

ZORG VOOR ELKAAR

**EEN BETAALBAAR ZORGSTELSEL
VOOR IEDEREEN:
EEN SOCIAAL ALTERNATIEF**



**RENSKE LEIJTEN, KAMERLID SP
HENK VAN GERVEN, KAMERLID SP EN OUD-HUISARTS**

DEN HAAG, NOVEMBER 2011

ZORG VOOR ELKAAR

**EEN BETAALBAAR ZORGSTELSEL VOOR IEDEREEN:
EEN SOCIAAL ALTERNATIEF**

Renske Leijten, Kamerlid SP
Henk van Gerven, Kamerlid SP en oud-huisarts

Den Haag, november 2011

INHOUD

Samenvatting	5
Voorwoord	7
Inleiding	9
Hoofdstuk 1: Zorgverzekering en premie	11
Hoofdstuk 2: Zorgtoeslag	13
Hoofdstuk 3: Eigen risico	15
Hoofdstuk 4: Betalingsproblematiek	17
Hoofdstuk 5: Resultaten doorrekening SP-varianten CPB	19
Bijlage: CPB-notitie 'SP alternatief voor de premiestelling ZVW'	21

SAMENVATTING

Als de plannen van de SP door de Tweede Kamer worden overgenomen, dan gaat 75% van de gezinnen in Nederland erop vooruit. Dit concludeert het Centraal Planbureau (CPB), dat in opdracht van de SP een doorrekening heeft gemaakt van drie varianten van het plan om de ziektekostenpremies meer inkomensafhankelijk te maken en beter betaalbaar voor de lage en midden inkomens.

Variant 1: Nominale premie van 400 euro per jaar zonder eigen risico.

Variant 2: Nominale premie van 400 euro per jaar zonder verhoging van het eigen risico in 2012 (eigen risico blijft 170 euro, niveau 2011).

Variant 3: Nominale rekenpremie 0 euro zonder eigen risico. Alleen opslag van individuele verzekeraar blijft nominaal. Deze opslag wordt gemiddeld gesteld op 150 euro.

Alle varianten zouden direct zonder grote stelselwijziging kunnen worden ingevoerd wanneer een meerderheid van de Tweede Kamer daarvoor kiest. De derde variant lijkt sterk op het systeem in Duitsland waar in 2009 een uniforme inkomensafhankelijke premie is ingevoerd voor alle ziekenfondsuitgaven.¹

Het omslagpunt van positieve naar negatieve koopkrachteffecten ligt voor werkende alleenverdieners rond 65.000 euro, voor werkende tweeverdieners tussen de 80.000 en 90.000 euro en voor werkende alleenstaanden rond 45.000 euro.² Boven het omslagpunt stijgt voor de allerhoogste inkomens geleidelijk het negatieve koopkrachteffect.

Het voorstel leidt tot een veel eerlijkere lastenverdeling en het vervallen van de noodzaak van de zorgtoeslag bij doorgerekende varianten (1 en 3). De vaste premies, die bij de lagere inkomens als een molensteen om de nek hangen, worden in de doorgerekende varianten drie tot tien maal lager tot circa 30 dan wel 10 euro per maand.

Deze nieuwe manier van premie-heffen bespaart fors op het zinloos rondpompen van geld door de zorgtoeslag en het eigen risico; het wegvallen van de bureaucratie en administratieve lasten levert ruim 100 miljoen op.³ Deze besparing is substantieel, gezien het feit dat door het wegvallen van het eigen risico de vraag naar zorg zal toenemen; de kosten van die toenemende vraag worden geschat op 100 tot 200 miljoen euro.

1 Zie het artikel van Schut en Van de Ven, 'Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse', in: Economisch Statistische Berichten, 29 oktober 2010. Uit het artikel blijkt dat in Duitsland de zorgpremie in 2010 14,9% van het bruto inkomen was tot een inkomensgrens van 3750 euro per maand.

2 Ter vergelijking: het modale inkomen ligt op 33.000 euro bruto per jaar.

3 De kosten voor de uitvoering van het eigen risico worden geraamd op 45 miljoen en voor de zorgtoeslag circa 60 miljoen.

Een volgend groot voordeel is dat het probleem van de circa 300.000 mensen, die thans hun premie niet (kunnen) betalen, gemakkelijker op te lossen is. De premies worden lager en beter betaalbaar. Ook zal het aantal van honderdduizenden mensen, die een betalingsregeling hebben moeten treffen met de ziektekostenverzekeraars, door dit voorstel substantieel afnemen.

De SP heeft een voorkeur voor de meest sociale variant (3), waarbij de vaste premie van 1.222 euro per jaar wordt verlaagd naar de nominale rekenrente van 0 euro. Dan resteren alleen de nominale opslagkosten van de verzekeraars van circa 150 euro per jaar. Het eigen risico en de zorgtoeslag verdwijnen.

VOORWOORD

“De zorgkosten rijzen de pan uit en er moet iets gedaan worden”, klinkt het de laatste tijd steeds vaker. Politici, opiniemakers, nieuwslezers en vele anderen blijven beweren dat de zorg onbetaalbaar wordt voor ons als samenleving. De vraag ‘Is dat zo?’ wordt vaak niet gesteld, maar stelt de SP wel. Is het ‘onhoudbaar’ om als samenleving meer uit te geven aan zorgkosten? En wat is het alternatief als we het niet gezamenlijk betalen?

De SP maakt zich ook zorgen om de stijging van de zorgkosten. Wij zien dat steeds meer mensen steeds moeilijker hun zorgpremie kunnen betalen. Voor een gemiddeld gezin groeiden de vaste premies van 1.938 euro in 2006 naar 2.811 euro in 2012 per jaar. Dat is een stijging van bijna 900 euro in vijf jaar. En dan is het verzekerd pakket fors verkleind en is het eigen risico voor zorgkosten ook ieder jaar gestegen. Met dit rapport wil de SP aangeven dat hoewel de groei van de uitgaven en premies gezien de groeiende behoefte aan zorg onvermijdelijk is, er wel een alternatief is voor de kabinetsplannen over hoe de premies moeten worden opgebracht. Het is namelijk een politieke keuze om mensen met normale inkomens een heel hoge rekening voor de zorg te laten betalen.

In de miljoenennota stelt de regering dat een gemiddeld inkomen nu 20 procent van het inkomen kwijt is aan de zorgkosten. Wanneer we niets doen, wordt dat nog veel hoger. Dit kabinet doet wel iets. Zij verlaagt bijvoorbeeld de zorgtoeslag – een maatregel die is ingesteld om lage en midden inkomens te compenseren voor de zorgkosten. Deze inkomens krijgen dus een nog hogere zorgrekening, terwijl ze deze door hun inkomen heel moeilijk kunnen opvangen.

Deze regering verhoogt wederom het eigen risico. Bij de evaluatie van het eigen risico merken onderzoekers op dat het instellen van het eigen risico niet geleid heeft tot een daling van de totale zorgkosten. Wel is er een verschuiving opgetreden in wie de kosten betaalden. Eerst betaalden we allemaal een deel, nu kwamen de kosten puur voor rekening van hen die de pech had zorg nodig te hebben. De patiënt betaalt dus meer om de premie voor gezonde mensen laag te houden.

Afgelopen maanden werd bekend dat de maatregelen om ervoor te zorgen dat mensen hun zorgpremie betalen niet werken. Inmiddels zijn er 300.000 mensen in Nederland die geen premie (kunnen) betalen. Een evaluatie van de wet om mensen wel aan het betalen te krijgen spreekt van een urgente situatie met betrekking tot het kunnen betalen van de premie door mensen met lage en middeninkomens.

In dit rapport gaan we in op de zorgverzekering, het systeem van de zorgtoeslag, het eigen risico en het probleem van het niet (kunnen) betalen van de premies. Ook tonen we aan dat het anders kan. Met ons voorstel om de premies inkomensafhankelijk te maken, zien we dat 75 procent van de mensen er op vooruit gaat en dus minder premie moet gaan betalen. Ja, er zijn ook mensen die een hogere zorgpremie krijgen en dat is de 25 procent van onze samenleving die een lastenverzwaring ook kan dragen. Juist bij deze inkomens is er geen betalingsprobleem te verwachten.

De vraag of zorg betaalbaar is, is een zeer politieke vraag. Het gaat er om hoeveel we als samenleving er voor over hebben om zorg voor iedereen te regelen. En dat draagvlak is groot. Uit vele onderzoeken blijkt

dat de Nederlandse bevolking graag wil dat zorg voor iedereen beschikbaar is. Dat is ook logisch, want ook al hoop je van niet, we kunnen allen patiënt worden. De totale zorgkosten zullen bovendien niet dalen als er bezuinigd wordt; de rekening wordt dan verschoven naar zij die de pech hebben ziek te worden of een ongeval te krijgen.

Renske Leijten en Henk van Gerven

Den Haag, november 2011

INLEIDING

Het is crisis wat betreft de zorgkosten voor de gemiddelde Nederlander. Sinds 2006 zijn de premies fors gestegen. Voor een gemiddeld gezin groeiden de vaste premies van 1.938 euro in 2006 naar 2.811 euro per jaar in 2012. Een gezin is gemiddeld bijna 900 euro extra kwijt aan vaste zorgpremies terwijl het verzekerde pakket fors is uitgekleed. Zo werd in 2006 de fysiotherapie nog vanaf de tiende behandeling vergoed, in 2012 komen de eerste twintig voor eigen rekening. Ook wordt een aantal belangrijke geneesmiddelen als slijmoplossers en maagzuurremmers niet meer vergoed.⁴

Voor grote groepen mensen hangen de vaste (nominale) premies en het eigen risico als een molensteen om hun nek. Dit kabinet tast de solidariteit verder aan door de zorgtoeslag te verlagen, het basispakket verder uit te kleden en het eigen risico⁵ fors te verhogen van 170 naar 220 euro en meer eigen bijdragen van 100 tot 200 euro in de GGZ in te voeren. Het rapport van adviesbureau zorgVuldig Advies en Berenschot toont aan dat het aantal mensen dat de premie niet kan betalen of permanent schulden heeft, onveranderd hoog blijft na de invoering van de wanbetalersregeling.⁶ Bovendien groeit het aantal mensen dat een betalingsregeling moet treffen met de zorgverzekeraar vanwege de enorm gestegen premies. In het begin van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel bleken mensen nauwelijks over te stappen. In 2011 lijkt een kentering opgetreden: fors meer mensen veranderden van zorgverzekeraar. De reden was niet

4 Zie: <http://weblog.independer.nl/persbericht/gezin-is-sinds-invoering-basisverzekering-45-meer-kwijt-aan-zorgverzekering/>

De premiestijging en de stijging van het eigen risico hebben ervoor gezorgd dat de gemiddelde Nederlander sinds 2006 45% meer betaalt aan zorgkosten. Een gezin is daardoor in 2012 gemiddeld 900 euro meer kwijt aan zorg dan in 2006.

Gezin (2 volwassenen + 2 kinderen)	2006	2012
Gemiddelde premie basisverzekering (2 volw.)	€ 2.120	€ 2.541
Gemiddelde teruggave no-claimkorting* (2 volw.)	€ 182 (-)	
Gemiddelde betaling uit eigen risico** (2 volw.)		€ 270 (+) ***
	€ 1.938	€ 2.811

* T/m 2007 kende de basisverzekering een no-claimkorting van max. 255 euro per volwassene.

** Vanaf 2008 werd de no-claimkorting vervangen door het verplicht eigen risico.

*** Gebaseerd op de begroting 2012 van het ministerie van VWS.

5 Het eigen risico is in 2008 ingevoerd. Het eigen risico bedroeg 150 euro in 2008, 155 euro in 2009, 165 euro in 2010, 170 euro in 2011 en 220 euro in 2012. In vier jaar tijd een stijging van 47%.

6 Rapport zorgVuldig Advies en Berenschot, 'Evaluatie van de wanbetalersregeling', juli 2011.

zozeer de kwaliteit; mensen stapten over vanwege financiële motieven.⁷

Op dit moment ziet 7 tot 8% van de mensen soms af van zorg vanwege financiële redenen. Dit vormt, als steeds meer mensen onterecht afzien van noodzakelijke zorg, een potentieel gevaar voor de volksgezondheid.⁸

Omdat de vaste zorgpremies in toenemende mate voor de lagere en midden inkomens onbetaalbaar worden, stelt de SP in dit rapport voor om deze premies fors te verlagen en de premies sterker inkomensafhankelijk te maken.

Dit biedt een aantal voordelen:

- De solidariteit tussen rijk en arm, gezond en niet gezond, jong en oud, werkenden en niet werkenden wordt vergroot. De stijging van de zorgkosten zijn hierdoor beter en eerlijker op te vangen.
- De zorgtoeslag kan vervallen, omdat lagere inkomens niet meer gecompenseerd hoeven te worden.
- De administratieve lasten van het eigen risico, de compensatie van het eigen risico en de zorgtoeslag vallen weg.
- De schuldenproblematiek van de wanbetalers wordt makkelijker oplosbaar.
- Nieuwe schulden zullen minder gemakkelijk ontstaan bij lage nominale premies. Uiteraard dient wel een strak inningsbeleid door de zorgverzekeraars te worden gehandhaafd.

Op ons verzoek heeft het Centraal Planbureau een drietal varianten doorgerekend om de premies voor de zorgverzekeringwet meer inkomensafhankelijk te maken:

Variante 1: Nominale premie van 400 euro per jaar zonder eigen risico.

Variante 2: Nominale premie van 400 euro per jaar zonder verhoging van het eigen risico in 2012 (eigen risico blijft 170 euro, niveau 2011).

Variante 3: Nominale rekenpremie 0 euro zonder eigen risico. Alleen opslag van individuele verzekeraar blijft nominaal. Deze opslag wordt gemiddeld gesteld op 150 euro.

Alle varianten zouden direct zonder grote stelselwijziging kunnen worden ingevoerd wanneer een meerderheid van de Tweede Kamer daarvoor kiest. De derde variant lijkt sterk op het systeem in Duitsland waar in 2009 een uniforme inkomensafhankelijke premie is ingevoerd voor alle ziekenfondsuitgaven.⁹

De SP heeft om reden van solidariteit een voorkeur voor variant 3. Deze beantwoordt het meest aan het principe dat zorg voor iedereen in dezelfde mate toegankelijk moet zijn.

7 Onderzoek Nivel 2011, 'Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars'. In 2006, bij de invoering van het nieuwe stelsel, wisselde bijna 20% van verzekeraar, in 2007 was het 6%, 4% in 2008, 3% in 2009 en 4% in 2010. In 2011 stapten meer dan 5% van de verzekerden over.

8 Onderzoek Nivel 2011, 'Ervaringen verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars'.

9 Zie het artikel van Schut en Van de Ven, 'Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse', in: Economisch Statistische Berichten, 29 oktober 2010. Uit het artikel blijkt dat in Duitsland de zorgpremie in 2010 14,9% van het bruto inkomen was tot een inkomensgrens van 3750 euro per maand.

HOOFDSTUK 1: ZORGVERZEKERING EN PREMIE

In 2006 werd het huidige zorgverzekeringsstelsel ingevoerd door VVD-minister Hoogervorst. Het onderscheid tussen de particuliere verzekering en het ziekenfonds werd opgeheven. Feitelijk is vanaf 2006 iedereen particulier verzekerd. De systematiek voor de premieheffing is dat de helft van de premie-inkomsten komt uit een inkomensafhankelijke premie en de andere helft uit een vaste premie (nominaal) die geïnd moet worden door de verzekeraars. Het idee is dat de zorgverzekeraars op het nominale gedeelte met elkaar gaan concurreren. Dit zou de premies laag moeten houden. In werkelijkheid zijn de premies echter flink gestegen, terwijl het pakket verder is uitgekleed. Zo wil het kabinet in 2012 de dieetadvisering, de eerste 20 fysiotherapeutische behandelingen en medicijnen als maagzuurremmers grotendeels voor eigen rekening laten komen.

Iedere verzekeringsplichtige moet maandelijks een vaste premie betalen aan de zorgverzekeraar. Deze kan per verzekeraar in hoogte verschillen. Wie jonger is dan 18 jaar moet wel een basisverzekering hebben maar hoeft geen vaste premie te betalen. Afhankelijk van het inkomen en de gezinssituatie kan de verzekeringsplichtige in aanmerking komen voor een compensatie van de nominale premie: de zorgtoeslag.¹⁰

De nominale premies (inclusief eigen risico) zijn sinds 2006 fors gestegen met circa 45%.¹¹ Het inkomensafhankelijke gedeelte is gestegen van 6,5% in 2006 tot 7,75% in 2011. In 2012 wordt de inkomensafhankelijke premie 7,1%. Dat komt omdat de premiegrens voor inkomensafhankelijke heffing in 2012 wordt verhoogd van 33.427 euro naar 50.065 euro. Anders zou het percentage zijn doorgestegen naar 7,90%.¹²

10 Zie: http://belastingdienst.nl/zakelijk/loonheffingen/lb22_inkomensafhankelijke_bijdrage_zvw/lb22_inkomensafhankelijke_bijdrage_zvw-01.html

11 Zie: <http://weblog.independer.nl/persbericht/gezin-is-sinds-invoering-basisverzekering-45-meer-kwijt-aan-zorgverzekering/>

12 Begroting VWS 2012 en Belastingplan 2012. In 2006 was de inkomensafhankelijke premie voor mensen in loondienst of met AOW 6,5%, in 2007 6,5%, in 2008 7,2%, in 2009 6,9%, in 2010 7,05% en in 2011 7,75%.

HOOFDSTUK 2: ZORGTOESLAG

De zorgtoeslag is bedoeld om lagere inkomens gedeeltelijk te compenseren voor de hoge nominale premie. Door de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) betalen mensen slechts tot een bepaald maximum vaste premie. Komen de vaste premies en het eigen risico boven dit maximum (dat bijvoorbeeld voor echtparen was vastgesteld op 5% van het toetsingsinkomen tot 2010), dan wordt gecompenseerd via een zorgtoeslag. Het is een omslachtige weg om toch nog in zekere mate betaling naar draagkracht mogelijk te maken. Er is veel geld mee gemoeid. In 2010 ontving 62% van de huishoudens een zorgtoeslag waarmee een bedrag van ruim vier miljard gemoeid was. En vanaf 2006 zien we dat de inkomens die recht hebben op zorgtoeslag snel toeneemt: van ruim 25.000 euro tot ruim 36.000 euro bij alleenstaanden en van ruim 40.000 euro tot ruim 54.000 euro bij paren.

Bij ongewijzigd beleid zal in 2015 68% van de huishoudens in aanmerking komen voor een zorgtoeslag waarmee dan circa 6 miljard euro gemoeid zal zijn.¹³ Dat komt omdat de vaste premies en het eigen risico veel sneller stijgen dan het inkomen van gezinnen. Er ligt nu een wetsvoorstel om de drempel waarboven men recht heeft op zorgtoeslag te verhogen. Voor een echtpaar stijgt de drempel van 5,435% in 2012 naar 6,650% van het toetsingsinkomen in 2015. Zo bespaart het kabinet circa 2,1 miljard structureel op de zorgtoeslag in 2015. Het betekent een fors koopkrachtverlies voor de minima, maar ook voor de middeninkomens van modaal tot 1,5 maal modaal. Dit kan oplopen tot 2 à 3%. Als de maatregelen doorgaan zal in 2015 het aantal rechthebbenden met 1,4 miljoen verminderen.¹⁴

Overigens bedragen de uitvoeringskosten van de zorgtoeslag blijkens de Memorie van toelichting circa 60 miljoen euro per jaar.¹⁵

- 13 'Ontwerpbesluit houdende wijziging van de percentages van het drempel- en het toetsingsinkomen voor de berekening van de zorgtoeslag', Ministerie van VWS, 22 september 2011
- 14 'Ontwerpbesluit houdende wijziging van de percentages van het drempel- en toetsingsinkomen voor de berekening van de zorgtoeslag', Ministerie van VWS, 22 september 2011:

Tabel 3: Cumulatief inkomenseffect maatregel zorgtoeslag voor huishoudens met zorgtoeslag (2015)

Inkomenseffect	Minimum	Minimum- modaal	1x – 1,5x modaal	1,5x – 2x modaal	>2x modaal	Totaal
-1 t/m 0%	24%	26%	20%	53%	70%	29%
-2 tot -1%	65%	60%	44%	42%	28%	53%
-3 tot -2%	9%	13%	35%	5%	1%	17%
<-3%	2%	1%	0%	0%	0%	1%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% aantal hh	10%	48%	27%	14%	2%	100%

- 15 Memorie van Toelichting Wet op de zorgtoeslag: <http://www.st-ab.nl/wetzmtmt.htm>

De ontwikkelingen van de kosten bij de zorgtoeslag laten zien dat het systeem in wezen niet solide is als meer dan tweederde van de Nederlandse huishoudens een zorgtoeslag nodig heeft om de premies te kunnen betalen. Het kabinet kiest voor het aanpassen van de zorgtoeslagsystematiek die de lage en middeninkomens treft. De hoge inkomens blijven ongemoeid. Het ligt daarom meer in de rede om de te hoge premiedruk aan te pakken dan het recht op zorgtoeslag te verminderen.

HOOFDSTUK 3: EIGEN RISICO

De invoering van het verplichte eigen risico in 2008 is controversieel. Voorstanders wijzen op een afremmend effect op het gebruik van (onnodige) zorg. Tegenstanders wijzen op de bureaucratie die de inning en de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten met zich meebrengt, het doorbreken van de solidariteit tussen gezonden en niet-gezonden, jong en oud, hoge en lage inkomens en werkenden versus niet werkenden en de risico's op zorgmijding door degenen die juist zorg nodig hebben.¹⁶

De gedragseffecten van het eigen risico acht het Centraal Planbureau (CPB) voorsnog beperkt. Het hoogst zijn deze bij eigen risico voor huisarts en fysiotherapie. Fysiotherapie is echter voor het grootste deel al uit het pakket. Een eigen risico voor de huisarts acht de politiek niet wenselijk vanwege mogelijke substitutie van zorg naar de duurdere tweede lijn en vanwege risico op onterechte zorgmijding. Bij een eigen risico van 250 euro schat het CPB deze op 110 miljoen in 2008.¹⁷

Ecorys heeft ook in opdracht van het ministerie de effecten van het eigen risico bestudeerd. Er treedt zoals verwacht een verschuiving op van collectieve naar private financiering van 1,3 miljard euro bij een eigen risico van 150 euro. Bij een verdere verhoging treedt uiteraard ook een verdere verschuiving op.¹⁸ De minister concludeert in haar reactie op het onderzoek het volgende: "Hoewel er nog onzekerheid bestaat over de precieze hoogte van het gedragseffect, is wel aangetoond dat het verplicht eigen risico een significante remmende werking heeft op het zorggebruik."¹⁹ Op deze reactie valt echter het nodige af te dingen. Het onderzoek van Ecorys is erg beperkt. Uit een onderzoek van het remmend effect van het eigen risico bij gezonde 17- en 18-jarigen kunnen geen algemene conclusies worden getrokken over het effect op de totale bevolking. Deze jongeren zijn namelijk doorgaans gezond en prijsgevoelig zoals de minister ook zelf zegt. Hoe ze dan toch tot de conclusie komt dat het gedragseffect groot is bij een eigen risico van

16 Een kleine twee miljoen patiënten krijgen vanwege hun aandoening het eigen risico weer gedeeltelijk gecompenseerd. Er is veel discussie over een goede afbakening van de groepen patiënten die recht hebben op deze compensatie van het eigen risico.

Bij mannen tussen 18 en 24 jaar betaalt 31% het volledige verplicht eigen risico van 150 euro (2008). Bij mannen van 65 jaar en ouder bedraagt dit bijna 86%. Het eigen risico benadeelt ouderen, zo laat het onderzoek van Ecorys uit mei 2011 zien. Ook pakt het eigen risico nadelig uit voor de lage inkomens en mensen zonder werk. Het aandeel werknemers en zelfstandigen dat in 2008 150 euro verplicht eigen risico betaalt is respectievelijk 50,4% en 46,2%. Voor arbeidsongeschikten ligt dit percentage op bijna 80% en voor bijstandsgerechtigden geldt dat 69,5% een volledige eigen risico betaalt.

17 CPB, 'Gedragseffect van eigen betaling in de zorgverzekeringswet', april 2008.

18 Ecorys, 'Evaluatie naar een verplicht eigen risico. Eindrapport', 25 mei 2011.

19 Brief aan de Tweede Kamer, 'Evaluatie verplicht eigen risico', 10 juni 2011.

150 euro, is een raadsel.²⁰ Het gaat natuurlijk met name om de effecten van het eigen risico bij (chronisch) zieken, gehandicapten en ouderen. Zij bepalen in hoge mate de kosten in de gezondheidszorg. Ecorys concludeert dat voor deze groep het eigen risico van 150 euro geen effect heeft op het zorggebruik.²¹ Vooral nog is er geen aanwijzing dat het eigen risico een negatieve invloed heeft op de gezondheid. Dit risico wordt echter wel groter als het eigen risico (fors) wordt verhoogd. Dat komt omdat patiënten moeilijk een onderscheid kunnen maken tussen overbodige en noodzakelijke zorg. Overigens worden effecten van het eigen risico op de gezondheid pas op langere termijn zichtbaar. Dat bemoeilijkt het trekken van conclusies op dit punt.

Bij de burgers en patiënten is het vrijwillige eigen risico niet erg populair. In 2008 had slechts 5% een vrijwillig eigen risico. Het macro effect van het vrijwillig eigen risico op de betaalbaarheid van de zorg is dan ook minimaal.²² Met zorg wil men kennelijk geen enkel risico lopen.

De kosten van de uitvoering van het verplichte eigen risico en de compensatieregeling bedragen circa 45 miljoen per jaar. Dat is een fors bedrag in relatie tot de mogelijke besparing aan zorgkosten van 60 miljoen door het afzien van zorg bij een eigen risico van 150 euro.²³

Al met al kunnen we concluderen dat het eigen risico vooral leidt tot een aantasting van de solidariteit in het zorgstelsel en een verschuiving betekent van collectieve naar private financiering van de zorgkosten.

20 Brief aan de Tweede Kamer, 'Evaluatie verplicht eigen risico', 10 juni 2011.

21 Ecorys, 'Evaluatie naar een verplicht eigen risico. Eindrapport', 25 mei 2011, p. 10.

22 Nza, 'Monitor Eigen Risico 2008', maart 2009.

23 CPB, 'Gedragseffect van eigen betaling in de zorgverzekeringswet', april 2008, p.6.

HOOFDSTUK 4: BETALINGSPROBLEMATIEK

Het aantal wanbetalers steeg snel met de invoering van de zorgverzekeringswet. Dit komt omdat in het ziekenfonds de vaste premies beperkt waren tot circa 30 euro per maand per volwassene. Omdat in de zorgverzekeringswet de helft van de premies niet inkomensafhankelijk moet worden opgebracht, stegen de vaste premies fors. Dit leidde tot de volgende groei van het aantal wanbetalers (cijfers CBS, maart 2011):

2006:	190.210 personen
2007:	240.250 personen
2008:	256.690 personen
2009:	318.460 personen

Per 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering van kracht geworden. Van de meeste wanbetalers worden nu de premies met een boete van 30% door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ingehouden op hun loon, uitkering of pensioen. Verwacht was een snelle uitstroom uit de wanbetalersregeling. De praktijk is echter weerbarstig. Dit blijkt uit de door het ministerie geformuleerde doelstelling in de periode 2010-2012.^{24 25 26}

Wat opvalt is dat van het aanvankelijke optimisme om het aantal wanbetalers fors te verminderen, weinig over is. Werd in de begroting van 2010 nog verwacht dat het aantal wanbetalers in 2011 al gedaald zou zijn tot onder de 171.000, in de begroting van 2012 is de verwachting bijgesteld naar circa 282.000. De resultaten van het rapport van zorgVuldig Advies en Berenschot laten ook geen ruimte voor optimisme.

Ook de crisis laat zich voelen, met name bij de lagere inkomens. Naast het grote aantal wanbetalers zijn er inmiddels honderdduizenden die een betalingsregeling hebben getroffen met de zorgverzekeraar. Een verzekeraar geeft aan dat meer dan 10% van de verzekerden betalingsproblemen heeft. De zorgtoeslag die in principe moet voorkomen dat mensen de premie niet kunnen betalen voldoet kennelijk niet.²⁷

ZonMw pleit in 2009 in haar onderzoek naar de zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag ervoor om de nominale premies fors te verlagen om de problematiek van het niet kunnen betalen van de premies op te lossen. Zij pleit voor een verlaging tot een derde van de huidige premies. Naast de afname van de fraude en een betere betaalbaarheid van de premies wordt droogjes geconstateerd dat dit ook 500 ambtenaren van

²⁴ Begroting VWS 2010.

²⁵ Begroting VWS 2011.

²⁶ Begroting VWS 2012.

²⁷ Rapport zorgVuldig Advies en Berenschot, 'Evaluatie van de wanbetalersregeling', 28 juli 2011.

de Belastingdienst scheelt die nu bezig zijn met de uitvoering van de zorgtoeslag.²⁸ Het voorstel van ZonMw vertoont grote overeenkomst met de tweede variant die het CPB voor de SP heeft doorgerekend.

Doelstelling 2010:^(voetnoot 24)

Prestatie-indicatoren						
	2006	2007	2008	2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn (2011)
1. Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie Zvw in euro's	1 030	1 103	1 053	1 064	1 085	–
2. Beheerste ontwikkeling bruto schadelast (prijspeil 2009), x € 1 miljard	25,7	26,2	31,1	32,6	33,3	34,4
3. Aantal onverzekerden (op 1 mei van een jaar)	241 000	231 000	171 280	< 171 280	< 171 280	< 171 280
4. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)	190 000	240 000	279 520	271 000	221 000	171 000

Bronnen:

1. VWS
2. VWS
3. CBS
4. CBS

Doelstelling 2011:^(voetnoot 25)

Indicator						
	2006	2007	2008	2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
1. Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie Zvw in €	1 030	1 103	1 053	1 064	1 107	1 211
2. Beheerste ontwikkeling bruto schadelast (prijspeil 2009, bedragen x € 1 miljard)	25,7	26,4	31,3	33,9	34,7	34,6
3. Aantal onverzekerden (op 1 mei van een jaar)	241 000	231 000	153 000	152 240	< 152 240	< 152 240
4. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)	190 000	240 000	279 520	318 000	268 000	218 000

Bron & toelichting

1. VWS. De daling van de nominale premie van 2007 op 2008 is deels vertekend door de afschaffing van de no-claim en de invoering van het verplicht eigen risico. De nominale premie is gebaseerd op de MEV 2011.
2. VWS. De ontwikkeling 2007-2008 is voor groot deel te verklaren door de overheveling van de geneeskundige ggz uit de AWBZ naar de Zvw. In de schadereeks 2011 zit wel de overschrijding, nog geen maatregelen.
3. CBS. Het CBS komt op 1 mei 2011 met de cijfers voor 1 mei 2010.
4. Cijfers t/m 2009 van CBS. Cijfers vanaf 2010 zullen worden geleverd door het CVZ, dat de wanbetalersregeling uitvoert. De actuele cijfers worden jaarlijks gerapporteerd in de VWS-verzekerden monitor.

Doelstelling 2012:^(voetnoot 26)

Indicator (outcome)						
	2007	2008	2009	2010	Streefwaarde 2011	Streefwaarde 2012
1. Aantal onverzekerden op 1 mei van een jaar	231 000	153 000	152 240	< 136 450	< 136 450	< 136 450
2. Aantal wanbetalers aan het einde van een jaar bij zorgverzekeraars	190 000	240 000	279 520	318 000	0	0
3. Aantal wanbetalers aan het einde van het jaar bij het CVZ	–	–	–	–	282 054	< 282 054

Bron

1. CBS. Uit de publicatie van 29 maart 2011 blijkt dat er op 1 mei 2010 136 450 onverzekerden waren.
2. CBS. Deze regel is gesplitst ten opzichte van de begroting 2011. Regel 2 geeft thans het aantal wanbetalers weer die geen premie betaalden aan hun zorgverzekeraar. Sinds de inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering op 1 september 2009 zijn deze wanbetalers overgeheveld van de zorgverzekeraars naar het bestuursrechtelijk premieregime bij het CVZ. Daarmee is het aantal wanbetalers, met een achterstand van meer dan zes maanden dat geen premie betaalt aan de eigen zorgverzekeraar, tot 0 gereduceerd.
3. CVZ. Betreft het aantal wanbetalers dat in het bestuursrechtelijk premieregime is opgenomen en waarbij het CVZ de premie int. Zoals is aangegeven in de VWS-Verzekerdenmonitor 2010 (Kamerstuk 29 689, nr. 299) wordt in rapportages over de omvang van het aantal wanbetalers niet langer uitgegaan van cijfers van het CBS, maar van het aantal wanbetalers bij het CVZ.

28 Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/11/24/evaluatie-zorgverzekeringswet-en-wet-op-de-zorgtoeslag.html> Pagina 140.

HOOFDSTUK 5: RESULTATEN DOORREKENING SP-VARIANTEN CPB

Op verzoek van de SP heeft het CPB een aantal varianten doorgerekend waarin de premies voor de zorgverzekeringswet op een meer solidaire wijze worden geheven. Voor alle drie de varianten geldt dat de zorgtoeslag overbodig wordt vanwege de inkomensafhankelijke heffing en de franchise. Alle drie varianten kunnen in principe zonder grote stelselwijzigingen worden ingevoerd.²⁹

De eerste variant is een actualisering van ons voorstel uit 2008, toen de SP voorstelde om de vaste premie te maximaliseren op 400 euro per volwassene per jaar zonder een eigen risico en zonder een zorgtoeslag.³⁰ Daarnaast hebben wij een tweede variant laten berekenen waarbij de nominale premie op 400 euro wordt vastgesteld en het eigen risico niet verhoogd maar gehandhaafd blijft op het niveau van 2011, zijnde 170 euro. Tenslotte is er een derde variant doorgerekend waarbij de nominale rekenpremie op 0 euro is vastgesteld zonder een eigen risico.

De maximum inkomensgrens voor de werkgeverspremie (inkomensafhankelijke bijdragen- iab) wordt afgeschaft. Het premiepercentage wordt verlaagd van 7,1% naar 6,6% zodat de totale iab gelijk blijft.

Ook de maximum inkomensgrens voor de werknemerspremie verdwijnt. In variant 1 komt het percentage op 5,2%, in variant 2 op 4,2% en in variant 3 op 7,4%. De bijbehorende franchise is gelijk aan de awf-franchise van 17.230 euro.

Door de premies sterk inkomensafhankelijk te maken worden de hogere inkomens meer belast dan bij het huidige beleid. In onze voorstellen stijgt de koopkracht voor driekwart van de huishoudens. De lagere inkomens gaan erop vooruit, de hogere inkomens leveren in. Het omslagpunt van positieve naar negatieve koopkrachteffecten ligt voor werkende alleenverdieners rond de 65.000 euro, voor werkende tweeverdieners tussen de 80.000 en 90.000 euro en voor werkende alleenstaanden rond 45.000 euro.

In de SP voorstellen daalt de vaste premie voor het basispakket van circa 100 euro naar circa 30 euro of lager per maand. Dit maakt de oplossing van het probleem, dat circa 300.000 mensen die thans hun premie niet (kunnen) betalen, gemakkelijker. Ook de honderdduizenden mensen die een betalingsregeling

²⁹ De CPB-notitie is als bijlage bijgevoegd.

³⁰ Zie: http://www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/5924/080828-sp_beleit_solidaire_ziektekostenpremie.html 28 augustus 2008.

hebben moeten treffen met de ziektekostenverzekeraars, zullen met dit voorstel worden geholpen.³¹ Omdat in variant 1 en 3 het eigen risico wegvalt en de toegang tot de zorg daardoor verbeterd heeft dit een gering opwaarts effect op het zorggebruik. Dit ligt in de orde van 100 tot 200 miljoen euro afhankelijk van de hoogte van het eigen risico. Daar staat tegenover dat de administratieve lasten van de zorgtoeslag en het eigen risico wegvallen. En deze bedragen circa 100 miljoen euro op jaarbasis.³² De SP heeft een voorkeur voor de meest sociale variant 3 waarbij de vaste premie van 1.222 euro per jaar wordt verlaagd naar 150 euro per jaar en zowel het eigen risico als de zorgtoeslag verdwijnen.

Het CPB schrijft op pagina 10 in haar commentaar op onze voorstellen dat het afbreuk doet aan het zorgstelsel van 2006. Allereerst zou het kostenbewustzijn bij de burger worden verminderd omdat de nominale premie zo laag wordt. Daarbij gaat het CPB ervan uit dat mensen ten onrechte zorg genieten terwijl ziekte iets is wat je overkomt. Het is geen vrijwillige keuze. Het is ook met name de hulpverlener (weliswaar in overleg met de patiënt) die bepaalt welke zorg gewenst en nodig is.

Voorts zouden de SP-voorstellen de private verzekeraars afhankelijker maken van publiek geld. Dat is juist, maar door ons gewenst beleid. Zorg behoort tot het publieke domein en dient niet door private zorgverzekeraars met winstoogmerk te worden georganiseerd.

Ten slotte beperkt variant 3 de ruimte voor verzekeraars om zich te profileren en stelt deze variant grenzen aan de concurrentie tussen verzekeraars. Wij constateren dat er nog steeds ruimte overblijft voor premieverschillen en concurrentie op premies tussen zorgverzekeraars. Ook variant 3 is derhalve mogelijk binnen het huidige stelsel. De SP vindt concurrentie tussen zorgverzekeraars echter niet de oplossing om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor iedereen te waarborgen.

31 Zie hiervoor ook het onderzoek van ZonMw van september 2009, 'Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag'.

32 De kosten voor het eigen risico bedragen circa 45 miljoen euro per jaar en voor de zorgtoeslag circa 60 miljoen euro. Zie ook: Memorie van Toelichting Wet op de zorgtoeslag (<http://www.st-ab.nl/wetwzmtvt.htm>).

BIJLAGE: CPB-NOTITIE ‘SP ALTERNATIEF VOOR DE PREMIESTELLING ZVW’



Centraal Planbureau

CPB Notitie

Aan: Ewout Irrgang (SP)

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (070) 3383 380
I www.cpb.nl

Contactpersoon
Paul Besseling
Daniel van Vuuren

Datum: 4 november 2011

Betreft: SP alternatief voor de premiestelling ZVW

1 Inleiding

De SP stelt voor om de financiering van de curatieve zorg (zvw) aan te passen. Conform een eerdere exercitie¹ richt deze doorrekening zich louter op de directe budgettaire effecten en de koopkracht. Het betreft dus een *partiële doorrekening*. De gevolgen voor het zorgverzekeringsstelsel en de budgettaire doorwerking daarvan worden niet in beeld in gebracht. Ook de gevolgen voor de arbeidsmarkt worden in deze notitie niet doorgerekend. De beide effecten kunnen echter substantieel zijn.

De mogelijke gevolgen van de andere premiestelling voor het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel worden niet gekwantificeerd. Een fors lagere nominale premie kan afbreuk doen aan het zorgverzekeringsstelsel van 2006. Daarmee kunnen de voorgestelde aanpassingen de facto neerkomen op een stelselwijziging. Doorrekening van een stelselwijziging in de zorg voert te ver voor deze notitie en zou een aparte studie vergen.

Voorts zijn in de doorrekening niet de gevolgen voor de arbeidsmarkt meegenomen. De werkgevers- en werknemerspremies en de zorgtoeslag beïnvloeden de marginale druk, waardoor mensen hun arbeidsaanbod aanpassen. In de doorgerekende varianten is sprake van verhoging van de marginale druk, omdat de verlaging van de nominale premie wordt gefinancierd door middel van een werknemerspremie die afhangt van het inkomen. Daartegenover staat dat afschaffing van de zorgtoeslag de marginale druk verlaagt. Per saldo is zeker dat de marginale druk fors stijgt voor alle huishoudens die thans geen zorgtoeslag ontvangen (circa 1/3 van alle huishoudens). Deze stijging leidt uiteindelijk tot verlaging van de werkgelegenheid en daarmee tot lagere belastinginkomsten.

Deze notitie behandelt de gevolgen voor de overheidsfinanciën en de koopkrachteffecten. De doorrekening heeft betrekking op het jaar 2012, waarbij de meest recente MEV-raming² als uitgangspunt dient. Het basisvoorstel (variant 1) behelst de volgende elementen:

- Verlaging van de nominale premie van 1222 naar 400 euro;
- Afschaffen maximum inkomensgrens voor de werkgeverspremie zvw (inkomensafhankelijke bijdrage – iab); het premiepercentage wordt zodanig (naar beneden) aangepast dat de totale iab gelijk blijft;
- Afschaffen zorgtoeslag;
- Afschaffen van het eigen risico;
- Invoering van een procentuele werknemerspremie met een franchise gelijk aan de awf-franchise, waarbij het percentage zo gekozen is dat de kosten van de vier bovengenoemde aanpassingen worden gedekt (5,2%).

De notitie behandelt voorts twee alternatieven. In variant 2 is geen sprake van afschaffen van het eigen risico, maar bevrozing op het niveau van 2011. In variant 3 wordt de nominale premie verder verlaagd, naar 150 euro. Deze nominale premie dekt alleen de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars. De nominale rekenpremie waar de zorguitkeringen uit betaald worden is in deze variant 0 euro. In beide varianten wordt de werknemerspremie weer zodanig aangepast dat het gehele pakket kostendekkend is. Hierdoor is de werknemerspremie in variant 2 het laagst (4,2%) en in variant 3 het hoogst (7,4%).

In alle varianten stijgt de koopkracht voor driekwart van de huishoudens. De koopkracht van de hoogste inkomens daalt juist fors. De herverdeling van hoge naar lage en middeninkomens is het sterkst in variant 3 en het minst sterk in variant 2. De koopkrachteffecten voor zelfstandigen zijn niet expliciet in beeld gebracht, maar zeker is ook hier herverdeling plaatsvindt van hoge naar lage inkomens. In variant 3 gaan uitkeringsgerechtigden en 65-plussers er het meeste op vooruit, omdat in deze variant een relatief groot deel van de zorg wordt gefinancierd via de werknemerspremie. In variant 2 gaan juist werknemers er relatief veel op vooruit, omdat de werknemerspremie in deze variant relatief laag is.

Paragraaf 2 gaat in op de gevolgen voor de overheidsfinanciën en paragraaf 3 behandelt de koopkrachteffecten. Tot slot volgt in paragraaf 4 een kwalitatieve discussie over de gevolgen voor het zorgverzekeringsstelsel.

¹ CPB, 2008, Budgettaire en koopkrachteffecten van SP-voorstel financiering zorg, CPB Notitie 2008/27, 27 juli 2008.

² CPB, 2011, Macro Economische Verkenning 2012.

2 Budgettaire effecten

Het budget van de afgeschafte zorgtoeslag wordt toegevoegd aan de rijksbijdrage voor het zorgverzekeringsfonds. Bij het afschaffen van het eigen risico (in variant 1 en 3) zijn de uitgaven in het kader van de zorgverzekeringswet opgehoogd met de eigen betalingen die uit het eigen risico voortvloeien (1,9 mld euro). Er is een extra ophoging, omdat het afschaffen van het eigen risico een gedragseffect met zich meebrengt van circa 200 mln euro.³ In variant 2 is geen sprake van afschaffing van het eigen risico. Wel is een beperkt gedragseffect ingeboekt vanwege de bevrozing van het eigen risico op het niveau van 2011.

Naast het afschaffen van de maximum inkomensgrens voor de inkomensafhankelijke bijdrage (iab) wordt de iab verlaagd van 7,1% naar 6,6%. De loonkosten bedrijven stijgen met 100 à 200 mln euro. Deze stijging komt doordat hogere inkomens relatief vaak in loondienst zijn terwijl juist voor hen de iab stijgt. Lagere inkomens zijn juist relatief vaak niet in loondienst, terwijl voor hen de iab daalt.

De nieuwe werknemerspremie, die net als de werkgeverspremie geen maximum inkomensgrens kent, komt in variant 1 op 5,2%; in variant 2 op 4,2%; en in variant 3 op 7,4%. De bijbehorende franchise is gelijk aan de awf-franchise van 17 230 euro.

Door verhoging van de rijksbijdrage met 600 mln euro is bewerkstelligd dat het EMU-saldo niet verbetert. De verhoging van de rijksbijdrage wordt mogelijk gemaakt door (i) lagere aow-uitgaven en (ii) hogere belastinginkomsten. De verlaging van de iab impliceert – bij gelijkblijvende netto aow – dat de bruto aow daalt, waardoor lagere aow-uitgaven resulteren. Voorts wordt inkomstenbelasting geheven over de iab. Vanwege het afschaffen van de maximum inkomensgrens en het verlagen van het premiepercentage geldt gemiddeld een hoger belastingtarief voor de aangepaste iab, waardoor de belastinginkomsten stijgen.

3 Koopkrachteffecten

3.1 Koopkrachteffecten variant 1

Tabel 3.1 toont de mediane koopkrachteffecten van variant 1 van de SP. De voorgestelde wijzigingen in de financiering van de zorg leiden tot een mediane koopkrachtverbetering van $\frac{3}{4}$ -punt. Dat betekent dat de helft van de getoonde huishoudens (werknemers, uitkeringsgerechtigden en 65-plussers) er $\frac{3}{4}$ % of meer op vooruit gaat, de andere helft gaat er minder op vooruit of op achteruit. Vooral de lagere en middeninkomens gaan er in koopkracht op vooruit; de hogere inkomens gaan erop achteruit (zie figuur 3.1). 25% van de getoonde huishoudens gaat erop achteruit, 75% gaat erop vooruit. Het omslagpunt van positieve naar negatieve koopkrachteffecten ligt voor werkende alleenverdieners rond 65.000 euro, voor werkende tweeverdieners tussen 80.000 en 90.000 euro en voor werkende alleenstaanden rond 45.000 euro. Er is herverdeling van hogere naar lagere inkomens. De lage inkomens betalen door de franchise weinig of geen werknemerspremie. Zij profiteren wel van de lagere werkgeverspremie, de lagere nominale premie en het vervallen van het eigen risico, die het wegvallen van de zorgtoeslag meer dan compenseren. Door de lagere werkgeverspremie is het belastbaar inkomen lager. Hierdoor kunnen toeslagen in kader van regelingen als kindgebonden budget en/of huurtoeslag hoger zijn. De middeninkomens zijn wel een werknemerspremie verschuldigd en verliezen een betrekkelijk lage zorgtoeslag. Dit wordt ruimschoots gecompenseerd door de lagere nominale premie, zodat toch een hoger nominaal beschikbaar inkomen resulteert. De hogere inkomens hebben geen recht op zorgtoeslag en ondervinden dus ook geen nadeel van de afschaffing hiervan. Hun koopkracht verslechtert echter doordat de maximum premiegrens van 50.065 euro vervalt.

³ Onder het eigen risico moeten verzekerden in 2012 de meeste zorguitgaven (uitgezonderd zijn huisarts, verloskunde en kraamzorg) zelf betalen tot aan een maximum van 220 euro. Bij dit maximum gaat het vooral om uitgaven aan medicijnen. Verzekerden reageren op een eigen risico met een reductie van de vraag tot het moment dat zij het maximum overschrijden. Naast dit *gedragseffect* dalen de collectieve uitgaven in 2012 omdat verzekerden de wel gebruikte zorg voor een deel zelf betalen (*financieringseffect*).

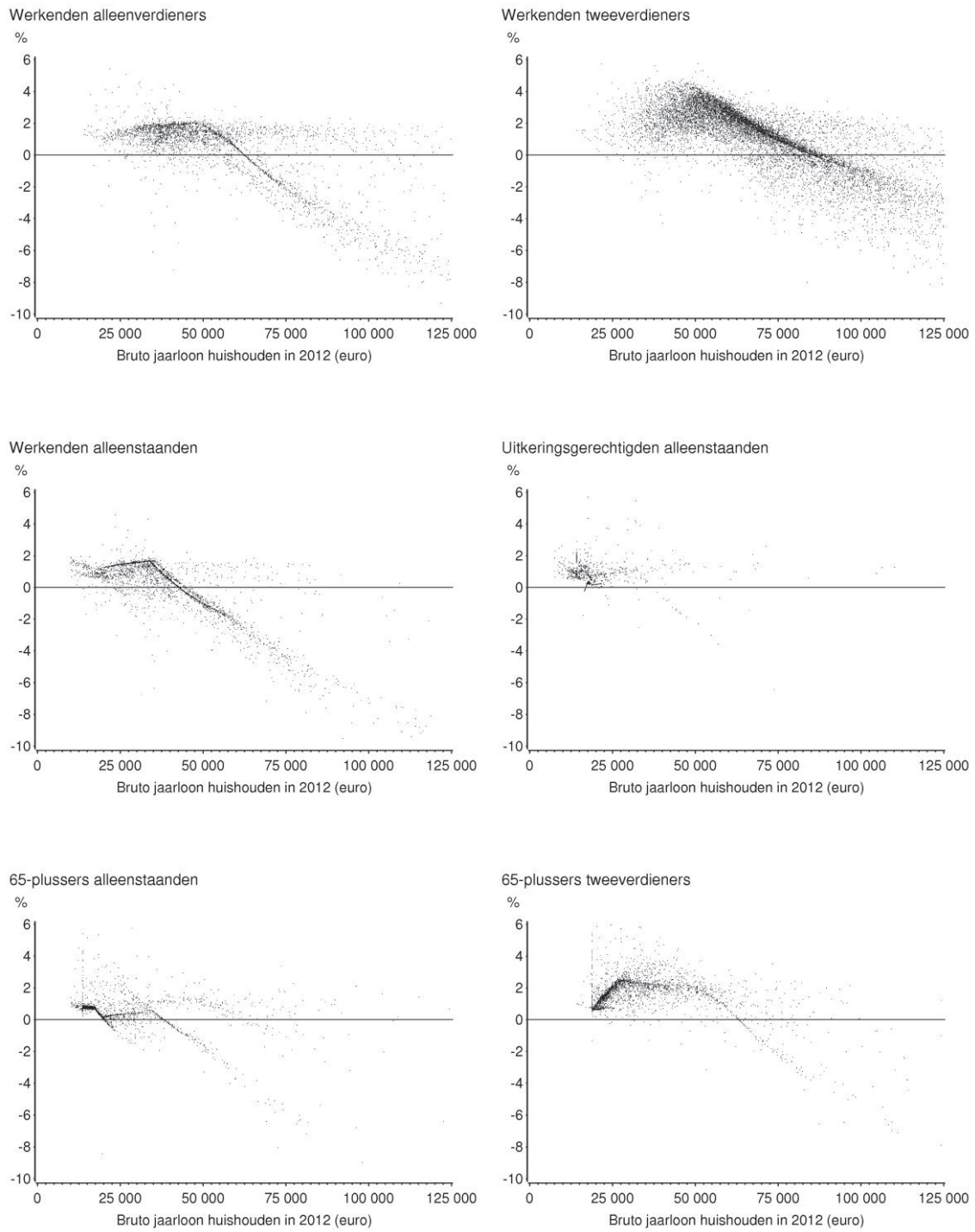
Over het extra inkomen is dan ook werkgeverspremie verschuldigd, die voor de werknemers meetelt in het belastbaar inkomen. Daarnaast betalen zij over het volledige inkomen boven de franchise van 17.230 euro werknemerspremie. De werkende alleenstaanden en de alleenstaande uitkeringsgerechtigden hebben voor de lagere en middeninkomens lagere koopkrachtverbeteringen dan tweeverdieners en alleenverdieners. Dit komt door de zorgtoeslag. Deze is relatief hoger voor alleenstaanden dan voor paren en daardoor raakt het afschaffen daarvan alleenstaanden harder dan paren.

De mediane koopkracht stijgt, terwijl het totale beschikbaar inkomen licht afneemt door het gedragseffect van het afschaffen van het eigen risico. Hoe is dit te rijmen? Het belangrijkste is dat de koopkrachtdaling van de kleine groep huishoudens die er op achteruit gaat relatief groot is, oplopend tot meer dan 5%. Aangezien dit hoge inkomens betreft, is het bedrag in euro's fors. In totaal leveren de huishoudens met een inkomen boven 350% wml (bijna 66.000 euro) ongeveer 900 mln euro in. Dit bedrag komt terecht bij de grote groep huishoudens met lagere inkomens. Daarnaast gaan zelfstandigen, die zowel de werknemerspremie als de werkgeverspremie afdragen, er in koopkracht op achteruit (in totaal 210 mln euro). Deze groep huishoudens is niet opgenomen in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Koopkrachteffecten van variant 1 afgezet tegen de MEV2012

	Tweeverdiener (c)	Alleenstaande (ouder)	Alleenverdiener	Alle huishoudtypen
Bruto huishoudinkomen (b)	verschil tussen mediaan koopkrachtmutatie in % (a)			
Werknemers				
< 175% wml	3	1¼	1¼	
175-350% wml	2¾	0	1¼	} 1
350-450% wml	1¼	-4	-¾	
> 450% wml	-1¼	-7½	-4¼	
Uitkeringsgerechtigden				
< 120% wml	} 2	¾	1	} 1
> 120% wml		¾	1	
65-plussers				
< 120% aow	1	¾	} ¼	} ¾
> 120% aow	1¾	¼		
Totaal				¾
(a) Statische koopkrachtmutaties exclusief incidentele inkomensmutaties.				
(b) Bruto inkomen uit arbeid of uitkering; bruto minimumloon (wml) en bruto 100% aow-uitkering zijn in 2012 ongeveer 18 800 euro (stand MEV2012).				
(c) De indeling van tweeverdieners naar inkomensbron is op basis van de meest verdienende partner.				

Figuur 3.1 Koopkracht naar huishoudtype, inkomensbron en huishoudinkomen, mutaties variant 1 tov MEV 2012



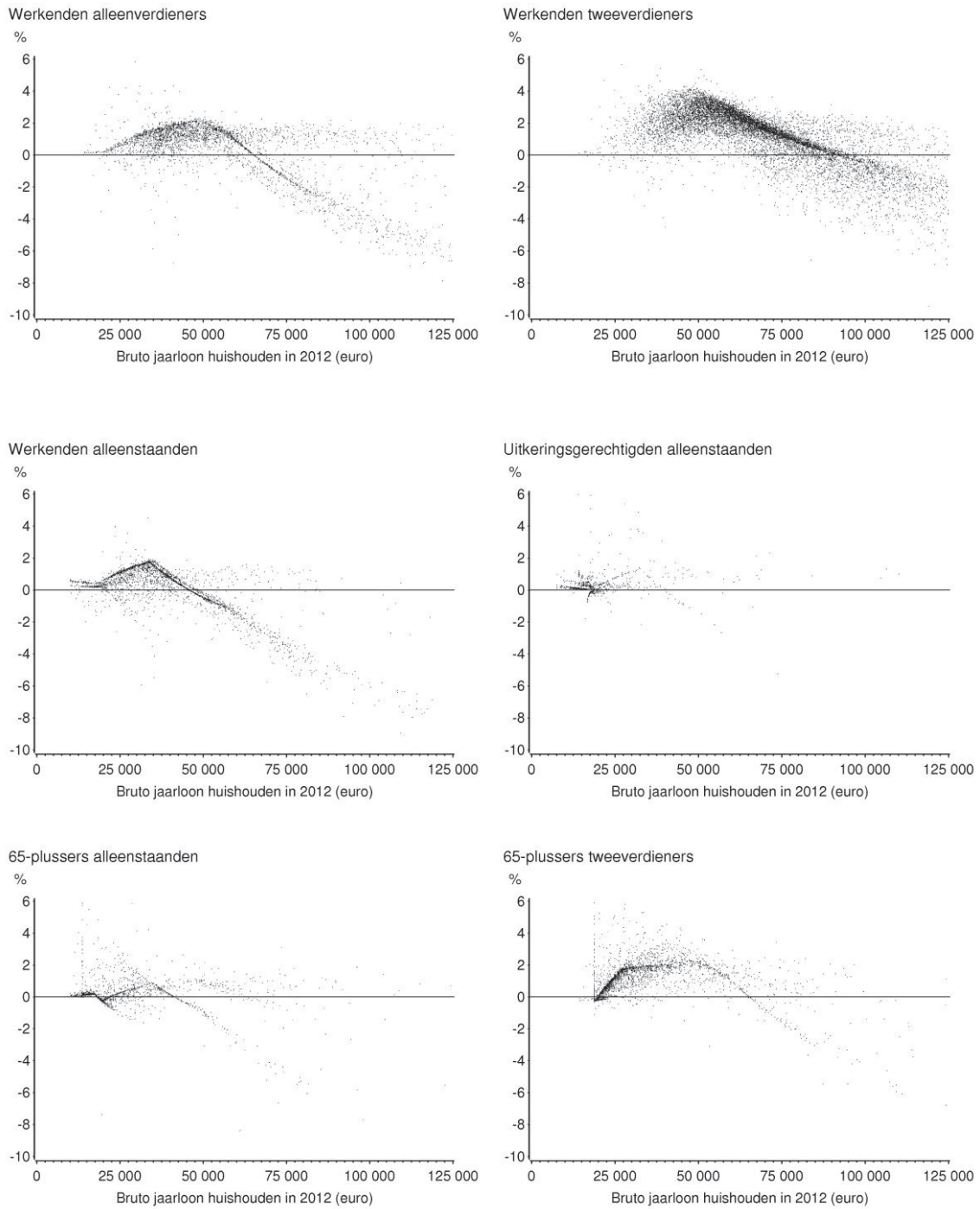
3.2 Koopkrachteffecten variant 2

Tabel 3.2 toont de mediane koopkrachteffecten van variant 2 waarin het eigen risico niet wordt afgeschaft. Dit vertaalt zich in een lagere werknemerspremie dan in variant 1 en hiervan profiteren de inkomens die de meeste werknemerspremie betalen en dat zijn de midden- en hogere inkomens. Daardoor is bij deze variant de herverdeling van hoog naar laag beperkter. Lagere inkomens gaan er minder op vooruit en hogere inkomens gaan er minder op achteruit. Net als in variant 1 gaat 25% van de huishoudens er in koopkracht op achteruit, alleen is de grootte van de achteruitgang is kleiner. Doordat het eigen risico in deze variant alleen wordt bevroren en niet wordt afgeschaft is er nauwelijks een gedragseffect. Inkomens boven 350% wml leveren in deze variant 630 mln euro in en de zelfstandigen 180 mln euro.

Tabel 3.2 Koopkrachteffecten van variant 2 afgezet tegen de MEV2012

	Tweeverdiener (c)	Alleenstaande (ouder)	Alleenverdiener	Alle huishoudtypen
Bruto huishoudinkomen (b)	verschil tussen mediaan koopkrachtmutatie in % (a)			
Werknemers				
< 175% wml	2½	¾	½	
175-350% wml	2½	½	1¼	} 1
350-450% wml	1¼	-3	-½	
> 450% wml	-¾	-6¼	-3½	
Uitkeringsgerechtigden				
< 120% wml	} 1	0	0	} ¼
> 120% wml		½	½	
65-plussers				
< 120% aow	0	¼	} 0	} ¼
> 120% aow	1½	¼		
Totaal				½
(a) Statistische koopkrachtmutaties exclusief incidentele inkomensmutaties.				
(b) Bruto inkomen uit arbeid of uitkering; bruto minimumloon (wml) en bruto 100% aow-uitkering zijn in 2012 ongeveer 18 800 euro (stand MEV2012).				
(c) De indeling van tweeverdieners naar inkomensbron is op basis van de meest verdienende partner.				

Figuur 3.2 Koopkracht naar huishoudtype, inkomensbron en huishoudinkomen, mutaties variant 2 tov MEV 2012



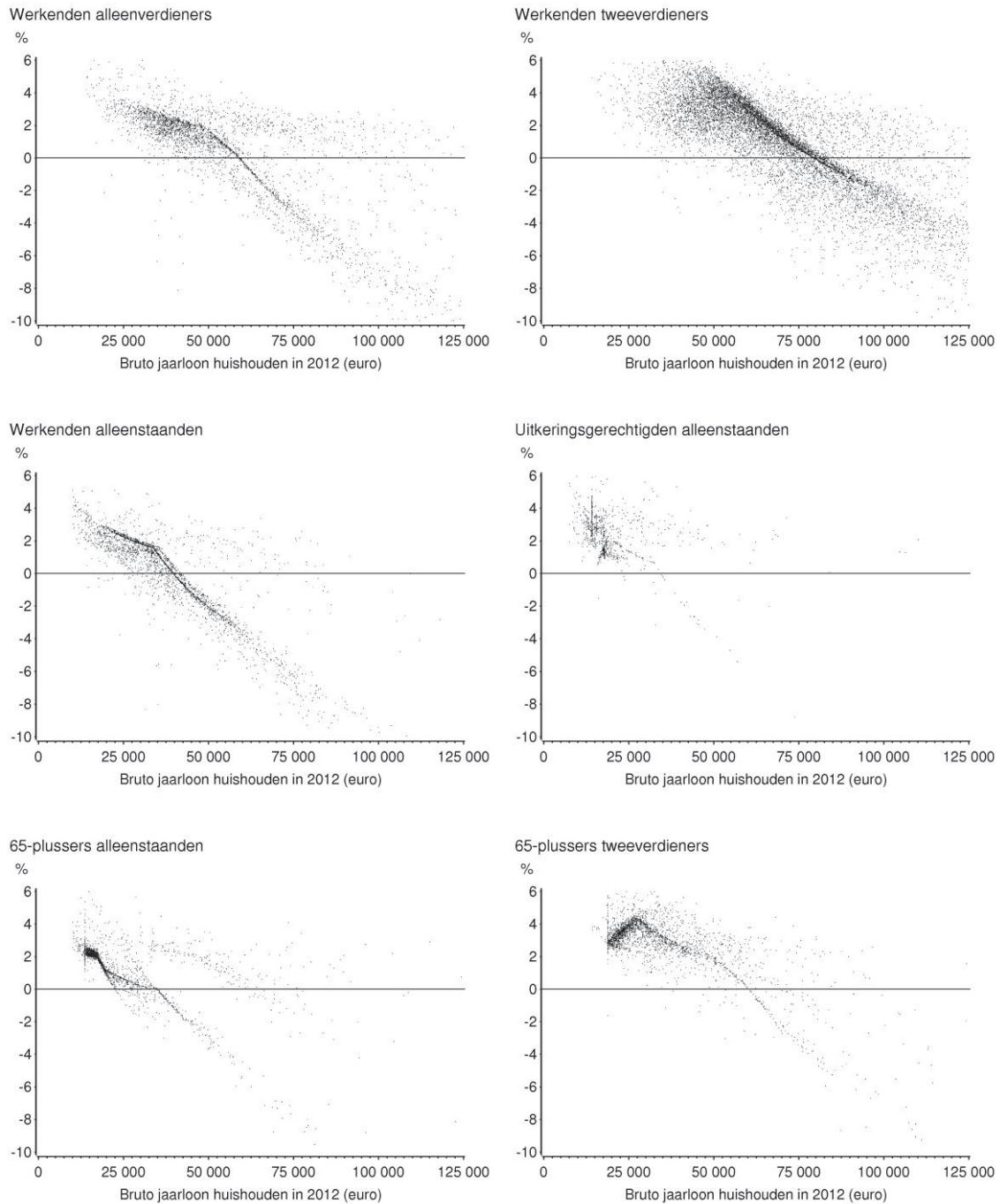
3.3 Koopkrachteffecten variant 3

Wanneer de nominale premie niet verlaagd wordt naar 400 euro zoals in variant 1, maar naar 150 euro, dan valt de werknemerspremie 2,2%-punt hoger uit en het nadeel hiervan is groter naarmate het inkomen hoger is. Deze variant heeft daardoor grotere herverdelende effecten dan variant 1. De lagere inkomens gaan er meer op vooruit en de hogere inkomens gaan er meer op achteruit. Net als in de basis gaat 25% van de huishoudens erop achteruit. In totaal verliezen de inkomens boven 350% wml 1390 mln euro en zelfstandigen houden 220 mln euro minder over.

Tabel 3.3 Koopkrachteffecten van variant 3 afgezet tegen de MEV2012

	Tweeverdiener (c)	Alleenstaande (ouder)	Alleenverdiener	Alle huishoudtypen
Bruto huishoudinkomen (b)	verschil tussen mediaan koopkrachtmutatie in % (a)			
Werknemers				
< 175% wml	4½	2	2¾	
175-350% wml	3	-½	1½	} 1
350-450% wml	1	-5¾	-1¾	
> 450% wml	-2¾	-10	-5¾	
Uitkeringsgerechtigden				
< 120% wml	} 4	2½	3¾	} 2¾
> 120% wml		1	2¼	
65-plussers				
< 120% aow	3	2¼	} 1¼	} 2¼
> 120% aow	3¾	0		
Totaal				1½
(a) Statistische koopkrachtmutaties exclusief incidentele inkomensmutaties.				
(b) Bruto inkomen uit arbeid of uitkering; bruto minimumloon (wml) en bruto 100% aow-uitkering zijn in 2012 ongeveer 18 800 euro (stand MEV2012).				
(c) De indeling van tweeverdieners naar inkomensbron is op basis van de meest verdienende partner.				

Figuur 3.3 Koopkracht naar huishoudtype, inkomensbron en huishoudinkomen, mutaties variant 3 tov MEV 2012



4 Gevolgen voor het zorgverzekeringsstelsel

Verlaging van de nominale premie heeft het voordeel dat het 'rondpompen van geld' door middel van de zorgtoeslag niet meer nodig is. Er wordt wel op gewezen dat er ook een eind zou komen aan het verschijnsel van wanbetalers, maar dat is onjuist. Want niet alleen bij de nominale premie is sprake van wanbetaling, ook bij de procentuele premie (het zwart geld circuit). Tegenover het voordeel van het overbodig worden van de zorgtoeslag staat een drietal nadelen. Een sterke verlaging van de nominale premie die elke verzekerde rechtstreeks betaalt aan de verzekeraar kan namelijk afbreuk doen aan het zorgverzekeringsstelsel van 2006.

Allereerst vermindert het kostenbewustzijn bij burgers. Van de huidige maandpremie van gemiddeld 100 euro per persoon per maand gaat een duidelijk signaal uit dat de zorg kostbaar is. Van een maandpremie van gemiddeld 12,50 euro per maand zoals in variant 3 gaat eerder het signaal uit dat de zorg vrijwel niets kost. Voorts maakt het de private verzekeraars afhankelijker van publiek geld waarmee voor hen het politiek risico groter wordt. Momenteel zijn de verzekeraars voor de helft van hun inkomsten afhankelijk van de algemene middelen, in variant 3 stijgt dat aandeel tot boven de 90%. Tenslotte beperkt variant 3 de ruimte voor verzekeraars om zich te profileren en daarmee stelt het grenzen aan de concurrentie tussen verzekeraars. In 2011 bedraagt het verschil in premie tussen de duurste individuele polis en de goedkoopste 270 euro per jaar. Aangezien polissen met een verhoogd eigen risico een lagere premie kennen is de feitelijke spreiding in werkelijkheid nog groter. Aangenomen dat verzekeraars niet met negatieve premies willen werken wordt in variant 3 de ruimte voor spreiding en daarmee de ruimte om te concurreren daadwerkelijk ingeperkt.

SP. 

www.sp.nl