ZN grote complexiteit in de uitvoering van de no-claim en ontstaan er ongewenste effecten. De situatie ontstaat dat een verzekerde in een bepaalde leeftijdsgroep bij verzekeraar A een andere restitutie ontvangt dan zijn even oude buurman bij verzekeraar B. Het gemiddelde kostenniveau van dit cohort zal immers per verzekeraar verschillen. Bovendien kan dit ertoe leiden dat verzekerden met relatief hoge zorgkosten zich aangetrokken gaan voelen tot de verzekeraars die een hoge restitutiegrens (dus hoge gemiddelde kosten in dit cohort) hebben. Dit zijn volgens de zorgverzekeraars ongewenste uitkomsten.

Indien wordt beoogd restitutie te baseren op landelijk gemiddelde kosten per cohort ontstaat er volgens de zorgverzekeraars een grote complexiteit in de uitvoering. Dit betekent namelijk dat de restitutie pas kan plaatsvinden nadat deze kostenniveaus zijn vastgesteld. Bovendien moeten deze kostenniveaus ergens centraal worden vastgesteld en worden aangeleverd door verzekeraars.

Kortom, volgens de zorgverzekeraars zullen beide modaliteiten uitvoeringstechnisch een forse extra belasting voor verzekeraars opleveren, die cumuleert met de toch al forse uitvoeringsbelasting van de ZVW.

### **3. Conclusie**

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf (Kamerstukken II, 2004/05, 29 483) heb ik de kamer toegezegd de haalbaarheid van het systeem van gedifferentieerde premieruggave van gedifferentieerde premieruggave bij relatief bescheiden zorgconsumptie te onderzoeken. Met deze brief ben ik tegemoet gekomen aan deze toezegging. Het systeem van gedifferentieerde premieruggave is onderzocht op de effecten voor de solidariteit en rechtvaardigheid, de prikkelwerking en de technische haalbaarheid. Daarnaast is aan verschillende marktpartijen hun visie op het systeem van gedifferentieerde premieruggave gevraagd.

Ik heb de leden van de Eerste Kamer tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zorgverzekeringwet in de Eerste Kamer op 7 juni 2005 (Handelingen I, 2004/05, nr. 27 pag. 1183–1263) toegezegd een haalbaarheidsonderzoek te doen naar het IZA-systeem. Op dit moment ben ik in gesprek met Deloitte om een dergelijk onderzoek uit te laten voeren. Daarnaast heb ik de Eerste Kamer een studie toegezegd naar het omzetten van de no-claim in een verplicht eigen risico. Deze studies moeten gereed zijn vóór de behandeling van de invoerings- en aanpassingswet in de Eerste Kamer. Als al deze studies gereed zijn, zal ik met een onderbouwd standpunt komen over een mogelijke andere invulling van de eigen betalingen in de toekomst. Mogelijkerwijs geven de haalbaarheidsonderzoeken naar een gedifferentieerde premieruggave bij bescheiden zorgconsumptie, de IZA-systematiek of een verplicht eigen risico aanleiding om te kiezen voor een andere vormgeving. De resultaten van het haalbaarheidsonderzoek van het systeem van gedifferentieerde premieruggave zullen naast de resultaten van het haalbaarheidsonderzoek naar het IZA-systeem en de studie naar het omzetten van de no-claim in een verplicht eigen risico worden gelegd.

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 rechtvaar-

digheid, 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**

	Effect
<b>Solidariteit en rechtvaardigheid</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>	+/-
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>	–
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 premie-restitutie 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.

De analyse van het voorstel laat opnieuw zien hoe complex de vormgeving van eigen betalingen in de zorg is. Veel voorstellen hebben duidelijke voordelen, maar ook nadelen. Juist als gevolg van deze complexiteit ben ik erg blij met de voorstellen die zijn gedaan in de beide Kamers. Ik hoop dan ook dat constructieve voorstellen, zoals een gedifferentieerde premieruggave, ook in de toekomst zullen worden gedaan. Het uiteindelijke doel is om een zo'n optimaal mogelijke vormgeving van een stelsel met eigen betalingen te kiezen.

Voor de verdere gedachtevorming zijn de uitkomsten van het haalbaarheidsonderzoek naar de IZA-systematiek en de analyse van de omzetting van de no-claimregeling in een verplicht eigen risico van cruciaal belang. Op het moment dat deze onderzoeken beschikbaar zijn, zal ik, zoals toegezegd, met een standpunt komen over een mogelijke andere vormgeving van de eigen betalingen in de toekomst.

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