

HEROVERWEGINGSONDERZOEK  
EIGEN BIJDRAGE IN DE KWARTAIRE SECTOR

**BIJLAGE II BIJ HET RAPPORT  
VAN DE WERKGROEP**

mei 1994

BEGROTINGSVOORBEREIDING 1995  
DEELRAPPORT NR. 3





**WERK GROEP HEROVERWEGING**

**EIGEN BIJDRAGEN IN DE**

**KWARTAIRE SECTOR**

**RAPPORT**

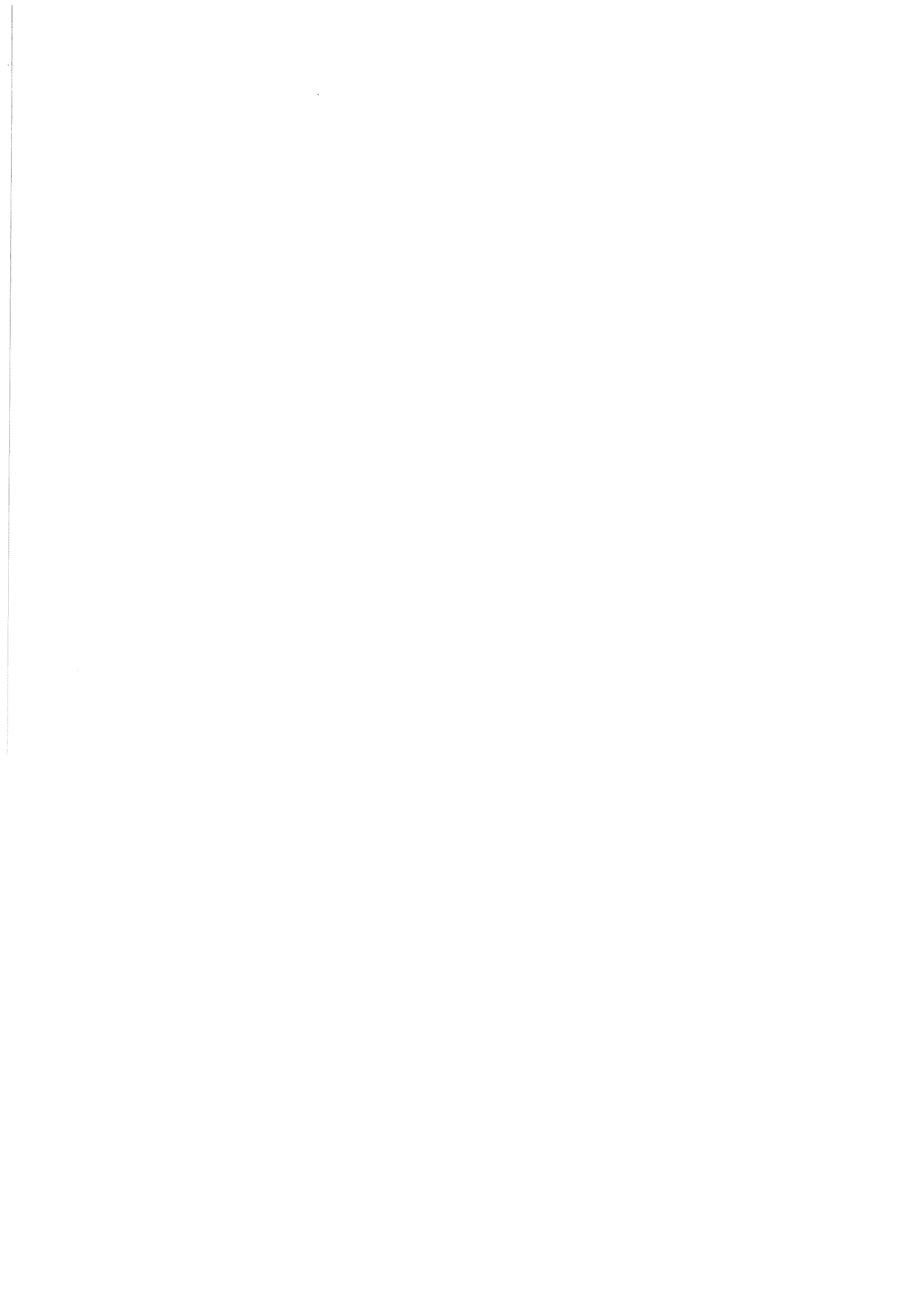
**SUBWERK GROEP**

**ZORG**

9 mei 1994

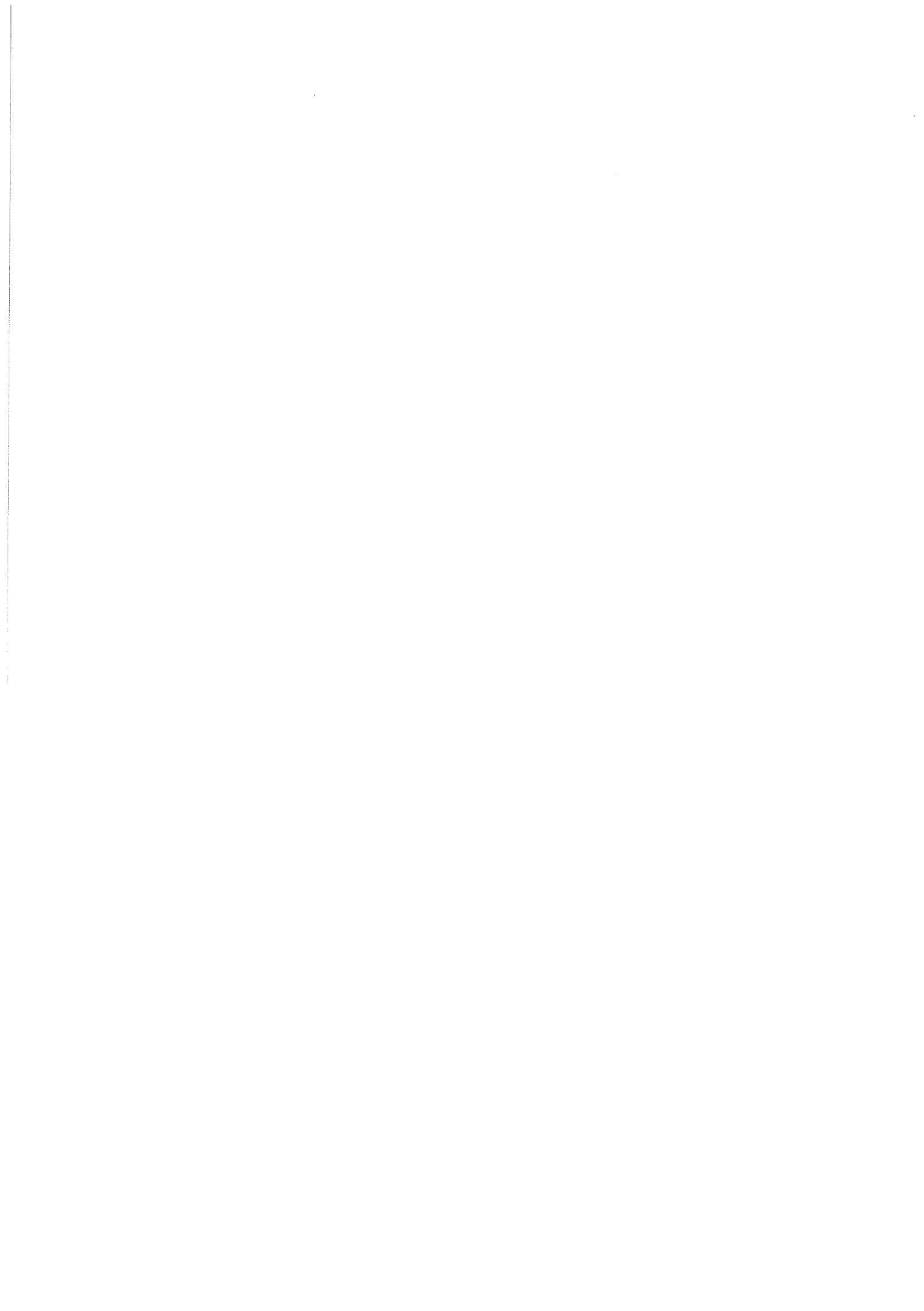
And the money came rolling in  
from all directions  
*from the weak, from the sick,*  
from the handicaped of all complexions

(vrij naar EVITA  
T.Rice & A. Lloyd Webber)



## INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING . . . . .	1
2. VERZEKEREN EN EIGEN BETALINGEN . . . . .	4
3. HUIDIGE EIGEN BIJDRAGEN . . . . .	15
4. INTERNATIONALE ASPECTEN. . . . .	20
5. HUIDIG EN VOORGENOMEN BELEID TEN AANZIEN VAN EIGEN BETALINGEN . . . . .	23
6. TOETSEN VOORZIENINGEN AAN MOTIEVEN VOOR EIGEN BETALINGEN . . . . .	36
7. VARIANTEN . . . . .	47
8. SLOT . . . . .	67



## 1. INLEIDING

De werkgroep heroverweging eigen betalingen kwartaire sector heeft op 12 december 1993 een subwerkgroep zorg ingesteld. Voor de taakopdracht en de samenstelling wordt verwezen naar bijlage 1.

In heroverwegingsonderzoeken worden beleidsvarianten uitgewerkt die beogen een grotere doelmatigheid of effectiviteit van het beleid of de bedrijfsvoering mogelijk te maken.

De heroverweging heeft zowel een budgettaire als een niet-budgettaire betekenis. De budgettaire betekenis bestaat onder meer daaruit dat op grond van besluiten over heroverwegingsvoorstellen het financiële beslag van de onderzochte onderwerpen op de begroting, danwel bij sociale verzekeringen op de collectieve lasten, in neerwaartse zin worden bijgesteld. Daarnaast wordt gekeken naar de doelmatigheid van de inzet van middelen en van het beleid. De niet-budgettaire betekenis is vooral gelegen in de bijdrage aan de herziening van beleidsstructuren (denk aan rapporten op terreinen als decentralisatie, deregulering, planprocedures, beroepsprocedures en subsidieregelingen).

In het onderhavige rapport van de subwerkgroep worden mede op grond van in de werkgroep onderkende motieven voor het vragen van een eigen bijdrage varianten ontwikkeld voor de invoering dan wel verhoging van eigen bijdragen in de zorgsector.

Daartoe wordt in hoofdstuk 2 een beschouwing gegeven over de plaats van eigen bijdragen in een verzekeringssysteem alsmede over een aantal technische karakteristieken van eigen bijdragen. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de in dit kader gebruikte begrippen en wordt een globaal overzicht gegeven van de thans bestaande eigen bijdragen. In hoofdstuk 4 worden enkele internationale aspecten aan de orde gesteld. In hoofdstuk 5 wordt het thans bestaande dan wel voorgenomen kabinetsbeleid ten aanzien van de eigen betalingen uiteengezet en beoordeeld. In hoofdstuk 6 worden de bestaande verzekeringsaanspraken getoetst aan motieven voor het vragen van een eigen bijdrage en wordt aangegeven welke varianten bezien zullen worden. In hoofdstuk 7 wordt een aantal mogelijke beleidsvarianten voor de eigen betalingen verder uitgewerkt. In hoofdstuk 8 wordt een korte slotbeschouwing gegeven.

Bij deze rapportage past vooraf een viertal opmerkingen.

Ten eerste vormen eigen betalingen van verzekerden slechts één element in het totaal van prikkels aan vraag- en aanbodzijde die noodzakelijk zijn

om tot een beheerste kostenontwikkeling in de zorgsector te komen. Het beleid is er op gericht om ten principale meer verantwoordelijkheid voor de gang van zaken te leggen bij partijen in het veld.

Doelmatiger handelen en gepast gebruik in de zorgsector zullen met name tot stand moeten komen vanuit de aanbieders van zorg. Dit vanwege de centrale plaats die zij vervullen bij de zorgverlening. Om voor hen deze rol mogelijk te maken is het noodzakelijk enerzijds vrijheden te scheppen. Anderzijds dienen er voor hen prikkels te worden ingebouwd om tot de gewenste ontwikkeling te komen.

Het stimuleren van doelmatig handelen en het bevorderen van gepast gebruik door zorgverleners dient ondersteund te worden, zowel vanaf de zijde van de verzekeraars als vanaf die van de verzekerden. Daartoe worden ook voor verzekeraars vrijheden geschapen ten einde bij te kunnen dragen aan het doelmatig organiseren van de zorg. Functionele omschrijving van de aanspraken, afschaffing van de contracteerplicht en onderhandelingsvrijheid over tarieven en capaciteiten zijn maatregelen in de relatie tussen aanbieder en verzekeraar die dit kunnen bevorderen. Daar tegenover krijgen verzekeraars ook te maken met financiële prikkels in de vorm van budgettering (bijvoorbeeld op basis van een normuitkeringssysteem) die er toe moeten bijdragen dat de verzekeraar invulling geeft aan deze vrijheden.

Evenzo dient bij verzekerden een mix van vrijheden en prikkels aanwezig te zijn ten einde ook van die kant doelmatigheid en gepast gebruik te stimuleren. Het vragen van eigen betalingen is een van die prikkels.

Bij gebruikers (patiënten) gaat het behalve om eigen betalingen met name ook om het scheppen van keuzevrijheid waardoor via het meer inhoud geven aan de soevereiniteit van de consumenten de doelmatigheid in de zorgverlening kan worden gestimuleerd.

Het voorgaande betekent dat van het instrument van eigen betalingen op zichzelf een zekere werking uit gaat op gepast gebruik, doch dat gewaakt moet worden voor te hoog gespannen verwachtingen van eenzijdige toepassing van dit instrument.

Ten tweede dient de samenhang tussen de verschillende instrumenten ten aanzien van de verzekerden in de gaten te worden gehouden.

Een beperking van het pakket van de aanspraken ligt in het verlengde van eigen betalingen. Bij een eigen bijdrage van 100% voor een aanspraak maakt deze feitelijk geen onderdeel meer uit van het pakket. Het is dan ook een kwestie van technische regelgeving of iets onderdeel uitmaakt van de aanspraak met een hoge eigen bijdrage, of dat sprake is van een beperkte dekking. Het onderhavige rapport beperkt zich bewust tot eigen bijdragen. Pakket beperking maakt dus geen onderdeel daarvan uit. Terzijde kan nog worden opgemerkt dat de juridische vormgeving



(hoge eigen bijdrage dan wel pakketbeperking) wel gevolgen heeft voor de "inkomensbescherming" (zie ook hierna). Eigen bijdragen hebben namelijk een "weglek" effect via de bijzondere bijstand (deze vergoedt een deel van de betaalde eigen bijdragen). Bij pakketbeperking treedt dit effect niet op.

Het nadenken over de aanvaardbaarheid van invoering van eigen bijdragen bij aanspraken roept ook de vraag op of de sociale verzekeringswetgeving van toepassing moet blijven op alle thans verzekerden. Naarmate de eigen bijdrage voor sommige groepen verzekerden een groter deel van de zorgkosten gaat beslaan, bijvoorbeeld door een inkomensafhankelijke maximering wordt deze vraag voor die groep pregnanter. Het is denkbaar dat in bepaalde omstandigheden het meer voor de hand ligt om de eigen bijdragen voor de verzekerden te beperken, doch de kring van verzekerde te verkleinen. Ook met dit vraagstuk heeft de subwerkgroep zich niet bezig gehouden.

Ten derde wordt in het onderhavige rapport grotendeels voorbij gegaan aan de mogelijke cumulatie-effecten van eigen bijdragen. In de werkgroep Heroverweging eigen betalingen in de kwartaire sector is er ten principale voor gekozen om het punt van de "inkomensbescherming" bij cumulatie van eigen betalingen bovensectoraal te bezien. Met de uitwerking daarvan is een aparte subwerkgroep belast. In het onderhavige rapport worden de cumulatieproblemen dan ook slechts terloops aangestipt.

Ten vierde hebben de varianten in deze rapportage alleen betrekking op de via de sociale ziektekostenverzekeringen geregelde zorg. Verklaring daarvoor is dat het belangrijkste via de begroting gefinancierde zorgonderdeel de sector bejaardenoorden is. Aangezien hier geldt dat de bewoners in beginsel alle kosten zelf betalen, voorzover dat in hun vermogen ligt, is daar geen ruimte voor verhoging van eigen betalingen. Voor het overige gaat het om een zodanige veelheid onderwerpen dat het niet zinvol is die in het huidige kader mee te nemen.

## 2. VERZEKEREN EN EIGEN BETALINGEN

### 2.1. Eigen bijdragen als onderdeel van verzekeren

Van oudsher zijn eigen betalingen onderdeel van verzekeren. Verzekerings-technisch gezien gaat het daarbij om de verdeling tussen "eigen schade" en "door de verzekering gedekte schade". Bij een schadegeval gaat het dus om complementaire zaken.

Vanuit het oogpunt van "verzekeren" is er geen verhouding aan te geven die tussen deze twee componenten in acht genomen zou moeten worden, met dien verstande dat er geen sprake meer is van een verzekering indien in alle gevallen de "eigen schade" 100% is. Als voorbeeld kan dienen de reisverzekering, waarbij bij verlies van contant geld over het algemeen niet meer dan f 250 of f 500 wordt vergoed. De "eigen schade" is dan het verschil tussen het werkelijke verlies en de door de reisverzekering gedekte schade. De "eigen schade" kan vele male hoger zijn dan de verzekeringsuitkering.

Ook bij de in het verleden vaak gehanteerde vorm van "sommenverzekering" tegen ziektekosten, waarbij de uitgekeerde schade aan een maximumbedrag was gebonden - de verzekerde som - , was de "eigen schade" afhankelijk van de werkelijke ziektekosten. De vergoedingslimiet bij een aantal hulpmiddelen is nog een voorbeeld van een sommenverzekering.

In dit verband kan de "tegemoetkoming" in de kosten van brilleglazen in het kader van de AWBZ worden genoemd, zoals deze tot 1 juli 1993 bestond. Deze tegemoetkoming bedroeg meestal slechts een fractie van de totale aanschafkosten van een bril. Ook bij de tandheelkunde is bij een aantal verrichtingen de vergoeding gelimiteerd.

Het tijdstip waarop de ZFW een integrale dekking ging geven is nog niet zo lang geleden. Zo werden tot het midden van de zestiger jaren slechts de eerste honderd dagen ziekenhuisverpleging vergoed.

#### Motieven eigen bijdragen

Technisch gezien kan de eigen betaling zowel het karakter hebben van een onverzekerde gedeelte van de schade (pakketomvang) als van een (al dan niet verplicht) eigen risico of een eigen bijdrage binnen een verzekering. Het gaat dan om de technische uitwerking.

Er zijn drie hoofdmotieven om een eigen bijdrage te vragen van de gebruiker van een voorziening:

- het besparingsmotief;
- het vraagregulatiemotief;
- het medefinancierings(profijs)motief.

Het **besparingsmotief** gaat uit van het gegeven dat in een aantal situaties het gebruik van een voorziening met zich meebrengt dat de gebruiker bespaart op de gebruikelijke kosten van het levensonderhoud. Dit zal zich met name voordoen bij langdurige opnamen in een inrichting. Maar ook bij kortdurende opnamen en bij dagverpleging en deeltijd behandeling is er in beginsel sprake van een besparing.

Voor de vormgeving van deze eigen bijdrage zijn meerdere benaderingswijzen denkbaar.

Wat betreft de gebruiker zou enerzijds uitgegaan kunnen worden van de geraamde besparing op minimum inkomensniveau. Dit bedrag zou dan voor alle gebruikers van een voorziening kunnen gelden. Deze benaderingswijze gold in de AWBZ tot en met 1982.

Anderzijds zou, bijvoorbeeld via budgetonderzoek, de besparing gekoppeld kunnen worden aan de hoogte van het inkomen van de gebruiker. Dit uitgaande van de veronderstelling dat een gebruiker met een hoog inkomen bij opnamen in een inrichting meer bespaart op de gebruikelijke kosten van levensonderhoud dan een gebruiker met een laag inkomen. Deze benaderingswijze wordt vanaf 1983 toegepast in de AWBZ.

Uitgaande van de voorziening zouden de kosten die gerekend kunnen worden tot de gebruikelijke kosten van levensonderhoud geheel in rekening kunnen worden gebracht bij de gebruiker. Afhankelijk van de juridische constructie gaat het dan om een eigen bijdrage dan wel een pakketbeperking. Duidelijk is dat in beide gevallen deze kosten zoals in rekening gebracht kunnen afwijken van de kosten van levensonderhoud zoals door de patiënt in zijn eigen omgeving daadwerkelijk gemaakt. Voorzover de in rekening gebrachte kosten bij de laatstgenoemde benaderingswijze de betaalcapaciteit van de gebruiker te boven gaat ontstaat er een probleem voor wat betreft de financiering.

Het **vraagregulatiemotief** gaat uit van de veronderstelling dat het vragen van een "prijs" voor een voorziening de omvang van de vraag zal beïnvloeden. Daarbij kan allereerst gedacht worden aan invloed op het totale volume. Bijvoorbeeld een eigen bijdrage voor de specialist heeft tot gevolg dat er een vermindering van specialistische hulp optreedt.

Ten tweede kan gedacht worden aan een verschuiving van de vraag naar zorg van duurdere naar goedkopere voorzieningen. De vraag van de ene

zorgvorm neemt dan af maar die van een andere neemt toe. In het kader van de zorgverlening is dit prijseffect maar gedeeltelijk aanwezig. Gelet op het soms gedwongen karakter van medische consumptie zal een eigen bijdrage niet altijd de omvang van de consumptie beïnvloeden. Bij een suikerpatiënt wordt het gebruik van insuline niet beïnvloed door het vragen van een eigen bijdrage. In beginsel zou de zorg, voor deze soort van eigen bijdragen, gescheiden moeten worden in "noodzakelijke zorg" die niet te beïnvloeden valt en in "zorg naar keuze" waar het vraagregulatiemotief wel een rol kan spelen. In de praktijk lijkt dat niet doenlijk. Dit enerzijds vanwege de situatie dat dezelfde zorgvorm, bijvoorbeeld specialistische hulp, in het ene geval naar keuze kan zijn en in een andere situatie onontkoombaar is. Anderzijds gaat het om de administratieve belasting, fraudegevoeligheid en dergelijke, die praktisch aan een scheiding in de weg staan.

De beste oplossing lijkt te zijn om de vraag te stellen of een eigen bijdrage invloed kan hebben op het gebruik van de betreffende zorgvorm. Het gegeven dat een voorziening gevoelig is voor het vraagregulatiemotief geeft geen indicatie over de wenselijke omvang (het niveau) van de eigen bijdrage. Over de prijs-elasticiteit van de vraag naar voorzieningen is namelijk weinig bekend.

Het **medefinancieringsmotief** stelt in feite de vraag of het noodzakelijk is dat een verzekering altijd alle kosten volledig moet dekken. Het antwoord daarop is nee. Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt worden in de huidige sociale verzekeringen niet bij alle zorgvormen alle kosten gedekt. Het duidelijkst komt dat tot uitdrukking bij het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS), bij hulpmiddelen en bij de tandheelkunde.

Dit motief zou ook het "profijtmotief" genoemd kunnen worden.

De redenering is dan dat een verzekerde "profijt" heeft van het gebruik van een voorziening en dat daarom het vragen van een eigen bijdrage gerechtvaardigd is.

De maximaal mogelijke omvang van de medefinanciering hangt in het kader van de sociale verzekeringen af van het oordeel over de aanwezige betaalcapaciteit van de verzekerden. Dit punt is met name van belang met betrekking tot beslissingen over de eventuele maximering van eigen bijdragen. Daarnaast is het van praktische betekenis bij de vaststelling van eigen bijdragen bij langdurige intramurale opname. Tevens speelt een rol het thans geldende uitgangspunt voor het tot stand brengen van een sociale verzekering, namelijk dat de financiële drempel geen overwegende belemmering mag vormen voor de toegang tot de zorg.

Indien dit uitgangspunt zou worden verlaten valt ook de ratio weg voor een sociale verzekering. De markt kan dan vrij spel krijgen. Daarnaast speelt ook de zinvolheid van het overheidsoptreden een rol. Naar mate

de dekking van de verzekering een kleiner gedeelte van de kosten van de voorziening omvat, wordt de vraag pregnanter of de overheid de betreffende zorgvorm nog wel in een verplichte verzekering moet opnemen; dat wil zeggen dat dan de pakketdiscussie om de hoek komt kijken.

Voor de vorm van de medefinanciering zijn meerdere mogelijkheden denkbaar. De radicaalste is bepaalde (onderdelen van) zorgvormen niet op te nemen in het aansprakenpakket. Daarnaast kan medefinanciering heel goed gegoten worden in de vorm van een verplicht eigen risico aan de voet of in de vorm van een vergoedingslimiet. Ten slotte kan medefinanciering geschieden in de vorm van een eigen bijdrage per gebruik. Ook hier geeft het aanwezig zijn van een motief van medefinanciering geen uitsluitel over de hoogte van de eigen bijdrage.

Het vraagregulatiemotief en het medefinancieringsmotief liggen in elkaars verlengde en lopen in elkaar over. Ze zijn theoretisch te onderscheiden doch praktisch niet te scheiden. Daar waar geen keuze is, bijvoorbeeld bij een blindedarm-ontsteking, verandert een eigen bijdrage voor specialistische hulp op basis van het vraagregulatiemotief in medefinanciering. Een bijdrage op basis van het medefinancieringsmotief zal bij een keuzemogelijkheid eveneens invloed hebben op de vraag.

In de particuliere markt heeft de eigen betaling overwegend het karakter van medefinanciering en wel in de vorm van een eigen risico aan de voet. Doelstelling is de ten laste van de verzekeraar komende schade op een vooraf bepaalde wijze te beperken. Het door verzekeraars positief beoordelen van een eigen risico heeft hoofdzakelijk te maken met het voordeel van het administratief wegvallen van kleine schadeclaims. Dit ongeacht de vraag of er nu wel of niet een volumedaling optreedt. Het vraagbeperkingsmotief zit niet zozeer in de verzekeringsdekking maar in de acceptatievoorwaarden (risicoselectie).

Het besparingsmotief speelt in de particuliere markt geen expliciete rol. Indien er vraag is naar een polis inclusief deze kosten wordt hij aangeboden.

## **2.2. Werking en vormgeving eigen bijdragen**

### *Werking eigen bijdragen*

Een belangrijke vraag blijft of de invoering van een eigen bijdrage alleen zal leiden tot een kostenverschuiving tussen reguliere premie en eigen betalingen bij gelijke kosten, of tevens zal leiden tot een vraagbeperking

en daarmee een kostenvermindering in de gezondheidszorg. Dat wil zeggen werkt een eigen bijdrage op basis van het vraagregulatiemotief? Uit onderzoek naar de discussies in verschillende landen met betrekking tot de voor- en nadelen van de invoering of de verhoging van een eigen bijdrage blijkt dat het gaat om een politieke keuze. (Zie Adams, Bertels, Cocquyt, Jorens, Pieters: De eigen bijdrage in de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap, Antwerpen 1992, blz. 16) De meningen over de effectiviteit van de eigen bijdrage blijken verdeeld. Uit verschillende onderzoeken zijn er toch wel enkele algemeenheden af te leiden met betrekking tot de doelmatigheid van eigen bijdragen in de gezondheidszorg. Daarbij moet overigens wel rekening worden gehouden met enkele specifieke kenmerken van de markt voor gezondheidszorg. Invoering van een eigen bijdrage leidt tot een daling van de vraag naar de medische voorziening. Hoe hoger de eigen bijdrage, hoe sterker de daling van de vraag. De mate waarin deze daling optreedt, verschilt sterk voor de verschillende medische diensten. Dit effect blijkt sterker naarmate de patiënt meer invloed heeft op de beslissing om medische hulp te ontvangen, de patiënt gezonder is of naarmate het inkomen van de patiënt lager is. Het voorgaande houdt in dat er rekening mee moet worden gehouden dat een afremming van de vraag naar zorg door het vragen van een eigen bijdrage kan betekenen dat ook noodzakelijke zorgvraag wordt afgeremd. Dat is niet te vermijden, doch stelt wel eisen aan de zorgvuldigheid waarmee de eigen bijdragen worden vorm gegeven. Overigens mag verwacht worden dat bij een ontwikkeld stelsel van eigen bijdragen de verzekeringsmarkt de mogelijkheid zal bieden tot verzekering van de eigen bijdragen via een aanvullende verzekering. Hoewel de premie voor deze aanvullende verzekering het risico zal weerspiegelen kan worden aangenomen dat deze mogelijkheid de kans dat noodzakelijke vraag wordt afgeremd vermindert.

#### Vaste eigen bijdragen versus inkomensafhankelijke bijdragen.

Het gegeven dat uit onderzoek blijkt dat het inkomen van de verzekerde een rol speelt bij de effectiviteit van een eigen bijdrage op basis van het vraagregulatiemotief roept de vraag op naar de meest wenselijke vormgeving van een eigen bijdrage. Dit zowel naar structuur als naar hoogte. Een vaste eigen bijdrage heeft de charme van de eenvoud. Het gaat dan om een bedrag of een percentage dat voor een ieder gelijk is. Dit schept duidelijkheid en is administratief relatief eenvoudig uit te voeren. Het is echter de vraag hoe effectief de werking is. Bij een nominale eigen bijdrage zal een laag bedrag vermoedelijk weinig remmende werking hebben.

Een hoog bedrag kan echter voor lage inkomensgroepen al gauw een te steile drempel betekenen.

Dit zou pleiten voor een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Door afstemming van de eigen bijdrage op het inkomen zou de vraagremmende werking kunnen worden bevorderd. Uitvoeringstechnisch gezien is dat echter zeer bezwaarlijk. Dit nog los van de privacy aspecten.

Daarbij komt dat een eigen bijdrage niet hoger kan zijn dan de prijs van een aanspraak. Bij zorgverlening met een lage prijs zal daardoor mogelijk-kerwijs in beide gevallen een eigen bijdrage gelden die nauwelijks vraagremmend werkt.

Technisch kan in dit dilemma gekozen worden voor een combinatie van de twee elementen. Een procentuele eigen bijdrage gebaseerd op de kosten van de zorg cumulatief tot een inkomensgerelateerd maximum. Ook in deze constructie blijven de nodige uitvoeringstechnische bezwaren aan te voeren tegen de inkomstenstoets.

Praktisch gezien is invoering van een vaste eigen bijdrage het snelst te verwezenlijken.

Zoals hiervoor al vermeld is er geen duidelijke aanwijzing voor de meest doelmatige hoogte van eigen bijdragen, aangezien de prijselasticiteiten onbekend zijn.

#### Eigen risico versus eigen bijdrage

Een systeem van eigen risico (al dan niet verplicht) en een systeem van eigen bijdragen kunnen naast elkaar bestaan. Beide kunnen tegelijkertijd worden ingezet. Bij de vraag aan welk systeem de voorkeur zou moeten worden gegeven spelen een aantal factoren een rol.

Administratief-technisch gezien is een eigen risicosysteem eenvoudiger dan een eigen bijdragesysteem. Tot het bedrag aan eigen risico wordt de verzekeraar (in ieder geval bij een restitutesysteem) niet met de financieel-administratieve afwikkeling van de schade belast. Verzekerden die slechts incidenteel ziek zijn en daardoor een schade lager dan het eigen risico hebben, zullen hun rekeningen niet insturen. Bij een eigen bijdragesysteem ziet de verzekeraar alle rekeningen en moet per keer de eigen bijdrage verrekenen.

Tevens zal bij een maximering (al dan niet inkomens-gerelateerd) deze administratief geregeld moeten worden.

Vanuit de invalshoek van de informatievoorziening betekent het voorgaande echter dat bij een eigen risico het de verzekeraar ten dele zal ontbre-

ken aan inzicht in de consumptie van zijn verzekerden. Bij eigen bijdragen is dit inzicht volledig aanwezig.

Gezien als instrument van consumptieremming valt niet eenduidig aan te geven waar de beste effecten van mogen worden verwacht. Het remmende effect van een eigen risico is in beginsel sterker. Men is in eerste instantie de totale kosten van de gevraagde zorg zelf verschuldigd. Is men echter eenmaal over het maximum van het eigen risico heen, dan is er geen enkele rem meer.

Bij eigen bijdragen mag verwacht worden dat deze gemiddeld wat langer effect zullen hebben. Men moet immers bij iedere nieuwe zorgvraag opnieuw een deel zelf betalen. De remmende werking per keer is wat minder, doch het instrument werkt wat langer. Dit ligt echter verschillend, al naar gelang de prijs van de voorziening.

Bezien vanuit toegankelijkheid van de zorg lijkt een eigen risico een grotere belemmering in te kunnen houden dan een systeem van eigen bijdragen. De eerste drempel is bij een eigen risico immers hoger (100% zorgkosten) dan bij een eigen bijdrage.

Vrijwillig versus verplicht(e) eigen risico/eigen bijdragen.

Bij een vrijwillig eigen risico kan de verzekerde zelf afwegen of de geboden premiekorting zich verhoudt tot het door hem ingeschatte ziekerisico. In die zin geeft een vrijwillig eigen risico een goede invulling aan het begrip consumentensoevereiniteit. Nadeel van een vrijwillig eigen risico is de autoselectie die zal optreden. Verzekerden die hun ziekerisico hoog inschatten dan wel chronische patiënten bij wie er geen sprake is van een risico maar van een vaste last zullen niet voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Gevolg daarvan is dat bij de verzekerden die wel voor een eigen risico kiezen zich slechts beperkt ziektekosten zullen voordoen. Probleem is dan dat tegenover premiekorting er maar een beperkt wegvallen van schade optreedt. Dat heeft tot gevolg dat de verhouding eigen risico premiekorting onaantrekkelijk dreigt te worden voor verzekerden, of dat degenen zonder eigen risico voor een deel van de premiekorting gaan opdraaien.

In de discussie over een eigen risico is daarom in de uitgebrachte adviezen van de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een verplicht eigen risico als maatschappelijk aanvaardbaarder gekenschetst dan een vrijwillig eigen risico. Iedere verzekerde heeft dan immers baat bij een gemiddelde premiekorting.

Ook uit een oogpunt van voor de verzekering wegvallende schade lijkt een verplicht eigen risico te verkiezen boven een vrijwillig eigen risico.



Hoewel in de particuliere markt een vrijwillige keuze voor eigen betalingen de vorm heeft van een eigen risico, is het theoretisch denkbaar hiervoor ook de technische vorm van eigen bijdragen te kiezen. Tegenover de premiekorting staat dan de verplichting om bij gebruik van van te voren aangegeven aanspraken een eigen bijdrage te betalen. De argumenten voor en tegen een dergelijke constructie komen grotendeels overeen met die voor en tegen een vrijwillig eigen risico. Een bijkomend punt van aandacht is de mate waarin de verzekerde zelf kan kiezen voor eigen bijdragen bij specifieke aanspraken. Dat heeft grote gevolgen voor de mogelijkheid van autoselectie. Het gevaar bestaat dat via een systeem van eigen bijdragen voor specifieke aanspraken de polis wordt toegesneden op verzekerden die deze zorgvormen waarschijnlijk niet (veel) gebruiken. Via het instrument van eigen bijdragen wordt daar in feite premie differentiatie bedreven.

Een mogelijkheid om dit probleem binnen de perken te houden zou kunnen zijn om de totale eigen bijdragen aan een maximum te binden.

Naast het vraagstuk van de vrije keus van de verzekerde tegenover een verplicht systeem bestaat bij een keuze systeem ook het vraagstuk van het al dan niet vrijwillig aanbieden door de verzekeraar.

De keuze is dan tussen een verplichting voor verzekeraars om polissen met eigen bijdragen dan wel een eigen risico aan te bieden en de vrijheid voor verzekeraars om dit na te laten als zij dit bedrijfsmatig niet nuttig vinden.

Voor een keuzevrijheid pleit dat de verzekeraars dan op grond van economische (bedrijfsmatige) overwegingen kunnen beslissen. Tegen pleit dat in die situatie de verzekerde niet kan worden gegarandeerd dat hij ook werkelijk kan kiezen voor een polis met eigen bijdragen dan wel een eigen risico. Dat is de huidige situatie in de AWBZ.

Tenslotte speelt bij het vraagstuk van verplicht versus vrijwillig nog de vraag in welke mate de overheid de (rand)voorwaarden moet voorschrijven met betrekking tot de verhouding tussen eigen bijdragen/eigen risico en de gegeven premiekorting, dan wel dat dit ter vrije beslissing aan de verzekeraar wordt gelaten.

Voor een vrije keus pleit dat in die situatie de verzekeraar de bij zijn bedrijfsvoering passende verhouding tussen premiekorting en eigen risico/eigen bijdrage kan vaststellen. Er wordt dan door de overheid geen onacceptabele regeling opgelegd. Tegen vrije keus pleit het hiervoor reeds vermelde gevaar dat de verzekeraar door specifieke vormgeving van zijn polis risicoselectie en premiedifferentiatie gaat bedrijven.

### 2.3. Praktische en uitvoeringstechnische overwegingen

Of het in de praktijk ook zinvol is om daar waar er argumenten zijn voor een eigen bijdrage deze ook in te voeren hangt van een aantal factoren af. Belangrijke factoren daarbij zijn onder meer:

- De ingevoerde eigen bijdragen moeten niet leiden tot ongewenste substitutie naar duurdere zorgvormen. Verder moeten zij niet in de weg staan aan het leggen van prikkels bij aanbieders van zorg en bij verzekeraars. Dit wil zeggen dat de vormgeving van de eigen bijdragen niet geïsoleerd moet worden gezien, doch in relatie tot het gehele zorgstelsel.

- Aanwezigheid van besparingen. Het besparingsmotief is een sterke grond voor het invoeren van een eigen bijdrage. Naar mate de besparing in omvang afneemt en van kortere duur is (dat wil zeggen bijvoorbeeld bij dagverpleging en kort durende opnamen), neemt de praktische zin van invoering af. Zo is het twijfelachtig of een eigen bijdrage, alleen op basis van het besparingsmotief, bij bijvoorbeeld dagverpleging zinvol is. Nog los van de mogelijke discussie over de werkelijke besparingen moeten de administratiekosten in het oog worden gehouden.

- Werking vraagregulatiemotief. Naar mate de prijs-elasticiteit van de vraag lager wordt ingeschat, hetgeen over het algemeen verband zal houden met de gevoelde "noodzaak" van de consumptie, zal de vraag remmende werking van een eigen bijdrage afnemen. De eigen bijdrage krijgt dan meer het karakter van medefinanciering.

- Aanvaardbaarheid medefinanciering. Het doel van een verplichte sociale ziektekostenverzekering is er voor te zorgen dat aangewezen groepen van personen toegang hebben tot noodzakelijke zorg zonder dat de prijs daarbij een overwegende belemmering vormt. De mate waarin medefinanciering aanvaardbaar moet worden geacht hangt af van de betaalcapaciteit die aan de gebruikers wordt toegedacht. Naar de mate dat deze wordt overschreden begint de getroffen overheidsvoorziening zijn nut te verliezen.

- Administratieve belasting. Het invoeren van een eigen bijdrage brengt een administratieve belasting en daarmee administratiekosten met zich mee. Bij voorstellen tot invoeren van eigen bijdragen is de vormgeving van groot belang. De verhouding tussen geraamde opbrengst en verwachte administratiekosten welke hier nauw mee samenhangt, zal in de gaten moeten worden gehouden.

- Fraudegevoeligheid. De (administratieve) vormgeving van de eigen bijdragen heeft gevolgen voor de fraudegevoeligheid van de regeling. Als voorbeeld kan het volgende dienen. De AWBZ is een individuele verzekering. Bij invoering van eigen bijdragen met een individueel maximum bestaat de mogelijkheid van fraude door boeking van het gebruik op andere naam (bijvoorbeeld hoofdpijnpoeders ten behoeve van de ene partner op naam van de andere partner wiens eigen bijdragen reeds het maximum hebben bereikt.) De omstandigheid dat thans de AWBZ verzekering gekoppeld is aan de ZFW of particuliere verzekering die een gezinsstructuur kennen, werkt die mogelijkheid in de hand. De zorgverlener is immers gewend zorg ten behoeve van een (mede)verzekerde administratief te boeken ten name van een andere (de hoofdverzekerde). Bij invoering van eigen bijdragen zal op dit punt gelet moeten worden.

#### **2.4 Eigen bijdragen in relatie tot een verplichte sociale verzekering**

Bij de voorgaande technische beschouwingen past vanuit de invalshoek van de verplichte sociale verzekeringen wel een kanttekening. In de particuliere markt is er een relatie tussen de verzekerde schade, het gelopen risico en de betaalde premie, het zo genoemde equivalentiebeginsel. Daarnaast gaat het om een vrijwillig afgesloten verzekering. Als de mogelijke uitkering te laag wordt bevonden ten opzichte van de verschuldigde premie of het ingeschatte risico, kan worden afgezien van het sluiten van een verzekering. Daarnaast zijn er meerdere polissen op de markt zodat een ieder die combinatie van dekking en premie kan kiezen die hem schikt. Bij een verplichte sociale verzekering van rechtswege, waarbij de premie grotendeels inkomensafhankelijk is, liggen de zaken duidelijk anders.

De verplichte deelname aan de verzekering en de premie naar draagkracht leiden tot gedwongen solidariteit. Die lijkt alleen verdedigbaar indien de betreffende verzekering als doelmatig wordt ervaren. De verzekeringsdekking neemt af in de mate dat er meer elementen van eigen bijdragen en eigen risico worden geïntroduceerd. In deze mate neemt echter ook de solidariteit af en daarmee een belangrijke redegeving voor een sociale verzekering.

In die zin zit er een grens aan het invoeren van eigen betalingen in de sociale verzekeringswetgeving. Net zo goed als een particuliere verzekeraar stopt met het aanbieden van polissen waar te weinig vraag naar is zou de overheid op zeker moment dienen te stoppen met regelgeving voor een sector.

## 2.5 Nominale premies

Nominale premies worden in het kader van het gevoerde kabinetsbeleid tot de eigen betalingen gerekend. Hoewel strikt genomen procentuele premies dat ook zijn, heeft het zin dit onderscheid te maken. Dit nog los van de discussie over het al dan niet toerekenen van nominale premies aan de collectieve lasten. Door de structuur (koppeling aan inkomen) en de administratieve vormgeving (inhouding aan de bron) worden procentuele premies voor de ziektekostenverzekeringen nauwelijks door de burgers als zodanig herkend. Vrijwel geen enkele burger zal weten hoeveel hij in de vorm van een procentuele premie betaalt voor de AWBZ.

Door deze vormgeving is ook de verhouding tussen risico en premie (het equivalentiebeginsel) verdwenen. Bij de ZFW betaalt alleen de hoofdverzekerde een procentuele premie.

In de discussie over de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen is in dit verband dan ook gesproken over overtrokken solidariteit. De nominale premie per persoon herstelt de directe band die gelegd wordt tussen premiebetaling enerzijds en de ziektekostenverzekering waarvoor dit dient anderzijds. Ook de relatie tussen premiebetaling en het aantal verzekerde risico's komt uitdrukkelijker naar voren.

Daarbij komt dat de budgettering van de verzekeraars ertoe kan leiden dat de nominale premie per verzekerde verschilt op basis van doelmatige zorgverlening. In die zin kan de nominale premie dan ook een instrument zijn om doelmatig gebruik te bevorderen.

### 3. HUIDIGE EIGEN BIJDRAGEN

#### 3.1 Begripsbepaling

Bij ziektekostenverzekeringen bestaan verschillende vormen van eigen betalingen. Deze vormen staan hieronder opgesomd. Niet in alle gevallen is sprake van elkaar volledig uitsluitende categorieën. Het is soms een kwestie van definitie en/of voorkeur om iets bijvoorbeeld een eigen risico of een eigen betaling te noemen.

De volgende vormen van eigen risico en nominale betalingen zijn te onderscheiden:

##### a. Nominale premies

Nominale premies zijn door de verzekerden aan verzekeraars verschuldigde nominale bedragen ter geldendmaking van hun rechten, ongeacht de hoogte van het inkomen.

De nominale premie kan verschillen per verzekeraar. Ook kunnen per categorie van verzekerden verschillende nominale premies gelden, bijvoorbeeld een jongerenpremie die lager is dan een premie voor een volwassene.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 5, worden nominale premies voor de ZFW, AWBZ en KPZ niet tot de eigen betalingen gerekend. De nominale premies voor een aanvullende verzekering vormen echter onderdeel van de betalingen voor eigen rekening en behoren wel tot de eigen betalingen.

##### b. (Algemeen) eigen risico aan de voet

Bij een (algemeen) eigen risico aan de voet zijn alle kosten van het geheel of een zeer groot deel van de door een verzekering gedekte zorg, tot een bepaald vóóraf vastgesteld bedrag gedurende een vóóraf vastgestelde periode voor rekening van de verzekerde. Pas indien (en voorzover) de kosten in de betreffende periode uitgaan boven dat bedrag gaat de verzekeraar over tot vergoeding.

Een eigen risico aan de voet kan standaard in de polis zijn opgenomen (verplicht). In dat geval is feitelijk sprake van een pakketbeperking. De kosten komen immers nooit voor rekening van de verzekering. De andere mogelijkheid is dat het eigen risico vrijwillig wordt overeengekomen tus-

sen verzekeraar en verzekerde waar tegenover dan een premiekorting staat. Het gaat dan om kosten die in beginsel wel voor rekening van de verzekering kunnen komen.

#### c. Specifiek eigen risico

Als onder b, doch beperkt tot één of een gering aantal omschreven vormen van zorg. Bijvoorbeeld huisartsenhulp en door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen. Ook hier kan weer onderscheid worden gemaakt tussen een verplicht en een vrijwillig specifiek eigen risico. In de WTZ-standaardverzekering geldt thans bijvoorbeeld een verplicht specifiek eigen risico voor niet klinische medisch-specialistische hulp.

#### d. Eigen bijdragen

Een eigen bijdrage is een van te voren vastgesteld bedrag, dat bij gebruik van een zorgvorm ten laste komt van de verzekerde. Eigen bijdragen kunnen onderscheiden worden in inkomensafhankelijke en inkomensonafhankelijke regelingen. Bij inkomensafhankelijke regelingen gaat het om betaling van een bedrag dat op een bepaalde wijze gekoppeld is aan het inkomen van de verzekerde.

Bij een inkomensonafhankelijke bijdrage gaat het om een vast bedrag dan wel een percentage van de kosten van een zorgvorm dat verschuldigd is bij gebruik. De thans bekende eigen bijdragen hebben een verplicht karakter; vrijwillige, bij verzekeringsovereenkomst vast te leggen eigen bijdragen zijn echter ook denkbaar.

Aan een eigen bijdrage kan een maximum per verzekerde of per huishouden per jaar worden verbonden. Zo'n maximum kan gelden per verstrekking, of voor een totaal aan eigen bijdragen voor meerdere verstrekkingen. Tevens kan zo'n maximum een vast bedrag zijn of een percentage van het inkomen. Een voorbeeld van een niet-inkomensafhankelijke eigen bijdrage is kraamzorg; hiervoor betaalt de consument een vast bedrag per dag.

Inkomensafhankelijke eigen bijdragen worden thans bijvoorbeeld geheven bij langdurige opname ten laste van de AWBZ en bij gezinszorg.

#### e. Contributies

Contributies zijn gekoppeld aan het vrijwillig lidmaatschap van een organisatie die bepaalde hulp verleent. Per periode wordt contributie betaald, waarna men aanspraak heeft op de hulp, al dan niet in combinatie met een eigen bijdrage. Niet-contribuanten betalen een eigen bijdrage indien zij aanspraak op hulp willen maken. Contributies zijn daarmee een krui-

sing tussen een nominale premie en een eigen bijdrage. In de gezondheidszorg komt dit thans alleen bij het kruiswerk voor.

#### f. Bijbetalingen

Van bijbetaling is sprake als de verzekerde binnen het verzekeringssysteem duurdere hulp wil ontvangen dan waarop de verzekering recht geeft. De verzekerde heeft dan wel recht op die hulp maar moet bijbetalen wat boven de maximale vergoeding uitgaat. Dit geldt thans bijvoorbeeld voor het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS).

#### g. Betalingen voor eigen rekening

Van betalingen voor eigen rekening is sprake indien de kosten van bepaalde hulp of verstrekkingen als standaard buiten de dekking van de (verplichte) (basis)verzekering vallen en dus altijd voor rekening van de verzekerde komen. Hierbij moet gedacht worden aan onder meer bepaalde tandheelkundige behandelingen, kuuroorden, drogisterij-artikelen enz.. Indien (een deel van) deze kosten voor rekening (komt) komen van een aanvullende verzekering vormt de premie voor de aanvullende verzekering onderdeel van de betalingen voor eigen rekening.

### 3.2 Eigen betalingen in het huidige stelsel

In de loop der jaren is, over het algemeen als gevolg van telkens ad hoc beslissingen, een veelheid van eigen betalingen ingevoerd. Daarbij is de motivering meestal gezocht in de specifieke kenmerken van de desbetreffende verstrekking. In het onderstaande wordt een globaal overzicht gegeven van de bestaande eigen betalingen in ZFW, AWBZ en in het kader van de Wet op de bejaardenoorden (WBO). Voor een meer gedetailleerd overzicht wordt verwezen naar bijlage 5.

#### AWBZ

Voor de AWBZ verstrekkingen moet een onderscheid worden gemaakt tussen de intramurale voorzieningen en alle overige voorzieningen. De opbrengst van de eigen bijdragen in de intramurale instellingen wordt voor 1994 geschat op 1147 mln.

Overige AWBZ-verstrekingen waar nu een eigen bijdrage voor geldt zijn de gezinsverzorging, het kruiswerk, de psychotherapie en de hulpmiddelen.

Eigen bijdragen AWBZ. (in mln. 1994)

AWBZ-instellingen	1147
Gezinsverzorging	145
Kruiswerk	300
Psychotherapie	10
Hulpmiddelen	60
Totaal	1662

ZFW

Ziekenfondsverzekerden moeten een eigen bijdrage betalen voor tandheelkundige hulp, orthodontie, kraamzorg en ziekenvervoer.

Eigen bijdragen ZFW. (in mln. 1994)

Tandheelkunde	81
Orthodontie	22
Kraamzorg	30
Ziekenvervoer	13
Totaal	146

Kosten voor keuringen (b.v. rijbewijs), zelfmedicatie, cosmetische chirurgie, kroon en brugwerk (tandheelkunde) moeten ziekenfondsverzekerden eveneens zelf betalen, maar deze betalingen maken geen onderdeel uit van de eigen bijdragen in het kader van de ZFW.



Eigen betalingen door ziekenfondsverzekerden. (in mln, 1994)  
(buiten ZFW en AWBZ)

---

Keuringen	34
Zelfmedicatie	214
Hulpmiddelen	838
Cosmetische chirurgie	25
Tandheelkunde	100
Totaal	1211

---

Ongeveer 90% van de ziekenfondsverzekerden heeft een aanvullende verzekering afgesloten, waardoor een deel van de eigen bijdragen en eigen betalingen toch weer via verzekeringspremies worden betaald. De aanvullende dekking is per ziekenfonds verschillend.

WBO

In het kader van de WBO betalen bewoners van bejaardenoorden 2175 mln.

## 4. INTERNATIONALE ASPECTEN

### 4.1 Internationale Verdragen

Nederland is gebonden aan een aantal internationale normverdragen, die normen stellen aan het niveau waaraan onder meer de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering moet voldoen.

Het betreft, voor zover voor eigen risico en eigen bijdragen relevant, de volgende verdragen.

- Verdrag betreffende de minimumnormen van sociale zekerheid, 1952 (ILO-verdrag nr. 102) (Trb. 1953, 69).
- Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten, 1964 (ILO-verdrag nr. 121), met bijlagen (Trb. 1965, nr. 16).
- Europese Code inzake sociale zekerheid, met Bijlage, Addenda en Protocol, 1964 (Trb. 1965, 47).

In die verdragen wordt onderscheid gemaakt naar de oorzaak van de te verlenen medische zorg, te weten

- a) medische zorg bij ziekte
- b) medische zorg bij moederschap (zwangerschap en bevalling)
- c) medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Sedert het afschaffen van de Invaliditeitswet in 1967 kent de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering geen onderscheid meer in oorzaken van de behoefte aan medische zorg. Daarmee heeft Nederland een algemene regeling, waarbij het er niet meer toe doet of de behoefte aan medische zorg zijn oorzaak vindt in ziekte, moederschap of arbeidsongeval of beroepsziekte.

Krachtens de onderscheiden normverdragen zijn nominale betalingen door verzekerden wel toegestaan in geval van ziekte, toestand, maar niet bij moederschap. Voor wat betreft medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn de normverdragen niet eenduidig. Zo staat ILO-verdrag nr. 121 in beginsel geen nominale betalingen toe, doch kent een ontsnappingsclausule, op grond waarvan zou kunnen worden afgeleid, dat het opleggen van nominale betalingen zou zijn toegestaan, indien de medische zorg in geval van arbeidsongeval of beroepsziekte wordt verleend in het kader van een algemene regeling. De Europese Code inzake sociale zekerheid staat daarentegen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten in het geheel geen nominale betalingen toe.

Overigens zal binnenkort de ratificatieprocedure worden gestart voor de Herziene Europese Code inzake sociale zekerheid (nog niet gepubliceerd), die in 1990 tot stand is gekomen. De Raad van State heeft inmiddels zijn advies uitgebracht. Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft bij de ratificatieprocedure het voortouw.

Indien Nederland tot ratificatie overgaat, zal deze Herziene Code voor de huidige in de plaats treden. Ook deze Herziene Code kent, naast uitdrukkelijk toegestane nominale betalingen zowel bij ziekte als bij moederschap, ook expliciete verboden op nominale betalingen, bijvoorbeeld in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten, zij het dat de tekst van het Verdrag aanleiding geeft te veronderstellen dat de Verdragsluitende Partij van wie de wetgeving aan bepaalde criteria voldoet, van dat verbod mag afwijken. De Herziene Code kent namelijk een soortgelijke ontsnapingsclausule als ILO-verdrag nr. 121. Een overzicht van de relevante bepalingen uit de normverdragen is als bijlage 2 bijgevoegd. Het voorgaande betekent dat het na ratificatie van de herziene code mogelijk lijkt om een systeem van verplichte eigen betalingen (eigen risico's dan wel eigen bijdragen) in de sociale verzekeringen in te voeren.

Als de Herziene Code geratificeerd is mogen nominale betalingen krachtens het dan nog steeds geldende ILO-verdrag nr. 102, niet worden opgelegd in geval van medische zorg bij moederschap.

Waar overigens nominale betalingen zouden worden opgelegd, mogen deze ingevolge de normverdragen nooit zodanig worden vastgesteld, dat zij een te zware last voor de betrokkene met zich brengen.

Daarnaast is het zo dat bij invoering van eigen betalingen, de werknemers in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten civielrechtelijk verhaal kunnen instellen op de werkgever voor deze eigen betalingen.

#### **4.2 Eigen betalingen in de lidstaten van de Raad van Europa**

Naar aanleiding van het "Actieplan eigen betalingen in de wettelijke ziektekostenverzekering" is door WVC een enquête uitgezet bij de Lidstaten van de Raad van Europa.

Slechts 3 van de 25 geënquêteerde landen (Griekenland, Italië en Hongarije) hebben niet gereageerd. De overige hebben zoveel informatie over het nationale eigen-bijdragesysteem verstrekt dat het mogelijk is, met enige aanvullende informatie uit publicaties van de Raad van Europa en de Europese Gemeenschappen, een globaal overzicht op te stellen van in de Lidstaten bestaande systemen van eigen betalingen.

Het desbetreffende schema met lijst van noten is opgenomen in bijlage 3.

De conclusie die met betrekking tot systemen van eigen betalingen in de sociale ziektekostenverzekeringssystemen van de landen van de Raad van Europa uit de enquête kan worden getrokken is de volgende:

- er zijn vier landen die in het geheel geen eigen bijdragen vragen, namelijk Bulgarije, Cyprus, Malta en Polen;
- alle andere landen die hebben gereageerd, kennen een systeem van eigen bijdragen voor één of meer verstrekkingen.
- Op grond van het overzicht kan worden geconcludeerd dat Nederland zich wat betreft het vrijwel afwezig zijn van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering in een uitzonderingspositie bevindt.

### 4.3 Eigen betalingen in de OESO-landen

In vrijwel alle landen van de OESO zijn in de afgelopen tien jaar maatregelen getroffen om de kosten van gezondheidszorg te beheersen. Hoewel de nadruk lag op beïnvloeding van de aanbieders van zorg, maken voorstellen dan wel maatregelen op het terrein van de eigen betalingen in vrijwel alle landen onderdeel uit van de hervormingsplannen.

Voor de vormgeving wordt over het algemeen gekozen voor het selectief aanbrenge van eigen bijdragen bij een aantal voorzieningen. Alleen Japan kent een generaal systeem van eigen bijdragen van 10% van de kosten. Alleen Portugal en Nieuw Zeeland kennen inkomensgerelateerde eigen betalingen.

In het Rapport "The reform of health care, A comparative analysis of seven OECD countries" uit 1992, wordt gesteld dat een bescheiden vorm van eigen bijdragen zowel uit een oogpunt van efficiency als van toegankelijkheid vermoedelijk de beste methode is. De hoofdbijdrage voor doelmatig handelen en gepast gebruik zal van de aanbieders van zorg moeten komen.

In de landen van de OESO speelt naast kostenbeheersing ook toegankelijkheid, zowel in fysieke als financiële zin, een belangrijke rol.

Bestudering van het materiaal van de OESO leidt tot de conclusie dat bij vrijwel alle OESO-landen invoering danwel verhoging van eigen bijdragen een rol speelt bij het willen bevorderen van gepast gebruik.

In dat opzicht passen de Nederlandse voorstellen in die richting binnen een algemeen patroon.

## 5. HUIDIG EN VOORGENOMEN BELEID TEN AANZIEN VAN EIGEN BETALINGEN.

### 5.1. Inleiding

In de politieke en maatschappelijke discussie over de stelselwijziging is, onder meer op grond van de financieel-economische situatie waarin ons land verkeert, geleidelijk aan een grotere nadruk komen te liggen op de eigen financiële betrokkenheid van de verzekerden.

In de brief van 5 juni 1992 aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II, 1991-92, 22 393, nr. 20, p.2) constateert het kabinet dat de beoogde gunstige effecten van de regelgeving niet optreden zonder nadere actie. Zo worden, ondanks wetsaanpassingen die dat sedert 1 januari 1992 mogelijk maken, door zorgverzekeraars nog weinig pogingen ondernomen verzekerden in de AWBZ te confronteren met kosten-baten afwegingen. Materieel worden in de AWBZ niet of nauwelijks eigen risico's aangeboden, terwijl zulks in de ZFW formeel nog niet is toegestaan. Het kabinet is de opvatting toegedaan dat aanvullende inspanningen op het terrein van de eigen betalingen en de doelmatigheid in de zorgsector noodzakelijk zijn.

Een en ander is uitgewerkt in de op 15 juni 1992 aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden nota "Modernisering zorgsector, weloverwogen verder" (Kamerstukken II, 1991-92, 22 393, nr.23), verder aan te duiden als de nota "Weloverwogen verder". In die nota handhaaft het kabinet zijn eerder ingenomen standpunt dat in de eindfase van de stelselherziening 82 procent van het totaal van de zorgkosten inkomensafhankelijk (procentueel) gefinancierd dient te worden. De resterende 18 procent van het totaal van de zorgkosten dient niet-inkomens gerelateerd (nominaal) te worden gefinancierd.

Onder het nominaal gefinancierde deel van het totaal van de zorgkosten worden in dit kader gerekend de betalingen ter zake van:

- niet verzekerde zorgvormen;
- nominale premie in het kader van aanvullende verzekeringen;
- nominale premie in het kader van de basisverzekering;
- alle eigen betalingen in de vorm van eigen risico's of eigen bijdragen in het kader van een aanvullende verzekering;
- alle eigen betalingen in de vorm van eigen risico's of eigen bijdragen in het kader van de basisverzekering.

In de nota kondigt het kabinet aan dat de mogelijkheden van versnelde groei naar de door hem gewenste verhouding 82/18 tussen het

procentuele - en het nominale deel van de financiering van de zorgkosten zullen worden onderzocht en worden ingevoerd in de mate waarin zij kunnen worden ingepast in het algemene koopkrachtbeeld.

In de nota wordt gesteld dat naast de verhoging van het nominaal gefinancierde deel van de premie van 15% naar 18% vanuit de gedachte dat daarmee de kostenbeheersing zou worden gestimuleerd, aan de orde is of het kostenbeheersende effect niet tevens versterkt moet worden door een fors deel van de zorgkosten de facto te laten neerslaan in directe eigen betalingen van de burgers.

Berekend kan worden dat in de bestaande situatie directe eigen betalingen circa 15% bedragen van de totale zorgkosten.

Gelet op het belang van eigen betalingen voor een beheerste ontwikkeling van de kosten in de zorgsector acht het kabinet het nodig een norm te stellen voor de omvang van de eigen betalingen.

Het kabinet acht handhaving van het niveau van eigen betalingen op ten minste 15% van de totale zorgkosten noodzakelijk. Dit percentage wordt als strikte voorwaarde gehanteerd voor de mogelijkheid van voortgaande stappen bij vormgeving van de moderne zorgverzekering, aldus voormelde nota.

De eigen betalingen die meetellen voor deze 15%-norm zijn:

- eigen bijdragen in de sfeer van ZFW, AWBZ en KPZ;
- de zorgkosten die bij het nemen van een eigen risico in de particuliere markt voor eigen rekening komen;
- eigen bijdragen en contributies voor gezinsverzorging/kruiswerk;
- de inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrageregelingen bij intramurale opname in de AWBZ en voor bewoners van bejaardenoorden;
- premies voor aanvullende verzekeringen;
- eigen betalingen voor niet verzekerde zorgvormen of zorgonderdelen.

Het gaat gedeeltelijk om inkomensafhankelijke en gedeeltelijk om inkomensafhankelijke betalingen.

De norm van 15% voor eigen betalingen overlapt de tweeslag van nominale betalingen (18%) en procentuele betalingen (82%) die door het kabinet als doelstelling wordt gehanteerd voor de financiering van de totale zorgsector.

Zo worden de inkomensafhankelijke bijdrageregelingen die onderdeel uitmaken van het procentuele deel van de financiering van de zorgsector wel gerekend tot eigen betalingen.

De nominale premie voor de basisverzekering, die behoort tot het nominale deel van de financiering, maakt echter geen deel uit van de norm voor eigen betalingen.

In dit kader is het op 17 november 1992 door het kabinet en de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) ondertekende "Memorandum inzake uitkomsten van overleg kabinetsdelegatie - verzekeraars" van betekenis (Kamerstukken II, 1992-1993, 22 393, nr. 43).

In dat memorandum wordt aangegeven dat het kabinet, de VNZ en het KLOZ overleg hebben gevoerd over kostenbeheersing in de gezondheidszorg en over knelpunten in het proces van modernisering van de zorgsector en de mogelijke oplossingen daarvoor. Het overleg heeft geresulteerd in het formuleren van uitgangspunten en beleidsintenties. In het kader daarvan is het volgende van belang:

- De ontwikkelingen binnen de zorgsector confronteren alle betrokken partijen met een serieus vraagstuk van een beheerste ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg, op zowel de korte als de lange termijn.
- Kabinet, VNZ en KLOZ zijn het er over eens dat een beheerste ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg ook een verantwoordelijkheid is van verzekeraars, aanbieders en consumenten en niet alleen van de overheid. Verzekeraars zullen dan ook vanuit hun gedeelde verantwoordelijkheid, binnen de hen daarvoor geboden en nog te bieden mogelijkheden, een actief beleid voeren gericht op een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. Voor de langere termijn zullen kabinet en verzekeraars streven naar de ontwikkeling van een zodanige (wettelijke) structuur dat daarbinnen optimale voorwaarden zijn geschapen voor alle betrokken partijen om op actieve wijze bij te dragen aan een beheerste ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg. Daarvan maken behalve een bij de verschillende zorgvormen passende beheersingsstructuur ook maatregelen op het terrein van contractering en beloning van aanbieders van zorg en op het terrein van de verzekeringsaanspraken en de eigen betalingen van verzekerden, waaronder het bevorderen van het eigen risico, deel uit.

De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft, gelet op hetgeen in het voormelde memorandum met betrekking tot eigen risico's is gesteld, in de motie van de leden Kamp en Dees (Kamerstukken II, 1992-1993, 22 808, nr. 8) de regering uitgenodigd een voorstel van wet voor te bereiden dat de invoering van een eigen risico in de Ziekenfondswet mogelijk maakt.

Als uitvloeisel van deze ontwikkelingen is op 22 april 1993 het actieprogramma eigen betalingen naar de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II, 1992-1993, 22 393, nr. 49). Het daarin vastgelegde beleid bij de eigen betalingen kan als volgt op hoofdpunten worden samengevat:

- De juridische belemmeringen die er thans in de AWBZ en ZFW zijn om op vrijwillige basis een polis met een eigen risico aan te bieden zullen worden weggenomen. Een voorstel van wet daartoe zal voor advies aan de Raad van State worden gezonden. In dit wetsvoorstel is ook de mogelijkheid voor verzekeraars opgenomen om zogenaamde no-claim polissen aan te bieden. De praktische belemmeringen in de budgettering van verzekeraars die het aanbieden van een polis met een eigen risico in de weg staan, zullen zoveel mogelijk via een normatieve aanpassing van de verzekeringsbudgettering worden weggenomen.
- Invoering met ingang van 1-1-1994 van een algemene eigen bijdrage van 15% voor die hulpmiddelen waarvoor nu nog geen eigen bijdrage geldt (met handhaving van de bestaande eigen bijdragen en maximum vergoedingen) tot een maximum van f 200,- per verzekerde per jaar.
- Er zal een verdere uitdunning van het pakket plaatsvinden op het terrein van de hulpmiddelen en de farmaceutische hulp. Het gaat daarbij om het per 1-7-1993 niet langer vergoeden ten laste van de AWBZ van brilleglazen en contactlenzen, tenzij van een medische indicatie sprake is. Ten aanzien van homeopathische, antroposofische en niet WTG-geneesmiddelen zal vergoeding ten laste van de AWBZ met ingang van 1-7-1993 worden beëindigd.
- Bij invoering per 1-1-1994 van de Wet regelende de wettelijke aanspraken op zorg in de AWBZ zal gelijktijdig in het kader van de modernisering van het cluster verzorging en verpleging een inkomensgerelateerde regeling voor thuiszorg als geheel worden ingevoerd. Dit uit een oogpunt van samenhang met de regeling bij intramurale opname en ter voorkoming van aanzuigende werking.
- Op grond van het richtsnoer "gelijke monniken, gelijke kappen" zal invoering in het voertuig van de sociale ziektekostenverzekering, thans de AWBZ, van een verplicht systeem van eigen bijdragen worden bevorderd. Daaraan is onlosmakelijk verbonden de invoering van een inkomensafhankelijk maximum. Naast dit systeem blijft er een inkomensafhankelijke bijdrageregeling voor een beperkt aantal aanspraken, met name daar waar besparingen optreden op kost en inwoning.

Bij deze maatregelen heeft het kabinet als richtsnoer het motto "gelijke monniken-gelijke kappen" gekozen. Dat wil zeggen dat te nemen maatregelen zowel op ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden van toepassing moeten zijn.



De Tweede Kamer heeft dit programma in een mondeling overleg op 1 juli 1993 op hoofdlijnen aanvaard.

In het navolgende wordt nader op deze onderwerpen ingegaan.

## **5.2. Wetsvoorstel vrijwillig eigen risico sociale ziektekostenverzekering**

In de AWBZ bestaat thans de mogelijkheid voor verzekeraars om, daar waar op basis van het restitutiesysteem wordt gewerkt, de verzekerde tegenover een korting op de nominale premie een polis met een eigen risico aan te bieden

Deze mogelijkheid is in de Wet 2e fase gerealiseerd teneinde particuliere ziektekostenverzekeraars in staat te stellen bij geneesmiddelen (en destijds ook bedoeld bij huisartsenhulp) het vóór de overheveling naar de AWBZ gevoerde beleid voort te zetten. Voor zover zij voor de overheveling polissen met eigen risico's voor geneesmiddelen voerden, zou dat door de getroffen regelgeving na de overheveling kunnen worden voortgezet.

In de praktijk is tot nu toe van deze regeling geen gebruik gemaakt.

De door verzekeraars in het verleden aangevoerde argumenten waarom deze mogelijkheid niet werd benut waren:

- te weinig voorbereidingstijd (Wet 2e fase stond pas 31-12-91 in het Staatsblad);
- alleen verzekeraars die op restitutiebasis werken kunnen van de mogelijkheid gebruik maken;
- de hoogte van de nominale premie is onvoldoende;
- te weinig inzicht op dit moment in de verhouding eigen risico/schadelast vermindering;
- de hoogte van de nacalculatie bij de verzekeraarsbudgettering.

In het kader van de nota: "Weloverwogen verder" is toegezegd de bestaande belemmeringen weg te nemen.

Bij de vaststelling van het financiële macrokader voor de AWBZ voor het jaar 1994 is een zogenoemd "premiereductiemodel" opgenomen dat er toe leidt dat de belemmeringen voor wat betreft de nacalculatie worden weggenomen. Verzekeraars die verzekerden een eigen-risicopolis verkopen met een eigen risico van minimaal f 200,-, krijgen in het kader van de nacalculatie forfaitair f 125,- bijgeteld. Tot nu toe heeft geen verzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De ontwikkeling in de markt zal nauwlettend worden gevolgd.

Het wetsvoorstel vrijwillig eigen risico sociale ziektekostenverzekering regelt dat in de AWBZ ook door verzekeraars die op natura-basis de verzekering uitvoeren een polis met een eigen risico mag worden aangeboden.

Daarnaast regelt het wetsvoorstel dat nu ook in de ZFW een eigen risico mag worden aangeboden. Tevens mag zowel op basis van het naturastelsel als op basis van het restitutiesysteem worden gewerkt. Thans is het naturasysteem nog wettelijk verplicht in de ZFW.

In beide verzekeringen (AWBZ en ZFW) mogen verzekeraars ook polissen met een no-claim korting aanbieden.

Zoals is aangegeven in hoofdstuk 4, vormen een aantal door Nederland geratificeerde internationale verdragen thans nog een belemmering voor het invoeren van een verplicht stelsel van eigen betalingen. Dit is mede de achtergrond waarom het thans ingediende wetsvoorstel zich beperkt tot het scheppen van mogelijkheden voor het op vrijwillige basis aanbieden van een eigen risico.

Het wetsvoorstel is op 3 januari 1994 aan het parlement aangeboden. (Kamerstukken II, 1993-1994, 23 567, nr. 1-3). Invoering kan op zijn vroegst per 1-1-95, op voorwaarde dat het parlement het voorstel tijdig afhandelt. Gelet erop dat particuliere verzekeraars tot nu toe geen gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheden in de AWBZ valt niet te verwachten dat het wetsvoorstel op korte termijn grote verandering in het gedrag van verzekeraars zal brengen. Dit zal mede bepaald worden door de verdere ontwikkelingen in de stelselwijziging.

### **5.3. VB-Rapport**

Het beleid met betrekking tot eigen betalingen in de zorgsector, zoals dat is uiteengezet in het bovengenoemde actieplan eigen betalingen, moet worden gezien binnen het kader van de algemene uitgangspunten inzake bevordering van gepast gebruik en van doelmatigheid, die het kabinet ten grondslag heeft gelegd aan zijn voorstellen tot modernisering van de zorgsector. Binnen die uitgangspunten past het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen in de zorgsector. Dat geldt voor verzekeraars, voor aanbieders van zorg en ook voor de verzekerden. Het invoeren van een systeem van verplichte eigen bijdragen vormt één van de in het actieplan genoemde mogelijkheden om vorm te geven aan de gewenste vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden.

Indien, met inachtneming van het bovenstaande, wordt onderzocht of het aanbeveling verdient een systeem van verplichte eigen betalingen in te

voeren, is vervolgens allereerst de vraag aan de orde aan welke voorwaarden zo'n systeem zou moeten voldoen. Hierbij zijn drie essentiële criteria te onderscheiden.

1. eenvoud/uitvoerbaarheid;
2. gelijke behandeling van burgers;
3. eerlijke lastenverdeling.

Het eerste criterium heeft geleid tot het formuleren van de centrale vraagstelling in het aan VB-advies opgedragen onderzoek, de vraag naar de technische haalbaarheid/uitvoerbaarheid van het voorgestelde systeem van verplichte eigen bijdragen.

Het tweede criterium brengt met zich mee dat eventuele invoering van een systeem van verplichte eigen bijdragen dient plaats te vinden in de AWBZ c.q. de zorgverzekering. Dit uitgangspunt vormde voor de onderzoekers een gegeven.

Het derde criterium is ingevuld met de beslissing van het kabinet om een systeem van verplichte eigen bijdragen vergezeld te doen gaan van een inkomensafhankelijke maximeringsregeling. Ook dit uitgangspunt vormde voor de onderzoekers een gegeven.

In de maanden juni/augustus heeft VB-advies een rapport opgesteld over de technische mogelijkheid tot invoering van een systeem van eigen bijdragen met een inkomensafhankelijke maximering, eerst in de AWBZ en later in de zorgverzekering.

Tegen de achtergrond van bovenstaande uitgangspunten zijn naar het oordeel van de onderzoekers de volgende hoofdconclusies te trekken:

- a. Invoering van een systeem van verplichte eigen bijdragen in de sociale ziektekostenverzekering (thans de AWBZ) is mogelijk;
- b. Een met een systeem van verplichte eigen bijdragen verbonden inkomensafhankelijke maximeringsregeling is haalbaar en technisch uitvoerbaar;
- c. Invoering van verplichte eigen bijdragen met inkomensafhankelijke maximering in de sociale ziektekostenverzekering kan starten per 1-1-1996 mits de daartoe noodzakelijke wetgeving vóór 1-1-1995 plaatsvindt.

Uitgangspunt is geweest het invoeren van een eigen bijdrage van gemiddeld 15% van de kosten voor de meeste aanspraken, voor de inning waarvan de verzekeraar verantwoordelijk is. Daarnaast is er de mogelijkheid om indien het totaal aan betaalde eigen bijdragen een zeker percen-

tage van het inkomen te boven gaat, het meerdere op verzoek gerestitueerd te krijgen van een daarmee belast orgaan.

Over het opzetten van de administratieve uitvoering moet echter niet lichtvaardig gedacht worden. Ook de fraudegevoeligheid is aanzienlijk. Er zullen goede procedures moeten worden gehanteerd om die tot aanvaardbare omvang te beperken. Dat betekent dus zorgvuldige wetgeving en uitvoering, en dus voldoende voorbereidingstijd.

De keuze voor het motto "gelijke monniken gelijke kappen" verklaart ook waarom het kabinet, afgezien van internationaalrechtelijke belemmeringen, niet voor het invoeren in de Ziekenfondswet van een verplicht eigen risico, zoals de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid beide hebben bepleit, is gekozen. Uitsluitend invoeren van een verplicht eigen risico in de Ziekenfondswet zou ziekenfondsverzekerden in een slechtere positie hebben geplaatst dan particulier verzekerden en zou derhalve in strijd met het uitgangspunt zijn geweest.

Het beleidsuitgangspunt van "gelijke monniken, gelijke kappen" leidt er toe dat een systeem van procentuele eigen bijdragen, met een inkomensafhankelijk maximum in eerste instantie slechts in de AWBZ kan worden ingevoerd. De in deze verzekering bestaande aanspraken, met uitzondering van de hulpmiddelen (en de geneesmiddelen, die echter in verband met het GVS buiten beschouwing zijn gebleven), lenen zich echter slecht voor invoering van een dergelijk systeem. Alleen hulpmiddelen en psychotherapie komen in eerste instantie in aanmerking. Praktisch gezien is invoering van een dergelijk systeem in de AWBZ eerst aan de orde bij de verdere besluitvorming over de modernisering van het zorgstelsel.

Daarnaast kan gekeken worden of één systeem van eigen bijdragen gelijktijdig in zowel de ziekenfondsverzekering als de particuliere markt zou kunnen worden ingevoerd; het zogenoemde convergentiemodel. Momenteel zijn nog ambtelijke gesprekken gaande met de Europese Commissie om na te gaan welk juridische mogelijkheden daartoe aanwezig zijn.

VB-advies voorziet invoering van een dergelijk systeem op zijn vroegst per 1-1-1996. Voorwaarde is dan wel dat de zaak per 1-1-1995 wettelijk is geregeld. Een jaar administratieve voorbereidingstijd is zeker nodig.

Het rapport van VB-advies is op 21 september 1993 aan het parlement aangeboden.

Bij de behandeling van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) in de Eerste Kamer heeft staatssecretaris Simons toegezegd te zullen onderzoeken of een inkomensafhankelijk maximeringssysteem voor eigen bijdragen in de AWBZ/Zorgverzekering ook van toepassing zou kunnen zijn op de eigen bijdragen in het kader van de WVG. Inmiddels is een begin gemaakt om een aanvullende onderzoeksopdracht samen met SZW en VROM voor te bereiden.

#### **5.4. Eigen bijdrage voor de thuiszorg, eigen bijdragen hulpmiddelen en overige maatregelen**

Bij brief van 8 november 1993 is aan de Tweede Kamer medegedeeld dat vooruitlopend op de invoering van de functionele omschrijving in de AWBZ van de aanspraak op verpleging en verzorging een inkomensafhankelijke bijdrageregeling voor thuiszorg zal worden ingevoerd. De invoering was voorzien op 1 juli 1994. Bij de behandeling van de begroting van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, onderdeel volksgezondheid, heeft de Tweede Kamer op 22 december 1993 de motie Lansink/Van Otterloo inzake de eigen betalingen voor de thuiszorg aanvaard (Kamerstukken II, 1993/94, 23 400 XVI, nr. 64). Met deze motie spreekt de Kamer zich uit voor een splitsing van de gezinsverzorging in huishoudelijke hulp en ADL-hulp. Wat betreft de eigen bijdragen houdt de motie de volgende elementen in:

- a. voor het kruiswerk en het ADL-deel van de gezinsverzorging gaat de contributieregeling voor het kruiswerk gelden;
- b. voor de huishoudelijke hulp van de gezinsverzorging blijft een eigen bijdrage per uur met inkomensafhankelijke maximering gelden;
- c. voor de verpleegartikelen van het kruiswerk moet, naast de contributie, een vergoeding voor het gebruik betaald worden.

Met de aanvaarding van deze motie heeft de Tweede Kamer te kennen gegeven niet te kunnen instemmen met het kabinetsvoorstel voor een geharmoniseerde inkomensafhankelijke eigen-bijdrageregeling voor de thuiszorg.

In de motie wordt de regering verzocht over de uitvoering van het voorstel met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) overleg te voeren en de Kamer over de uitkomsten van dat overleg te informeren.

Conform de wens van de Tweede Kamer is intensief overleg gevoerd met de LVT. Uit informatie die bij enkele thuiszorginstellingen is ingewonnen, blijkt dat er aanleiding is voor de nodige twijfels over de praktische uitvoerbaarheid en haalbaarheid van een eigen bijdragesysteem conform de motie. Deze twijfels betreffen met name de mogelijke ongewenste substitutie van huishoudelijke hulp naar (duurdere) ADL-hulp en de te realiseren

opbrengst. Geraamd wordt dat bij uitvoering van de motie structureel in ieder geval een tekort van *f* 20,- à *f* 30 mln zou optreden.

Gezien het voorgaande is besloten tot de volgende beleidslijn.

1. Thans niet over te gaan tot invoering van eigen bijdragen in de thuiszorg zoals in de motie Lansink/Van Otterloo wordt voorgesteld.
2. Aangezien de Tweede Kamer met het aanvaarden van de motie Lansink/Van Otterloo aangeeft overwegende bezwaren te hebben tegen de door het kabinet voorgestelde geharmoniseerde eigen bijdrageregeling, geen stappen te zetten gericht op invoering van deze geharmoniseerde regeling.
3. De retributiesystematiek in de gezinszorg per 1 juli 1994 aan te passen door invoering van een eigen bijdragen van *f* 10,- per uur met zeven inkomensklassen. De Ziekenfondsraad is verzocht de subsidieregeling gezinszorg in die zin aan te passen. De contributieregeling voor het kruiswerk blijft van kracht.

Met ingang van 1 juli 1993 zijn de vergoedingen van brilleglazen en contactlenzen geschrapt als aanspraak in de AWBZ. Tevens is per 1-1-1994 een eigen bijdrage voor hulpmiddelen ingevoerd van gemiddeld 15% van de kosten, met een maximum van *f* 200,- per verzekerde per jaar. Eveneens is per 1-7-1993 de vergoeding voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen verwijderd uit de aanspraak op farmaceutische hulp. Per 1-1-1994 is de aanspraak op de niet-WTG geneesmiddelen komen te vervallen.

Inmiddels is tevens de Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad gezinsverzorging 1994 aangepast.

### 5.5. Solidariteit

Binnen een ziektekostenverzekering zijn er verschillende vormen van solidariteit te onderkennen.

- gezonden voor zieken;
- equivalentiebeginsel: op basis van ingebracht risico;
- inkomenssolidariteit: rijk voor arm.

De solidariteit tussen gezonden en zieken is de essentie van een ziektekostenverzekering. Iedereen betaalt premie maar alleen de zieken krijgen schadevergoeding. Premiedifferentiatie en eigen risico/eigen bijdragen doen daar in beginsel afbreuk aan.

De vormgeving van de solidariteit kan op verschillende wijzen geschieden.

Bij het equivalentiebeginsel blijft de solidariteit tussen gezonden en zieken in stand doch wordt de premie wel afgestemd op het ingebrachte risico. Bij schadeverzekeringen is dat heel gebruikelijk, denk bijvoorbeeld aan brand- en inbraakverzekering. Bij ziektekostenverzekeringen krijgt dit echter een extra dimensie omdat bij een aantal verzekerden er niet zozeer sprake is van risico, maar van een zeker feit vanwege een chronische ziekte. Er is dan sprake van "blijvende" schade.

Er is een maximale inkomenssolidariteit bij een volledige premie naar draagkracht. Nominale premies en eigen betalingen doen daar afbreuk aan.

Bij volledige premie naar draagkracht ontbreekt echter iedere verhouding tussen premiebetaling en ingebracht risico. Dat is in de discussie in de afgelopen jaren overtrokken solidariteit genoemd. Vandaar ook de invoering van nominale premies bij ZFW en AWBZ om dit enigszins te herstellen.

De keuze voor het financieringssysteem (premie, eigen betalingen) is dus direct gekoppeld aan het realiseren van doelstellingen op het terrein van solidariteit en omgekeerd.

In de discussie van de afgelopen jaren over de stelselwijziging heeft de mate en vorm van de gewenste solidariteit een belangrijke rol gespeeld. Deze kwam allereerst tot uitdrukking in de beschouwingen omtrent de omvang van de basisverzekering. Hierover bestaan politiek thans geen harde afspraken.

Daarnaast is de verhouding tussen procentuele en nominale premie van belang. In het regeerakkoord was vastgelegd dat 85% van de kosten van de zorg zouden worden opgebracht via procentuele heffingen en 15% via nominale betalingen. In de loop van de kabinetsperiode is deze verhouding gewijzigd in 82:18.

In de loop van de discussie over de rol van de verzekerde bij de kostenbeheersing zijn naast deze verhouding ook de directe eigen betalingen door de burgers aan de kosten van de gezondheidszorg van belang geworden. In de nota Verandering verzekerd heeft het kabinet aangegeven het gewenst te vinden dat ten minste 15% van de zorgkosten betaald blijft worden via eigen betalingen.

Met deze besluiten heeft het kabinet "grosso-modo" een uitspraak gedaan over de maximale solidariteit in het toekomstige stelsel. Bij een verhoging van eigen betalingen boven de door het kabinet thans gewenste 15% zal dan ook de solidariteit in het kader van de ziektekostenverzekering zich wijzigen.

Daarbij moet worden aangetekend dat in de huidige situatie de Bijzondere bijstand een begrenzing geeft aan de eigen betalingen voor burgers met een inkomen op minimum niveau. Verhoging van eigen bijdragen zonder aanpassing van de regeling in het kader van de Bijzondere bijstand leidt bij deze categorie burgers tot een toename van de weglek via de ABW. De beoogde werking van de eigen bijdragen zal dan niet bereikt worden.

### 5.6. Beoordeling eigen bijdragen beleid

Het debat over verandering van het zorgstelsel is enerzijds gevoed door onvrede in het verleden over de toen bestaande (overtrokken) solidariteit, doch heeft anderzijds zelf een impuls gegeven aan het nadenken over de plaats en functie van eigen betalingen in de zorgsector.

Geleidelijk aan hebben deze gedachten geleid tot een normstelling op macro niveau (minimaal 15%). Bij de vormgeving heeft het kabinet twee sporen bewandeld. Allereerst is dat het spoor van het willen introduceren van mogelijkheden tot een op vrijwillige basis aanbieden en nemen van een eigen risico in zowel ZFW als AWBZ. Een wetsvoorstel daartoe ligt thans bij het parlement (zie § 5.2).

Ten tweede is binnen de discussie over de wijziging van het zorgstelsel ten principale gekozen voor de vorm van een eigen bijdrage van gemiddeld 15% van de zorgkosten voor een groot aantal zorgaanpakken, gemaximeerd op basis van het inkomen (zie § 5.3).

Ondertussen zijn er een aantal eigen bijdragen verhoogd dan wel nieuw ingevoerd dan wel voorgesteld (psychotherapie, hulpmiddelen, thuiszorg) die vooralsnog ieder hun eigen maximering kennen.

In het kader van de onderhavige heroverweging is het noodzakelijk het thans gevoerde beleid te beoordelen teneinde aangrijpingspunten te hebben voor alternatieve scenario's.

Deze evaluatie van het tot dusverre gevoerde beleid leidt tot de volgende conclusie:

- Het op vrijwillige basis mogelijk maken van een eigen risico zal, zeker op korte termijn, niet tot spectaculaire gedragsveranderingen bij zowel verzekerden als verzekeraars leiden. Verwacht moet worden dat deze veranderingen slechts zeer geleidelijk van de grond zullen komen. Daarbij speelt het beleid betreffende de budgettering van verzekeraars een belangrijke rol.
- Het invoeren van een procentuele eigen bijdragen die op basis van het inkomen wordt gemaximeerd wordt allereerst belemmerd door het beginsel van gelijke monniken - gelijke kappen, dat door het kabinet wordt voorgestaan. Dit leidt ertoe dat in de huidige fase van de stelsel-



wijziging alleen in de AWBZ ruimte is voor invoering. De zorgaanspraken die zich hiervoor lenen zijn in de AWBZ echter beperkt. Daarnaast heeft het onderzoek van de VB-groep weliswaar aangetoond dat een inkomensgerelateerde begrenzing uitvoerbaar is, maar de administratieve problemen (en daarmee kosten) die dat met zich meebrengt moeten zeker niet te licht worden opgevat. Uitwerking zou de nodige tijd vergen. Gekoppeld aan het huidige beleid betekenen deze factoren dat uitwerking eerst een zinvolle stap lijkt te zijn indien definitief besloten zou worden tot het tot stand brengen van een basisverzekering via de AWBZ.

- Ondertussen is de verhoging c.q. invoering van eigen bijdragen beperkt tot aanspraken in het kader van de AWBZ, elk met een eigen nominale maximering. Het gaat dan om:
  - mogelijke bijbetalingen in het kader van het GVS;
  - eigen bijdrage tot maximaal f 200,- per verzekerde per jaar plus eventuele bijbetalingen bij hulpmiddelen;
  - eigen bijdragen voor psychotherapie van f 20,- per zitting tot maximaal f 900,- per verzekerde per jaar;
  - eigen bijdragen voor de gezinszorg en contributie voor de hulp vanwege een kruisvereniging.

Deze eigen bijdragen vormen tezamen een onsystematisch geheel. Dit zowel wat betreft de motivering als voor wat betreft de hoogte van de eigen bijdrage. Door dit gebrek aan samenhang kan de cumulatie per verzekerde fors zijn.

- Het beginsel van gelijke monniken - gelijke kappen is met name toekomstgericht (zorgverzekering) en verhindert invoering van eigen betalingen bij de ZFW, terwijl het type aanspraken dat krachtens de ZFW verzekerd is, over het algemeen goed in aanmerking komt voor het vragen van eigen bijdragen per gebruikseenheid.
- De thans voorgestelde generale eigen bijdrageregeling van 15% houdt geen rekening met de specifieke karakteristieken van de afzonderlijke verzekeringsaanspraken.

Alvorens in hoofdstuk 7 over te gaan tot het aangeven van een aantal mogelijke varianten zal eerst in hoofdstuk 6 nog worden ingegaan op de confrontatie tussen de in hoofdstuk 2 beschreven motieven voor eigen bijdragen en de verzekeringsaanspraken.

## 6. TOETSEN VOORZIENINGEN AAN MOTIEVEN VOOR EIGEN BETALINGEN

### 6.1. Verzekeringssysteem

Bij de beoordeling van de voorzieningen ten opzichte van de motieven van eigen betalingen dient allereerst gesteld te worden dat in het kader van de zorgsector de voorziening die de overheid tot stand brengt in het algemeen een verplicht verzekeringssysteem is.

Geconstateerd kan worden dat de verzekerden gezamenlijk vrijwel alle kosten van de verzekering voor hun rekening nemen met uitzondering van een relatief beperkte rijksbijdrage. De wens om te voorkomen dat de kosten een onoverkomelijke hindernis vormen voor toegang tot de voorziening is gerealiseerd door voor de verzekeringen hoofdzakelijk een premie naar draagkracht te heffen.

Eerste conclusie zou kunnen zijn dat aangezien de gebruikers (de verzekerden) van de voorzieningen in deze sector (de verzekering) de kosten reeds vrijwel geheel voor hun rekening nemen, er vanuit dit gezichtspunt weinig mogelijkheid is om de eigen betalingen verder te verhogen. Wel lijkt het aangewezen om de rijksbijdrage in te trekken en de verzekeringen volledig door de verzekerden te laten financieren.

### 6.2. Verzekeringsaanpakken

Niettegenstaande het voorgaande kan de vraag gesteld worden of in het kader van de heroverweging niet aan de orde moet komen of een door de overheid tot stand gebrachte ziektekostenverzekering alle kosten volledig moet dekken. Afgezien van de discussie over de omvang en inhoud van de zorgvormen die door de verzekering worden gedekt (welke buiten het terrein liggen van de subwerkgroep) dient dan binnen de eigen-karakteristieken van een verzekeringssysteem gekeken te worden naar de redelijkheid van het slechts gedeeltelijk dekken van de thans in de ZFW en AWBZ opgenomen aanspakken.

Zoals naar voren gekomen in hoofdstuk 2 zijn er drie hoofdmotieven om een eigen bijdrage te vragen van de gebruiker van een voorziening:

- het besparingsmotief;
- het vraagregulatiemotief;
- het medefinancieringsmotief.

In tabel 1 zijn de bestaande aanspraken in ZFW en AWBZ voor wat betreft de thans geldende eigen bijdragen gezien op basis van de hier genoemde drie motieven.

Uit dit overzicht blijkt het over het algemeen niet-systematische karakter van de ingevoerde eigen bijdragen.

Hoofdlijn bij de AWBZ in het verleden was het heffen van een eigen bijdrage op basis van het besparingsmotief bij langdurende opname.

Bij de ZFW was de hoofdlijn het niet heffen van eigen bijdragen. Bij het besparingsmotief is sprake van een zekere mate van systematische toepassing. Maar ook hierbij worden een aantal aanspraken buiten beschouwing gelaten. Voor het overige zijn in de loop der tijd, hoofdzakelijk op grond van budgettaire overwegingen, bij verschillende aanspraken eigen bijdragen ingevoerd. Deze hebben ieder hun eigen maximering.

Daar, zoals in hoofdstuk 2 aangegeven, het vraagregulatiemotief en het medefinancieringsmotief in elkaar overlopen, zijn deze twee motieven vrijwel overal samen aangekruist. Uitzonderingen daarop zijn de eigen bijdragen bij verpleeghuizen en bij kruiswerk.

Bij verpleeghuizen gaat het om een eigen bijdrage welke gebaseerd is op het besparingsmotief. Bij de vaststelling van de maximale hoogte daarvan op f 2200,- per maand, is echter aangegeven dat het hier gedeeltelijk om het medefinancieringsmotief ging.

Bij kruiswerk bestaat de eigen bijdrage hoofdzakelijk uit de vorm van een contributie voor leden. Aangezien hier de koppeling tussen betalen en gebruik is losgelaten mag niet verwacht worden dat deze eigen bijdrage een vraagregulatie-effect heeft.

Tenslotte kan nog worden opgemerkt dat het bij de farmaceutische hulp in feite gaat om een eigen bijdrage op basis van het medefinancieringsmotief. Indien men kiest voor een duur geneesmiddel moet men het meerdere boven de vergoedingslimiet zelf betalen. De bedoeling van de eigen bijdrage is echter duidelijk de vraag te beïnvloeden. Indien dit echter succes heeft kiest men voor een goedkoop geneesmiddel en behoeft geen eigen bijdrage meer betaald te worden.

TABEL 1: HUIDIGE SITUATIE		besparings motief	vraag beïnvl.	mede fin.
I	ZFW			
	Huisartsenhulp			
	Specialistische hulp			
	Tandheelkundige hulp		x	x
	Verloskundige hulp			
	Ziekenhuisverpleging			
	Paramedische hulp			
	Ziekenvervoer		x	x
	Kraamzorg		x	x
II	AWBZ			
1.	<b>Verzorging of verpleging</b>			
	Verpleeginrichtingen	x		x
	Dagbehandeling in verpleeg- inrichtingen			
	Grote woonvormen	x		
	Gezinsvervangende tehuizen	x		
	Dagverblijven voor gehandicapten			
	Kruiswerk			x
	Gezinsverzorging		x	x

	besparings- motief	vraag beinvl.	mede fin.
<b>2. Algemene geneeskundige hulp</b>			
Farmaceutische hulp		x	x
Hulpmiddelen	x	x	x
Ziekenhuizen (na 1 jaar)	x		
Erfelijkheidsonderzoek			
<b>3. Geestelijke gezondheidszorg</b>			
Psychiatrische ziekenhuizen	x		
PAAZ-en	x		
Psychiatrische poliklinieken		x	x
Psychiatrische deeltijdbehandeling		x	x
Vrijgevestigde psychiater/zenuwarts		x	x
RIAGG		x	x
RIBW-en	x		
<b>4. Zorg voor zintuiglijk gehandicapten</b>			
Inrichtingen voor visueel gehandicapten	x		
Inrichtingen voor auditief gehandicapten	x		
Audiologische centra			

Indien de vraag zou worden gesteld in hoeverre op grond van de motieven ontwikkeld in hoofdstuk 2 een eigen bijdrage bij de bestaande aanspraken van ZFW en AWBZ zou kunnen worden gevraagd, komt het beeld naar voren zoals gepresenteerd in tabel 2.

Bestudering van tabel 2 leert dat er geen aanspraak is waarvoor er op grond van een van de drie motieven geen eigen bijdrage zou kunnen worden gevraagd.

De drie motieven nalopend voor de onderhavige aanspraken levert het volgende op.

### **Besparingsmotief**

Voor een eigen bijdrage op grond van het besparingsmotief komen allereerst in aanmerking aanspraken met het karakter van langdurige opname. In de huidige situatie wordt daarvoor reeds meestal een eigen bijdrage in het kader van de AWBZ gevraagd.

Ten tweede komen in aanmerking kort durende opnamen, met name ziekenhuisverpleging. Ook daar is immers sprake van besparing op voeding en dergelijke. Dit los van de vraag of er om andere redenen voor de verzekerde of zijn gezin meerkosten kunnen ontstaan.

Ten derde is het besparingsmotief van toepassing op deeltijd (dag of nacht) verpleging.

Ten slotte zijn er onderdelen van de aanspraak op hulpmiddelen, met name orthopedische schoenen, waarbij het besparingsmotief een rol speelt.

### **Vraagregulatiemotief**

Zoals in hoofdstuk twee verwoord zal bij veel aanspraken een eigen bijdrage invloed op de consumptie kunnen hebben, zij het niet in alle individuele gevallen.

In tabel 2 is uitgegaan van deze gedachtengang. In het onderstaande zal nader worden ingegaan op de uitzonderingen.

- Verloskundige hulp.  
Aangenomen is dat de vraag verbonden is aan het zwanger zijn en niet zal worden ingeperkt door het vragen van een eigen bijdrage. Wel zou een eigen bijdrage sturend kunnen werken om de vraag te richten op een bepaalde zorgverlener (bijvoorbeeld verloskundige in plaats van huisarts of specialist).
- Verpleeginrichtingen, grote woonvormen, gezinsvervangende tehuizen.

Opname in deze inrichtingen is slechts mogelijk met een indicatie. Het is niet aannemelijk dat een eigen bijdrage de indicatiestelling zou beïnvloeden.

- Dagverblijven voor gehandicapten.  
Het is in beginsel denkbaar dat een eigen bijdrage de vraag zou beïnvloeden. Het hebben van een dagbesteding is echter voorwaarden voor opname in een gezinsvervangend tehuis. Een belangrijk deel van de gebruikers van de onderhavige voorziening doen dit als gevolg van het opgenomen zijn in een GVT. De vraag is daardoor nauwelijks te beïnvloeden via een eigen bijdrage.
- Ziekenhuisverpleging na één jaar.  
Aangenomen is dat slechts bij zeer ernstige gevallen sprake is van een zo langdurige opname in een ziekenhuis. Eigen bijdragen hebben geen invloed op dit gebruik.
- RIBW-en, inrichtingen voor visueel en voor auditief gehandicapten.  
Ook hier is aangenomen dat de indicatie zodanig objectief vaststaat dat een eigen bijdrage geen invloed heeft op de vraag.

Met betrekking tot psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-en zij opgemerkt dat het gebruik eigenlijk zou dienen te worden gesplitst in langdurige en kortdurende opnamen. Voor langdurige opnamen geldt hetzelfde als voor ziekenhuisopnamen langer dan een jaar. Bij kort durende opnamen is een zeker volume effect als gevolg van een eigen bijdrage denkbaar.

#### **Medefinancieringsmotief**

Er zijn geen redenen om een aanspraak ten principale uit te zonderen van een eigen bijdrage op basis van het medefinancieringsmotief.

TABEL 2: CONFRONTATIE AANSPRAKEN - MOTIEVEN VOOR EIGEN BIJDRAGEN

	besparings motief	vraag beïnv.	mede fin.
I ZFW			
Huisartsenhulp		x	x
Specialistische hulp		x	x
Tandheeskundige hulp		x	x
Verloskundige hulp			x
Ziekenhuisverpleging	x	x	x
Paramedische hulp		x	x
Ziekenvervoer		x	x
Kraamzorg		x	x



	besparings motief	vraag beinvl.	mede fin.
II AWBZ			
<b>1. Verzorging of verpleging</b>			
Verpleeginrichtingen	x		x
Dagbehandeling in verpleeg- inrichtingen	x	x	x
Grote woonvormen	x		x
Gezinsvervangende tehuizen	x		x
Dagverblijven voor gehandicapten	x		x
Kruiswerk		x	x
Gezinsverzorging		x	x
<b>2. Algemene geneeskundige hulp</b>			
Farmaceutische hulp		x	x
Hulpmiddelen	x	x	x
Ziekenhuizen (na 1 jaar)	x		x
Erfelijkheidsonderzoek		x	x
<b>3. Geestelijke gezondheidszorg</b>			
Psychiatrische ziekenhuizen	x	x	x
PAAZ-en	x	x	x
Psychiatrische poliklinieken		x	x
Psychiatrische deeltijdbehandeling	x	x	x
Vrijgevestigde psychiater/zenuwarts		x	x
RIAGG		x	x
RIBW-en	x		x

	besparings- motief	vraag beïnvl	Mede fin.
<b>4. Zorg voor zintuiglijk gehandicapten</b>			
Inrichtingen voor visueel gehandicapten	x		x
Inrichtingen voor auditief gehandicapten	x		x
Audiologische centra		x	x

### 6.3. Motivering varianten

In hoofdstuk 2 is uiteengezet dat eigen bijdragen een normaal deel kunnen uitmaken van een verzekering. Daarbij zijn er verzekeringstechnisch gezien geen regels te geven over de verhouding schade-eigen bijdragen. Dit met uitzondering van de regel dat bij een 100% eigen bijdrage in alle gevallen er geen sprake meer is van verzekeren.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat na ratificatie van de nieuwe Europese Code onder zekere voorwaarden een generaal systeem van eigen bijdragen zowel in de huidige als in een eventuele toekomstige zorgverzekering toegestaan lijkt.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 5 speelt in het bestaande beleid op het terrein van de eigen bijdragen het motief van "gelijke monniken, gelijke kappen" een voorname rol. Dit houdt in dat maatregelen op het gebied van eigen bijdragen voor alle burgers gelijk moeten zijn. Als gevolg hiervan hadden voorgestelde maatregelen in eerste instantie alleen betrekking op de AWBZ en later op de voorgenomen zorgverzekering. Nu een invoering op afzienbare termijn van een zorgverzekering uiterst twijfelachtig is geworden, is het gewenst maatregelen op het terrein van de eigen bijdragen ook los van een stelselwijziging en de daaraan gekoppelde randvoorwaarden serieus te bestuderen. Afgezien van de kansen op en de termijn waarbinnen een zorgverzekering kan worden gerealiseerd, zijn er ook gronden om dit motief te heroverwegen. Op het terrein van collectief gefinancierde voorzieningen heeft de overheid immers een zelfstandige verantwoordelijkheid om deze voorzieningen zo doelmatig mogelijk in te richten. Indien, zoals in het voorgaande betoogd, eigen bijdragen om redenen van doelmatig gebruik van voorzieningen gemotiveerd kunnen worden, is hierin een belangrijk argument gelegen om eigen bijdragen ook in de ZFW in te voeren. Daarnaast bestaan er overigens ook particuliere verzekeringen als KPZ en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) waarin eigen bijdragen voor voorzieningen die in het ziekenfondspakket voorkomen, gevraagd worden. Daarbij past nog de volgende kanttekening. Vanaf het begin is er een nauwe relatie geweest tussen het ziekenfondspakket en het pakket van de standaardverzekering in het kader van de WTZ. Dit zowel voor wat betreft de aanspraken als eigen bijdragen. Daar de WTZ niet tot de collectieve lasten wordt gerekend valt deze in feite buiten het kader van het onderhavige rapport. Op zich is het echter logisch om bij invoering van eigen bijdragen in de ZFW dit door te vertalen naar het pakket van de WTZ.

Allereerst lijkt het zinvol de mogelijke opties in perspectief te plaatsen door een variant met alleen eigen bijdragen en een variant zonder eigen bijdragen uit te werken; zie hiervoor hoofdstuk 7, paragraaf 2.

Teneinde inzicht te verschaffen in de financiële gevolgen van eigen bijdragen wordt vervolgens nagegaan op welke wijze de heroverwegingstaakstelling van 20% meer opbrengst aan eigen bijdragen zou kunnen worden gerealiseerd.

Aangezien er meerdere mogelijkheden zijn om aan het vraagregulatie- en medefinancieringsmotief vorm te geven, worden een aantal varianten gepresenteerd waardoor inzicht wordt geboden in de uitwerking van verschillende vormgevingen.

Zoals hiervoor aangegeven berusten de thans bestaande eigen bijdragen voor een belangrijk deel op ad hoc beslissingen.

Daarom is het wenselijk een variant te presenteren waarin de eigen bijdragen worden vormgegeven op grond van een systematische uitwerking van de in de hoofdstukken 2 en 6 beschreven motieven.

Daar het besparingsmotief betrekking heeft op kosten waar iedere burger, ook indien hij/zij niet ziek is, mee wordt geconfronteerd, is het de vraag of deze kosten onderdeel zouden moeten uitmaken van een verzekeringsdekking. Het is daarom wenselijk toepassing van het besparingsmotief systematisch uit te werken. Zie hiervoor hoofdstuk 7, paragraaf 4 onder a. Eigen bijdragen die gemotiveerd zijn door het besparingsmotief maken deel uit van iedere variant.

Gelet op de samenhang tussen het vraagregulatiemotief en het medefinancieringsmotief dienen deze twee motieven gezamenlijk te worden beschouwd.

Uit hoofdstuk 2 blijkt dat de vormgeving van eigen bijdragen invloed kan hebben op de effectiviteit daarvan. Tevens is echter aangegeven dat deze werking per zorgvorm kan verschillen. Uitwerking van eigen bijdragen zou dan ook kunnen leiden tot een fijnmazig net van eigen bijdragen afgestemd op de verschillende (onderdelen van) zorgvormen. Tegen een dergelijke aanpak pleit allereerst de administratieve belasting. Ook uit een oogpunt van inzichtelijkheid voor de verzekerde is een dergelijke benadering problematisch. Daarnaast wordt nogmaals gewezen op de randvoorwaarde dat de vormgeving van eigen bijdragen voor de burgers niet in de weg mag staan aan efficiency prikkels aan de aanbodzijde. Ook uit dat oogpunt lijkt een zekere globalisering te verkiezen. Uiteindelijk gaat het om een afweging van effectiviteit van een eigen bijdrage enerzijds tegenover administratieve problemen en perceptiekosten anderzijds. Een zekere grofmazige benadering is dan mogelijk te verkiezen. Dit met name ook omdat de kennis voor een effectieve fijnmazige benadering ontbreekt. Deze uitwerking is geschiedt in hoofdstuk 7, paragraaf 4.

## 7. VARIANTEN

### 7.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn een aantal richtingen aangegeven voor nader uit te werken varianten. In het onderstaande worden deze mede in het licht van het gestelde in de taakopdracht van de subwerkgroep nader beschreven en uitgewerkt. Daarbij passen een aantal kanttekeningen.

Ten eerste zullen bij varianten waarbij het vraagregulatiemotief een rol speelt, volume-effecten als gevolg van gedragsreacties optreden. De subwerkgroep heeft er bewust voor gekozen deze niet bij de berekeningen te betrekken. Hoofdrede hiervoor is dat er geen duidelijke gegevens zijn over de prijselasticiteit van de vraag naar voorzieningen. Hoewel het uiteraard mogelijk zou zijn schattenderwijs een factor in te brengen is daar van afgezien. Op die wijze komt er uit wat er is ingestopt, en is het risico groot dat "men zich rijk rekent".

Daarnaast dient er rekening mee te worden gehouden dat bij invoering van eigen bijdragen herverzekering kan plaatsvinden. De initiële spreiding van de lasten van eigen bijdragen over de verzekerden wordt daardoor weer gewijzigd. Tevens zal dit eventuele volume effecten weer (gedeeltelijk) teniet doen. Ook dat is een reden om de volume effecten niet mee te nemen.

Tevens is er bij de berekeningen vanuit gegaan dat er ook geen substitutie-effecten optreden. Dit zowel niet naar mogelijke goedkopere als naar mogelijke duurdere vormen van zorg. In de praktijk zal naar verwachting zowel een zekere terugval in de vraag, als een verschuiving naar andere zorgvormen optreden. Bij de concrete vormgeving van eigen bijdragen dient er voor te worden zorg gedragen dat substitutie naar goedkopere zorgvormen zoveel mogelijk wordt bevorderd en er in ieder geval geen omgekeerde substitutie optreedt, zodat de eigen bijdrage het doelmatig gebruik van de voorzieningen bevordert.

Ten tweede is bij de varianten in groep II de veronderstelling gehanteerd dat, naast de nieuwe voorstellen, de huidige inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de AWBZ ongewijzigd blijft bestaan.

Ten derde is het beheerskostenaspect een belangrijk punt van aandacht bij het invoeren van eigen bijdragen. Dit laat zich echter moeilijk berekenen, aangezien het sterk afhangt van de gekozen variant en de juridische en organisatorische vormgeving daarvan. Met name het invoeren van een inkomensgerelateerde maximering van eigen bijdragen is administratief bewerkelijk.

Door de VB-Groep is in het kader van het onderzoek naar een systeem van eigen bijdragen (zie 5.3) berekend dat een dergelijk systeem ca. f 120 mln. extra beheerskosten bij verzekeraars zou betekenen, los van de kosten van eventuele inkomensafhankelijke maximering. Voor een belangrijk deel gaat het hier om kosten die natura verzekeraars moeten maken. Bij verzekeraars die op restitutie-basis werken, zullen de extra kosten beperkt zijn, omdat zij reeds een administratie- en betalingsstroom tussen verzekeraars en verzekerden kennen.

Wegens de karakteristieken van een verzekeraar die op natura basis werkt, is een systeem van eigen bijdragen eenvoudiger in te passen dan een systeem van eigen bijdragen aan de voet.

Gelet op het voorgaande moet ook bij invoering van een algemeen systeem van eigen bijdragen alleen bij de ZFW uitgegaan worden van extra kosten van omstreeks f 100 mln.

Bij de berekening van de varianten is met de extra beheerskosten geen rekening gehouden.

Ten vierde heeft, zoals in de inleiding verwoord, de subwerkgroep zich niet bezig gehouden met de mogelijkheid van cumulatie van eigen bijdragen en de eventuele maatregelen om dit te mitigeren. De aangegeven bedragen zijn daardoor een bruto benadering. Het moge duidelijk zijn dat indien vanuit een oogpunt van inkomensbescherming er maatregelen worden getroffen, de netto opbrengst van de invoering van meer eigen bijdragen zal afnemen.

Tenslotte dient er rekening mee te worden gehouden dat een uitgebreid stelsel van eigen bijdragen voor verzekeraars aanleiding kan zijn om voor dit risico een aanvullende verzekering aan te bieden. In de mate dat dit gebeurt neemt de noodzaak af om een vorm van inkomensbescherming aan te bieden die rekening houdt met te hoge eigen bijdragen, of met een sterke cumulatie van eigen bijdragen. Effecten op het gebruik van voorzieningen worden daardoor echter ook beperkt.

Tevens dient in de gaten te worden gehouden dat invoering van een verplicht systeem van eigen betalingen moet wachten op ratificering door Nederland van de Herziene Europese Code.

De varianten zijn onderverdeeld in drie groepen.

Groep I: de extremen

- een systeem met 100% eigen bijdragen
- een systeem zonder eigen bijdragen

Groep II: de budgettaire varianten

- een systeem van gedeeltelijke dekking via eigen bijdragen
- een systeem van gedeeltelijke dekking via eigen risico
- een no claim systeem

Groep III: systematische toepassing motieven

- een systeem van gedeeltelijke dekking waarbij eigen betalingen zodanig zijn vormgegeven dat het besparings-, medefinancierings- en vraagbeïnvloedingsmotief het beste tot hun recht komen.

In groep I zijn de twee uitersten ondergebracht. In groep II zitten de budgettaire varianten, dat wil zeggen varianten die een indruk geven hoe de maximale heroverwegingstaakstelling van 20% kan worden ingevuld. In de laatste groep zit een variant waarbij het besparingsmotief, het medefinancieringsmotief en het vraagbeïnvloedingsmotief systematisch worden toegepast. Ten behoeve van de beoordeling van de varianten is in bijlage 4 een overzicht gegeven van de huidige zorgkosten naar inkomensgroepering.

## 7.2. Groep I: de extremen

### a. Een systeem van 100% eigen bijdragen

Motief voor het zelf laten betalen van alle kosten zou gelegen kunnen zijn in de aanname dat de burger zelf verantwoordelijkheid kan dragen voor de kosten van de desbetreffende overheidsdienst. In feite wordt het goed dan niet langer als (quasi) collectief geclassificeerd.

Bij een verzekeringssysteem waarbij in alle omstandigheden 100% eigen bijdragen wordt gevraagd, is technisch gesproken niet meer sprake van een verzekeringssysteem. Het is dan ook niet zinvol om in die situatie een verplichte sociale verzekering te organiseren die uiteindelijk geen

dekking geeft. Het is logisch zo'n terrein over te laten aan de particuliere markt. In feite is dit ook de situatie zoals deze nu van toepassing is op de particuliere ziektekostenverzekering. Particulier verzekerden hebben geen plicht zich te verzekeren tegen ziektekosten.

Voor ziekenfondsverzekerden en bij de AWBZ is sprake van een verplichte verzekering van rechtswege. Naarmate er voor meer voorzieningen eigen bijdragen gevraagd worden dan wel een eigen risico wordt ingevoerd dan wel voor één voorziening steeds hogere eigen bijdragen worden gevraagd, betekent dit dat de feitelijke dekking van ziektekosten waar men verplicht tegen verzekerd is wordt verkleind. Via aanvullende verzekeringen kan het financiële risico dat door de pakketverkleining optreedt weer verzekerd worden. De verplicht verzekerden zijn daardoor bij een toename van de eigen bijdragen steeds meer aangewezen op de particuliere markt.

Als men voor alle aanspraken in een verplichte sociale verzekering een eigen bijdrage van 100% zou invoeren zou de verzekering geen enkele dekking meer geven. De verzekerde is voor financiering van zijn ziektekosten aangewezen op eigen mogelijkheden om zich particulier te verzekeren. Een nadeel van een dergelijk systeem is dat de solidariteit tussen ziek en gezond sterk zal afnemen. Immers iemand met een slechte gezondheid zal veel kosten veroorzaken en de verzekeraar met verzekerden die hoge kosten maken moet hoge premies vragen. Hoge premies zijn niet aantrekkelijk voor gezonde verzekerden. Dit leidt ertoe dat de premie voor ongunstige risico's relatief hoog zal zijn. Ook tussen jong en oud zal, gegeven de gemiddelde kostenverschillen, slechts sprake zijn van een geringe solidariteit. In het verleden heeft de premiedifferentiatie en risicoselectie die zich bij de particuliere markt in toenemende mate voerde geleid tot ingrijpen op de particuliere markt door de overheid (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen). Het is dan ook de vraag of de overheid zich bij een dergelijke variant echt van regelgeving zou kunnen onttrekken. Vermoedelijk zal er sprake zijn van verplaatsing van de regulering.

Een tussenvariant laat zich illustreren aan de hand van de Wet Aansprakelijkheid motorvoertuigen (W.A.M.). Daarin regelt de overheid geen verplichte verzekering doch slechts de plicht om zich in bepaalde omstandigheden te verzekeren. Een dergelijke constructie zou denkbaar zijn in de zorgsector, waarbij de overheid de burgers verplicht zich minimaal tegen een vastgesteld pakket te verzekeren.

Rekentechnisch gezien hangen de gevolgen van de 100% eigen bijdragen variant ten opzichte van de huidige situaties af van de veronderstellingen die worden gehanteerd over de situatie die bij doorvoering van



zo'n variant zou ontstaan. Om een globaal inzicht te verschaffen lijkt het zinvol om twee situaties te schetsen:

1. burgers gaan zich particulier verzekeren en betalen daarbij een doorsnee premie (in feite gemiddelde kosten);
2. burgers gaan allen zelf de eigen ziektekosten betalen.

#### 1. Burgers betalen een volledige nominale premie

In dit model is iedereen particulier verzekerd voor het volledige pakket, de premie is volledig nominaal. De gemiddelde premie voor een volledig zorgpakket zonder eigen bijdragen bedraagt  $f$  3340,- per persoon per jaar. Dit zowel voor een volwassene als voor een kind.

#### 2. Burgers gaan ziektekosten zelf betalen

In een dergelijke situatie is de solidariteit tussen ziek en gezond en oud en jong afwezig. Voor gezonde mensen zijn de kosten nihil voor zieken kunnen de kosten astronomische vormen aannemen. Dit zal ongetwijfeld leiden tot de wens zich te verzekeren. In die zin is de te verwachten uitkomst van dit model gelijk als bij a.

Voor beide varianten geldt dat in de praktijk een veelheid van verzekeringspolissen zal worden aangeboden. Er kan niet gegarandeerd worden dat voor alle voorzieningen een verzekering kan worden afgesloten, noch dat een ieder geaccepteerd zal worden. Premiedifferentiatie en risicoselectie zullen zich ongetwijfeld voordoen. Voorspelbaar is dat ingrijpen door de overheid noodzakelijk zal zijn om de toegang tot de zorg te kunnen waarborgen.

Invoering/uitvoering.

De hier gepresenteerde variant betekent in feite het afschaffen van de sociale ziektekostenverzekeringen zoals wij die thans kennen. Zonder een daarvoor in de plaats komend alternatief lijkt dat niet mogelijk.

Voor invoering/uitvoering van deze variant lijkt een uitgebreide adviesprocedure noodzakelijk ter voorbereiding van een alternatief systeem. Daarna zullen de gewenste wijzigingen bij wet moeten worden geregeld. Ook het veld zal zich uitgebreid moeten voorbereiden op een nieuwe situatie. Zelfs uitgaande van een snelle positieve politieke opstelling lijkt totstandkoming binnen één kabinetsperiode twijfelachtig.

### b. Volledige dekking

Met een verzekering met een volledige dekking wordt hier bedoeld een verzekering zonder eigen bijdragen of eigen risico's, waarvoor alleen een premie betaald moet worden om toegang te krijgen tot het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Het gebruik van de zorgvoorzieningen is na het betalen van de premie kosteloos. Met een dergelijke verzekeringsdekking betalen verzekerden die veel consumeren evenveel als verzekerden die weinig of niets consumeren. M.a.w. er is een volledige solidariteit tussen ziek en gezond. Een 100% dekking heeft eveneens tot gevolg dat er geen directe financiële prikkel is om doelmatig met gezondheidszorg om te gaan. Kostenbewust gedrag wordt alleen indirect beloond. Alle kosten worden via de (nominale) premie met verzekerden verrekend. Een gematigde consumptie heeft een effect op de (nominale) premie.

Voor een globaal inzicht kan de veronderstelling worden gehanteerd dat de verplichte eigen bijdragen en de eigen betalingen in de AWBZ, ZFW en WTZ vervangen worden door een verhoging van de nominale premie. Een variant via verhoging van de procentuele premie is echter ook denkbaar. Evenals bij andere varianten wordt afgezien van de gedragseffecten die dit voorstel oproept. Vooral in verband met het vervallen van eigen betalingen vanwege het besparingsmotief kunnen deze effecten aanzienlijk zijn.

#### AWBZ

Afschaffen van de eigen bijdragen voor gezinsverzorging, kruiswerk, psychotherapie en hulpmiddelen leidt tot een verhoging van de nominale AWBZ premie met  $f$  40,- per jaar. Zou daarnaast ook de eigen bijdrage op grond van het besparingsmotief vervallen, dan zou hier een nominale premie van  $f$  89,- per jaar bovenop komen.

#### ZFW.

De nominale ZFW-premie moet met  $f$  18,- stijgen als de verplichte eigen bijdragen worden afgeschaft.

#### Invoering/uitvoering.

De bestaande eigen bijdragen zijn vastgelegd in ministeriële besluiten. Via aanpassing daarvan is deze variant te realiseren. Aangezien er ook

administratief gezien geen problemen bijkomen, maar eerder wegvallen, zou deze variant binnen een half jaar geregeld kunnen worden.

### 7.3 Groep II: de budgettaire varianten

#### a. Taakstelling

Teneinde te kunnen voldoen aan de opdracht in het kader van de heroverwegingen dat één variant in ieder geval een bezuiniging van 20% oplevert, is nagegaan hoe deze taakstelling voor wat betreft de zorgsector kan worden geoperationaliseerd.

Op grond van een afspraak in de werkgroep heroverweging wordt uitgegaan van de opbrengst van de huidige eigen bijdragen, vermeerderd met 20%. Cijfermatig komt dan het volgende beeld naar voren.

Alle berekeningen zijn gemaakt op basis van het FOZ-94 voor het jaar 1994.

#### AWBZ

Voor de AWBZ verstrekkingen moet een onderscheid worden gemaakt tussen de intramurale voorzieningen en alle overige voorzieningen. Het macro bedrag van de eigen bijdragen bij de intramurale voorzieningen op basis van het besparingsmotief wordt in 1994 geschat op 1147 mln. Overige AWBZ-verstrekkingen waar nu een eigen bijdrage voor geldt zijn de gezinsverzorging, het kruiswerk, de psychotherapie en de hulpmiddelen.

Eigen bijdragen AWBZ. (in mln. 1994)

AWBZ-instellingen		1147
Gezinsverzorging	145	
Kruiswerk	300	
Psychotherapie	10	
Hulpmiddelen	60	
Subtotaal		<u>515</u>
Totaal		1662

#### ZFW

Ziekenfondsverzekerden moeten een eigen bijdrage betalen voor tandheelkundige hulp, orthodontie, kraamzorg en ziekenvervoer. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat de kosten voor keuringen (b.v rijbewijs),

zelfmedicatie, cosmetische chirurgie, kroon en brugwerk (tandheelkunde) door ziekenfondsverzekerden eveneens zelf moeten worden betaald, maar dat deze betalingen geen onderdeel uitmaken van de eigen bijdragen in het kader van de ZFW.

Eigen bijdragen ZFW. (in mln. 1994)

Tandheelkunde	81
Orthodontie	22
Kraamzorg	30
Ziekenvervoer	<u>13</u>
Totaal	146

(NB hiernaast betalen ziekenfondsverzekerden nog ca. 1210 mln aan ziektekosten uit eigen zak voor zaken die geen onderdeel uitmaken van het ZFW-pakket)

WBO

In het kader van de WBO betalen bewoners van bejaardenoorden 2175 mln.

Op grond van het voorgaande kan thans de taakstelling voor de heroverweging worden berekend.

Taakstelling heroverweging

eigen bijdragen ZFW	146 mln
eigen bijdragen AWBZ	1662 mln
eigen bijdragen WBO	<u>2175</u> mln
	3983 mln
20%	<u>796</u> mln
	4779 mln

Teneinde na te gaan op welke wijze aan deze taakstelling zou kunnen worden voldaan zijn in het onderstaande enkele varianten uitgewerkt. Voor wat de inkomensgevolgen betreft wordt verwezen naar bijlage 4.

b. Uniforme eigen bijdrage van 13%

Deze variant komt cijfermatig gezien grotendeels overeen met het kabinetsvoorstel voor invoering van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de zorgverzekering.

De VB Groep heeft in juli 1993, in opdracht van het ministerie van WVC, een onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van een systeem van een procentuele eigen bijdrage. Dit naast het handhaven van de bestaande de eigen bijdragen op grond van het besparingsmotief. De uitkomsten

van dit onderzoek kunnen evenwel niet zonder meer worden gebruikt voor de berekeningen in deze paragraaf. De verstrekkingen die de VB-Groep in haar onderzoek heeft betrokken zijn beperkter dan de in deze paragraaf besproken variant.

Door de VB-Groep is daarbij uitgegaan van een maximering op grond van het inkomen van 1%. (Deze maximering is door de VB-Groep gehanteerd op grond van de onderzoeksopdracht en is daarmee een arbitrair percentage. Bij de keuze voor deze 1% is aangesloten bij de regeling zoals deze geldt voor ambtenaren bij de zogenoemde KPZ-regeling. In beginsel kan elk gewenst percentage worden gehanteerd.)

Over de samenhang tussen de inkomensverdeling van de verzekerdenpopulatie en het gebruik van zorgvoorzieningen is weinig bekend. In de onderhavige variant is daarom uitgegaan van een nominale maximering van de eigen bijdragen van  $f$  200,- per verzekerde equivalent. Het verlies aan inkomsten dat optreedt door het instellen van een maximum is berekend op basis van de veronderstelling dat circa 80% van de kosten gemaakt worden door 20% van de verzekerden. M.a.w. 20% van de verzekerden betalen het maximum.

Het maximum van  $f$  200,- is gebaseerd op verzekeringsequivalenten. Dat wil zeggen in de AWBZ geldt voor volwassenen  $f$  200,- per jaar en voor kinderen  $f$  67,- per jaar. In de ZFW geldt voor volwassenen  $f$  200,- en kinderen  $f$  100,- per jaar.

In de onderhavige variant is uitgerekend welke procentuele eigen bijdrage dient te worden gevraagd om - inclusief de maximering- de heroverwegingstaakstelling te halen. Dit komt uit op 13%.

#### AWBZ

Verondersteld is dat de eigen bijdragen op grond van het besparingsmotief voor intramurale AWBZ-instellingen ongewijzigd blijft.

De eigen bijdragen voor de overige voorzieningen komen te vervallen. In plaats daarvan wordt een eigen bijdrage van 13% van de kosten ingevoerd voor: hulpmiddelen, ambulante geestelijke gezondheidszorg, kruiswerk, gezinsverzorging en geneesmiddelen.

## Eigen bijdragen van 13% van de kosten AWBZ (in mln. 1994)

	Huidig	13%	Extra opbrengst
Gezinsverzorging	145	278	133
Kruiswerk	300	133	(-167)
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	10	83	73
Hulpmiddelen	60	60	-
Geneesmiddelen	-	661	661
Totaal (Bruto)	515	1215	700
(met max)	515	766	251

In bovenstaande tabel zijn de bruto opbrengsten per zorgcategorie aangegeven. Door het instellen van een maximum (f 200,- per verzekerings-equivalent zie blz. 55) daalt de opbrengst tot circa 766 mln, dat wil zeggen een toename van 251 mln ten opzichte van de huidige opbrengst.

## ZFW

In de Ziekenfondswet worden de bestaande eigen bijdragen vervangen door een eigen bijdrage van 13% van de kosten voor de verstrekkingen: kraamzorg, tandheelkunde, ziekenvervoer, huisartsenhulp, specialistische hulp, paramedische zorg en ziekenhuizen.

## Eigen bijdragen van 13% van de kosten ZFW (in mln. 1994)

	Huidig	13%	Extra opbrengst
Kraamzorg	30	32	2
Tandheelkunde	103	113	10
Ziekenvervoer	13	48	35
Huisartsen	-	167	167
Specialistische hulp	-	147	147
Paramedische hulp	-	125	125
Ziekenhuizen	-	1255	1255
Totaal (Bruto)	146	1888	1742
(met max.)	146	711	565

Door het instellen van een maximum daalt de opbrengst tot 711 mln, dat wil zeggen een toename van 565 mln ten opzichte van de huidige opbrengst.

Totale opbrengst van deze variant is daardoor 766 mln (AWBZ) plus 711 mln (ZFW) = 1477 mln. Door het wegvallen van bestaande eigen bijdragen (515 + 146) is de extra opbrengst f 816 mln. Dat wil zeggen dat de taakstelling wordt gehaald.

Invoering/uitvoering.

Invoering van een procentuele eigen bijdrage in zowel ZFW als AWBZ kan geregeld worden op basis van de bestaande wetgeving. Wel dient bij de ZFW het Verstrekkingenbesluit (AMvB) te worden aangepast. Bij de AWBZ kan invoering geschieden door wijziging van enkele ministeriële besluiten. De administratieve problematiek van het gaan innen van eigen bijdragen in situaties waar die thans niet geheven worden lijkt relatief eenvoudig uitvoerbaar.

Een invoeringstermijn van een half jaar á negen maanden lijkt voor wat deze aspecten betreft haalbaar. Het meeste werk in deze variant vergt de maximeringsregeling. Een sluitend systeem van administratieve verwerking is noodzakelijk. Daarbij komt dat invoering per 1 januari van enig jaar gewenst is. Uitgaande van een beslissing in de zomer 1994 zou invoering per 1-1-1996 haalbaar moeten zijn.

c. Nominale eigen bijdrage per verstrekking in de ZFW en AWBZ

Een andere variant is een nominale eigen bijdrage per gebruik van een aantal verstrekkingen. In onderstaand overzicht is voor een aantal ZFW-verstrekkingen de opbrengst van een eigen bijdrage berekend. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het hier om bruto bedragen gaat, waarbij geen rekening is gehouden met een maximering per verzekerde.

Medicijnen f 5,- per recept	385 mln
Huisarts f 5,- per consult	200 mln
Paramedici f 10,- per consult	250 mln
Tandarts f 10,- per consult	190 mln
(alleen volwassenen)	(140 mln)
Specialist f 10,- per consult	<u>150 mln</u>
Totaal	1175

Gezamenlijk met de reeds bestaande eigen bijdragen in ZFW (146 mln) en AWBZ (1662 mln) levert dit een totale opbrengst van 2983 mln.

Invoering/uitvoering.

Evenals bij de vorige variant is bij de ZFW wijziging van het Verstrekkingsbesluit noodzakelijk. In de AWBZ kan de eigen bijdrage bij ministeriele regeling worden ingevoerd.

Hier lijkt een invoeringstermijn van 9 maanden haalbaar.

d. Verplicht eigen risico aan de voet van f 200 per jaar

Een eigen risico aan de voet kan een algemeen eigen risico zijn of een specifiek eigen risico. Een algemeen eigen risico aan de voet betekent dat de verzekerde alle kosten tot een bepaald bedrag voor zijn rekening neemt. Een specifiek eigen risico betekent dat de kosten, voor het gebruik van een bepaalde verstrekking tot een bepaald bedrag, voor rekening komen van de verzekerde. Sommige polissen kennen nu al een specifiek eigen risico. Bijvoorbeeld in de WTZ waar een specifiek eigen risico voor specialistische hulp geldt.

Gebruikelijker is echter een algemeen eigen risico aan de voet. Naarmate het eigen risico stijgt, daalt de verzekeringsaanspraak.

Ten einde een globaal inzicht te verschaffen in de financiële gevolgen van de invoering van een eigen risico aan de voet is cijfermatig de volgende variant uitgewerkt:

- handhaven van de eigen bijdragen die zijn gebaseerd op het besparingsmotief en het daarnaast invoeren van een eigen risico voor alle overige aanspraken van f 200,- per jaar per volwassene en f 100,- per jaar per kind. Zowel in de ZFW als in de AWBZ. Dat wil zeggen per volwassene een totaal eigen risico van f 400,-.

Voor de berekening van de inkomenseffecten in bijlage 4 is van de veronderstelling uitgegaan dat invoering van een verplicht eigen risico van f 200,- leidt tot een gemiddelde kostendaling van f 80,-.

Opbrengst verplicht eigen risico van f 200,- per jaar in zowel ZFW als AWBZ (in mln. 1994)

AWBZ	1026
ZFW	666
Totaal	1692

Bij een toename van de hoogte van het verplichte eigen risico zal de opbrengst weliswaar toenemen, doch minder dan evenredig. Immers naarmate het eigen risico toeneemt zullen er meer verzekerden zijn die een bedrag aan ziektekosten hebben dat lager is dan het maximum.



Voor het halen van de taakstelling is gezien het voorgaande een eigen risico van ongeveer f 100,- per volwassene, zowel in de ZFW als bij de AWBZ voldoende.

#### Invoering/uitvoering.

Invoering van een verplicht eigen risico in ZFW en AWBZ zal bij wet dienen te geschieden. Daarnaast zal de uitvoering van een eigen risico een nieuwe administratieve opzet vergen. Bij elkaar genomen moet daarom gerekend worden met een invoeringstermijn van twee á drie jaar.

#### e. No-claim systeem

In de autoschadeverzekeringen is een no-claim systeem al langer gebruikelijk. Ieder jaar dat schadevrij gereden wordt stijgt de verzekerde één trede op een kortingsladder. De maximale korting op de premie bedraagt daar circa 75%.

In de ziektekostenverzekeringen kan een dergelijk systeem wellicht ook toegepast worden. Ieder jaar dat de verzekerde geen kosten claimt wordt een hogere korting verleend op de nominale premie. Het systeem lijkt enigszins op een systeem met eigen risico. Verschil is dat het premievoordeel, dat wil in feite zeggen het bedrag dat een verzekerde voordeliger voor eigen risico kan nemen van jaar tot jaar kan verschillen. Onzeker is of zo'n systeem invloed heeft op de consumptie dan wel alleen kosten verschuift tussen de verzekerde en de verzekeraar. Dit is met name afhankelijk van het antwoord op de vraag of de verzekerde het verschil tussen de bonus en de malus in het geval van een schade saldeert, dan wel het premievoordeel opstrijkt en een schade als een eigen risico aanmerkt. Dit wordt op zijn beurt beïnvloed door de technische vormgeving van het systeem. (Hoe schuif je op en neer op de kortingsladder bij declaratie van schade.)

In ieder geval is sprake van een verschuiving in premiebetaling tussen gezonden en zieken. Voor de financiële uitwerking is het nodig veronderstellingen te maken over eventuele volume-effecten en over het gedeelte van de schade dat de verzekerde voor eigen rekening neemt ten einde de premiekorting niet te verspelen.

Uitgaande van de veronderstelling dat circa 20% van de verzekerden vrijwel geen medische kosten maakt, dat 20% van de verzekerden 80% van de kosten maakt, dat de overige 20% van de kosten gemaakt wordt door 60% van de verzekerden, en een financieringsverschuiving van

f 800 mln wenselijk is, ontstaat voor de Ziekenfondswet het volgende beeld.

Van de f 800 mln wordt 640 mln door 20% van de verzekerden betaald en 60% van de verzekerden betaalt f 160 mln. Een daling van de kosten met f 800 mln betekent een gemiddelde premiedaling van f 96,- per volwassen verzekerde. Voor 60% van de verzekerden staan daar evenwel kosten tegenover. Gemiddeld komt dat neer op f 32,- per volwassene. Daar staat een premiekorting tegenover van f 96,- dus per saldo een voordeel van f 64,-. Voor 20% van de verzekerden geldt dat 640 mln opgebracht moet worden, derhalve een gemiddelde lastenverzwaring van f 384 per jaar per volwassene minus f 96 is netto f 288,- per jaar. In het onderstaande is dit in tabelvorm weergegeven.

groep verzekerden	% kosten	premie voordeel financieringsverschuiving	gemiddelde eigen schade	effect
20% zonder kosten	0	f 96	0	- f 96
60% met weinig kosten	20	f 96	f 32	- f 64
20% met veel kosten	80	f 96	f 384	+ f 288

Invoering/uitvoering.

Een no-claim systeem leent zich slecht voor een verplichte invoering. Per verzekeraar zal immers de mogelijke premiekorting dienen te worden bepaald.

Aangezien verzekeraars op grond van het thans bij de Tweede Kamer liggende voorstel van wet vrijwillig eigen risico sociale ziektekostenverzekering bevoegd worden no-claim verzekeringen aan te bieden is voor invoering van deze variant noodzakelijk dat genoemd wetsvoorstel wordt ingevoerd. Reëel vallen praktische gevolgen op zijn vroegst na 1-1-1996 te verwachten, aannemende dat het wetsvoorstel half '95 zal zijn gerealiseerd.

#### 7.4 Groep III: toepassing motieven

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven zijn er drie hoofdmotieven te onderkennen op basis waarvan eigen bijdragen kunnen worden gevraagd. In hoofdstuk zes is nagegaan in hoeverre deze motieven van toepassing

kunnen worden verklaard op de te onderscheiden verzekeringsaanspraken. De motieven kunnen onafhankelijk van elkaar doch ook gelijktijdige in samenhang worden ingevoerd. In het onderstaande wordt na een uitwerking van het besparingsmotief een variant gepresenteerd waarbij alle drie de motieven geïntegreerd worden toegepast.

a. besparingsmotief

De achtergrond van het besparingsmotief is uiteengezet in hoofdstuk 2. Zoals uit hoofdstuk 6 blijkt wordt het besparingsmotief niet overal systematisch toegepast.

In de huidige eigen bijdrage regeling AWBZ die op het besparingsmotief is gebaseerd, zijn twee onderdelen te onderkennen:

- de inkomensafhankelijke of "hoge" eigen bijdrage;
- de inkomensonafhankelijke of "lage" eigen bijdrage.

De "hoge" eigen bijdrage regeling in de AWBZ was oorspronkelijk gebaseerd op de besparing op minimum-niveau bij langdurende opname in een instelling. Ingaande 1983 is de regeling inkomensafhankelijk geworden. Achtergrond daarbij vormde de redenering dat opgenomen patiënten met een inkomen boven het minimum een besparing als gevolg van het kunnen opheffen van het huishouden zouden realiseren die uitging boven de besparing op minimum niveau. Gekozen is toen voor een regeling waarbij de veronderstelde besparing afhankelijk was van het inkomen, dit met een maximum van f 1350,- per maand. In 1988 is in het kader van de harmonisatie tussen de eigen bijdragen in verpleeghuizen en die in bejaardenoorden de maximale eigen bijdrage AWBZ voor patiënten van verpleeghuizen opgetrokken tot f 2200,- per maand. Daarbij is gesteld dat het hier voor een gedeelte tevens ging om medefinanciering.

De inkomensonafhankelijke eigen bijdrage in de AWBZ wordt gevraagd van patiënten bij kortdurende opname of bij gehuwden waarvan slechts een van de partners is opgenomen. De eigen bijdrage bedraagt f 210 per maand (dat wil zeggen ongeveer f 7,- per dag) en is gebaseerd op wegvallende kosten voor eten en bewassing.

Binnen de AWBZ bestaat er geen reden om voor verpleeghuizen een ander inkomensafhankelijk maximum te hanteren dan voor andere inrichtingen. Gelet op de systematiek in motivering voor deze eigen bijdragen is het aangewezen het maximum van f 2200,- per maand voor alle bijdrageplichtigen in een AWBZ-inrichting die een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen te laten gelden. Gezien het zeer beperkte aantal ver-

pleegden in verpleeginrichtingen dat de maximale eigen bijdrage betaalt zal dit echter bij patiënten in andere AWBZ-inrichtingen nauwelijks extra opbrengst genereren. Een herijking van het niveau van f 2200,- is op zich denkbaar. Erop gelet dat de meeste bijdrageplichtigen reeds de voor hun inkomen maximaal mogelijke eigen bijdrage betalen is dit nauwelijks zinvol. Tevens dient bedacht te worden dat het bij f 2200,- per maand reeds gaat om een gecombineerde toepassing van het besparingsmotief en het medefinancieringsmotief. Tenslotte dient de eigen bijdrage lager te zijn dan de werkelijke kosten van een voorziening.

Bij de "lage" eigen bijdrage is onlangs het niveau aangepast op basis van de kostenontwikkeling. Bij de overweging om het niveau structureel aan te passen moet bedacht worden dat zodra het niveau meer bedraagt dan de werkelijk direct wegvallende kosten de thuisblijvende partner in financiële problemen kan komen. Wel zal deze eigen bijdrage bezien moeten worden in relatie tot de eigen bijdrage voor thuiszorg, teneinde ongewenste substitutie effecten te voorkomen.

De inkomensafhankelijke eigen bijdrage wordt systematisch gevraagd bij langdurende opnamen. De inkomensonafhankelijke bijdrage wordt niet systematisch toegepast. Met name ontbreekt deze bij ziekenhuisopnamen. Uitgaande van de "lage" eigen bijdrage bij de AWBZ zou een bedrag van f 7,- per ligdag gevraagd kunnen worden. In de ZFW levert dat circa f 90 mln op.

In de AWBZ is zoals hiervoor uiteengezet het besparingsmotief redelijk systematisch ingevoerd. Totaal levert dat momenteel f 1147 mln op. Belangrijkste uitzondering is opname in een psychiatrische inrichting en in een revalidatie-inrichting gedurende het eerste jaar. Invoering van f 7,- per verpleegdag zou circa f 17 mln opleveren.

Tenslotte wordt bij een aantal dagvoorzieningen nog geen eigen bijdrage gevraagd. Daarbij moet worden aangetekend dat een deel van de gebruikers van deze voorzieningen reeds vanwege opname in een AWBZ-inrichting een op het besparingsmotief gebaseerde eigen bijdrage betaalt. Zo zijn veel gebruikers van dagverblijven bewoners van een GVT. Bij overweging tot invoering van eigen bijdragen voor dagvoorzieningen zal dan ook op dit aspect moeten worden gelet. Vooralsnog lijkt het verstandig de opbrengst op PM te zetten.

Recapitulerend kan gesteld worden dat systematische invoering van eigen bijdragen op grond van het besparingsmotief een extra opbrengst van ca. f 110 mln zal opleveren plus PM voor eventuele kleine bijstellingen.

Zoals hiervoor aangegeven wordt binnen de AWBZ het besparingsmotief redelijke systematisch toegepast. Dit geldt echter voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Achtergrond daarbij is het individuele karakter van de AWBZ. Aangezien mag worden aangenomen dat de meeste kinderen geen inkomen hebben, zou het vragen van een inkomensafhankelijke bijdrage, nagenoeg geen opbrengst leveren. Vanwege dit soort praktische overwegingen is in het verleden afgezien van het invoeren van eigen bijdragen voor deze groep verzekerden. Niettemin kan beargumenteerd worden dat er bij ouders kosten wegvallen indien kinderen niet thuis verzorgd worden, doch permanent in een inrichting zijn opgenomen. De subwerkgroep zorg heeft dit punt laten rusten, aangezien dit in de heroverwegingsgroep ouderbijdragen behandeld wordt.

Invoering/uitvoering.

Wijziging/invoering van eigen bijdragen in de AWBZ zijn te realiseren via een ministerieel besluit. Aangezien de uitvoeringsorganisatie reeds aanwezig is kan dat op korte termijn. Invoering per 1-1-1995 lijkt mogelijk. In de ZFW bestaat thans reeds de bevoegdheid om eigen bijdragen in te voeren bij ziekenhuisverpleging. Gelet erop dat het hier om een nieuw element gaat waar administratieve procedures op afgestemd moeten worden is enige voorbereidingstijd noodzakelijk. Een termijn van omstreeks 9 maanden lijkt geboden.

#### b. een geïntegreerd systeem van eigen bijdragen

In het onderstaande wordt een variant beschreven waarbij eigen betalingen zodanig zijn vormgegeven dat het besparings-, medefinancierings- en vraagbeïnvloedingsmotief ieder tot hun recht komen.

Gelet op het gestelde in hoofdstuk 6 is daarbij gekozen voor een globale benadering. Bij de praktische uitwerking zal met name de exacte vormgeving van belang zijn. Dit vanuit een oogpunt van substitutie, uitvoeringskosten en dergelijke.

Het besparingsmotief kan worden toegepast bij de ziekenhuizen (90 mln) en bij de psychiatrische- en revalidatie-inrichtingen gedurende het eerste jaar (17 mln) ( zie onder a).

Het medefinancieringsmotief is rekentechnisch gesteld op een vast percentage van 13% voor alle voorzieningen. Daarbij is voor de eventuele praktische uitvoering naast een dergelijk eigen bijdrage systeem ook een uitwerking in de vorm van een verplicht algemeen eigen risico aan de voet met een zelfde opbrengst denkbaar.

Het vraagbeïnvloedingsmotief is rekentechnisch vormgegeven door de nominale eigen betalingen zoals voorgesteld in 7.3 onder c totaal te ne-

men en daar de eigen bijdragen uit hoofde van het besparingsmotief en medefinancieringsmotief vanaf te trekken.

Op deze wijze ontstaat een opbrengst uit hoofde van het besparingsmotief van 1254 mln, het medefinancieringsmotief van 1476 en uit hoofde van het vraagbeïnvloedingsmotief van 403 mln. Een totale opbrengst derhalve van 3133 mln. Worden hier de huidige opbrengsten op in mindering gebracht dan ontstaat een netto opbrengst van 107 mln (besparingsmotief), 815 mln (medefinancieringsmotief) en 403 mln (vraagbeïnvloedingsmotief).

Eigen bijdrage uitgesplitst naar besparings-,medefinancierings- en vraagbeïnvloedingsmotief (in mln)

	Huidig	besp. motief	medefin motief	vraagb motief	totaal	verschil
<b>AWBZ</b>						
AWBZ-instellingen	1147	1164			1164	17
Gezinsverzorging	145		278	26	304	159
Kruiswerk	300		133	17	150	150
Psychotherapie	10		10		10	-
Hulpmiddelen	60		60		60	-
Geneesmiddelen	-		285	100	385	385
<b>ZFW</b>						
Huisarts	-		167	33	200	200
Specialist	-		147	3	150	150
Paramedische zorg	-		125	125	250	250
Ziekenhuizen	-	90	78		168	168
Tandheelkunde	81		91	99	190	109
Orthodontie	22		22		22	-
Kraamzorg	30		32		32	2
Ziekenvervoer	13		48		48	35
<b>Totaal</b>	<b>1808</b>	<b>1254</b>	<b>1476</b>	<b>403</b>	<b>3133</b>	<b>1325</b>
Huidig		1147	661	-		
Verschil		107	815	403		1325

In het verlengde van de bespreking van het vraagregulatiemotief en het medefinancieringsmotief in de hoofdstukken 2 en 6 dringt zich de conclusie op dat deze twee motieven weliswaar analytisch kunnen worden onderscheiden, doch in de praktijk zullen worden vormgegeven in een vorm waarbij voor de verzekerde het onderscheid wegvalt. Daarbij speelt met name mee dat er geen normatief en rekenkundig verband gelegd kan worden tussen een motief en het niveau van de eigen bijdrage. Waar het vanuit het gezichtspunt van de verzekerde uiteindelijk om gaat is dat er

een "prijs" verbonden is aan het gebruik van zorg. Daarbij is het om het even of de wetgever dat nu ingevoerd heeft vanuit het vraagregulatiemotief of het medefinancieringsmotief.

Beleidsmatig gezien lijkt het verstandig bij invoering alle twee de motieven te noemen.

Invoering/uitvoering.

De onderhavige variant is een mengsel van reeds behandelde varianten. Het juridische invoeringstraject is daarom eveneens een samenstel van deze elementen bij de afzonderlijke varianten.

Toepassing van het besparingsmotief in de AWBZ vergt aanpassing van een ministerieel besluit. Ook voor de ZFW kan volstaan worden met het nemen van een ministerieel besluit. Los gezien van inkomensbeschermende maatregelen kunnen eigen bijdragen op grond van het vraagregulatiemotief en het medefinancieringsmotief in de AWBZ via een ministerieel besluit tot stand komen. Bij de ZFW is het noodzakelijk het Verstrekingenbesluit (AMvB) aan te passen.

Gelet op de adviesprocedure en de toch wel uitvoerige administratieve gevolgen van de invoering van een integraal eigen bijdragesysteem zou totale invoering op zijn vroegst per 1-1-1996 kunnen geschieden.

Daarbij dient bedacht te worden dat de budgettering van de verzekeraars het wenselijk maakt dergelijke operaties met ingang van een nieuw kalenderjaar te doen plaatsvinden.

Uiteindelijk zal de gewenste mate van inkomensbescherming en de wijze waarop dat gerealiseerd moet worden bepalen op welke termijn deze variant volledig kan worden ingevoerd.

## **7.5. Recapitulatie**

In onderstaande tabel wordt aangegeven wat de verschillende relevante varianten betekenen voor de eigen bijdragen per zorgcategorie. Naast de huidige eigen bijdragen zijn in beeld gebracht de varianten IIb, IIc en III. Van de overige varianten kan geen zinvol vergelijkbaar overzicht gegeven worden.

## Overzicht van huidige en nieuw in te voeren eigen bijdragen.

	Huidige eigen bijdrage	13% eigen bijdrage <sup>1</sup>	nominale eigen bijdrage	Gecombineerde variant
<i>AWBZ</i>				
AWBZ instellingen	1147	1147	1147	1164
Gezinsverzorging	145	175	145	304
Kruiswerk	300	84	300	150
Amb.gezondheidszorg	10	52	10	10
Hulpmiddelen	60	38	60	60
Medicijnen	-	417	385	385
Subtotaal	515	766	900	909
Totaal AWBZ	1662	1913	2047	2073
<i>ZFW</i>				
Kraamzorg	30	12	30	32
Tandheekunde	103	43	293	212
Ziekenvervoer	13	18	13	48
Huisartsen		63	200	200
Spec. hulp		55	150	150
Param. hulp		47	250	250
Ziekenhuizen		473		168
Totaal ZFW	146	711	936	1060
Totaal AWBZ + ZFW	1808	2624	2983	3133

<sup>1</sup> In afwijking van de tabellen op blz. 56 is het effect van de maximering proportioneel toegerekend aan de aanspraken. Het gaat hier om een rekenkundige toerekening. Het valt niet te voorspellen hoe in de praktijk de maximering zal uitpakken per aanspraak.

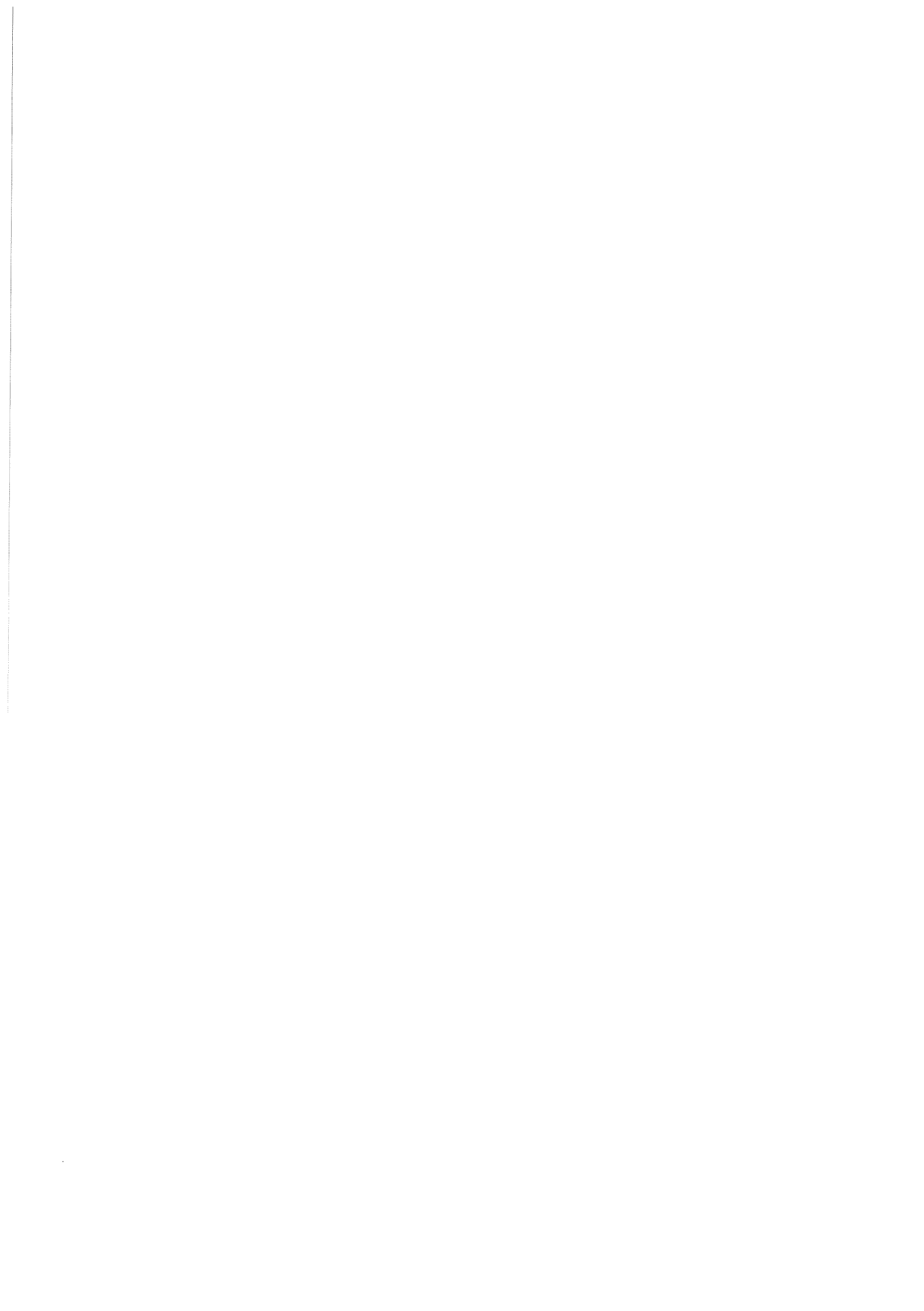


## 8. SLOT

In het voorgaande is een overzicht gegeven van de technische en beleidsmatige achtergronden van het tot nu toe gevoerde beleid ten aanzien van eigen bijdragen. Daarnaast zijn de door de sociale ziektekostenverzekeringen gedekte verzekeringsaanspraken nog eens bezien in het licht van de motivering voor eigen bijdragen. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat het thans door het kabinet gehanteerde uitgangspunt: "gelijke monniken - gelijke kappen" ertoe leidt dat slechts maatregelen kunnen worden getroffen die alle burgers op dezelfde wijze treffen. Daarom zijn in hoofdstuk 7 een aantal mogelijke varianten voor uitbreiding c.q. invoering van eigen bijdragen besproken waarbij dit uitgangspunt wordt losgelaten.

Ten behoeve van de inzichtelijkheid wordt voorgesteld om de subwerkgroep inkomensbescherming een variant in de berekeningen te laten meenemen welke voldoet aan de taakstelling van 20%.

Teneinde daarbij te komen tot een zo groot mogelijke spreiding van de lasten wordt voorgesteld uit te gaan van variant IId, met dien verstande dat gerekend wordt met een verplicht eigen risico van  $f$  100,- per volwassene per jaar en  $f$  50,- per kind per jaar, zowel in de ZFW als in de AWBZ.



HO 93.3.010

Aan de voorzitter van de subwerkgroep Zorg

In de heroverwegingswerkgroep 'Eigen bijdragen in de kwartaire sector' is een normatief kader ontwikkeld voor eigen bijdragen in de kwartaire sector. De werkgroep heeft de terreinen Zorg en Onderwijs geselecteerd om beleidsvarianten te ontwikkelen op basis van dit normatief kader.

De werkgroep Zorg heeft als taak de volgende werkzaamheden uit te voeren:

1. Inventariseer bestaande regelingen  
Maak een overzicht van de totale kosten per voorziening en het financieringsaandeel van de eigen bijdragen in de zorgsector voor de jaren 1983, 1988, 1993 en meerjarenraming 1994-1998.
2. Beschrijf het bestaande en beoogde beleid ten aanzien van eigen bijdragen.
3. Toets of de bestaande regelingen voldoen aan het normatief kader, zoals geformuleerd door de werkgroep.
4. Behandel eventueel noodzakelijke specifieke thema's, zoals institutionele randvoorwaarden.
5. Werk beleidsvarianten, gebaseerd op het normatief kader, uit.  
Beoordeel de varianten op:
  - motivering
  - effect op de gebruikte voorziening
  - inkomenseffecten
  - deregulering
  - uitvoeringskosten
  - overige maatschappelijke omstandigheden
  - tijdspad te treffen maatregelen
  - internationale verdragen

Ik verzoek u een aantal varianten te behandelen. De mogelijkheid bestaat, dat binnen twee weken nog een aanvulling op de te behandelen varianten volgt.

Thans wordt gedacht aan de volgende (typen) varianten:

1. 100% kosten en 0% kosten  
Het doel is vooral om de beweegredenen voor collectieve, doch niet volledig collectieve financiering te expliciteren. Tevens kan op

deze wijze worden vastgesteld wat de totale kosten per voorziening zijn en wat het zou betekenen om de volledige kosten van een voorziening in rekening te brengen aan de gebruiker.

2. Specifieke eigen bijdragen per type/groep voorzieningen

In deze variant worden de voorzieningen geclusterd. De eigen bijdrage wordt opgebouwd uit verschillende motieven. Er wordt rekening gehouden met vraagregulering en bespaarde kosten.

Daarnaast wordt het medefinancieringsmotief gebruikt. Per cluster van voorzieningen kunnen verschillende eigen bijdragen worden gesteld, afhankelijk van de aard en de prijs van de voorzieningen in dat cluster.

3. Eigen risico

4. Nominale premie

**Planning**

De maanden december-januari zijn beschikbaar voor deze werkzaamheden. De subwerkgroep rapporteert in deze periode driemaal aan de hoofdwergroep. De volgende stukken dient u op de gegeven datum te zenden aan het secretariaat van de hoofdwergroep (mw. E.A. de Vries, Ministerie van Financiën):

16 december : uitgewerkt onderzoeksplan

7 januari : concept-eindrapportage

27 januari : eindrapportage

**Samenstelling subwerkgroep:**

voorzitter J. van de Kastele

secretariaat: J. Visser

deelnemers: T. Merkelbach

C. Birkhoff

E. de Vries

W. van Tol

De voorzitter van de heroverwegingswerkgroep 'Eigen bijdragen in de kwartaire sector',

A. Annink

12/14/91

## BIJLAGE 2

Overzicht en inhoud van voor (het verbod op) eigen bijdragen relevante bepalingen uit normverdragen.

### I. Europese Code inzake sociale zekerheid, met Bijlage, Addenda en Protocol, 1964 (Trb. 1965, 47) (hierna: de Code)

- Artikel 10, eerste en tweede lid, van de Code (als wordt gelezen via het Protocol bij de Code).

In het eerste lid wordt een onderscheid gemaakt tussen te verlenen verstrekkingen in geval van ziekte-toestand en in geval van zwangerschap, bevalling en de gevolgen daarvan. Het tweede lid luidt als volgt:

"2. De gerechtigde of zijn kostwinner kunnen ertoe gehouden worden een bijdrage te leveren in de kosten van de geneeskundige zorg, ontvangen:

(a) in geval van ziekte-toestand; de regels betreffende deze bijdrage in de kosten moeten echter zodanig worden vastgesteld, dat zij geen te zware belasting met zich brengen en de bijdrage in de kosten door de gerechtigde mag niet meer bedragen dan:

(i) 25% voor de hulp van huisartsen en specialisten verleend buiten de zalen van het ziekenhuis;

(ii) 25% voor verpleging in een ziekenhuis;

(iii) gemiddeld 25% voor de verstrekking van geneesmiddelen;

(iv) 33 1/3 % voor het onderhoud van het gebit;

(b) in geval van zwangerschap bevalling en de gevolgen daarvan uitsluitend voor de verstrekking van geneesmiddelen, waarbij de bijdrage in de kosten door de gerechtigde of haar kostwinner gemiddeld niet meer mag bedragen dan 25%; de regels betreffende deze bijdrage in de kosten moeten zodanig zijn vastgesteld dat zij geen te zware last met zich brengen;

(c) wanneer deze bijdrage in de kosten wordt vastgesteld op een vast bedrag voor elke behandeling of voor elk geval waarin geneesmiddelen worden voorgeschreven, mag het totaal van de door alle beschermde personen verrichte betalingen met betrekking tot elk der onder (a) en (b) genoemde verstrekkingen het voorgeschreven percentage van de totale kosten van die verstrekkingen binnen een bepaald tijdvak niet te boven gaan."

- Artikel 34 van de Code

voorziet in de verlening van verstrekkingen in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Hierin is niet vermeld dat het opleggen van eigen bijdragen is toegestaan. De (via een a-contrario-redenering tot stand ge-

komen) interpretatie van de onderscheiden Deskundigencomités van het Internationaal Arbeidsbureau en van de Raad van Europa leidt tot de conclusie, dat het opleggen van eigen bijdragen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten niet is toegestaan.

**-Artikel 49, tweede lid, van de Code (als gelezen via het Protocol bij de Code)**

voorziet (evenals artikel 10, eerste lid), in bepaalde vormen van geneeskundige zorg in verband met zwangerschap, bevalling en de gevolgen daarvan.

Alleen ten aanzien van de verstrekking van geneesmiddelen staat de Code toe dat eigen bijdragen worden gevraagd. De a contrario redenering leidt dan tot de conclusie dat ten aanzien van de andere genoemde verstrekkingen geen eigen bijdragen mogen worden gevraagd. De desbetreffende bepaling luidt als volgt:

"2. De geneeskundige zorg moet ten minste omvatten:

(a)

(b)

(c) de verstrekking van geneesmiddelen, behoudens dat de gerechtigde of haar kostwinner ertoe gehouden kan worden een bijdrage te leveren in de kosten van de ontvangen geneeskundige zorg. De regels betreffende deze bijdrage in de kosten moeten zodanig worden vastgesteld dat zij geen te zware last met zich brengen, terwijl de bijdrage in de kosten door de gerechtigde of haar kostwinner gemiddeld niet meer dan 25% mag bedragen. Wanneer deze bijdrage in de kosten wordt vastgesteld op een vast bedrag voor elk geval waarin geneesmiddelen worden voorgeschreven, mag het totaal van de door alle beschermde personen verrichte betalingen niet meer bedragen dan 25% van de totale kostem binnen een bepaald tijdvak.

**-Addendum 2, zoals gelezen via het Protocol bij de Code**

Addendum 2 voorziet in extra voordelen ten aanzien van onder meer deel II van de Code (geneeskundige zorg).

Daarin worden een aantal verstrekkingen genoemd die de ratificerende staten moeten verlenen. Voor een aantal daarvan wordt het toegestaan eigen bijdragen te vragen. Voor verstrekkingen waar dat niet het geval is, leidt de a contrario redenering tot de conclusie dat het niet is toegestaan eigen bijdragen te vragen.

Voor de navolgende verstrekkingen is het toegestaan:

1. Ontvangen verzorging in herstellingsoorden, kuurorden, preventoria en soortgelijke inrichtingen ter voorkoming van tuberculose, tot een bedrag van een derde van die kosten.

2. Ontvangen verzorging in de vorm van onderhoud van het gebit, tot een bedrag van 25%, behalve wanneer het kinderen en aanstaande moeders betreft.
3. Gebitsprothesen, tot de helft van de kosten van de verstrekte prothesen.
- 4.....
5. Verpleging thuis en huishoudelijke hulp, tot een zodanig bedrag dat de betrokkene daardoor niet te zwaar wordt belast.
6. Verstrekking van brillen, tot de helft van de kosten van de verstrekte bril.
7. Verstrekking van gehoorapparaten, tot een bedrag van de helft van de kosten van het verstrekte gehoorapparaat.
8. Verstrekking van kunstledematen en andere belangrijke medische of chirurgische kunstmiddelen, tot de helft der kosten van de ontvangen kunstmiddelen.
9. Wanneer de bijdrage in de kosten wordt vastgesteld op een vast bedrag voor elke behandeling of elk geval waarin kunstmiddelen worden voorgeschreven, mag het totaal van de door alle beschermde personen verrichte betalingen met betrekking tot elk der onder 1,2,3,5,6,7 of 8 genoemde soorten van verstrekkingen, het voorgeschreven percentage van de totale kosten van die soort verstrekking binnen een bepaald tijdvak niet te boven gaan.

**II. Verdrag betreffende minimum-normen van sociale zekerheid, 1952 (Verdrag No. 102 aangenomen door de Internationale Arbeidsconferentie in haar 35ste zitting) (Trb. 1953, 69) (hierna ILO-verdrag nr. 102)**

**- Artikel 10, eerste en tweede lid, van ILO-verdrag nr. 102.**

In het deel dat betrekking heeft op geneeskundige zorg, is in artikel 10, eerste lid een opsomming gegeven van minimaal te verlenen verstrekkingen in geval van ziekte-toestand en in geval van zwangerschap, bevalling en de gevolgen daarvan. Het is in geval van ziekte-toestand volgens het tweede lid van artikel 10 toegestaan eigen bijdragen te vragen. Deze laatste bepaling luidt als volgt:

"2. De gerechtigde of zijn kostwinner kunnen ertoe gehouden worden een bijdrage te leveren in de kosten van de geneeskundige zorg, ontvangen in geval van ziekte-toestand; de regelen betreffende deze deelneming in de kosten moeten zodanig worden vastgesteld, dat zij geen te zware last met zich brengen."

De a contrario-redenering, die door het Deskundigencomité van het Internationaal Arbeidsbureau wordt toegepast, leidt er dan toe dat in geval van zwangerschap, bevalling en de gevolgen daarvan voor de verstrekkingen die daartoe volgens dit verdrag minimaal verleend moeten worden, geen eigen bijdragen mogen worden gevraagd.

Dat is dan ook het geval voor artikel 49 van het verdrag, dat (evenals artikel 10, eerste lid), voorziet in bepaalde vormen van geneeskundige zorg in verband met zwangerschap, bevalling en de gevolgen daarvan. Het tweede lid van dat artikel luidt:

**- Artikel 49, lid 2 van ILO-verdrag nr. 102:**

"2. De geneeskundige zorg moet ten minste omvatten:

- a) prenatale zorg, hulp bij de bevalling en postnatale zorg, hetzij van een geneeskundige, hetzij van een gediplomeerde vroedvrouw;
- b) opname in een ziekenhuis wanneer deze noodzakelijk is."

**N.B.** Het deel "Arbeidsongevallen en beroepsziekten" van ILO-verdrag nr. 102, waarin evenmin is bepaald dat eigen bijdragen zijn toegestaan (zodat deze dus, a contrario beredeneerd, niet zijn toegestaan), is komen te vervallen doordat Nederland ILO-verdrag 121 heeft geratificeerd. Laatstgenoemd verdrag is voor het hierbedoelde deel van ILO-verdrag nr. 102 in de plaats getreden.

**III. Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten, 1964 (Verdrag Nr. 121 aangenomen door de Internationale Arbeidsconferentie in haar achtenveertigste zitting), met bijlagen (Trb. 1965, nr. 16) (hierna: ILO-verdrag nr. 121).**

**- N.B.1. Artikel 10 van ILO-121**, dat de omvang van het minimaal te verlenen verstrekkingenpakket vastlegt, zegt niets over het mogen opleggen van eigen bijdragen. De conclusie, gebaseerd op de door het Deskundigencomité van het Internationaal Arbeidsbureau gevolgde a contrario redenering luidt dan ook dat het opleggen van verplichte eigen bijdragen niet is toegestaan.

**- N.B.2. Artikel 11 van ILO-verdrag nr. 121** kan aldus worden geïnterpreteerd, dat het opleggen van eigen bijdragen tot op zekere hoogte tot de mogelijkheden behoort, indien medische zorg in geval van arbeidsongeval of beroepsziekte wordt verleend door middel van een algemene regeling.



**Artikel 11 van ILO-verdrag nr. 121 luidt als volgt:**

"1. Elk Lid dat de geneeskundige zorg en de daaraan verbonden diensten verleent door middel van een algemene gezondheidsregeling of een regeling voor geneeskundige zorg voor loontrekkenden, kan in zijn wetgeving bepalen dat deze zorg aan hen die getroffen zijn door een arbeidsongeval of beroepsziekte, onder dezelfde voorwaarden wordt verleend als aan andere rechthebbenden, mits de desbetreffende bepalingen zodanig zijn gesteld, dat de betrokkenen niet in behoeftige omstandigheden geraken.

2. Elk Lid dat de geneeskundige zorg en de daaraan verbonden diensten verleent in de vorm van terugbetaling van door de getroffene gedane uitgaven kan in zijn wetgeving bijzondere bepalingen opnemen voor gevallen waarin de omvang, duur of de kosten van de zorg redelijke grenzen overschrijden, mits deze bepalingen niet in tegenspraak zijn met de doeleinden vermeld in artikel 10, tweede lid, en zodanig gesteld zijn, dat de betrokkenen niet in behoeftige omstandigheden geraken."

**IV. De - nog te ratificeren - Herziene Europese Code inzake sociale zekerheid, 1990 (nog niet gepubliceerd) (hierna: Herziene Code).**

N.B. Ook de Herziene Code kent - naast uitdrukkelijk toegestane - ook expliciete verboden op eigen bijdragen, zij het dat een Verdragsluitende Partij van wie de wetgeving aan bepaalde criteria voldoet, van dat verbod mag afwijken. De relevante bepalingen luiden (in de voorlopige vertaling) als volgt:

**- Artikel 10, tweede lid, van de Herziene Code (medische zorg)**

"2. Wanneer de wetgeving van een Partij vereist dat de rechthebbende of diens kostwinner een bijdrage levert in de kosten van medische zorg, dienen de regels betreffende deze deelneming in de kosten zodanig te zijn dat zij geen te zware last met zich meebrengen en de medische en de sociale bescherming niet minder doeltreffend maken."

**- Artikel 36, tweede lid, van de Herziene Code (arbeidsongevallen en beroepsziekten)**

"2. Van de rechthebbende mag geen eigen bijdrage in de kosten van medische hulp worden verlangd."

"Ontsnappingsclausules" voor dit verbod zijn:

**- Artikel 3, derde lid, van de Herziene Code:**

"3. Elke Partij die de in de Delen II, III, IX en X vervatte verplichtingen aanvaardt, wordt geacht eveneens aan de in Deel VI vervatte verplichtingen te voldoen indien haar wetgeving aan slachtoffers van arbeidsongevallen of beroepsziekten recht geeft op medische zorg, ziekengeld en uitkering bij invaliditeit, en aan hun nagelaten betrekkingen het recht op uitkering aan nagelaten betrekkingen, ongeacht de oorzaak van de betreffende eventualiteit en mits die wetgeving het recht op prestaties niet afhankelijk stelt van enige voorwaarde inzake een wachttijd. Voor de toepassing van dit lid..enz."

**- Artikel 44 van de Herziene Code**

"Ten aanzien van de in artikel 32, eerste lid, onder a, bedoelde eventualiteit wordt een Partij geacht aan de bepalingen van dit deel te voldoen indien haar wetgeving voorziet in medische zorg voor slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten krachtens een algemene regeling inzake medische zorg of prestaties ingeval van ziekte, onder de voor rechthebbenden krachtens die regeling voorgeschreven voorwaarden, met uitsluiting van de voorwaarden betreffende een wachttijd, mits de bedoelde voorwaarden ten minste zo gunstig zijn als de in Deel II voorgeschreven voorwaarden."

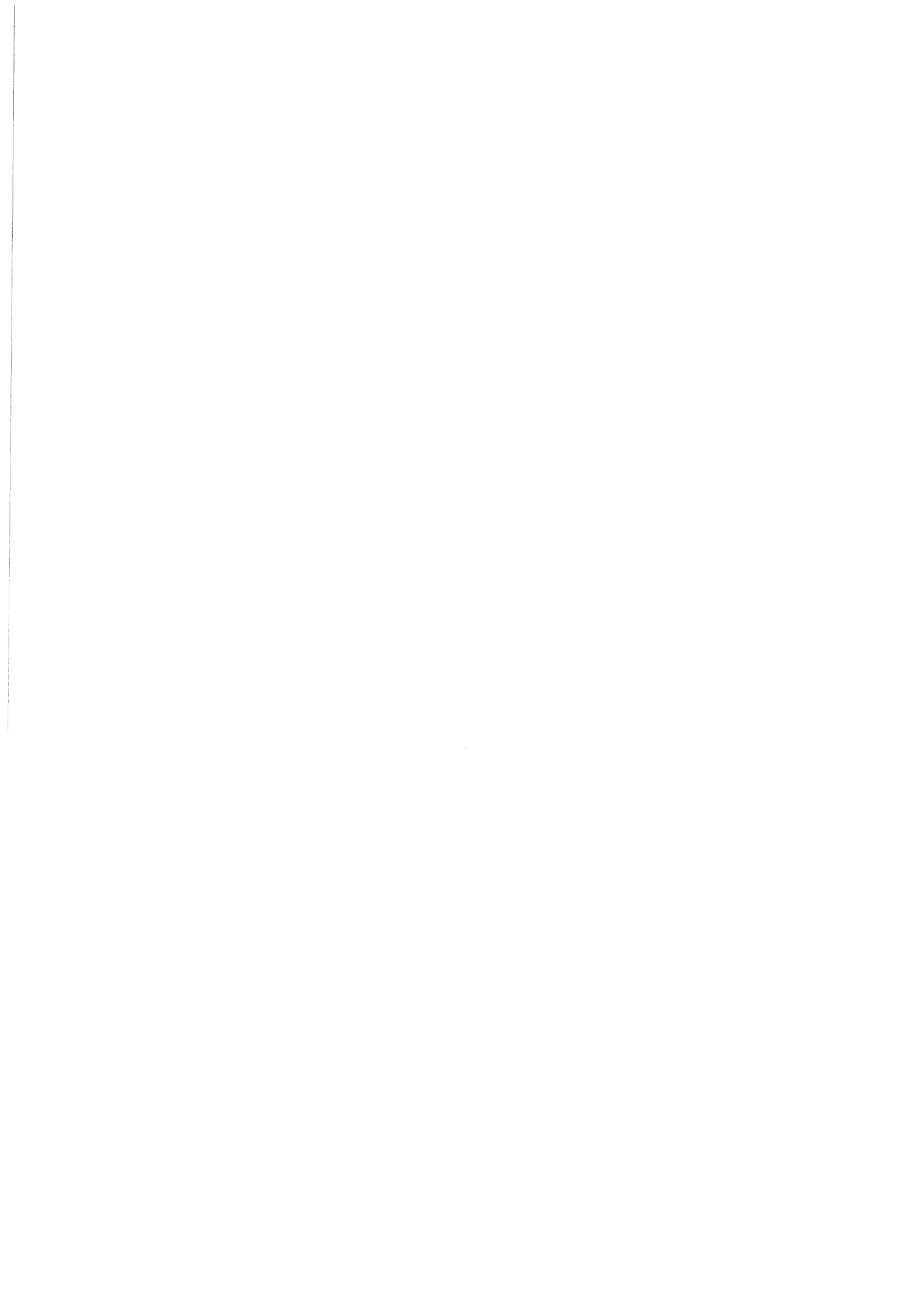
**- Artikel 53, tweede lid, van de Herziene Code (uitkeringen en verstrekkingen bij moederschap)**

"2. Wanneer de wetgeving van een Partij erin voorziet dat de rechthebbende of haar kostwinner bijdraagt in de kosten van medische zorg, dienen de regels betreffende deze bijdrage zodanig te zijn vastgesteld dat zij geen te zware last vormt en dat zij aan de doelmatigheid van de medische en sociale bescherming geen afbreuk doet."

B 97452 3

landen	eigen betalingen aan de voet					eigen betaling bij verstrekking(en)					opmerk.*			
	vrijw.	vpl.	nom.	%	max.	pp/pg	uitz.	vrijw.	vpl.	nom.		%	max.	pp/pg
België							X2	X2	X2					
Bulgarije														X
Cyprus														X
Denemarken							X4	X4						
Duitsland							X6	X6						
Griekenland							X8	X8						n.ontv.
Finland							X10	X10						n.ontv.
Frankrijk							X12	X12						
Hongarije							X15	X15						n.ontv.
Italië							X15	X15						n.ontv.
Ierland							X18	X18						n.ontv.
Liechtenst.		X21	X21				X22	X22						
Luxemburg							X24	X24						
Malta														X
Noorwegen							X26	X26						
Oostenrijk							X29	X29						
Polen														X
Portugal							X32	X32						
Spanje														
Tj-Slow.														X36
Turkije														
Ver. Kon.							X38	X38						
IJsland							X40	X40						
Zweden							X45	X45						
Zwitserl.48							X49	X49						

\* In tabel "opmerk." betekent:  
A: Aanvullende info uit EG-MISSOC '92 en uit RVE-uitgave;  
B: Aanvullende info uit EG-MISSOC '92;  
C: Aanvullende info uit RVE-uitgave en  
D: geen andere bronnen.



## **NOTEN BIJ SCHEMA EIGEN BETALINGEN LIDSTATEN RAAD VAN EUROPA**

### **BRONNEN**

- 1) Informatie verkregen uit reacties op WVC-inquiry d.d. 28-12-'92; waar zulks voor de invulling van het schema noodzakelijk en mogelijk was is gebruik gemaakt van aanvullende informatie uit de EG-MISSOC-uitgave "Social Protection in the Member States of the Community, situation on July 1st 1992 and Evolution" (EG-MISSOC '92), alsmede uit de Raad van Europa-uitgave "Share borne by the beneficiary of the cost of medical care and of medical rehabilitation supplies", 2nd edition (Situation at 1 July 1988), Strasbourg 1990 (RvE-uitgave). Het schema en de daarbij behorende voetnoten betreffen een grove weergave van de informatie. Voor eventuele verdere informatie raadplege men voormelde bronnen.

### **BELGIE**

- 2) Voor ziekenhuisopname is men een vast bedrag per dag verschuldigd, voor een aantal andere verstrekkingen (bijv. artsen) is men een procentuele eigen bijdrage verschuldigd. De procentuele eigen bijdrage voor geneesmiddelen is afhankelijk van de soort, en is gebonden aan een maximum.
- 3) Uitzonderingen: Geen eigen bijdragen verschuldigd voor kunst- en hulpmiddelen. Bepaalde groepen van personen betalen lagere eigen bijdragen (weduwen, wezen, weduwnaars, invaliden en gepensioneerden).  
Geen eigen bijdragen verschuldigd voor ziekenhuisopname in geval van moederschap. In beginsel ook geen eigen bijdragen verschuldigd ingeval van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

### **DENEMARKEN**

- 4) Procentuele eigen bijdragen voor kunst- en hulpmiddelen, geneesmiddelen, afhankelijk van de "soort", alsmede voor tandarts. Jongeren tussen 18 en 25 jaar betalen voor tandheelkundige hulp een lagere eigen bijdrage.
- 5) Uitzonderingen: Geen eigen bijdragen verschuldigd voor insuline. Geen eigen bijdragen in geval van moederschap. Geen eigen bijdragen voor kunst-en hulpmiddelen voor slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

**DUITSLAND**

- 6) Vast bedrag per dag (tot maximaal 14 dagen) verschuldigd voor ziekenhuisopname. Vaste bedragen verschuldigd voor geneesmiddelen tot een maximum dat afhankelijk is van inkomen en gezinssamenstelling.
- 7) Uitzonderingen: Personen met een laag inkomen, alsmede kinderen jonger dan 18 jaar (met uitzondering van tandheelkundige hulp en ziekenvervoer) behoeven geen eigen bijdragen te betalen.  
Geen eigen bijdragen zijn verschuldigd in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten, alsmede voor ziekenhuisopname in geval van moederschap.

**GRIEKENLAND**

- 8) Procentuele eigen bijdragen voor arts, geneesmiddelen, ziekenvervoer en kunst-en hulpmiddelen.
- 9) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor spoedvervoer per ambulance en klinische specialistische hulp.  
Geen eigen bijdragen in geval van werkloosheid, arbeidsongevallen en beroepsziekten en moederschap.

**FINLAND**

- 10) Procentuele eigen bijdrage per verstrekking. De eigen bijdragen voor geneesmiddelen is gemaximeerd tot een jaarlijks vast te stellen bedrag, evenals die voor ziekenvervoer.
- 11) Uitzondering: voor chronisch zieken geldt een lager percentage per verstrekking.

**FRANKRIJK**

- 12) Procentuele eigen bijdragen voor artsen en tandarts, ziekenhuisopname (daarnaast ook nominaal bedrag per dag) kunst- en hulpmiddelen en geneesmiddelen (afhankelijk van de soort).
- 13) De procentuele eigen bijdrage voor ziekenhuisopname is gemaximeerd tot 31 dagen.
- 14) Uitzonderingen: Geen eigen bijdragen voor geneesmiddelen voor langdurig zieken met betrekking tot de desbetreffende ziekte.  
Geen eigen bijdragen voor invaliden, gepensioneerden, slachtoffers van een arbeidsongeval met een arbeidsongeschiktheid van tenminste 2/3, alsmede in geval van moederschap.

**ITALIE**

- 15) Vaste eigen bijdrage voor geneesmiddelen en daarboven 50% per recept.

- 16) Maximum eigen bijdrage 50.000,- lire per persoon. Afhankelijk van jaarinkomen en gezinssamenstelling kan de max. eigen bijdrage worden gelimiteerd tot 160.000 lire per jaar.
- 17) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor geneesmiddelen voor ernstig invaliden, ernstig zieken, alsmede in geval van moederschap.

#### **IERLAND**

- 18) Alleen eigen bijdrage van een vast bedrag per dag voor ziekenhuisopname.
- 19) Maximum eigen bijdrage 150 Ierse ponden per periode van 12 maanden.
- 20) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen bij opname i.v.m. besmettelijke ziekten, bij moederschap en arbeidsongevallen en beroepsziekten.

#### **LIECHTENSTEIN**

- 21) Vrijwillig eigen risico aan de voet in ruil voor premiereductie. Voor verplicht verzekerden is deze gemaximeerd tot 500 francs per persoon per jaar.
- 22) Eigen bijdragen per ziektegeval van 30 francs, zonder maximering.
- 23) Uitzonderingen: kinderen jonger dan 15 jaar betalen maximaal 15 francs per ziektegeval. Geen eigen bijdragen voor preventief onderzoek en verstrekkingen bij moederschap.

#### **LUXEMBURG**

- 24) Procentuele eigen bijdrage per verstrekking. Daarnaast vast bedrag per dag voor ziekenhuisopname. Geen maximering.
- 25) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor transport per ambulance naar dichtstbijzijnde ziekenhuis. Geen eigen bijdragen bij ziekenhuisopnamen in geval van moederschap en arbeidsongevallen en beroepsziekten. Voorts geen eigen bijdragen voor andere verstrekkingen in geval van moederschap. Langdurig zieken betalen geen eigen bijdragen voor geneesmiddelen.

#### **NOORWEGEN**

- 26) Nominale eigen bijdragen per verstrekking. Daarnaast wordt voor sommige geneesmiddelen een percentage vergoed, terwijl voor andere geneesmiddelen in het geheel geen vergoeding wordt verleend. De eigen bijdragen zijn lager voor gepensioneerden en kinderen.
- 27) Maximum aan de eigen bijdragen, dat voor gepensioneerden en kinderen lager ligt. Daarnaast geldt een maximum per gezin.

- 28) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor verstrekkingen verleend in verband met sommige besmettelijke ziekten, verstrekkingen verleend in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten en moederschap. Voorts zijn kinderen jonger dan 7 jaar geen eigen bijdragen verschuldigd.

#### **OOSTENRIJK**

- 29) Procentuele eigen bijdragen voor artsen, tandarts en kunst-en hulpmiddelen. Vaste bijdragen voor geneesmiddelen, alsmede voor ziekenhuisopname (per dag).
- 30) Maximum eigen bijdrage voor geneesmiddelen, terwijl in geval van ziekenhuisopname de eigen bijdrage is beperkt tot maximaal 4 weken.
- 31) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor personen met een laag inkomen, kinderen jonger dan 15 jaar, alsmede in geval van moederschap.

#### **PORTUGAL**

- 32) Vaste eigen bijdragen voor de meeste verstrekkingen (gemaximeerd); procentuele eigen bijdragen afhankelijk van de "soort" voor geneesmiddelen en prothesen.
- 33) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor ziekenhuisopname. geen eigen bijdragen voor een aantal groepen van personen (zwan-gere/bevallen vrouwen, gepensioneerden met inkomen lager dan minimumloon en hun gezinsleden, slachtoffers van arbeidsongeval-len en beroepsziekten, wezen, werkenden met een inkomen lager dan het minimumloon en hun gezinsleden).

#### **SPANJE**

- 34) Alleen eigen bijdragen voor geneesmiddelen (40%).
- 35) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor geneesmiddelen voor chronische ziekten, alsmede in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Gepensioneerden betalen geen eigen bijdragen.

#### **TJECHO-SLOWAKIJE**

- 36) Heeft een systeem van vrijwillige eigen betalingen per verstrekking.

#### **TURKIJE**

- 37) Eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Gepensioneerden betalen lagere eigen bijdragen.



**VERENIGD KONINKRIJK**

- 38) Gemaximeerde eigen bijdragen voor geneesmiddelen en tandarts. Voorts eigen bijdragen voor brillen.
- 39) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor armen, kinderen jonger dan 19 jaar, zwangere en bevallen vrouwen en gepensioneerden en in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

**IJSLAND**

- 40) Vaste bedragen voor geneesmiddelen verstrekkingen tot een bepaald maximum.
- 41) Maximum eigen risico voor kinderen en gepensioneerden is lager.
- 42) De eigen bijdrage geldt per persoon, maar de eigen bijdragen voor kinderen onder de 16 worden samengeteld voor de berekening van het maximum.
- 43) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor kosten van intramurale zorg.
- 44) Na het bereiken van het maximum betaalt men een derde deel van de kosten, met uitzondering van de kosten voor intramurale zorg, geneesmiddelen en huisarts in gezondheidscentrum.

**ZWEDEN**

- 45) Voor een aantal verstrekkingen gelden vaste eigen bijdragen, voor andere procentuele.
- 46) Maximum eigen bijdrage is 1600 Zweedse kronen per jaar; voor het bereiken van het maximum mogen de eigen bijdragen van kinderen jonger dan 16 jaar worden samengeteld.
- 47) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor prothesen, kinderen jonger dan 20 jaar voor de tandarts, ziekenhuisopname, bepaalde geneesmiddelen voor chronisch zieken.

**ZWITSERLAND**

- 48) Zwitserland heeft geen federale verplichte sociale verzekering. Wel kan de regeling op kantonaal niveau verplicht worden gesteld. (6 kantons).  
N.B. Op 1-1-93 is de federale "Prijzenwet voor de ziektekostenverzekering" in werking getreden, waarin op federaal niveau voor ziekenhuisopname is voorzien in een verplichte eigen bijdrage per persoon voor ziekenhuisverpleging ad 10 Zwitserse francs per dag tot een maximum van 500 Zwitserse frs. Deze eigen bijdrage geldt niet voor kinderen, ziekenhuisopname in geval van moederschap en voor personen die langer dan 180 dagen zijn opgenomen. Deze wet is evenwel nog niet definitief, want is afhankelijk van nog

te verlenen instemming van het volk (referendum herfst '93). Met deze wet is in het overzicht geen rekening gehouden.

- 49) Verplichte eigen bijdragen per verstrekking (volwassenen tot max 150 frs per verstrekking en voor de daar boven uitgaande kosten 10%; kinderen betalen alleen 10% der kosten).
- 50) Maximum eigen bijdrage bedraagt voor volwassenen 5 maal de voor hen geldende franchise ad 150 frs; voor kinderen maximaal 250 frs (max. 2 kinderen per gezin). Men kan vrijwillig kiezen voor een hoger franchisebedrag in ruil voor premiereductie.
- 51) Uitzonderingen: geen eigen bijdragen voor ziekenhuisopnamen en moederschap (zie evenwel noot 48).

## BIJLAGE 4

### 1. beoordelingskader

Teneinde een kader te scheppen om de inkomensgevolgen van de invoering van eigen bijdragen te kunnen beoordelen wordt in het onderstaande een overzicht gegeven van de zorgkosten als percentage van het beschikbaar inkomen. Dit zowel voor de situatie in 1990 als in de theoretische eindsituatie na tot stand koming van de thans voorgestane basisverzekering.

#### a. Zorgkosten 1990 in percentage van het beschikbare inkomen

---

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	6.4	6.7	0.7
gehuwd zk	6.2	6.6	2.9
gehuwd mk	6.6	6.8	4.8
bejaard alleenst.			
zfw	8.7	12.3	
particulier	25.1	16.2	13.3
bejaard gehuwd			
zfw	8.7	10.5	
particulier	35.1	27.6	16.3

---

#### b. Zorgkosten eindfase stelselherziening in percentage van het beschikbare inkomen

---

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	6.3	6.7	5.1
gehuwd zk	6.2	6.5	5.3
gehuwd mk	6.6	6.6	4.7
bejaard alleenst.			
zfw	8.1	11.3	
particulier	9.9	12.0	13.2
bejaard gehuwd			
zfw	9.0	10.4	
particulier	12.1	12.8	13.0

---

## 2. Inkomensgevolgen varianten Groep II

Een verschuiving van premiefinanciering naar eigen betaling heeft tot gevolg dat de verzekerden zelf een deel van de kosten gaan dragen. De kosten voor degenen die veel van de zorg gebruik maken gaan omhoog, terwijl zij die weinig of geen zorg nodig hebben tegenover een premiedaling geen verhoging van hun eigen lasten zien. In de ziekenfondsverzekering en de AWBZ leidt een verschuiving van premiebetaling naar eigen betaling tot een daling van de verplichte premie. In onderstaande tabellen is verondersteld dat de procentuele werknemerspremie zal dalen. In onderstaande tabellen is eveneens voor de eigen bijdragen gerekend met gemiddelde kosten. Uiteraard kunnen de kosten zeer uiteen lopen, daar staat tegenover dat vooralsnog verondersteld mag worden dat veel eigen bijdragen c.q zelfbetalingen via een aanvullende verzekering gedekt kunnen worden. In dat geval leidt de financieringsverschuiving dus tot een nominalisering.

### **a. eigen bijdrage van 13% van de kosten**

Een eigen bijdragen van 13% van de zorgkosten leidt tot een daling van de procentuele AWBZ-premie met -0,1% en de procentuele werknemers-ziekenfondspremie met - 0,3%. Daar staat een gemiddelde nominale lastenstijging per verzekerde per jaar tegenover van f 18,90 voor de AWBZ en f 76,75 voor de Ziekenfondswet.

De financieringsverschuiving heeft gevolgen voor de lastenverdeling. Algemeen geldt dat gezinnen met kinderen gemiddeld genomen slechter af zijn en alleenstaanden beter. In onderstaande tabel zijn de zorgkosten als percentage van het netto besteedbaar inkomen aangegeven als er een eigen bijdrage van 13% van de zorgkosten wordt ingevoerd.

#### Zorgkosten als percentage van het netto besteedbaar inkomen

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	6.1	6.5	1.5
gehuwd zk	6.6	6.8	6.0
gehuwd mk	5.6	6.1	3.9
bejaard alleenst.			
zfw	10.3	13.7	
particulier	22.9	17.5	10.7
bejaard gehuwd			
zfw	10.3	11.7	
particulier	29.4	25.7	15.2

Door de lastenverschuiving ontstaat het volgende koopkrachtbeeld:

Koopkrachtmutatie t.g.v. 13% eigen bijdrage in percentage van het netto besteedbaar inkomen

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	0	0.2	0
gehuwd zk	-0.5	-0.2	0
gehuwd mk	-0.7	-0.3	-0.1
bejaard alleenst.			
zfw	-0.2	0.1	
particulier	0.2	0.1	0.1
bejaard gehuwd			
zfw	-0.5	-0.3	
particulier	0.1	0.1	0.1

#### b. nominale eigen bijdrage

Een eigen bijdrage in de vorm van nominale bedragen per consult of verrichting leidt eveneens tot een financieringsverschuiving tussen het verplichte pakket en de eigen betalingen. Het effect op zorglasten en de koopkracht is in onderstaande tabellen aangegeven.

Zorgkosten als percentage van het netto besteedbaar inkomen

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	6.1	6.4	1.5
gehuwd zk	6.9	7.0	6.1
gehuwd mk	5.8	6.2	4.0
bejaard alleenst.			
zfw	10.5	13.7	
particulier	22.9	17.6	10.7
bejaard gehuwd			
zfw	10.6	11.9	
particulier	29.5	25.8	15.3

Door de lastenverschuiving ontstaat het volgende koopkrachtbeeld:

Koopkrachtmutatie t.g.v. nominale eigen bijdrage in percentage van het netto besteedbaar inkomen

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	0	0.3	0
gehuwd zk	-0.6	-0.2	0
gehuwd mk	-1.0	-0.4	0
bejaard alleenst.			
zfw	-0.3	0.1	
particulier	0.2	0.1	0.1
bejaard gehuwd			
zfw	-0.6	-0.4	
particulier	0.1	0.1	0.1

### c. een systeem van gedeeltelijke dekking via eigen risico

Als iedereen verplicht wordt om een eigen risico te nemen ontstaat er eveneens een lastenverschuiving van mensen die weinig consumeren naar mensen die veel consumeren. In tegenstelling tot een eigen bijdrage is er altijd een maximum, als het eigen risico vol is dan zijn alle overige kosten voor rekening van de verzekeringsmaatschappij.

Zorgkosten als percentage van het netto besteedbaar inkomen

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	6.1	6.5	1.5
gehuwd zk	6.8	6.9	6.1
gehuwd mk	5.7	6.2	4.0
bejaard alleenst.			
zfw	10.4	13.7	
particulier	23.0	17.6	10.8
bejaard gehuwd			
zfw	10.4	11.8	
particulier	29.6	25.9	15.3

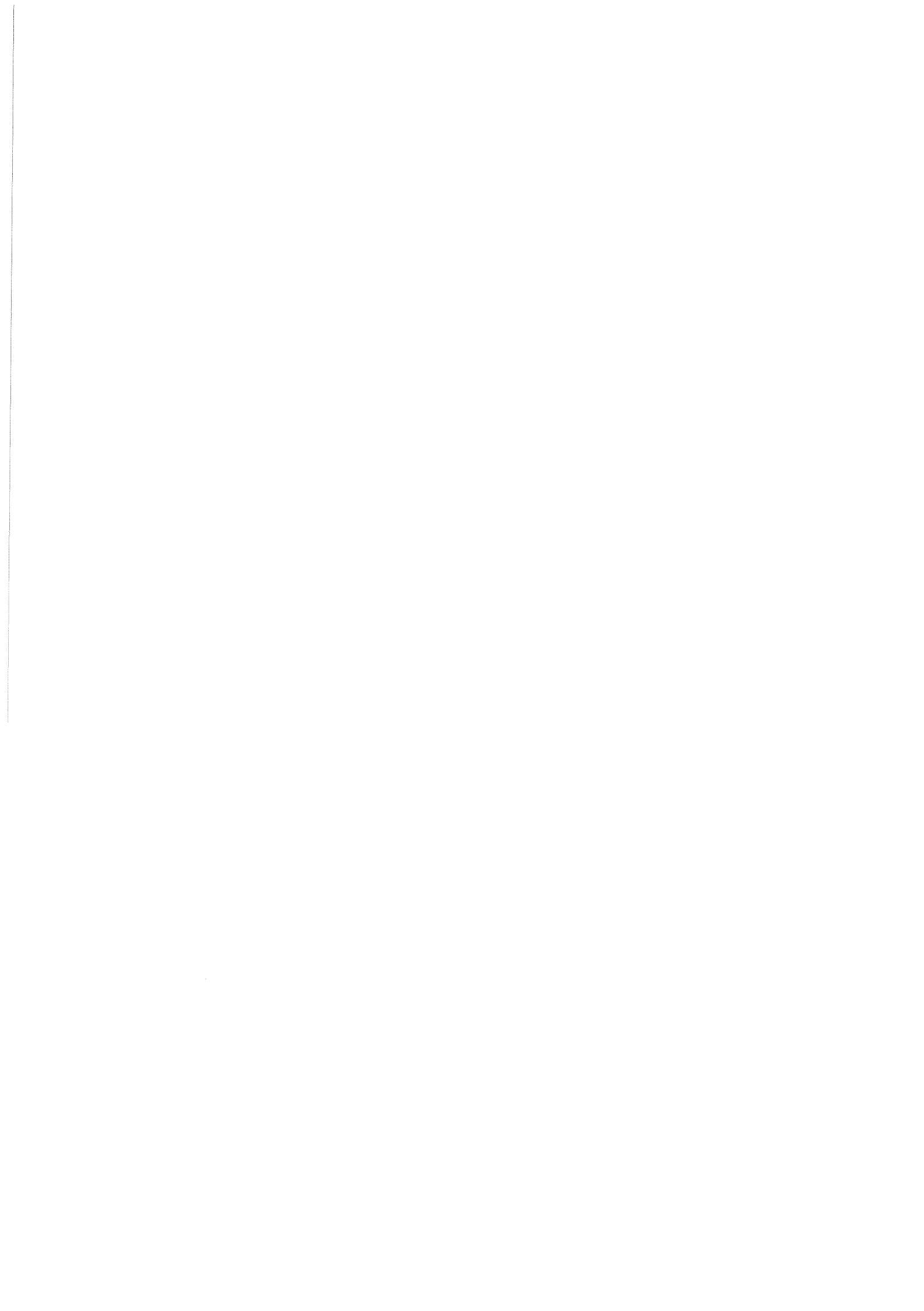
Door de lastenverschuiving ontstaat het volgende koopkrachtbeeld:

Koopkrachtmutatie t.g.v. een verplicht eigen risico in percentage van het netto besteedbaar inkomen

---

	minimum	modaal	2x modaal
alleenst.	0.1	0.3	0.1
gehuwd zk	-0.5	-0.2	0
gehuwd mk	-0.8	-0.3	0.1
bejaard alleenst.			
zfw	-0.2	0.1	
particulier	0.1	0.1	0.1
bejaard gehuwd			
zfw	-0.5	-0.3	
particulier	0	0	0.1

---





## BIJLAGE 5

### HUDIGE EIGEN BIJDRAGEN

In de loop der jaren is, over het algemeen als gevolg van telkens ad hoc beslissingen, een veelheid van eigen betalingen ingevoerd. Daarbij is de motivering meestal gezocht in de specifieke kenmerken van de desbetreffende verstrekking.

In het navolgende wordt een inventarisatie gegeven van de verschillende verstrekkingen waarvoor in het huidige stelsel nominale betalingen geheven worden, geordend naar wettelijke regeling (inclusief bejaardenoorden en WTZ, exclusief overige particuliere verzekeringen). Tevens worden de nominale premies voor ZFW AWBZ en KPZ in beeld gebracht.

Een aantal eigen betalingen vallen niet onder een specifieke wettelijke regeling en worden verder niet apart genoemd (bijvoorbeeld voor drogisterij-artikelen).

Achtereenvolgens komen aan de orde de AWBZ (§ 5.1), ZFW (§ 5.2), WTZ (§ 5.3), KPZ (§ 5.4) en WBO (§ 5.5).

Per verstrekking wordt aangegeven wat de vorm van de nominale betaling is, het motief tot heffing, de hoogte van de nominale betaling en financiële gegevens van 1994.

#### 5.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

##### **Nominale premie**

In 1993 bedroeg de nominale premie voor de AWBZ f 133,- per volwassene per jaar. Verzekerden onder de 18 jaar betalen per jaar eenderde van dit bedrag. De geraamde opbrengst voor 1993 bedraagt f 1705 mln.

##### **Eigen bijdragen**

Voor de volgende AWBZ-verstrekkingen worden nominale betalingen geheven:

- a. Opneming en verder verblijf in een AWBZ-instelling, zoals beschreven in de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ.
- b. Gezinsverzorging
- c. Kruiswerk
- d. Psychotherapie
- e. Hulpmiddelen
- f. Overig AWBZ (herstellingsoorden, instellingen voor klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling, kindergezinsvervangende tehuizen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten, logeerplaatsen)

## a. Opnemings en verder verblijf in een AWBZ-instelling

### **Vorm nominale betaling**

Eigen bijdrage

### **Motief voor heffing eigen bijdrage**

Besparing op kosten van levensonderhoud en wonen bij opname en medefinanciering.

### **Hoogte eigen bijdrage**

Voor ongehuwden van 18 jaar of ouder en gehuwden van 18 jaar of ouder van wie beide echtgenoten in een inrichting verblijven is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd. (Het criterium voor het heffen van een inkomensafhankelijke bijdrage is het al of niet kunnen opheffen van het eigen huishouden.)

Deze inkomensafhankelijke eigen bijdrage is maximaal *f* 1350,- per maand bij verblijf in een AWBZ-inrichting en *f* 2200,- per maand voor verzekerden van 65 jaar of ouder bij opname in verpleeghuis en Het Dorp.

In de regel is er een bijdrage-vrije periode van 6 maanden (inrichting) of 1 jaar (ziekenhuis en psychiatrisch ziekenhuis). In de zwakzinnigenzorg, voor psycho-geriatrische verpleeghuispatiënten en RIBW's geldt geen bijdrage-vrije periode.

Als er geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is wordt een niet-inkomensafhankelijk bijdrage geheven van *f* 210,- per maand.

De heffing van eigen bijdragen geschiedt op grond van de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ.

### **Inning**

- bedrijfsverenigingen: inhoudingen op WAO / AAW-uitkeringen
- sociale werkplaatsen: inhoudingen op WSW-lonen
- pensioenfondsen: inhoudingen op pensioenuitkeringen
- verbindingskantoren/regionale contactkantoren/contactorganen: inkomensbestanddelen waarop geen bronheffing van toepassing is en niet-inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

### **Bepaling hoogte eigen bijdrage**

Op grond van de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ door de uitvoeringsorganen en de verbindingskantoren.

### **Financiële gegevens**

Totale kosten intramurale hulp AWBZ: *f* 11.557 mln.

Opbrengst eigen bijdrage: *f* 1.147 mln.

Perceptiekosten: f 15 miljoen (1% van de opbrengsten) (schatting)

#### b. Gezinsverzorging

##### **Vorm nominale betaling**

Inkomensafhankelijke eigen bijdrage

##### **Motief heffing eigen bijdrage**

Gezinsverzorging werd eerst verleend op basis van de bijstandswet, daar werd een eigen bijdrage naar draagkracht geheven. Bij de overgang naar de ziektekostenverzekering werd dit principe overgenomen, mede vanwege de opbrengst. Pas sinds de jaren '80 wordt ook het consumptieremmende effect als motief genoemd.

##### **Hoogte eigen bijdrage**

Het aantal ontvangen zorguren wordt vermenigvuldigd met een maximum uurprijs (thans f 8,25) doch bedraagt per week nooit meer dan de draagkracht volgens de zogenaamde inkomensafhankelijke tabel. (Het overschrijden van deze draagkracht zou een beroep op de ABW kunnen veroorzaken.)

De heffing van de eigen bijdrage geschiedt op grond van de regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1994.

##### **Inning**

De instelling voor gezinsverzorging int de eigen bijdragen.

##### **Bepaling hoogte eigen bijdrage**

De instellingen voor gezinsverzorging bepalen met behulp van de inkomensgegevens van de cliënt de hoogte van de eigen bijdrage.

##### **Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: f 2135 mln.

Opbrengst eigen bijdrage: f 145 mln.

Perceptiekosten: f 35 mln. (ca. 24% van de opbrengsten)

#### c. Kruisorganisaties

##### **Vorm nominale betaling**

Contributie voor leden, eigen bijdrage voor niet-leden.

##### **Motief heffing**

Vergroting betrokkenheid van de verzekerde.

**Hoogte contributie**

Nominale betaling op basis van contributie. Contributie is ca. f 50,- per huishouden per jaar. Voor niet-leden die hulp vragen geldt een boetebedrag van f 125,00.

**Inning**

Door kruisorganisaties namens het uitvoeringsorgaan.

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: f 1022 mln.

Opbrengst contributie: f 150 mln.

Perceptiekosten: f 9 mln. (ca. 6% van de opbrengsten)

d. Psychotherapie**Vorm nominale betaling**

Eigen bijdrage

**Motief heffing eigen bijdrage**

Aan invoering hebben destijds therapeutische redenen ten grondslag gelegen.

Dit uitgangspunt is begin jaren tachtig verlaten. Het vragen van een bijdrage geschiedt thans op grond van financiële overwegingen.

**Hoogte eigen bijdrage**

Per zitting wordt een eigen bijdrage geheven van f 20,- of f 10,- met een maximum van f 900,- per jaar per verzekerde dan wel per gezin bij gezinstherapie.

De heffing van eigen bijdragen geschiedt op grond van de Regeling nadere regels zorganspraken AWBZ.

**Inning**

Door hulpverlener en hulpverlenende instellingen

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: f     mln.

Opbrengst eigen bijdrage: f 10 mln

Perceptiekosten: f 1,8 mln. (18% van de opbrengsten)

## e. Hulpmiddelen

### **Vorm nominale betalingen**

Eigen bijdragen en eigen betalingen

### **Motief heffing eigen bijdrage**

Stimulering persoonlijke verantwoordelijkheid van de verzekerde en het besparingsmotief (voor m.n. orthopedisch schoeisel).

### **Hoogte eigen bijdrage**

Op grond van de Regeling hulpmiddelen AWBZ 1994 geldt voor alle hulpmiddelen een eigen bijdrage van 15% van de aanschaffingskosten. Deze procentuele eigen bijdrage is gemaximeerd tot f 200,- per verzekerde per kalenderjaar. De bestaande maximum vergoedingen zijn gehandhaafd. Dit betekent dat de kosten van hulpmiddelen die uitgaan boven de maximum vergoedingen tevens voor rekening van de verzekerden komen.

### **Inning**

Tot 1 juli 1994 of zoveel eerder als de verzekeraar zijn verzekeringsreglement heeft aangepast is de verzekerde de eigen bijdrage verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel. Na 1 juli 1994 kan daarin verandering komen indien de verzekeraar afspraken maakt met de leveranciers die erop neerkomen dat de verzekeraar de eigen bijdragen int, en zijn reglement overeenkomstig heeft aangepast.

### **Financiële gegevens**

Er wordt door de verzekerden ruim f 1290 miljoen zelf betaald voor hulpmiddelen. Deze schatting is gebaseerd op de bruto declaraties bij verzekeraars die via hun (aanvullende) verzekering een bepaalde dekking bieden voor hulpmiddelen anders dan opgenomen in het AWBZ- verstrekkingspakket. Van de f 1290 miljoen heeft circa 75% betrekking op optische hulpmiddelen: brillenglazen en contactlenzen van lage sterkte en monturen. Deze f 1290 miljoen is niet opgenomen in het FOZ-kader.

Totale kosten hulpmiddelen AWBZ :	f 873 mln
Totale kosten hulpmiddelen :	f 2163 mln
Opbrengst eigen bijdragen:	f 60 mln
Opbrengst eigen betalingen:	f 1290 mln

f. Overige AWBZHerstellingsoorden**Motief heffing eigen bijdrage**

Besparing op kosten van levensonderhoud.

**Hoogte eigen bijdrage**

De eigen bijdrage wordt bepaald op basis van het Bijdragebesluit tijdelijke subsidieregeling maatschappelijke dienstverlening 1985, met dien verstande dat de hoogte door de Ziekenfondsraad nader wordt vastgesteld.

**Inning**

PM

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: f 17 mln.

Opbrengst eigen bijdrage: PM

Perceptiekosten: PM

Instellingen voor klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling**Motief heffing eigen bijdrage**

PM

**Hoogte eigen bijdrage**

Eigen bijdrage van f 210,- per maand.

**Inning**

Door subsidieontvanger.

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: 6.5 mln

Opbrengst eigen bijdrage: PM

Perceptiekosten: PM

## Kindergezinsvervangende tehuizen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten

### **Motief heffing eigen bijdrage**

Om te voorkomen dat eventuele doorstroommogelijkheden niet worden benut, louter op grond van financiële overwegingen. Tevens wordt de eigen bijdrage geheven op grond van rechtsgelijkheid wegens overeenkomst met hulp die geboden wordt in andere instellingen en wegens besparing op kosten van levensonderhoud.

### **Hoogte eigen bijdrage**

Eigen bijdrage per dag verschuldigd afhankelijk van de leeftijd. Voor 18-jarigen *f* 5,- per dag tot *f* 25,- per dag voor 27 jaar en ouder. Deze regeling is gerelateerd aan de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ, zoals die geldt voor bewoners van gezinsvervangende tehuizen.

### **Inning**

Betreffende aangewezen contactkantoor.

### **Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking: *f* 69 mln.  
Opbrengst eigen bijdrage: PM  
Perceptiekosten: PM

## Logeerplaatsen

### **Motief heffing eigen bijdrage**

Omdat deze hulp veel overeenkomst vertoont met de hulp die geboden wordt aan personen die kortdurend verblijven in een inrichting of tehuis (rechtsgelijkheid), en wegens besparing op kosten voor levensonderhoud.

### **Hoogte eigen bijdrage**

Eigen bijdrage per dag verschuldigd afhankelijk van de leeftijd. Voor 18-jarigen *f* 7,- per dag tot *f* 27,- per dag voor 27 jaar of ouder.

### **Inning**

Contactkantoor

### **Financiële gegevens**

Totale subsidie verstrekking: *f* 8 mln.  
Opbrengst eigen bijdrage: PM  
Perceptiekosten: PM

## 5.2 Ziekenfondswet (ZFW)

### **nominale premie**

In 1993 bedroeg de nominale premie voor de ZFW f 198,- per volwassene per jaar. Voor kinderen is de helft van dit bedrag verschuldigd voor ten hoogste twee kinderen. De geraamde opbrengst voor 1993 bedraagt f 1649 mln.

### **Eigen bijdragen**

Voor de volgende verstrekkingen in de ZFW worden nominale betalingen geheven:

- a. Tandheelkundige hulp
- b. Kraamzorg
- c. Ziekenvervoer

### a. Tandheelkundige hulp

#### **Vorm nominale betaling**

Eigen bijdrage en eigen betalingen.

#### **Motief heffing**

Bevordering persoonlijke verantwoordelijkheid en medefinanciering.

#### **Hoogte eigen bijdrage en eigen betalingen**

In het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering staat uitvoerig beschreven welke aanspraken de verzekerde kan maken op tandheelkundige hulp en de daarbij behorende eigen bijdragen. Voor verschillende categorieën verzekerden kan omvang en vergoeding van de kosten worden vastgesteld.

Jeugdige verzekerden hebben aanspraak op integrale tandheelkundige hulp en volwassenen op een beperkt tandheelkundig pakket.

Voor volwassenen worden bepaalde behandelingen vergoed mits men in het bezit is van een saneringsbewijs. Voor prothetische tandheelkundige hulp worden bijdragen gevraagd. Zo ook voor (niet)uitneembare apparatuur.

Niet onder de dekking vallen brug- en kroonwerk, zodat ten aanzien daarvan sprake is van eigen betalingen.

Bij tandheelkundige specialistische hulp, orthodontie en kaakchirurgie worden ook eigen bijdragen geheven.



Eigen bijdrage 1993

Tandheelkunde  
 prothese (per element)  
 klein 109  
 groot 605

Orthodontie  
 per maand  
 jeugd 30  
 volwassene 70

**Inning**

Tandarts int eigen bijdragen en eigen betalingen

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking ZFW: *f* 872 mln.  
 Opbrengst eigen bijdrage tandheelkundige hulp: *f* 81 mln.  
 Opbrengst eigen betalingen tandheelkundige hulp: *f* 100 mln.  
 Perceptiekosten: PM

Kosten Orthodontie *f* 96 mln  
 Opbrengst + eigen bijdrage  
 orthodontie *f* 22 mln

b. Kraamzorg**Vorm nominale betaling**

Eigen bijdrage

**Motief eigen bijdrage**

Deze verstrekking omvat deels een huishoudelijke taak.

**Hoogte eigen bijdrage**

Er is een niet-inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd, voor interne kraamzorg (thuis) van *f* 47,- per dag en voor wijkkraamzorg *f* 18,80 per dag. Deze bijdrage geldt ook bij bevalling in kraaminrichting of zonder medische indicatie in een ziekenhuis.

De heffing van de eigen bijdrage geschiedt op grond van het Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering.

**Inning**

PM

**Financiële gegevens**

Totale kosten verstrekking ZFW: f 248 mln.

Opbrengst eigen bijdrage: f 30 mln.

Perceptiekosten: PM

**c. Ziekenvervoer****Vorm nominale betaling**

Eigen risico aan de voet

**Motief heffing**

Financieringsverschuiving; terugdringen van de kosten.

**Hoogte eigen risico**

Voor ziekenvervoer moet men de eerste f 137,50 zelf betalen met uitzondering van ambulancevervoer.

De vergoeding geschiedt op basis van openbaar vervoer of auto (f 0,33 per km).

De heffing van de eigen bijdrage geschiedt op grond van het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering 1980.

**Inning**

Het ziekenfonds betaalt het meerdere terug aan de verzekerde.

**Financiële gegevens 1989**

Totale kosten verstrekking: f 319 mln. excl. eigen bijdragen

Opbrengst eigen bijdrage:

Hierover zijn geen gegevens bekend omdat de verzekerde de gemaakte kosten pas opgeeft indien deze (in 1989) per jaar meer dan f 129,00 bedroegen.

**5.3 Wet op de Toegang tot de Ziektelkostenverzekeringen (WTZ)**

De standaardverzekering op grond van de WTZ sluit in hoofdlijnen aan bij de nominale betalingsregelingen van de ZFW.

Voor de volgende verstrekkingen in de WTZ worden nominale betalingen geheven:

- a. Tandheelkundige hulp
- b. Kraamzorg
- c. Ziekenvervoer
- d. Medisch-specialistische hulp

Van deze nominale betalingen zijn geen financiële gegevens beschikbaar omdat deze zijn opgenomen in de totale kosten van particuliere verzekeringen.

a. Tandheelkundige hulp

**Vorm nominale betaling**

Eigen bijdragen en eigen betalingen

**Hoogte eigen bijdragen**

Omvang en vergoeding van de kosten voor verschillende leeftijdscategorieën verzekerden kunnen verschillend worden vastgesteld, 80% van de kosten wordt vergoed. Een en ander is geregeld in het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden.

b. Kraamzorg

**Vorm nominale betaling**

Eigen bijdrage

**Hoogte eigen bijdrage**

Eigen bijdrage per dag is f 39,-.

Opbrengst: nihil

c. Ziekenvervoer

**Vorm nominale betaling**

Eigen risico aan de voet

**Hoogte eigen risico**

Eerste f 100,- voor een gezin en f 50,- voor een alleenstaande komen voor eigen rekening.

#### d. Medisch-specialistische hulp

##### **Vorm nominale betaling**

Eigen risico aan de voet

##### **Hoogte eigen risico**

Er geldt een eigen risico van *f* 300,- per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaande *f* 150,- per kalenderjaar). Geen (gedeeltelijke) vergoeding voor cosmetische plastische chirurgie (eigen betaling).

#### 5.4 Publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ)

##### **Nominale premies**

Bij de IZA, de IZR en de DGVP werden in 1993 nominale premies geheven ter hoogte van *f* 198,- per volwassene per jaar. Voor kinderen was de helft van dit bedrag verschuldigd, voor ten hoogste twee kinderen. De geraamde opbrengst voor 1993 bedraagt *f* 149 mln.

##### **Eigen bijdragen**

In de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren kan aanspraak worden gemaakt op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten die de deelnemer zelf voor het inroepen van geneeskundige hulp heeft gemaakt. De bedoelde vergoeding vindt veelal plaats onder aftrek van een eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen variëren per verstrekking. Voor huisartsenhulp, farmaceutische en paramedische hulp en ziekenvervoer wordt 90% van de kosten vergoed. Voor kraamzorg wordt een eigen bijdrage geheven van *f* 5,- per uur.

Voor ziekenhuisverpleging en medische specialistische hulp in het ziekenhuis geldt een volledige vergoeding. Bij tandheelkundige hulp worden voor verschillende categorieën verrichtingen verschillende percentages vergoed, voor sommige verrichtingen geldt een maximum vergoeding.

##### **Financiële gegevens 1994**

Totale kosten KPZ: *f* 1434 mln.

Opbrengst eigen bijdragen: *f* 56 mln.

Perceptiekosten: PM

## 5.5 Wet op de Bejaardenoorden (WBO)

### **Vorm nominale betaling**

Inkomensafhankelijke en vermogensafhankelijke eigen bijdrage

### **Motief voor heffing eigen bijdrage**

Er wordt een verzorgingscontract afgesloten tussen de houder van het bejaardenoord en de bewoner. In principe betaalt de bewoner de feitelijke kosten van het verblijf.

### **Hoogte bijdrage**

De vaststelling van de eigen bijdrage geschiedt o.b.v. enerzijds de feitelijke kosten van het bejaardenoord waar de bejaarde verblijft, en anderzijds zijn financiële draagkracht.

In principe betaalt een bewoner de kosten van het verblijf in het bejaardenoord. Voor bewoners die niet over voldoende inkomen of vermogen beschikken wordt een bijdragegrondslag bepaald.

Van de bijdragegrondslag mag altijd een bedrag overblijven voor persoonlijke uitgaven ( f 276,20<sup>1</sup> resp. f 475,99<sup>2</sup> per maand voor alleenstaande resp. echtpaar) en een beperkt gedeelte van het vermogen (f 5.000,-<sup>3</sup> alleenstaande en f 10.000,-<sup>4</sup> voor een echtpaar). De heffing geschiedt op grond van Bijdragebesluit bewoners van bejaardenoorden.

### **Inning**

De gemeentelijke sociale dienst van de gemeente waar het bejaardenoord zich bevindt.

### **Bepaling hoogte eigen bijdrage**

Door gemeente of gemeentelijke sociale dienst.

### **Financiële gegevens**

Totale kosten bejaardenoorden: f 5317 mln.

Opbrengst eigen bijdragen : f 2175 mln.

Perceptiekosten: Via het gemeentefonds wordt jaarlijks voor de inning van de eigen bijdrage f 10 mln. verdeeld.

---

<sup>1</sup>Per 1-1-1994 f 308,82

<sup>2</sup>Per 1-1-1994 f 534,53

<sup>3</sup>Per 1-1-1994 f 5400,-

<sup>4</sup>Per 1-1-1994 f 10.800,-

